



SECRETARIAT PERMANENT

PROCES VERBAL

DE L'ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Libreville, le 31 mars 2017

Dans le cadre de la mission de supervision de l'exécution du projet Tuberculose (TB) et compte tenu de l'urgence de procéder à un examen du 1^{er} rapport de progrès (PUDR) de la mise en œuvre avant sa transmission au Fonds Mondial, les membres du CCM se sont réunis au cours d'une Assemblée Générale Extraordinaire qui s'est tenue le vendredi 31 mars 2017.

L'ordre du jour a porté sur les points suivants :

- **Validation du compte rendu de l'Assemblée Générale du 02 mars 2017**
- **Présentation des résultats de la mise en œuvre du projet Tuberculose et des actions de gestion révisées par le Fonds Mondial.**

Au cours de cette rencontre, le Président du CCM, le **Pasteur Louis Gaspard OBIANG** a salué la présence de tous les participants et plus particulièrement celle de la Primature et des Partenaires.

Abordant la situation des conflits d'intérêts avant l'entame des échanges, il a affirmé que le Bénéficiaire Principal (Conseiller du Ministre de la Santé), les Sous Bénéficiaires (RENAPS/AJ et PNLT) seront de facto dispensés d'un éventuel vote car que la parole ne leur sera donnée au cours de cette AG que pour apporter des clarifications.

Après avoir dressé un aperçu de ce qui sera attendu de l'Assemblée Générale au terme de la présentation du PUDR, le **Président du CCM** a donné la parole au Secrétaire Permanent pour un bref rappel des points abordés lors de la dernière AG. Et ce, afin de procéder à la validation du compte rendu de cette rencontre en conformité avec les dispositions du manuel de procédures du CCM.

I. Validation du Compte rendu de l'Assemblée Générale du 02 mars 2017

Le **Secrétaire Permanent, M. Louis Simplicie NGOMA** a rappelé que plusieurs points ont fait l'objet d'un examen lors de ces assises. Les participants avaient pu bénéficier d'une présentation sur la Tuberculose faite par l'OMS. La question liée à la reconduction du programme Tuberculose avait été abordé puis une présentation du PUDR de la mise en œuvre du projet TB en année 2016 avait été faite par le Bénéficiaire Principal. Compte tenu de ce que le format utilisé lors de cette présentation n'avait pas permis une appréciation satisfaisante des résultats de la mise en œuvre, l'AG avait instruit le BP à repartir vers le Comité de suivi Stratégique (CSS) pour une meilleure préparation. Enfin, les difficultés de la mise en œuvre avaient été exposées.

Au terme de cette présentation sommaire, le compte rendu de l'Assemblée Générale du 02 mars 2017 a été validé à l'unanimité.

II. Présentation des résultats de la mise en œuvre du projet Tuberculose et des actions de gestion révisées par le Fonds Mondial.

La présentation des résultats de la mise en œuvre du Projet TB de l'année 2016, s'est appuyée sur l'examen du tableau de suivi de la subvention (Dashboard) et sur le rapport de progrès de la mise en œuvre (PUDR).

Le Président du CCM, a relevé qu'un examen préalable de ces documents, avait été effectué dans le cadre d'une réunion convoquée par le Comité de Suivi Stratégique (CSS), le jeudi 23 mars 2017. Au cours de celle-ci, le BP et les membres du CSS ont longuement travaillé à l'harmonisation des données de la mise en œuvre et à la révision des commentaires et à la formulation d'un certain nombre de recommandations à adresser au CCM, en vue de redresser la performance du projet.

1- Examen du Dashboard de la subvention.

En lieu et place du Président du CSS empêché, le Secrétaire Permanent a procédé à la présentation du tableau de bord de la subvention.

En guise de rappel, il a indiqué que cet outil de suivi a été proposé par le Fonds Mondial pour aider le CCM à mieux assurer sa mission de supervision.

Les indicateurs programmatiques

La précision selon laquelle l'Assemblée Générale du CCM a dans ses prérogatives le devoir de veiller à la progression des 6 indicateurs du cadre de performance simplifié a été apportée. Le Fonds Mondial met en avant pour sa part un point d'honneur sur les 3 principaux indicateurs programmatiques.

Le 1^{er} indicateur programmatique **DOTS 1a** qui porte sur le nombre de cas notifiés de TB toutes formes fait apparaître une réalisation de **5563 cas** pour une cible contractuelle de **6225 cas**. Le taux de réalisation de cet indicateur est de **89%** mais sa tendance indique que sur le plan systémique, il faudrait une décentralisation de la lutte contre la tuberculose au niveau des départements sanitaires et l'intégration des activités de prise en charge communautaire (PEC).

L'indicateur **DOTS 2a** qui renvoie au taux de succès thérapeutique parmi les cas enregistrés sur une période spécifique met en évidence une cible de **70%** un résultat de **59%** et un taux de réalisation estimé à **84%**. Pour ce qui est de la tendance de cet indicateur il a été relevé qu'en dépit de la performance affichée le taux de succès thérapeutique national est estimé à seulement 68%.

Nombre de cas notifiés de tuberculose pharmacorésistante évalué par l'indicateur **MDR-TB-2** présente une cible de **41 cas**. Pour cet indicateur, le résultat est de **30 cas** et pourcentage réalisé est de **73%**. Il est à noter que les résultats auraient été meilleurs si les intrants, les médicaments et les équipements avaient été disponibles.

L'indicateur **MDR-TB-3** qui porte sur le nombre de cas notifiés de tuberculose pharmacorésistante qui ont commencé un traitement de 2^{ème} intention montre une cible de **41 cas**, un résultat obtenu de **31 cas** et un taux de réalisation de **32%**. Afin de justifier la performance de cet indicateur il a été noté que les 13 cas ont été pris en charge dans le cadre de la recherche opérationnelle menée au niveau du CERMEL.

Au regard de ce commentaire, **le Représentant de l'OMS, le Dr Boureima HAMA SAMBO**, a souligné la nécessité de restitué les faits. Car les 13 cas de Tuberculose multirésistante dont font allusion cet indicateur ont été pris en charge par le Centre hospitalier régional de Lambaréné et l'hôpital de Bongolo. Le CERMEC n'ayant contribué que par l'achat et la mise a disposition des antituberculeux de 2^{ème} intention administrés à ces malades.

Pour l'indicateur **TBVIH-2** correspondant au pourcentage de patients tuberculeux positifs au VIH bénéficiant d'une thérapie rétrovirale pendant le traitement aux antituberculeux, présente une cible était de **80%**, un résultat **52%** et le taux de réalisation fixé à **65%**.

Le pourcentage de cas notifiés de TB résultant de la contribution des prestataires référés par la communauté indique un résultat nul pour une cible de **10%**, en raison notamment de la mise en place tardive de la plateforme collaboratrice TB/VIH et de la sous notification des cas de TB/VIH. Toutefois, il a été relevé qu'à ce jour toutes les conditions précédentes à la mise en œuvre des activités communautaires ont été levées.

2- Présentation du Rapport de progrès PUDR de la mise en œuvre du projet TB en année 2016.

Afin de procéder à la présentation globale des résultats issus de l'exécution du projet TB en année 2016, une présentation du 1^{er} PUDR de la mise en œuvre a été faite par le Coordonnateur de l'UCP **M. Gabriel NGOMA PAMBOU**. Aussi, a-t-il été indiqué que le Bureau du CCM avait convoqué la présente Assemblée Générale dans le but de garantir un respect de la procédure de transmission de cet outil au Fonds Mondial.

Avant d'entamer sa présentation par la description des résultats des indicateurs d'impact et effets de la mise en œuvre, le Coordonnateur de l'UCP a informé l'assistance du recrutement de **Madame Nathalie ITOUMBA** en qualité de chargée du suivi & évaluation de l'UCP. Puis, il a indiqué pour chacun de ces indicateurs quel en était la cible, les résultats obtenu ainsi que la source des données recueillies.

- Les Indicateur d'impact et d'effets

L'indicateur **TB I-3** qui fait référence au Taux de mortalité par la tuberculose pour 100 000 habitants, indique une cible de **63%** un résultat de **65%**, la source étant le Rapport mondial de l'OMS sur la TB, 2016. La proportion de cet indicateur s'explique par le fait que le taux de mortalité n'a pas baissé en raison notamment du dysfonctionnement du Système national de santé (ruptures des intrants et médicaments, insuffisance quantitative et qualitative de la ressource humaine, faiblesse de suivi des programmes).

La prévalence de la tuberculose multirésistante (MDR-TB) parmi les nouveaux cas détectés illustrée par l'indicateur **TB I-4** fait état d'une cible fixé à **4 cas** et d'un résultat de **3 cas**.

L'indicateur **TB O-4** qui met en exergue le Taux de succès thérapeutique chez les patients atteints de tuberculose multirésistante indique une cible de **50%**. Il a été noté pour cet indicateur que le résultat ne sera disponible qu'en Février 2018 date de la publication du Rapport Mondial OMS.

L'indicateur **TB O-5** qui évalue le pourcentage de nouveaux cas et récurrences notifiés et mis sous traitement parmi le nombre estimé d'incidence de cas TB pendant la même année, fixe la cible à **76%** et le résultat à **68%**. Il a été mentionné que cette cible n'a pas été atteinte parce que l'intensification des activités de dépistage et de diagnostic des cas qui aurait conduit à l'augmentation de la notification n'a pu se faire.

- Les indicateurs de couverture

Au terme de la présentation des indicateurs d'impact et d'effets **Madame Rachel IBINGA KOULA**, ancienne chargée du Suivi & évaluation de l'UCP a procédé à un rendu des résultats des indicateurs de couverture. Au nombre des indicateurs de couverture figure l'indicateur **DOTS1a** qui correspond au nombre de cas notifiés de tuberculose, toutes formes. Pour une cible de **6225 cas** le résultat obtenu est de **5563 cas** et le taux d'accomplissement fixé à **89%**. Le résultat de cet indicateur aurait pu être amélioré si certaines structures de prise en charge de la TB avaient été fonctionnelles.

L'indicateur **DOTS2a** qui fait référence au taux de succès thérapeutique parmi les cas enregistrés pendant une période spécifique fait apparaître une cible fixé à **70%** et un résultat de **59%**. Ce qui induit à un taux d'accomplissement de **84%**. Ces résultats auraient pu être améliorés sans les ruptures fréquentes des médicaments et les difficultés d'observance du traitement par les patients.

Le taux d'accomplissement de **73%** affiché par l'indicateur **MDRTB-2**, qui se réfère au Nombre de cas notifiés de TB pharmacorésistante est issu du rapport entre la cible fixé à **41 cas** et un résultat de **31 cas**. Il a été précisé que ces résultats auraient pu être améliorés si le LNSP n'avait connu de rupture de réactifs et si les activités du pole Xpert avaient commencé.

Nombre de cas de TB pharmacorésistante qui ont commencé un traitement de deuxième intention évalué par l'indicateur **MDRTB-3**, fait apparaître une cible de **41 cas** pour un résultat de **13 cas**. Le taux d'accomplissement de **32%** obtenu par cet indicateur est consécutif au fait que la prise en charge prévue par le Projet n'a pas été effective en 2016 en raison de la non satisfaction des conditions précédentes.

L'indicateur **TB-HIV2** qui porte sur le Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux indique une cible de **80%**, le résultat obtenu par la mise en œuvre du projet en a permis d'atteindre **52%** de cette cible. Le taux d'accomplissement **65%** résulte du fait que le diagnostic de la TB chez les patients VIH + n'est pas encore systématisé. Par ailleurs, les cas de TB/VIH sont sous notifiés.

Pourcentage de cas notifiés de Tuberculose (Toutes formes) résultant de la contribution des prestataires externes au PNLT_ Référés par la Communauté illustré par l'indicateur **DOTS-7c** indique une cible de **10%** et un résultat de **0%** dû à la non mise en œuvre des activités de prise en charge communautaire conditionnées par l'élaboration d'un certains nombre de documents normatifs.

Pour conclure à sa présentation **M. IBINGA** a affirmé ne pas être en mesure de faire une évaluation exacte du plan de travail car la matrice de travail employée pour compiler les données n'a pas été réévaluée par le FM. Seule la description des activités mise en œuvre permet d'attester de la faible performance de l'exécution du plan de travail.

- Les indicateurs financiers

La parole a été donnée à **Mme Carine KROUMA**, l'Assistante Technique et Financière du projet TB pour une présentation de la partie financière du PUDR, afin de donner un aperçu des différentes transactions accomplies dans le cadre du plan de travail budgétisé et de la capacité d'absorption du financement.

Elle a spécifié que la partie financière du PUDR reprend les chiffres en euros et indique de manière récapitulative les fonds décaissés par le FM aussi bien en faveur du Bénéficiaire Principal que des tiers. Dans le cadre du projet TB trois (3) comptes domiciliés à BGFI BANK ont été ouvert pour faciliter les transactions financières entre le FM, le BP et les 2 SB.

Le montant directement transféré par le Fonds Mondial au BP se chiffre à **633 882 euros** et constitue **32%** du budget révisé de l'année 2016. Des décaissements du BP au profit des SB ont été effectués à hauteur de **257 333 euros**, et le total des transferts effectués directement par le FM en faveur des tiers notamment pour l'achat de médicaments, équipements et véhicules se chiffrent au montant de **418 556 euros**.

Par ailleurs, elle a dressé le détail des soldes de trésorerie de chaque bénéficiaire. Le PNLT qui a reçu du BP un versement de **165 140 euros** est parvenu à mettre en œuvre des activités à hauteur de **85 547 euros**. Le solde de trésorerie actif de ce SB est de **68 884 euros**. Ce qui laisse apparaître un écart de **10 709 euros** correspondant pour l'essentiel à l'activité non éligible de l'organisation de la Journée Mondiale de lutte contre la TB.

Le **RENAPS-AJ** approvisionné du montant de **92 193 euros** a uniquement pu absorber le montant de **3586 euros**. Ce faible taux d'absorption estimé à **0.03%** est essentiellement dû à l'organisation d'un atelier de validation de la boîte à image et d'un atelier de validation du guide de prise en charge des activités communautaires.

Les dépenses par module d'intervention du budget ont également été présentées.

Par ailleurs, il a été relevé qu'aucun ajustement spécifique n'est à déclarer concernant ce volet de la gestion du projet TB.

- **Les indicateurs de gestion des approvisionnements et des stocks (GAS)**

En ce qui concerne la partie GAS, les données enregistrées au système d'information sur le prix et la qualité (PQR) sur la base du dernier inventaire réalisé par l'Office Pharmaceutique National (OPN) le 09 janvier 2017, font état d'un risque de rupture de stock des médicaments de première ligne **RHZE** et **RHE**.

De plus, un risque de péremption se situe au niveau d'une partie de stock de **RHcp dispersible** (Enfant). De ce fait, cette molécule est également distribuée aux adultes pour pouvoir écouler ce stock avant expiration. Car, les fonds n'ont pas encore été disponibilisés pour l'achat de ces produits

Le Dr Joséphine MISSANDA, responsable GAS de l'équipe de coordination, a indiqué que la difficulté majeure rencontrée au niveau du GAS résulte de l'incapacité à disposer des fonds nécessaires à l'achat des produits pharmaceutiques de 1^{ère} ligne dans les délais. Elle a par ailleurs rajouté que cette situation complique fortement la programmation des commandes au niveau central et occasionne par conséquent les ruptures de stock fréquemment enregistrées.

Concernant les produits de 2^{ème} ligne pris en charge par le FM, elle a affirmé que les processus de cotations et de finalisation des commandes (mises en expédition) prennent généralement beaucoup de temps au niveau du GDF et du fournisseur (IDA). Aussi, elle a également fait mention de la difficulté liée au respect de toute programmation en raison du caractère fortement séquencées des livraisons et de la contrainte d'une expédition groupée.

- **Présentation des données de gestion de la subvention**

La présentation du PUDR a également conduit à une description du niveau de réalisation des exigences de la mise en œuvre. Un accent particulier a été mis sur la question de financement de contrepartie nationale et l'obligation de produire un plan de pérennisation du Projet TB.

Le Président du CCM a invité le coordonnateur à interrompre sa présentation dont l'essentiel des points avait déjà été abordé lors de l'examen du tableau de bord de la subvention. Puis, il a invité les membres du CCM à exprimer leur sentiment et préoccupation.

Prenant la parole, **M. Le Représentant de l'OMS**, a jugé peu satisfaisant les résultats de la mise en œuvre résultant du PUDR. De plus, il a relevé qu'en dépit du fait que plusieurs circonstances atténuantes pourraient être évoquées par le Bénéficiaire Principal pour justifier la contreperformance du projet, l'Assemblée Générale devra faire une analyse critique de ce résultat et de tous les aspects liés à la gestion de cette subvention. Ayant fait constaté que le tableau de bord ne présente aucun indicateur dont le taux de réalisation n'est supérieur ou égal à 90% il s'est offusqué de ce qu'après 15 mois d'exécution du projet, les résultats présentés ne soient pas en mesure de répondre aux attentes du cadre de performance.

Il s'est étendu sur les conséquences causées actuellement par la gestion mal maîtrisée de la prise en charge de la tuberculose sous toutes ces formes. Il a invité les uns et les autres à faire preuve de responsabilité dans leur charge respective.

De plus, il a également estimé qu'il n'existe aucune excuse valable pour justifier que le Gabon qui bénéficie d'une allocation à titre gracieux pour sauver des vies.

Par ailleurs, il a affirmé que les chiffres avancés doivent être très sérieusement réexaminés. Pour illustration, il s'est demandé comment est-il possible d'avoir un taux d'accomplissement de **43%** pour un indicateur dont la cible est méconnu.

En appui aux propos de M. Le Représentant, **le Dr Ghislaine NKONE ASSEKO, Point focal TB, VIH et Paludisme à l'OMS** s'est émue de la faiblesse des résultats obtenus. Elle a également déploré la qualité des commentaires proposés pour la plupart des indicateurs et s'est étonnée de la non réalisation de certaines activités dont les conditions avaient été levées. Concernant le plan de pérennisation, elle a invité la partie nationale à initier le travail et s'appliquer à obtenir des plus hautes autorités, des engagements financiers qui permettront d'assurer la pérennité du projet avant la contribution des partenaires.

Le Directeur de la Communication de la Croix Rouge Gabonaise, **M. Omer Léonce MBOUMA** s'est interrogé sur le poids de la TB par région. Il a également fustigé l'absence de mécanismes pour tenter de corriger les faiblesses décelées dans la mise en œuvre.

Le Dr Dieudonné NKOGE, Conseiller du Ministre de la Santé s'est désolé de l'absence du Directeur du PNL. Il a par ailleurs émis les vœux de rencontrer les responsables du PNL et de l'UCP dans le cadre d'une réunion restreinte avec le CCM.

Vu la prédominance du sentiment de déception exprimée par chaque intervenant, **le Président du CCM** a invité l'assemblée Générale à une concertation préalable à une prise de décision. A cet effet, les membres du CCM en situation de conflit d'intérêts ont été priés de quitter la salle en conformité avec les dispositions de la politique de prévention et de gestion des conflits d'intérêts en vigueur.

Poursuivant son propos, il a fait la synthèse de la conférence téléphonique que le Bureau du CCM a eue avec le Fonds Mondial et partagé aux membres du CCM le sentiment du Fonds Mondial concernant l'état de mise en œuvre extrêmement préoccupant de la subvention. Il a également indiqué que le Fonds Mondial attend un signal fort de la partie nationale pour redresser la situation. Au cours de cette

conférence, le Bureau du CCM s'était engagé à consulter l'Assemblée Générale pour que celle-ci statue sur l'orientation à prendre dans le but de préserver les acquis de la subvention.

Prenant la parole, **le Représentant de l'OMS** a exhorté les membres du CCM à prendre la mesure de la décision à prendre au cours de cette AG. Il a par ailleurs indiqué la nécessité de prendre conscience de la responsabilité historique qui leur incombe, par égard à l'ampleur des dégâts occasionnés par la TB au Gabon. Pour en faire l'illustration, il a évoqué l'apparition d'une primo infection résistante (TB multirésistante sans avoir fait de TB sensible) et même de cas de TB Extramultirésistante. Ce qui devrait emmener le CCM à se prononcer sur l'action la plus pertinente à envisager afin de stopper la progression de cette pathologie. Car des milliers de personnes pourraient en mourir si rien n'est fait. Aussi a-t-il ajouté que chaque membre de l'Instance de Coordination Nationale a une responsabilité morale et sociale vis-à-vis des malades. De plus, il a affirmé que l'OMS, avait attiré l'attention des plus hautes autorités sur la gravité de la situation. Le Ministre de la Santé en a parlé au Chef de l'État en l'attribuant le terme de « EBOLA Bactériologique » pour exprimer toute l'urgence d'en venir à bout.

En outre, il a fait constater qu'il y a de cela quelques années les indicateurs de lutte contre la TB étaient déjà au même niveau que ceux exprimés par le PUDR de la mise en œuvre avec le financement du FM. Ce qui revient à affirmer que les résultats actuels présentés ne sont aucunement liés à la subvention. Pour conclure, il a réitéré l'importance pour le CCM de décider souverainement.

Prenant la parole, **le Président du CCM** a invité chaque membre du CCM à s'exprimer en toute liberté afin de recueillir l'opinion de chaque représentant des groupes constitutifs.

L'Imam Jean Claude MOUBAMBA, représentant du Conseil des Affaires Islamiques a exprimé son sentiment de confusion au terme de la présentation du PUDR faite par l'équipe de l'UCP. Il a également estimé que celle-ci témoigne de trop grandes faiblesses et met en exergue la nécessité de modifier la configuration institutionnelle.

La représentante de PVVIH, **Mme Geneviève YOUNINI**, s'est dit révoltée de constater combien les malades sont traités avec aussi peu d'égard. Elle a également exprimé son souhait de voir notre pays emprunter les mêmes sentiers que les états voisins pour la gestion des projets FM et la prise en charge des malades.

Mme Audrey Cecilia NDUTUM du Ministère de l'Économie a estimé avoir pris la mesure de l'importance de la décision attendue du CCM au regard de la situation alarmante décrite. Elle a par ailleurs appelé l'ensemble des membres de l'AG à convenir d'une position conjointe sur la base du principal point d'ancrage qu'est la recherche du bien être des populations.

Le marasme de la mise en œuvre observé depuis le lancement officiel du projet TB a été déploré par **M. Steve TCHINGA, de l'ONG Sida Stop TB**. Puis, il a suggéré le licenciement du Coordonnateur de l'UCP, qui de son point de vue constitue le véritable problème de cette équipe de coordination.

Le **Dr Solange NTSAME OBAME, Vice présidente de l'Ordre des Pharmaciens** s'est interrogée sur le délai donné au CCM pour faire part de sa décision au FM. De plus, elle a précisé que cette décision du CCM, quel qu'elle soit doit pouvoir tenir compte de la nécessité de renforcer le PNLT.

Du point de vue du **Dr Modeste MABIKA MAMFOUMBI, de l'Université des Sciences de Santé**, l'expérience des précédentes mises en œuvre a démontré que l'équipe de coordination est la cheville ouvrière du projet. Le fait que cette équipe n'est pas été en mesure de faire ressortir les éléments clés de

sa présentation du PUDR pour permettre une appréciation de l'AG justifie amplement sa dissolution, de même que l'éviction du Directeur du PNLT.

Le Président du CCM a fait observer avec regret qu'en dépit de l'appui apporté par l'OMS et Expertise France pour renforcer l'équipe de coordination et le PNLT aucun résultat concluant n'a été obtenu. Poursuivant, il a rappelé que pour quasiment chaque activité à accomplir par le BP dans le cadre de cette subvention, il a fallu mobiliser une assistance technique internationale.

Abordant dans le même sens, **le Représentant de l'OMS** a affirmé n'avoir jamais vu un quelconque programme de ce pays bénéficier d'autant d'appui que le PNLT en une année.

Dr Benjamin OLLOMO, du CIRMF a affirmé que compte tenu de ce qu'il subsiste au sein de l'équipe de coordination quelque personne qui ont une réelle la volonté de faire avancer le projet, seul le coordonateur de la cellule de gestion mérite d'être remplacée. En outre, il a fait part de la nécessité de veiller au renforcement le PNLT et à une plus grande appropriation du projet de la part du Directeur de ce Programme.

Le représentant du Ministère de la Communication M. Steeve OTSOBOGO a quand à lui suggéré de dissoudre l'Unité de Coordination pour parvenir à une gestion plus efficace du Projet.

La Coordonnatrice Adjoint du COLUSIMEN Mme. ALLOGHO EKO a affirmé qu'il est plus qu'évident qu'un réel problème managérial se pose au sein de l'UCP et du PNLT. De fait, sa présentation du PUDR a été décriée par tous. De plus, elle a précisé que la question de Turnover administratif observable dans l'ensemble des départements du secteur public qui généralement conduit à une certaine légèreté dans la gestion de la chose publique, peut justifier tous ses errements ; car les individus sont beaucoup plus redevables aux personnes qui les nomment. Après avoir fait constater que l'heure n'était plus à la négociation mais à une prise d'une décision ferme, elle a rappelé aux membres du CCM leur responsabilité de contourner cette difficulté en confiant la gestion du projet TB à un Partenaire. Car le Coordonnateur et le Directeur dont les méthodes de travail sont remises en cause jouissent de toute évidence d'une immunité du fait de leur proximité avec certaines personnes au sommet de la hiérarchie administrative.

M. Léonce Omer MBOUMA, Directeur de la Communication à la Croix Rouge Gabonaise a indiqué s'inscrire dans la droite ligne de la note Conceptuelle en optant pour un renforcement du PNLT afin d'obtenir de meilleurs résultats de la mise en œuvre de ce projet. Toutefois ce choix ne pourra être porteur que si le PNLT bénéficie de l'encadrement d'un nouveau Bénéficiaire Principal.

Mme. Clémentine NANG, du Collectif des aumôniers des Prisons s'est dit surprise des d'entendre parler de mise en œuvre. La population cible auprès de laquelle l'aumônerie des prisons intervient n'a bénéficié que d'une sensibilisation menée par la Croix Rouge depuis le lancement du projet.

En résumé, le Président du CCM a fait la synthèse des trois (3) principales options qui se sont dégagées au cours des discussions à savoir : le changement du personnel de l'UCP ; la dissolution de l'équipe de l'UCP avec un renforcement du PNLT et le changement du Bénéficiaire principal.

Pour le changement de l'équipe de l'UCP

S'appuyant sur l'évaluation initiale des capacités du BP (Outil CAT), sur le constat de la faiblesse de l'équipe de l'UCP dans sa capacité de coordination en dépit de nombreux renforcement des capacités et sur la qualité des résultats annuel de la mise en œuvre du projet, un changement d'équipe et/ou de personne y compris au PNLT a été jugé envisageable. Toutefois, eu égard au contexte administratif pour

le recrutement des personnel d'appui, il n'est pas certain que ces remplacements donnent satisfaction. Cette option fait courir au pays le risque d'un retard supplémentaire dans la mise en œuvre.

Pour la dissolution de l'équipe de l'UCP avec un renforcement du PNLT

Un rappel du contexte de la création de l'UCP a été fait. Le Président du CCM a rappelé qu'au moment de la rédaction de la note Conceptuelle, le comité technique avait convenu du renforcement du PNLT pour assumer le rôle de Bénéficiaire Principal. Cependant, le Ministère de la Santé s'était imposé comme caution de l'état dans ce projet et avait fait accepter au FM la création de l'UCP. Cette unité de coordination dont l'absence de leadership est plus qu'évident pourrait être dissoute, avec un reversement des responsables GAS, RAF, Comptable et ATF au niveau du PNLT. Considérant la faiblesse des capacités actuelles du PNLT pour la conduite des activités du projet et les sérieux dysfonctionnements en son sein, il serait hasardeux de lui confier en plus le rôle du Bénéficiaire Principal. Dans tous les cas, eu égard à son statut de programme national, des renforcements des capacités en personnel et technique doivent impérativement se poursuivre.

Pour le changement du Bénéficiaire Principal

Pour ce point, il a été fortement relevé que si l'équipe du BP fait preuve de grande faiblesse dans sa capacité managériale, son existence se justifie amplement car son rôle est de porter le projet et de faciliter l'exécution de la mise en œuvre de la subvention par les Sous bénéficiaires. A ce titre, la désignation d'un nouveau BP doté de capacités techniques et managériale aura le mérite de rendre le projet plus performant.

Fort de ce qui précède, **le Président du CCM** a affirmé que la tendance qui se dégage des différentes interventions va dans le sens du changement du Bénéficiaire Principal. Aussi a-t-il demandé aux membres du CCM de se prononcer par un vote à main levée pour autoriser le bureau du CCM à consulter les Partenaires dont le potentiel les dispose à assumer le rôle de Bénéficiaire Principal en remplacement du Ministère de la Santé.

A l'unanimité, l'Assemblée Générale a opté pour le Changement du Bénéficiaire Principal et donné mandat au Bureau du CCM pour entreprendre toutes les démarches nécessaires visant à atteindre cet objectif. A cet effet, le Bureau du CCM organisera une conférence téléphonique avec le Fonds Mondial pour partager les conclusions de cette assemblée générale.

Les points inscrits à l'ordre du jour étant épuisés la séance qui a démarré à 9h45 et s'est achevée à 12h50.

Fait à Libreville, le **06 AVR. 2017**

Le Secrétaire de Séance



Louis Simplice NGOMA
Secrétaire Permanent

Le Président du CCM



Pasteur Gaspard OBIANG