

CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

RAPPORT PAYS

PAYS	REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
NOM DU CONSULTANT	SERGE MAYAKA
DATE DE SOUMISSION	31/03/2017

1 Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

Le Partenariat international pour la santé (IHP+) est un groupe constitué de 65 partenaires qui se sont engagés à améliorer la santé des citoyens dans les pays en développement en mettant en pratique les principes internationaux d'efficacité de l'aide et de coopération au développement dans le secteur de la santé. Depuis sa création en 2007, quatre cycles de suivi ont déjà été organisés pour évaluer la performance des signataires par rapport à leurs engagements à fournir une aide efficace.

Cette année 2016, constitue l'année du 5ème cycle de suivi de l'IHP+ ; et jusqu'à maintenant, 31 pays, dont la République Démocratique du Congo, ont choisi de participer à ce processus, ce qui représente une augmentation de près de 30 % par rapport au taux de participation au 4e cycle de suivi de l'IHP+ en 2014 (auquel avaient participé 24 pays).

Ce cycle a démarré au début du mois d'Avril, après le recrutement d'un consultant national et l'organisation du travail avec le point focal IHP+ au sein de la Direction des études et de planification du Ministère de la santé.

Au cours de ce processus, le consultant national, par son aide au MSP pour diriger les efforts de suivi au niveau national, a pris contact avec les parties prenantes du pays (partenaires au développement, organisations de la société civile et secteur privé) pour qu'ils soient pleinement informés des efforts de suivi de l'IHP+ et pour faciliter leur contribution au processus.

En pratique, parmi les parties prenantes à cette étude figurent le gouvernement à travers la direction des études et de planification du ministère de la santé, les partenaires au développement (au nombre de 12 sur les 19 identifiés), les organisations de la société civile (au nombre de 15 sur les 20 identifiés) et le secteur privé (avec 12 organisations sur les 15 identifiés). Tous avaient été invités à participer au 5e cycle de suivi qui reste volontaire.

Le ministère de la Santé (MS) dispose de plusieurs cadres de concertation pour regrouper ses partenaires techniques et financiers mais ils n'ont pas été mis suffisamment à contribution pour faciliter la collecte des données, hormis les membres de la commission financement et couverture sanitaire universelle.

Parmi les nombreux problèmes ayant entaillé le déroulement de la collecte des données nous pouvons citer : l'indisponibilité de certains participants (souvent découragés par la longueur du questionnaire) malgré les multiples insistances du consultant national, le nombre réduit d'enquêteurs pour la collecte des données (le consultant était seul à faire parfois de nombreux aller-retour nécessaires pour obtenir les questionnaires remplis), le manque de financement pour la conduite de l'étude d'une étude plus longue.

2 Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évalués conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle

2.1 Pratique CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

La RDC dispose depuis 2010 d'une seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS-2) qui est opérationnalisée, tous les 5 ans, par un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le processus d'élaboration démarre toujours par la tenue d'une revue annuelle du secteur qui est financée par tous les partenaires du MSP. Ensuite, il se tient des ateliers et/ou réunions d'actualisation du diagnostic sectoriel, d'élaboration du cadre programmatique, de budgétisation, de définition des modalités de mise en œuvre et de détermination des mécanismes de Suivi & Evaluation qui impliquent toutes les parties prenantes.

Le PNDS traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires d'apporter des solutions efficaces et réalistes aux problèmes sanitaires des populations de la RDC. Et tous les partenaires interrogés lors de notre étude ont reconnu l'importance de soutenir cette stratégie nationale de santé unique. Leur appui manifeste a été constaté aussi bien pour le PNDS 2011-2015 que pour l'actuel PNDS 2016-2020.

Pour finir, il faut noter que tous les répondants ont affirmé que leurs priorités sont alignées aux priorités nationales: ils financent les projets élaborés par le gouvernement, en lien avec le PNDS; et les agences fournissent un appui technique et sont parties prenantes

Mais pour améliorer l'alignement, ils suggèrent d'avoir un débat sur les résultats des évaluations et une élaboration conjointe des recommandations; plus de participation aux cadres de concertation et appui au MSP pour la fixation des priorités nationales; meilleur partenariat avec ownership du gouvernement; plans de travail nationaux; réunions du Comité national de pilotage, des comités provinciaux de pilotage et des revues annuelles.

2.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Cette question a été largement commentée par les partenaires au développement. Ces derniers sont conscients que des efforts doivent encore être menés pour y parvenir.

C'est ainsi qu'ils ont relevé comme processus pour encourager la redevabilité mutuelle: la vérification des résultats (systèmes d'audit, la présentation et publication des résultats des évaluations de programmes ou projets de santé, etc.) dans la transparence; la contractualisation avec les prestataires (contrats de performance); les revues annuelles; la planification conjointe avec analyse des performances; le renforcement des cadres de coordination existants (CNP et CPP); des missions conjointes, le rapportage des activités et le rapportage financier mais aussi partage des informations programmatiques et budgétaires; le suivi conjoint de l'exécution du PNDS et des résolutions du forum de Kinshasa sur l'efficacité de l'aide; la mise en place de comité conjoint de mise en œuvre et de suivi des projets et des programmes de santé; etc.

A ce propos, la majorité des agences affirment qu'elles participent à des processus de redevabilité mutuelle conjointe: revue du PNDS, revue du GAVI, réunions avec les bénéficiaires organisées par le CCM; réunions trimestrielles du FM.

3 Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

3.1 Pratique CDE 2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible

L'Aide publique au développement finance l'essentiel des programmes de reconstruction engagés en RDC depuis 2001. Mais les problèmes de l'indisponibilité et l'imprévisibilité ont été identifiés comme des obstacles majeurs à tout processus de planification et de budgétisation des investissements publics. C'est dans ce contexte que le Gouvernement congolais a fait de la maîtrise des flux d'aide extérieure l'un des axes prioritaires de son programme de réforme de la Gestion des Finances Publiques (GFP). Il a choisi de mettre en place la Plateforme de Gestion de l'Aide et des Investissements (PGAI) en janvier 2008.

Depuis son lancement officiel en 2009, la PGAI a introduit des changements notables dans la gestion et la coordination de l'aide extérieure en RDC.

Les partenaires sont donc invités à partager avec la PGAI de ce qu'ils doivent apporter comme aide au développement à la RDC.

Cette étude a montré que plusieurs d'entre eux ne le font pas malgré les nombreuses prises de contacts par les acteurs de cette plateforme.

Parmi leurs raisons pour ne pas partager les informations, on note : le plan de mise en œuvre est élaboré annuellement ce qui ne permet pas à certains bailleurs de faire des projections sur 2 ou 4 ans. D'autres partenaires ne savent partager l'information sur les budgets sans l'approbation de leur Ministère de la Coopération.

Comme opportunités pour améliorer la circulation des informations à ce sujet, les PD suggèrent: les revues sectorielles; la présence de la plateforme de gestion de l'aide internationale; l'élaboration et le suivi conjoints de plan de travail annuel, les supervisions; la présence des instances de coordination; les exercices réguliers de suivi des comptes nationaux de santé, la présence d'un groupe inter-bailleurs santé (GIBS), le développement par la DEP d'un cadre de dépenses sectorielles à moyen terme.

3.2 Pratique CDE 2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.

Sur ce point qui se rapproche un peu du précédent, il faut noter que la majorité des DP déclarent que leur aide n'est pas incluse dans le budget national; même s'ils reconnaissent pratiquement tous que cette aide fait partie d'un schéma de financement dans le cadre de la stratégie nationale. A cet effet, les ressources sont connues par le gouvernement à travers des échanges et concertations; lors de la préparation des projets par le gouvernement ; via la PGAI, à travers leur plan d'action du programme pays ; mais aussi les revues annuelles, les comptes nationaux, lettres d'entente ou les conventions de financement, les lettres de décision après l'approbation des subventions par le gouvernement, le CCM; etc.

En bref, toutes leurs ressources apportées pour l'aide au développement sont communiquées, mais pas notées ou inscrites.

Ils attribuent cette situation à la faible capacité du gouvernement dans la gestion des finances publiques; à la faible participation de la DEP aux réunions stratégiques avec les DP; à la récolte tardive des informations par le gouvernement qui est selon eux peu proactif ; à la faible capacité du personnel commis à cette tâche; à l'incompatibilité entre le processus de budgétisation national et le cycle programmatique des bailleurs; aux conditions nationales qui ne sont pas encore réunies.

C'est ainsi qu'ils suggèrent qu'on puisse repenser le système, avec plus de garantie de redevabilité mutuelle et une réforme importante de la gestion des finances publiques. Certains ont même pensé que pour respecter les règles de leur administration de la coopération internationale qu'il fallait désigner un agent local pour le suivi des subventions.

4 Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays

4.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.

Pratiquement pas de partenaires utilisent le circuit des dépenses publiques. Les raisons, déjà évoquées en partie de cette non utilisation, sont : il n'y a pas d'analyse d'efficacité du système mais une nécessité de l'améliorer; aucun partenaire ne l'utilise; les conditions ne sont pas réunies; le système national est non fiable ni contrôlable avec trop de risques et présentant très peu d'assurance; une préférence pour les DP de leurs propres procédures spécifiques de gestion et d'audit financier.

Même si certains DP estiment que l'assistance pour renforcer les capacités des systèmes sont suffisantes; les autres pensent que les besoins sont énormes par rapport aux ressources disponibles d'où la nécessité que davantage de partenaires puissent appuyer le renforcement du système.

Tous les DP reconnaissent la nécessité d'un appui à la réforme des finances publiques (renforcement de la capacité du gouvernement pour la gestion des finances publiques); mais aussi d'autres mesures telles que : les revues des portefeuilles des projets; le recours à des financements conjoints à travers la Direction Administrative et Financière (DAF) qu'il faut mettre en place; la réforme de la cellule d'appui et gestion du MSP; la mise en place de contrat unique avec les divisions provinciales de sante pour une meilleure canalisation des financements alloués aux provinces.

4.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.

Il faut noter ici que la grande majorité des DP interrogés affirment qu'ils utilisent un système conjoint d'approvisionnement soit pour certains items soit avec d'autres agences.

Ceux qui n'y recourent pas, évoquent comme raison que : le système national actuel n'est pas encore fonctionnel avec une faible capacité du MSP pour gérer ce système; la nécessité pour eux de respecter les procédures de gestion et d'approvisionnement imposés par leurs bailleurs ; le manque d'accord sur les outils de passation de marché; le fait que la Cellule d'Appui et de Gestion du MSP, qui possède pourtant en son sein une Cellule de Passation des Marchés publics, n'ai pas encore fait ses preuves comme expert dans la passation des marchés.

De plus, la majorité d'entre eux pensent que l'assistance pour le renforcement des capacités des systèmes d'approvisionnement et passation est insuffisante.

Pour certains DP, il est important de recourir à des mécanismes régionaux ou globaux d'approvisionnement pour les provinces enclavées ou limitrophes à d'autres pays; pour plus d'équité; pour bénéficier de meilleurs économies d'échelle lorsque certains intrants sont achetés au niveau global avec de très grandes commandes.

Mais dans l'optique d'une harmonisation de l'approvisionnement avec celui d'autres DP, les propositions suivantes sont évoquées à savoir: le partage d'un calendrier de transport et de ces couts; l'intégration des commodités à transporter, un système unique de transport; la création de trust funds; une réelle volonté de coordination; une structuration et une utilisation du système national achat des médicaments essentiels (SNAME).

Pour finir, dans le souci d'améliorer l'alignement avec le système national, les DP proposent également: l'utilisation de transport commun; la finalisation du plan stratégique d'approvisionnement; une contribution aux plans/systèmes nationaux et une harmonisation des appuis techniques des DP; la mise en place d'un cadre de travail avec responsabilités respectives; la nécessité d'une leadership du MSP plus forte; l'harmonisation des procédures de passation de marché avec un cahier de charge ; le renforcement du rôle des inspecteurs.

4.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Selon la grande majorité des DP, la planification de l'assistance technique est insuffisante et pas mis en œuvre. Pour certains, les termes de référence de l'assistance technique sont souvent élaborés par les partenaires eux-mêmes. Pour d'autres par-contre, l'assistance technique est identifiée en coordination entre le GIBS et le MSP pour résoudre des problèmes spécifiques discutés de manière conjointe. Certes, les contrats de service à court terme sont élaborés selon des notes conceptuelles ou des manuels de procédures préparés par les partenaires, et on utilise un système de recrutement du ressort des partenaires, mais la validation des termes de référence est conjointe. Et donc la responsabilité aussi bien des autorités sanitaires nationales et des PTF est engagée.

Pour renforcer l'alignement et la coordination de l'assistance technique, différentes suggestions ont été formulées notamment : que le plan d'intégration de l'assistance technique se fasse avec des outils standardisés proposés par la commission CCT (comité de coordination technique); une concertation permanente entre le pays et les partenaires; que l'assistance technique concourt à la coordination de la mise en œuvre du PNDS et au bon fonctionnement des organes de pilotage; le respect du leadership et de l'appropriation du MSP; le renforcement de la coordination du GIBS pour éviter des juxtapositions entre bailleurs dans l'identification des AT, l'harmonisation des termes de référence des AT identifiés; l'existence d'un forum de coordination et d'harmonisation avec une implication du pays dans la sélection.

5 Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.

5.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile

Il existe pour tous les répondants à notre étude, des mécanismes pour impliquer les OSC, notamment: des plateformes comme le Conseil National des ONG Santé (CNOS) représentant les OSC; leur participation aux cadres de concertation et leur participation à des activités communautaires par-exemple dans les programmes VIH, leur implication comme structures bénéficiaires à travers le CCM, leur participation à d'autres rencontres de concertation et de planification.

Parmi les OSC sont représentées par les ONGs et associations plus actives dans le pays et souvent impliquées dans la santé nous citons : Sanru, ECC, Croix Rouge, CRS, memisa, Caritas; Lizadeel, le réseau REFAMP, etc.

Ces OSC se plaignent toutefois que la dynamique d'inclusion n'est pas assez optimale au niveau provincial, et donc que leur participation n'est pas toujours évidente. De plus, elles estiment qu'elles ne bénéficient pas toujours des informations importantes alors qu'elles auraient pu être impliquées dans certaines discussions et être informées par le GIBS et forum des ONGI. Elles ne bénéficient pas assez non plus de soutien financier.

Certains PTF affirment par contre que les OSC bénéficient d'autres soutiens tels que: leur implication à des missions de vérification sur le terrain (implication dans la vérification RBF), leur implication à la sensibilisation sur les droits des patients et à des sensibilisations sur plusieurs thématiques, leur participation à des consultations, leur accompagnement dans le forum des acteurs belges, etc.

Parmi les opportunités qui ont été évoquées pour accroître la participation des OSC, nous citerons: la mise en place de réseaux communautaires, le respect du vadémécum du MSP pour le partenariat public-privé; l'organisation regroupement des OSC en forum/comite; l'existence de expertise acceptable ; la présence de cadre de discussion pour la partage d'infos entre le MSP et les partenaires (forum ONGI, etc.) ; appui de la société civile belge aux OSC. Il est important que les OSC demeurent de véritables courroies de transmission pour info à la population (augmenter la couverture au niveau communautaire); mais elles peuvent aider pour plus de lien entre humanitaire et développement et entre GBS et ONGI.

Il existe toutefois certaines contraintes à ne pas négliger pour garantir un bon engagement des OSC, nous citerons: le faible niveau de démocratisation; l'absence des sanctions, la réduction de l'aide internationale; le détournement de financement; la sous-estimation des capacités des OSC; l'incapacité de certaines OSC à répondre aux exigences de partenaires; l'absence dans les cadres de concertation au niveau national; nombre limité de OSC disposant de toutes les capacités requises.

5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

Comme pour les OSC, les PD affirment également que les organisations du secteur privé (OSP) sont également impliquées ; et cela de différentes manières : par la consultation pour les investissements et la mobilisation sociale, lors des réunions de cluster, par le financement des structures confessionnelles, par leur implication dans le CCM, par l'approvisionnement d'équipement et construction de infrastructures, par des consultations, par des appuis au secteur non lucratif.

Mais cela ne se fait pas sans contraintes telles que: la diversité du secteur; le détournement des fonds; le manque de contrôle pour le ressources humaines; les problèmes de respect des aspects de passation des marches; les faibles capacités financière et technique des OSP.

C'est ainsi que des actions ont été suggérées pour renforcer le partenariat entre le MSP et les OSP: renforcer le dialogue; plus d'engagement direct entre les deux; plus de directives du gouvernement pour l'implication des OSP; associer les OSP aux discussions et élaboration des plans stratégiques nationaux mais les associer aussi à la mise en œuvre ; maintenir leur présence dans les organes de coordination (CCM et autres) ; le respect des engagements et leur implication dans les CPP, renforcer la régulation et la fonction d'inspection; organiser des rencontres et des formations (renforcement des capacités) pour faire comprendre au secteur privé l'importance du partenariat ; donner les moyens de fonctionnement à leurs structures.

6 Autres observations

La dernière revue des dépenses publiques en santé ainsi que les rapports des comptes nationaux de la santé insistent souvent sur la question de **fragmentation de l'aide publique au développement**. A ce propos, elle représente 38% des dépenses totales en santé en 2013. Mais actuellement plus de 60% des fonds sont encore directement gérés par les partenaires extérieurs et cette gestion qui ne suit pas les principes de Paris sur l'efficacité de l'aide, se caractérisée encore aujourd'hui par : (i) de multiples unités de gestion mises en place par les PD, (ii) de multiples procédures de gestion des PD, (iii) des coûts de gestion importants, (iv) une absence de mise en commun des ressources entre partenaires et (v) une approche mono cavalière de chaque partenaire d'appui.

A noter aussi que la RDC est dans une phase importante de réformes de l'administration publique en vertu des dispositions prévues dans la constitution. A ce propos, avec la **décentralisation** qui a été décidée, les provinces ont dans leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. Les 26 divisions provinciales de la santé nommées depuis décembre 2014, deviennent le nouvel acteur central de la gouvernance du secteur, et sont redevables devant leur Ministre provincial de la santé respectifs (également au nombre de 26). Un rôle de gestion et d'encadrement de l'administration sanitaire provinciale leur est attribué, mais aussi une décentralisation du lieu de négociations des financements de la santé. Les informations à récolter pour les autres rounds IHP+ devront intégrer ces nouveaux acteurs.

Pour finir, les réflexions sur le financement de la santé en RDC sont actuellement indissociables de celles sur la **couverture sanitaire universelle** qui est à l'agenda des décideurs politiques. Ces aspects sont également à prendre en considération.

7 Discussion des résultats

La discussion des résultats le 6 décembre 2016, sous la coordination du Secrétariat Générale de la Santé et l'accompagnement de la Direction des Etudes et Planification du MSP (DEP), a connu la participation des DP (USAID, GAVI, Ambassade du Canada), des OSC (toutes les ONG santé regroupés autour du CNOS), les organisations du secteur privé (officines pharmaceutiques, corporations et syndicats d'infirmiers, de pharmaciens et de médecins, etc.).

Les principales discussions ont tournés sur les points repris ci-dessous et des mesures correctrices ont été proposées.

Des efforts en matière d'efficacité de l'aide au développement. En revenant sur la déclaration de Paris (2005) et celle sur le programme d'action d'Accra (2008), et sur les piliers sur lesquels se bâtissent ces déclarations et engagements: appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité (et redevabilité) mutuelle, etc. tous les acteurs du secteur de la santé estiment que des efforts ont été réalisés en RDC mais qu'ils sont encore loin d'être suffisants. Certains nous invitent à prêter attention à la hiérarchisation des priorités pour atteindre ces engagements.

De l'inclusion de tous les secteurs pour la réussite du processus IHP+. Les partenaires au développement se sont, pour la plupart, investis pour faire avancer les engagements internationaux en faveur de la RDC en matière d'IHP+.

Cependant, ils reconnaissent que nous ne pourrons arriver aux vrais engagements sans la participation de tous les secteurs : aussi bien le public, le privé que la société civile.

De l'évaluation du processus IHP+ aussi bien sur les résultats que sur le processus. Les acteurs du MSP recommandent que cet exercice IHP+ ne se focalise pas seulement sur des indicateurs (qui sont des résultats), mais surtout sur tout le processus qui nous conduit à l'atteinte de ces résultats. A ce propos, l'implication de tous les acteurs ou toutes les parties prenantes est un élément important à prendre en considération ; ainsi que la clarification des rôles et les obligations des uns et des autres.

De l'implication de la société civile. Cette question a fait l'objet d'un grand débat au vue de la très faible collaboration entre les OSC santé et le ministère de la Santé publique (très faible participation). A ce propos, nombreux sont d'avis que le gouvernement de la RDC devra considérer la société civile comme un partenaire et non comme un concurrent. Le résultat montre que le gouvernement

réserve un très faible « espace de décision » à la société civile (qui doit par ailleurs s'organiser plus efficacement).

A titre d'exemple, une allusion a été faite à la conférence internationale sur l'institutionnalisation de la participation communautaire en RSA en janvier 2017. En effet, sur les 8 participants de la délégation congolaise: une seule OSC alors que les partenaires (qui financent) et les membres des directions et programmes du MSP sont les plus nombreux.

De la fiabilité du circuit des dépenses publiques. Les partenaires sont revenus sur le recours ou l'utilisation faible du circuit des dépenses publiques. A ce propos, ils réaffirment que dans la situation actuelle des choses, les conditions n'étant pas réunies, ils ne comptent toujours pas y recourir : il y a nécessité au préalable d'améliorer ce système. En effet, pour eux, le système national est non fiable ni contrôlable avec trop de risques et présentant très peu d'assurance, ce qui justifie leur préférence pour leurs propres procédures spécifiques de gestion et d'audit financier.

De la nécessité d'un budget national plus cohérent. Tous les acteurs s'accordent sur le fait que la cohérence du budget national doit être de la responsabilité de tous, et donc aussi bien de l'Etat que de ses partenaires techniques et financiers. A ce propos, ces derniers doivent impérativement communiquer à temps les informations relatives à leur appui financier à l'Etat congolais, en la transmettant à la PGAI (ministère du plan) lors de la préparation budgétaire. Certes, des DP communiquent leurs ressources apportées pour l'aide au développement mais insistent sur le fait que très souvent leur aide n'est malgré tout pas incluse ou inscrite dans le budget national. Ce qui les pousse à soulever encore l'épineuse question de la faible capacité du gouvernement dans la gestion des finances publiques ; mais aussi celle relative au manque de proactivité, en l'occurrence de la DEP/MSP, pour la recherche de cette information au cours des réunions stratégiques avec les DP.

Il est à noter selon les participants qu'il faudra encore du temps pour parvenir à une parfaite compatibilité entre le processus de budgétisation national, toujours annuel, et le cycle programmatique de la budgétisation des activités par les DP, qui est souvent pluriannuel.

De tout ce qui précède, la question de réforme de la gestion des finances publiques demeure récurrente ; y remédier, apporterait plus de garantie aux DP. Plus de transparence et d'efficacité permettront par la suite d'exiger plus de redevabilité mutuelle.

Une suggestion. Elle a été formulée par GAVI. En effet, Pour les pratiques EDC2c, EDC3 de GAVI, les points d'interrogation sur ces indicateurs devraient être enlevés et remplacés soit par 100% d'autant plus que la gestion des fonds GAVI est réglementée via l'accord cadre du partenariat signé par GAVI-Alliance représenté par sa Directrice des programmes santé et le Gouvernement Congolais représenté par trois de ces Ministres à savoir Budget, Finances et Santé. Les audits se font à chaque exercice budgétaire par un cabinet d'audit indépendant sélectionné selon le décret 10 du 1^{er} Ministre sur passation des marchés en RDC. Les rapports financiers et techniques des réalisations sont transmis au siège international avec signatures des Ministres Finances et Santé, préalables exigés par GAVI-Alliance.

8 Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

Nr	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 ^{ème} cycle de suivi	Partenaires au développement qui ont participé (veuillez ajouter X si le partenaire a participé)
1	Canada	X	X
2	Banque mondiale	X	X
3	Fondation Bill et Melinda Gates		
4	Coopération Belge	X	X
5	Coopération Suisse		
6	DIFD	X	
7	France expertise		
8	Fonds Mondial	X	X
9	Agence Française de Développement		
10	GAVI	X	X
11	OMS	X	X
12	JICA	X	X
13	KOICA	X	X
14	ONUSIDA		
15	Ambassade de Suède		
16	UNFPA	X	X
17	UNICEF	X	X
18	USAID	X	X
19	Union Européenne	X	X

9 Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

Nr	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire online (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)	OSC qui ont participé à la discussion de groupe (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)
1	ACTION CONGO ASSISTANCE, ACAS	X	
2	ACTION POUR LE BIENETRE DU CONGO, ABEC	X	
3	ACTION-SANTE-FEMME(ASAF)	X	
4	ASBL, Ligue des infirmières et infirmiers du Congo	X	
5	Conseil National des Organisations Non gouvernementales	X	
6	ENSEMBLE LUTTONS CONTRE LE SIDA, ELCOS	X	

7	Ecole de Santé Publique de Kinshasa	X	
8	Groupe de travail de la société civile	X	
9	Les anges du ciel	X	
10	MUSAF (Mutuelle de Santé Familiale)	X	
11	Medias contre sida, MCS	X	
12	PROJET d'Encadrement des Enfants Défavorisés	X	
13	SANRU	X	
14	forum sida (FOSI)	X	
15	hygiène et santé communautaire	X	
16	AMO CONGO		
17	Femme plus		
18	Action pour le bien-être de la femme et de l'enfant		
19	Caritas		
20	Branche féminine Bondeko		

10 Annexe 3: Liste des agents du secteur privé

Nr	Liste des agents du secteur privé actifs dans le secteur de la santé (selon la définition dans l'outil SP)	Agents du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe (Veuillez ajouter un X s'ils ont participé)
1	Fédération des entreprises du Congo (FEC)	X
2	Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM)	X
3	Association Nationale des infirmiers du Congo (ANIC)	X
4	Association des Gestionnaires des institutions de santé (AGIS)	X
5	Fédération des centrales d'achat des médicaments essentiels (FEDECAME)	X
6	Ordre National des pharmaciens du Congo	X
7	Section médicale de l'église kimbanguiste au Congo	X
8	Section médicale de l'église du Christ au Congo (église protestante)	X
9	CARITAS	X
10	Conseil National des ONG de la santé (CNOS)	X
11	Syndicat national des médecins (SYNAMED)	X
12	SANRU	X
13	Clinique Nganda	
14	Hôpital Biamba Marie Mutombo	
15	Centre Médical BRALIMA	