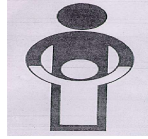


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



**Plan Pluri Annuel Complet du PEV de la
République Démocratique du Congo,
2020 -2024**

Février 2019

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-------|--|-----|
| I. | CONTEXTE GENERAL DE LA RDC | 12 |
| 1.1 | Situation géographique , démographique et sociopolitique | 12 |
| 1.2 | Contexte épidémiologique | 13 |
| 1.3 | Organisation du système de santé | 14 |
| 1.4 | Personnel de santé et infrastructures | 16 |
| 1.5 | Situation macro-économique | 16 |
| 1.6 | Décentralisation et déconcentration | 17 |
| 1.7 | Financement du secteur de la santé | 17 |
| II. | ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV | 19 |
| II.1 | Prestations de service | 19 |
| | ANALYSE DES RAPPORTS DES DQS 2016-2018 | 25 |
| 4.1. | Renforcement des capacités | 55 |
| 2. | SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES | 58 |
| 5.1. | Forces | 58 |
| 5.2. | FAIBLESSES | 61 |
| 5.3. | OPPORTUNITES | 65 |
| 5.4. | MENACES | 65 |
| 3. | PROBLEMES PRIORITAIRES | 67 |
| 6.1. | Prestations de services | 67 |
| 6.2. | Qualité des données | 67 |
| 6.3. | L’approvisionnement, la qualité des vaccins et logistique | 67 |
| 6.4. | Surveillance | 67 |
| 6.5. | Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) | 68 |
| 6.6. | Communication pour le PEV | 68 |
| 6.7. | Financement et Management | 68 |
| 4. | OBJECTIFS DU PEV | 69 |
| 7.1. | Objectif général | 69 |
| 7.2. | Objectifs spécifiques | 69 |
| 5. | STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PPAc | 71 |
| 8.1. | Prestation des services | 71 |
| 8.2. | Qualité des données | 71 |
| 8.3. | Logistique | 71 |
| 8.4. | AVS | 71 |
| 8.5. | Surveillance | 71 |
| 8.6. | Communication | 71 |
| 8.7. | Gestion du Programme | 72 |
| 6. | ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME | 99 |
| 6.1. | Méthodologie | 99 |
| 6.2. | Besoins en ressources futures et financement du Programme | 102 |
| 7. | STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE | 109 |
| 10.1. | Description des stratégies de viabilité financière | 109 |
| 10.2. | Priorités des stratégies de viabilité financière | 111 |
| 10.3. | Stratégie de mobilisation des ressources adéquates | 111 |
| 10.4. | Stratégie pour la facilitation à l’accès au financement | 112 |
| 10.5. | Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources | 112 |
| 8. | MECANISMES DE MISE EN OEUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC | 113 |
| 9. | ANNEXES | 114 |
| 9.1. | LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2020) | 115 |

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|--------------|--|
| ACZ | : Atteindre Chaque Zone de santé |
| APA | : Autorité Politico Administrative |
| AS | : Aire de Santé |
| ANR | : Autorité Nationale de Régulation |
| AVI | : Activités de Vaccination Intégrées |
| AVS | : Activités de Vaccination Supplémentaires |
| BAD | : Banque Africaine de Développement |
| BCG | : Bacille de Calmette et Guérin |
| BCZS | : Bureau Central de la Zone de Santé |
| BM | : Banque Mondiale |
| BTP | : Bureau Technique Provincial |
| CAC | : Cellule d'Animation Communautaire |
| CCIA | : Comité de Coordination Inter Agences |
| CDC | : Center for Diseases Control and Prevention |
| CdF | : Chaîne du Froid |
| CDF | : Francs Congolais Démocratique |
| CDMT | : Cadre des Dépenses à Moyen Terme |
| CDSMT | : Cadre des Dépenses Sectoriel à Moyen Terme |
| CF | : Chambre Froide |
| CFC | : Chloro-Fluoro Carbone |
| CNC | : Comité National de Certification Polio |
| CNC | : Comité National de Coordination de la lutte contre la maladie |
| CNEP | : Comité National d'Experts pour la Polio |
| CNP | : Comité National de Pilotage pour le renforcement du système de santé |
| CODESA | : Comité de Développement de Santé |
| COGE | : Comité de Gestion |
| CPN | : Consultation prénatale |
| CPP | : Comité Provincial de Pilotage pour le renforcement du système de santé |
| CPS | : Consultation préscolaire |
| CRS | : Catholic Relief Services |
| CS | : Centre de Santé |
| CTB | : Coopération Technique Belge |
| CV | : Couverture Vaccinale |
| DHIS2 | : District Health Information System version 2 |
| DPS | : Division Provinciale de la Santé |
| DPSB | : Direction de la Préparation et du Suivi du Budget |
| DSCR | : Document de Stratégie, de Croissance et de Réduction de la Pauvreté |
| DSRP | : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté |
| DTC-HepB-Hib | : Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite virale B et l'Haemophilus Influenzae du type b |
| DVD-MT | : District Vaccine Data Management Tool |
| EDS | : Enquête Démographique et de Santé |
| ESB | : Etat de Suivi Budgétaire |
| FED 10 | : Fonds Européens de Développement 10 ^{ème} round |
| FFOM | : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces |
| FJ | : Fièvre Jaune |
| FMI | : Fonds Monétaire International |
| FMV | : Fonds Mondial pour les Vaccins |
| FPS | : Fonds de Promotion pour la santé |
| FV | : Facteur de Vérification |

| | |
|--------|--|
| GARSS | : Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé |
| GAVI | : Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination) |
| GVAP | : Global Vaccine Action Plan (Plan d'Action Mondial pour les Vaccins) 2011-2020 |
| GEV | : Gestion Efficace des Vaccins |
| GIBS | : Groupe Inter Bailleurs Santé |
| GIVS | : Global Immunization vision and stratégies (Vision et stratégies mondiales pour la vaccination) |
| HGR | : Hôpital Général de Référence |
| HPV | : Human Papilloma Virus |
| IEM | : Institut d'Enseignement Médical |
| IEP | : Initiative pour l'Eradication de la Polio |
| IgM | : Immuno-globuline M |
| IM | : Intra-Musculaire |
| INRB | : Institut National des Recherches Biomédicales |
| INS | : Institut National des Statistiques |
| IQ | : Indice de Qualité |
| IRA | : Infections Respiratoires Aigües |
| IST | : Infections Sexuellement Transmissibles |
| ITM | : Institut des Techniques Médicales |
| JLV | : Journées Locales de Vaccination |
| JNV | : Journées Nationales de Vaccination |
| JSNV | : Journées Sous Nationales de Vaccination |
| LQAS | : Lot Quality Assurance Sampling(Contrôle de qualité sur un échantillon des produits dans un lot) |
| MAPI | : Manifestations Adverses Post Immunisation |
| MBP | : Méningite Bactérienne en milieu Pédiatrique |
| MCA | : Médecin Chef d'Antenne |
| MCD | : Médecin Chef de District |
| MCP | : Médecin Coordinateur Provincial |
| MCZ | : Médecin Chef de Zone |
| MERCI | : Maladies, Effets secondaires, Rendez-vous, Calendrier et Immunisation complet |
| MICS | : Multiple Indicators Cluster Survey |
| MILD | : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée |
| MIP | : Médecin Inspecteur Provincial |
| MOSO | : Mobilisation Sociale |
| MSF | : Médecins Sans Frontières |
| MSP | : Ministère de la Santé Publique |
| ODD | : Objectifs de Développement Durable |
| OMD | : Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PARSS | : Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de Santé |
| PCA | : Paquet Complet d'activités |
| PCV | : Pastille de Contrôle de Vaccin |
| PCV-13 | : Pneumococcal Conjugate Vaccine |
| PDI | : Plan de Développement Institutionnel |
| PDSS | : Plan de Développement du Secteur de la Santé |
| PEG | : Programme Economique du Gouvernement |
| PEV | : Programme Elargi de Vaccination |

| | |
|-----------|---|
| PFA | : Paralysie Flasque Aiguë |
| PIB | : Produit Intérieur Brut |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activités |
| PNMLS | : Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida |
| PMURR | : Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de construction |
| PNDS | : Plan National du Développement Sanitaire |
| PNLO | : Programme National de lutte Contre l'Onchocercose |
| PNLP | : Programme National de Lutte Contre le Paludisme |
| PNPMS | : Programme National pour la Promotion des Mutuelles de Santé |
| PNSR | : Programme National de Santé de la Reproduction |
| PPAC | : Plan pluriannuel complet |
| PPTE | : Pays Pauvres Très Endettés |
| PRONANUT | : Programme National de Nutrition |
| PROSANI | : Projet Santé Intégré |
| PSRV | : Plan Stratégique Regional pour la Vaccination |
| PVS | : Polio Virus Sauvage |
| PVDV | : Poliovirus Dérivé du Vaccin anti polio |
| RDC | : République Démocratique du Congo |
| RECO | : Relais Communautaire |
| RHS | : Ressources Humaines en Santé |
| RRV | : Rapport de Réception de Vaccins |
| RTNC | : Radio Télévision Nationale Congolaise |
| RTV | : Radio Télévision |
| SA | : South Africa |
| SAB | : Seringues Auto Bloquantes |
| SANRU III | : Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (Phase 3) |
| SAV | : Semaine Africaine de la Vaccination |
| SC | : Sous Cutanée |
| SIG | : Système d'Information et de Gestion |
| SIS | : Système d'Informations Sanitaires |
| SMT | : Stock Management Tool |
| SRSS | : Stratégie de Renforcement du Système de Santé |
| SSP | : Soins de Santé Primaires |
| Td | : Vaccin contre le Tétanos et la Diphtérie |
| TMN | : Tétanos Maternel et Néonatal |
| TNN | : Tétanos Néo Natal |
| UE | : Union Européenne |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| USAID | : Agence Américaine pour le Développement International |
| USD | : Dollars américains |
| VAA | : Vaccin Anti Amaril (vaccin contre la fièvre jaune) |
| VAD | : Visite à Domicile |
| VAR | : Vaccin Anti Rougeoleux (vaccin contre la rougeole) |
| VAT | : Vaccin Anti Tétanique |
| VIH-SIDA | : Virus Immuno Déficience humaine-Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise |
| Vit A | : Vitamine A |
| VPO | : Vaccin Polio Oral |
| VPI | : Vaccin antipoliomyélitique Inactivé |
| ZS | : Zone de Santé |
| ZSHR | : Zone de Santé à Haut Risque |

RESUME

En République Démocratique du Congo (RDC), la Santé constitue une des priorités du programme du Gouvernement. La vaccination des enfants et des femmes est inscrite parmi les axes prioritaires.

La présente révision du PPAC s'avère indispensable, étant donné que :

- Le PNDS a été révisé et couvre actuellement la période de 2019 – 2022 ;
- La revue externe du PEV a été réalisée au cours des mois de juillet et août 2018 et les recommandations pertinentes ont été formulées en vue rendre le PEV plus performant ;
- Le plan d'urgence pour relancer la vaccination de routine a été élaboré et validé en juillet 2018 et la mise en œuvre effective est prévue en 2019 ;
- L'enquête MICS 3 a été réalisée et les résultats finaux sont prévus en décembre 2018 ;
- Le RSS3 en cours d'écriture va s'étendre de 2020 à 2024 ;

Les 7 parties qui composent ce PPAC se résument comme suit:

1. Du contexte général du pays

Il démontre combien la situation socio-économique précaire qu'a traversé le pays pendant de longues années a profondément désarticulé le système de santé et affecté la situation sanitaire des populations vulnérables, particulièrement des enfants. Cela se caractérise par des taux de morbidité et de mortalité très élevés parmi les enfants de moins de 5 ans. En outre, l'évolution de la situation politique augure un environnement favorable à la mise en œuvre des stratégies sectorielles pour la croissance et la réduction de la pauvreté.

Selon l'EDS de 2013-2014, la situation socio-économique s'est améliorée et la morbidité ainsi que la mortalité ont sensiblement diminué. La mortalité infanto-juvenile est passée de 148 à 104 pour 1000 naissances vivantes entre 2007 et 2013.

2. De l'analyse de la situation

2.1. Structuration de système de santé de la RDC

L'organisation du système de santé du pays est structurée en trois niveaux suivants: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 7 Directions dont la DGLM dans laquelle est rattaché le PEV en tant que programmé spécialisé.

Le niveau intermédiaire

Le niveau provincial est composé du Ministère Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Il a pour rôle l'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches

techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Il assure aussi l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

Le niveau périphérique

La zone de santé est l'unité opérationnelle du système de santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé qui a entre autres missions de veiller la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires.

2.2. Structuration du PEV

Le PEV comprend :

- Au niveau central, une Direction avec 2 dépôts déconcentrés à Kinshasa et Kisangani. La Direction du PEV a pour rôles normatif, stratégique et de mobilisation des ressources. Les dépôts assurent le stockage et la distribution des vaccins et autres intrants vers les dépôts provinciaux et des antennes.
- Au niveau provincial, les antennes et dépôts provinciaux qui assurent un appui technique et logistique aux zones de santé.

2.3. Documents stratégiques

Les documents stratégiques de référence à l'élaboration de ce PPAC sont :

- La Politique Nationale de Santé (PNS) fondée sur les soins de santé primaires (SSP) ;
- La Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) révisée ;
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) récadre de 209-2022 ;
- Le rapport de la revue externe du PEV 2018 ;
- Le Plan Mashako (plan de relance de la vaccination de routine) ;
- L'enquête MICS 2017-2018 ;
- Le rapport de l'évaluation sur la gestion efficace des vaccins ;
- Le PPAC du PEV 2015-2019 ;
- Les Plans d'actions opérationnels (2015, 2016, 2017 et 2018)
- Le plan stratégique d'amélioration des données 2018-2022
- Le Plan Stratégique regional sur la Vaccination (PSRV) 2014-2020
- Le Plan Stratégique Mondial pour la Vaccination (GVAP) 2011-2020

2.4. Problèmes prioritaires

L'analyse faite a permis de dégager quelques problèmes prioritaires en fonction de différentes composantes du programme, à savoir : la prestation des services, l'approvisionnement et la qualité des vaccins, la logistique, la surveillance et la lutte contre la maladie et la communication pour le PEV. Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités.

Parmi ces principaux problèmes, il y a lieu de citer : la persistance d'un grand nombre d'enfants non vaccinés, la disponibilité non permanente des vaccins au niveau opérationnel, l'absence de l'ANR, l'insuffisance des moyens de transport au niveau intermédiaire et opérationnel, la persistance du risque de circulation interne du PVS et du Poliovirus Dérivé du Vaccin (PVDVc), de

la circulation de virus de la rougeole, l'absence de la stratégie nationale pour l'intégration des interventions.

2.4. Objectifs

L'actuel PPAC 2020-2024 s'aligne sur le GVAP 2011-2020 et le PSRV 2014-2020 et poursuit les objectifs ci-après:

De façon générale, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination.

Spécifiquement, il s'agit de :

- Accroître la couverture vaccinale;
- Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus;
- Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale;
- Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination

Les cibles poursuivis par objectif sont :

a) Prestation des services

- D'ici fin 2024, atteindre un taux de CV d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3 ;
- D'ici fin 2024, réduire l'écart des couvertures vaccinales en DTC3 entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre de 6,2 à 1 ;
- D'ici fin 2024, introduire le VAR2/RR et le HPV.

b) Qualité des données

- D'ici fin 2024, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales (OMS-UNICEF 2017) de 13% à moins de 10%.

c) Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

D'ici fin 2024 :

- Maintenir à 100% la disponibilité des vaccins et autres intrants à tous les niveaux ;
- Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique.

d) AVS

- Réduire la proportion d'enfants/personnes non vaccinés à moins de 5% durant les AVS d'ici 2024 ;
- Riposter dans le délai à toute épidémie confirmé de maladie sous surveillance en RDC d'ici 2024 ;
- Eliminer le TMN en RDC d'ici fin 2020 et maintenir le statut d'élimination jusqu'en 2024.

e) Surveillance

- Maintenir les indicateurs de surveillance PFA aux standards de certification d'ici fin 2024 ;
- Atteindre les standards de l'élimination de la rougeole en RDC d'ici fin 2024 ;
- Atteindre les standards de contrôle de la fièvre jaune en RDC d'ici fin 2024 ;
- Redynamiser le fonctionnement des sites sentinelles et étendre leurs activités aux autres MEV d'ici fin 2024 ;
- Redynamiser la surveillance des MAPI d'ici fin 2024.

f) Communication

- Accroître la demande des services de vaccination par la population d'ici fin 2024.

g) Gestion du Programme

- D'ici fin 2024, renforcer le leadership, le management et la coordination du programme ;
- D'ici fin 2024, accroître le budget de l'Etat en faveur de la vaccination ;
- D'ici fin 2024, assurer les sessions de formation en gestion PEV ;
- D'ici 2024, réviser les textes réglementaires portant création, attribution et fonctionnement du PEV ;
- D'ici 2024, réguler et sécuriser les fonds débloqués pour les activités en faveur du prestataire final de la vaccination .

3. Les stratégies

Le document détermine les différentes stratégies qui permettront au programme d'atteindre les objectifs poursuivis en relation avec le GVAP et le PSRV. Ces stratégies sont notamment la poursuite de la mise en œuvre de l'approche ACZ, l'amélioration de la gestion du programme, le renforcement de la logistique, l'amélioration du suivi et de la qualité des données, le renforcement de la communication pour le PEV, l'intégration de la vaccination aux autres interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant, le renforcement de la surveillance, le maintien de la bonne gouvernance, le leadership et la coordination au sein du programme; le partenariat ; le renforcement des capacités humaines et institutionnelles, l'amélioration de la sécurité et de la réglementation des vaccins et la promotion de la recherche opérationnelle .

4. Les activités

Un tableau synoptique dégage les activités à réaliser dans le temps conformément aux différentes stratégies par domaine d'intervention. Une des activités phares dans cette étape est le plaidoyer soutenu auprès des autorités du pays en vue d'obtenir un meilleur engagement dans le financement des activités de vaccination et le renforcement du système de santé.

5. L'analyse des coûts et financements du programme

le coût total du programme en 2018 s'est élevé à 88.917.097 USD dont 64.754.542 USD, soit 72,8% pour les activités liées à la vaccination de routine et 24.162.555 USD, soit 27,2% pour les campagnes de vaccination.

Du coût global du Programme, les coûts récurrents représentent un montant de 61.049.112 USD (68,7%), les coûts en capital (0% Information non fournie), les coûts partagés sont de l'ordre de 3.705.430 USD (4,1%) et les activités de vaccination supplémentaire ont coûté 24.162.555 USD (27,2%).

Pour la période de 2020 à 2024 que concerne ce PPAC, le budget global est de \$1 259 644 798

Le financement assuré pour les 5 années du PPAC est respectivement de 18,1% en 2020, 17,8% en 2021, 24,6% en 2022, 18,9% en 2023 et 20,6% en 2024.

La variation dans le temps est légère entre les 5 années alors qu'on s'attendait à un niveau élevé de financement sécurisé à la 1^{ère} année de mise en œuvre. Cette situation est due au fait que la plus part des partenaires n'ont pas encore l'assurance de mobiliser les ressources inscrits dans leurs plans d'action.

En tenant compte du coût global des besoins en ressources de 2020 (227 692 859 USD), il ressort du tableau XXIII que les besoins en ressources du programme s'accroissent sensiblement en 2022 (309 748 694 USD) et diminuent en 2023 (238 619 627 USD).

Le coût global du programme pour les 5 années de projection donne un montant de 1 259 644 798 USD. Les gros investissements ont été planifiés à partir de 2022.

Les coûts récurrents constituent le gros de cette charge. Ils sont de 215 006 635 USD en 2020, 211 485 974 USD en 2021, 300 658 477 USD en 2022, 237 299 323 USD en 2023, 257 054 071 USD en 2024 et donnent ainsi un total de 1 221 504 479 USD pour toute la période soit 97% du coût global du PEV.

Les vaccins et matériels d'injection représentent un montant de 454 856 339 USD soit 36% des ces coûts récurrents.

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo a une superficie de 2 345 409 Km² et 9 165 Km de frontière avec 9 pays limitrophes. Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise pour l'année 2018 à 85.026.000¹ habitants avec une densité de 36 habitants au Km². Elle est parmi les pays où les indicateurs de santé restent préoccupants malgré une sensible diminution² : taux de mortalité infantile à 58 pour mille naissances vivantes ; taux de mortalité maternelle à 846 pour cent mille naissances vivantes. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a développé une nouvelle stratégie de renforcement de son système de santé qui met le développement de la zone de santé au centre de ce système.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique a la mission de contribuer à la survie de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination. Pour assurer sa mission, le PEV a dû s'inscrire aux grandes initiatives de lutte accélérée contre la maladie à savoir l'Initiative pour l'éradication de la Poliomyélite (IEP), l'élimination de la Rougeole et du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN).

Depuis 2006, le MSP en collaboration avec ses partenaires, a élaboré le premier plan pluri annuel complet (PPAc) 2008-2012 de la vaccination.

La période de 2001 à 2005 a été marquée par l'arrêt de la circulation du Polio Virus Sauvage (PVS), l'atteinte des niveaux satisfaisants des indicateurs de la surveillance PFA, une baisse de flambée des épidémies de la rougeole et la diminution des cas de TMN. Ces performances ont été obtenues grâce au renforcement de la vaccination de routine par la mise en œuvre de l'approche ACZ avec l'appui des partenaires dont GAVI et à l'organisation des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite, à l'organisation des campagnes de rattrapage et de suivi contre la rougeole et le tétanos maternel et néo-natal.

Par ailleurs, la volonté politique et la détermination du Gouvernement (inscription d'une ligne budgétaire en faveur de la vaccination dans le budget de l'Etat et la signature d'un engagement des gouverneurs des provinces en faveur de la vaccination) sont les éléments en faveur d'une redynamisation des activités de vaccination dans le pays. Le taux de décaissement en faveur de la vaccination a atteint 88% en 2012. La participation effective du Gouvernement pour l'achat des vaccins traditionnels et le paiement de cofinancement ont commencé en 2012 .

En dépit de ces acquis, le plaidoyer actuel est en faveur de la prise en compte de la ligne budgétaire liée à la vaccination parmi les dépenses contraignantes.

Un autre pas est à franchir pour obtenir un décaissement effectif des fonds prévus en faveur de la vaccination dans le budget de l'Etat. A cela s'ajoute la réponse à la faible disponibilité des vaccins et de couverture de la chaîne du froid au niveau périphérique, à la précarité des moyens de communication et à la faible accessibilité aux services de santé.

Tenant compte des orientations du GVAP et du PSRV en vue d'atteindre les ODD, le Plan National de Développement Sanitaire et la nécessité de vacciner toutes les communautés, il s'est avéré nécessaire de réviser le Plan Pluri Annuel Complet du PEV 2015 à 2019.

Le présent plan intègre tous les aspects liés à la vaccination et d'autres interventions de santé. Il dégage des stratégies visant l'amélioration des composantes de vaccination. Enfin, il présente le financement nécessaire pour la mise en œuvre des stratégies avec les écarts éventuels et des mécanismes pour une meilleure viabilité financière.

¹ INS , Annuaire statistique 2015

² EDS 2013-2014

I. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC

1.1 Situation géographique , démographique et sociopolitique

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



Avec une superficie de 2.345.409 Km², la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus vastes territoires des pays de l'Afrique avec une population estimée pour l'année 2018 à 85.026.000³ habitants avec une densité de 36 habitants au Km²).

Sa position géographique la situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur partageant une frontière commune avec 9 pays à savoir la République du Congo à l'Ouest, la République Centrafricaine et le Sud Soudan au Nord, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est, la Zambie et l'Angola au Sud.

Sur le plan administratif, le pays est actuellement divisé en 26 Provinces subdivisées à leur tour en xxx villes et 225

territoires et communes.

Sur le plan démographique, Le taux de croissance démographique (3,1%) conduit à un quasi-doublement de la population de la RDC presque tous les 25 ans. Le dernier recensement qui remonte à 1984 a évalué la population de la RDC à 30.729.443 Habitants⁴. C'est sur cette base que l'Institut National des Statistiques (INS) estime la population de la RDC à 85.026.000 habitants pour l'année 2018. Cette population a été prise en compte dans le PND 2019-2022.

Etant donné que le recensement scientifique n'a pas eu lieu depuis plus de 30 ans, le PEV/RDC a utilisé une population de 107.510.526 habitants en 2019, estimée à partir des projections faites sur les données du dénombrement sanitaire réalisé en 2016 qui ont permis d'atteindre une population supérieure à celle estimée par l'INS. Les naissances vivantes ainsi que les femmes enceintes représentent 4% de la population, et les nourrissons survivants représentent 3,49% de la population totale.

Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en RDC

| Indicateurs | Valeurs actuelles |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Indice synthétique de fécondité | 6,3 |
| Taux d'accroissement de la population | 3,1% ⁵ |
| Taux de natalité | 44,1 pour 1000 habitants ⁶ |
| Taux brut de mortalité | 15,4 pour 1000 habitants |
| Espérance de vie à la naissance | 45 ans ⁷ |

Source : MICS2010_RDC

Sur le plan économique, au moins 60% de la population vivent en zones rurales et principalement de l'Agriculture traditionnelle, de la chasse et de la pêche artisanale.

A l'exception des grandes villes et des régions à forte concentration, conséquence des déplacements consécutifs aux conflits armés qu'a connus le pays, la densité moyenne de la population est estimée à 36 habitants au Km². En 2010, suite aux efforts consentis par le

³ INS , Annuaire statistique 2015

⁴ INS, volume II, Totaux définitifs par groupements/quartiers, 1992

⁵ Source : MICS2010

⁶ Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

⁷ Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

gouvernement en matière de gestion macro-économique, le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTÉ). Le secteur de la santé y compris la vaccination devrait bénéficier des retombées financières en rapport avec l'allègement de la dette extérieure. Un plaidoyer s'impose auprès des autorités des ministères du budget et des finances. La politique de décentralisation actuelle, telle que stipulée dans la constitution adoptée en 2006, donne la responsabilité de la gestion du secteur santé y compris la vaccination aux provinces.

Cette décentralisation est censée s'accompagner d'une dévolution des ressources nécessaires. Le profil du financement de programme élargi de vaccination devrait tenir compte de cette nouvelle donne et des actions de plaidoyer s'avèrent nécessaires pour utiliser ces opportunités en vue d'un financement complémentaire des activités de vaccination au niveau décentralisé.

Il sied de noter qu'une ligne budgétaire destinée au financement de la vaccination est déjà inscrite dans les budgets des provinces. Certaines d'entre elles ont commencé de manière ponctuelle à décaisser les fonds pour la mise en œuvre des activités de vaccination (achat de pétrole, transport des vaccins, etc.). Toutefois, ces actions doivent s'inscrire dans la durée et les fonds prévus dans le budget devraient être totalement décaissés.

Sur le plan politique, une nouvelle constitution a été adoptée par le peuple au terme du referendum de novembre 2005. En 2011, le pays a organisé les 2èmes élections libres et démocratiques qui ont conduit au renouvellement des institutions démocratiques. Un accent particulier a été mis sur la décentralisation des services de l'Etat, notamment par la création des ministères de la santé au niveau provincial qui s'occupent de la mise en œuvre de la politique sectorielle en matière de la santé tout en mettant un accent particulier sur les spécificités de chaque province. Cette nouvelle disposition pourrait être exploitée par le programme élargi de vaccination pour mieux organiser et financer le système de vaccination dans le pays ; le niveau central s'occupant de la définition d'axes stratégiques majeures et le niveau provincial s'occupant de l'opérationnalisation.

Il persiste néanmoins quelques poches d'insécurité qui rendent difficile la mise en œuvre des activités dans certaines parties du pays.

Sur le plan du développement humain, le pays est classé en 2011 au 171^e rang sur 176 ce qui dénote de la gravité de la situation.

En terme de perspective, Le plan national de développement sanitaire recadré couvre la période de 2019-2022 et définit la stratégie d'intervention comprenant quatre axes qui sont :

- le développement des Zones de Santé,
- les stratégies d'appui au développement des Zones de Santé,
- le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur et,
- le renforcement de la collaboration inter sectorielle.

1.2 Contexte épidémiologique

En RDC, la surveillance des maladies évitables par la vaccination se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies. Trente cinq maladies et états sanitaires sont sous surveillance dont 20 à notification mensuelle et 15 à notification hebdomadaire. Parmi ces 15 maladies à notification hebdomadaire, 8 sont ciblées par le PEV. Il s'agit notamment de la poliomyélite (PFA), la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos néonatal, la diphtérie, la coqueluche, les méningites épidémiques, les IRA (Pneumonie à *Haemophilus Influenzae* du type b et à Pneumocoque).

Il sied de noter que le pays a mis en place depuis 2000 la surveillance au cas par cas de la poliomyélite (PFA), rougeole, fièvre jaune et le tétanos néonatal. Cette surveillance au cas par cas a été une opportunité pour le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et riposte. Par ailleurs depuis août 2009, un système de surveillance en sites sentinelles des méningites bactériennes en milieu pédiatrique pour la recherche des infections à *Haemophilus Influenza du type b*, à *Streptococcus pneumoniae* et à *Neisseria meningitidis* couplée à celle des gastro-entérites

à Rota virus a été mis en place. Cette dernière a pour but de mesurer le poids de ces infections parmi les méningites bactériennes et les gastroentérites sévères en milieu pédiatrique, dans le but de l'introduction et du suivi des nouveaux vaccins. Le pays entend implanter un système de surveillance basé sur le dépistage actif des lésions précancéreuses du col utérin en vue de la recherche de Human papilloma virus, une des maladies pouvant être également prévenue par la vaccination.

Les appuis des partenaires de la RDC dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont permis la mise en place d'un système décentralisé qui couvre tout le pays avec implication des équipes des bureaux centraux des zones de santé dans la surveillance des PFA et des autres maladies. Depuis février 2006, le pays a fait face à une résurgence des cas de PVS avec une notification consécutive de 13 cas de type 1 en 2006, 41 cas de type 1 en 2007, 4 cas de type 1 et 1 cas de type 3 en 2008 ; 3 cas de type 3 en 2009, 100 cas de type 1 en 2010 et 93 cas en 2011 dont le dernier cas est enregistré le 20 décembre 2011 soit 90 mois sans PVS.

Depuis le 08/05/2017 à ce jour, le pays connaît une résurgence des cas des Poliovirus dérivés de la souche Vaccinale type 2 (cVDPV2) due à une faiblesse de la vaccination de routine.

Au total 61 cas confirmés de cVDPV2 ont été enregistrés dont 22 en 2017, 20 en 2018 et 19 en 2019 ; réparties dans 23 zones de santé de 9 provinces qui sont : Maniema, Haut Lomami, Mongala, Haut-Katanga, Kasai, Tshuapa, Sankuru, Ituri et Tanganyika.

Tableau II : Quelques indicateurs principaux de morbidité et de mortalité en RDC

| Indicateurs | Fréquence | Source |
|--|--|-----------------|
| Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans | 0,7% | EDS 2013 |
| Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de 5 ans | 22,6% | EDS 2013 |
| Carence en Vitamine A | 61,1% des enfants de 6 à 36 mois | PRONANUT – 1998 |
| Anémie carencielle | Près de la moitié des enfants de 6-59 mois (47 %) sont atteints d'anémie | EDS 2013 |
| Taux de mortalité infanto-juvénile ⁴ | 104 pour 1000 naissances vivantes | EDS 2013 |
| Taux de mortalité infantile ⁴ | 58 pour 1000 naissances vivantes | EDS 2013 |
| Taux de mortalité maternelle | 846 décès pour 100.000 naissances vivantes | EDS 2013 |

Source : Lutte accélérée de la maladie

1.3 Organisation du système de santé

La République Démocratique du Congo (RDC) a adhéré en 1980 à la Charte Africaine de Développement Sanitaire avec la stratégie de Soins de Santé Primaires qui vise à assurer l'accès aux services de soins à la communauté avec sa pleine participation.

Le système de santé a été marqué par deux périodes importantes depuis l'adhésion du pays à la stratégie des soins de santé primaires :

- La période de 1987 à 1991 qui a connu l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en zones de santé fonctionnelles renforcées par la formation des cadres des ZS ;

- La période de 1993 à nos jours, caractérisée par des aides humanitaires et plusieurs opportunités dont l'organisation des états généraux de la santé en 1989, du colloque SANRU en 2003 et la table ronde de la santé en 2004 ainsi que le découpage des ZS de 306 à 515, et surtout l'adoption d'une stratégie sectorielle, la SRSS.

Cette stratégie, élaborée pour renforcer le système de santé actuel, consiste à réorganiser l'ensemble du système de santé de manière à lui permettre à terme de couvrir l'ensemble de la population par des structures de santé qui offrent des soins de santé de qualité (globaux, continus, efficaces et efficients) en lieu et place de ceux rendus par les programmes verticaux et privés lucratifs émergeant, non coordonnés et dont la qualité est douteuse.

Cette stratégie repose sur 6 axes à savoir :

- 1) la revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique ;
- 2) la réorganisation du niveau intermédiaire et central ;
- 3) la rationalisation du financement de la santé ;
- 4) le renforcement du partenariat intra et intersectoriel ;
- 5) le développement des ressources humaines pour la santé ;
- 6) le renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

Le système de santé comprend les trois niveaux suivants: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique

Le niveau central

Il est constitué du Cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 7 Directions dont la DGLM dans laquelle est rattaché le PEV en tant que programmé spécialisé.

Le niveau intermédiaire

Le niveau provincial est composé du Ministère Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ces structures existent dans chacune de 26 provinces. Il a pour rôle l'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Il assure aussi l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

Le niveau périphérique

La zone de santé est l'unité opérationnelle du système de santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Elle est constituée d'un bureau central et d'une constellation des aires de santé. La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ) sous la direction d'un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du

développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé qui a entre autres missions de veiller la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires.

1.4 Personnel de santé et infrastructures

Le personnel de santé

L'effectif total du personnel de santé répertorié en 2017 est de 161.966 dont 96.196 soit 59.39% sont professionnels de santé et 65.770 soit 40.61% du personnel administratif et de soutien. Sur le plan des professions les infirmiers représentent l'effectif le plus important, 73.046 soit 45.1%, les médecins représentent l'effectif de 9.537 soit 5.9%.

Dans cet effectif, le PEV compte 185 agents au niveau central et 364 agents travaillant dans les depots provinciaux et antennes. Les agents chargés de vaccination dans les structures de formation sanitaires relèvent des zones de santé.

Tout comme pour l'ensemble du personnel du secteur, le PEV rencontre aussi des nombreux problèmes dans la gestion du personnel, il s'agit notamment : de la faible motivation et l'instabilité du personnel formé, suite aux conditions de travail difficiles et à l'insuffisance des mesures incitatives (*absence de valorisation des acquis d'expériences, absence des opportunités de professionnalisation, absence des primes de brousse et d'éloignement, absence d'avancement en grade, absence de meilleur cadre de travail, autres avantages sociaux*).

Les infrastructures

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé, 7.725 autres établissements de soins comprenant les centres de santé de référence, les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales. Les hôpitaux et les autres établissements publics des soins se trouvent en grande partie dans un état de délabrement avancé.

Au niveau périphérique, il y a une inadéquation entre les infrastructures existantes et les normes sanitaires de la ZS. Sur les 8.126 CS existants seuls 1.006 sont construits en matériaux durables, ce qui représente 12% des aires de santé couvertes et 11,6% de l'ensemble des aires de santé planifiées dans le pays.

1.5 Situation macro-économique

La RDC a connu une croissance économique considérable au cours de la dernière décennie, après deux décennies de guerre civile. Sur une période de cinq ans allant de 2010 à 2014, le PIB réel a, en moyenne, augmenté de 7,8% par an. En 2014, la croissance du PIB réel, de 9,5%, a largement dépassé la moyenne de l'Afrique sub-saharienne (5,2%).

Grâce à cette performance encourageante, les recettes domestiques du gouvernement en tant que part du PIB ont augmenté plus rapidement que l'ensemble de l'économie, passant de 8,1% en 2006 à 14,4% en 2012. En 2013 et 2014, cependant, les revenus du gouvernement ont stagné autour de 13% du PIB et ont ensuite diminué à 12,4% en 2015.

Tableau III : Indicateurs macroéconomiques en RDC

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------|-------|-------|------|------|------|
| PIB réel, à prix constants du marché (%) | 8.5 | 9.5 | 6.9 | 2.7 | 4.7 | 5 |
| Inflation (Indice des prix à la consommation) | 1.6 | 1.3 | 1.3 | 2.4 | 2 | 1.5 |
| Balance courante (% du PIB) | -4.9 | 4 | -2.5 | -6.5 | -6.3 | -6 |
| Balance fiscale (% PIB) | 1.9 | 0.2 | 0.1 | -1.4 | -0.9 | -0.2 |
| Dette (% PIB) | 22.6 | 24.8 | 29.3 | 31.3 | 31 | 30.5 |
| Taux de pauvreté (\$1.9/jour) | 75.7 | 74 | 73.1 | 73.2 | 72.8 | 72.2 |
| Taux de pauvreté (\$3.1/jour) | 90 | 89.2 | 88.6 | 88.7 | 88.4 | 88.1 |
| % du budget de la santé dans le budget général | 4,57% | 6,92% | 4,23% | 9,3 | 7,7 | 7,6 |
| Taux d'exécution du budget de la santé | 69,5% | 31,8% | 58,7% | 96% | 52% | 54% |

Source : Ministère du Plan, Comité Permanent de cadrage Macroéconomique et Ministère du budget, Etats de Suivi budgétaire (ESB), 2018

1.6 Décentralisation et déconcentration

Dans le but de consolider l'unité nationale et de créer des centres d'impulsion et de développement à la base, la nouvelle constitution votée par référendum en 2006 a structuré l'administration congolaise en 26 provinces dotées de la personnalité juridique et exerçant des compétences de proximité. Les zones de santé sont situées dans les entités territoriales dénommées « territoire ou commune » et à ce titre seront directement financées par le budget déconcentré.

Depuis 2004, les Aires de Santé (AS) élaborent des micro-plans intégrés qui sont consolidés au niveau du BCZS pour en faire un plan de la zone de santé (ZS). Ce plan de la ZS est transmis au niveau provincial, lequel niveau a le pouvoir de mobiliser d'autres partenaires potentiels.

Des mécanismes de passerelles sont mis en place notamment par l'ouverture de lignes de crédits pour les ZS afin de faciliter le suivi des flux financiers et des dépenses à tous les niveaux du système de santé.

1.7 Financement du secteur de la santé

En attendant les mesures d'application des dispositions des articles 128 et 129 de la loi N°18/035 du 13 Décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique, le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources :

- Le budget de l'Etat (Gouvernement central et Provincial/ou des Entités territoriales Décentralisées) ;
- Le financement communautaire (recouvrement des coûts) ;
- Le financement privé (lucratif ou non lucratif),
- Les ressources financières issues de la coopération internationale.

Parmi les problèmes prioritaires, il sied de noter que :

- 1) Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%). Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'Etat et son taux de décaissement est en moyenne de 70% (exercice 2013-2014). Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur ;
- 2) L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée. Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les ZS. En plus, cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités

de gestion et comités de pilotage. Les coûts de transaction sont très importants, celui de l'Assistance Technique avoisine 39% dans certains projets et la coordination des interventions très complexe.

- 3) Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification ne sont pas encadrées. Elles constituent dans la plupart des cas, les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires. Là où n'existent pas d'autres sources de financement, la contribution de la communauté est la principale source de financement des charges récurrentes des formations sanitaires.
- 4) Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires. Près des $\frac{3}{4}$ des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté. On note par ailleurs des expériences pilotes de partage de risque dans certaines provinces qui méritent d'être encadrées et documentées.

Il existe très peu d'informations sur le secteur privé lucratif et non lucratif. (Confessions religieuses, les entreprises et le privé lucratif). Ces ressources sont de toute évidence importantes du fait que ce secteur détient 40% des services hospitaliers au niveau des ZS et sans doute plus au niveau du premier contact avec la communauté (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires, etc.).

II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV

L'analyse de la situation est basée sur les 5 opérations essentielles du système de vaccination suivantes :

- la prestation des services,
- l'approvisionnement et la qualité des vaccins,
- la logistique,
- la surveillance et la lutte contre la maladie,
- la communication.

Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Un point spécial a été fait sur l'introduction des nouveaux vaccins. Cette analyse fait ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de chacune d'elles.

II.1 Prestations de service

2.1.1. COUVERTURES VACCINALES

Depuis 2004, le programme a adopté l'approche ACZ comme stratégie de base pour la mise en œuvre des activités de vaccinations de routine. L'ACZ est mise en œuvre dans toutes les zones de santé du pays. Depuis 2014, il existe un financement pour la mise en œuvre de l'approche « Atteindre chaque Zone de santé » (ACZ) par antenne, notamment dans 251 ZS réparties dans 21 antennes des 13 DPS comptant le plus grands nombre d'enfants non vaccinés.

Pour rappel, le PEV a progressivement introduit des vaccins nouveaux (contre l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus Influenzae* du type b et les infections à pneumocoques) et sous utilisés (Vaccin anti amaril et VPI), en plus des vaccins traditionnels, administrés depuis sa création. Il compte introduire le vaccin contre les gastro entérites à rota virus d'ici fin 2019.

A la fin de l'année 2019, le PEV de la RDC comptera au total 10 antigènes dans le calendrier vaccinal du nourrisson.

Le défi à relever par la RDC demeure l'immunisation complète et correcte des enfants congolais à travers un PEV performant.

Ainsi, le présent PPAc a été rédigé en tenant compte de la persistance des épidémies dues à des maladies évitables par la vaccination (rougeole, cVDPV2), des estimations de couvertures vaccinales inférieures aux objectifs du PEV et des résultats préliminaires du MICS 2017-2018.

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs des résultats obtenus au cours de trois dernières années.

Tableau IV : Indicateurs de la couverture vaccinale, de 2016, 2017, 2018

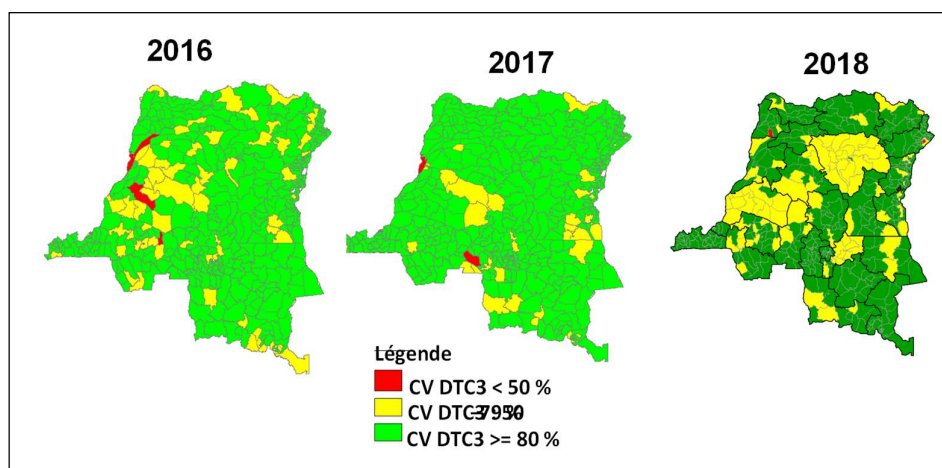
| Vaccination systématique | Indicateurs | Situation nationale | | |
|--------------------------|--|---------------------|-------|-------|
| | | 2016 | 2017 | 2018 |
| Couverture vaccinale | Couverture administrative en DTC3 au niveau national | 93% | 94% | 93% |
| | Proportion des ZS ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale dans tous les antigènes | 21,5% | 46,1% | 52,1% |
| | Couverture administrative pour le vaccin contre la rougeole | 89% | 91,7% | 92,5% |
| | Autres estimations de couverture officielle par programme de vaccination (OMS-UNICEF 2016 et 2017) | 79% | 81% | |
| | Pourcentage de couverture en DTC3 selon MICS 2017-2018 | | | 48% |
| | Pourcentage des enfants complètement vaccinés | | | 37,5% |
| Demande de | Pourcentage d'abandon du DTC1-DTC3 | 6,5% | 6,0% | 6,5% |

| Vaccination systématique | Indicateurs | Situation nationale | | |
|---------------------------------------|---|---------------------|--------------|--------------|
| | | 2016 | 2017 | 2018 |
| vaccination (données administratives) | Pourcentage d'abandon du BCG – vaccin contre la rougeole | 15,6% | 13,2% | 14,3% |
| Équité de la vaccination | Écart DTC3 en pourcentage entre les quintiles socioéconomiques supérieur (18,6) et inférieur (3) selon MICS 2017-2018 | | | 6,2* |
| | Écart DTC3 en pourcentage selon le sexe masculin 8,6 et féminin 8 selon MICS 2017-2018 | | | 1,075* |
| | Écart DTC3 en pourcentage selon le niveau d'instructions de la mère de l'enfant de moins de 5 ans (niveau supérieur 29 et niveau primaire 5,6) selon MICS 2017-2018 | | | 5,18* |
| | Écart DTC3 en pourcentage selon le milieu de résidence (milieu urbain 13,1 et milieu rural 5,3) selon MICS 2017-2018 | | | 2,47* |
| | Nombre et pourcentage des districts bénéficiant d'une couverture DTC3 supérieure ou égale à 80 % | 434 (84,1 %) | 472 (91,5 %) | 437 (84,7 %) |
| | Nombre des communautés à haut risque identifiées pour un programme de vaccination systématique accéléré | ND | ND | ND |
| Introduction de nouveaux vaccins | Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée | - | - | - |
| | Couverture du Pentavalent (données administratives) | 93% | 94% | 93% |
| | Couverture du VPI (données administratives) | 71% | 82% | 92% |
| | Couverture du vaccin anti rota virus | SO | SO | SO |

De ce tableau, il se dégage :

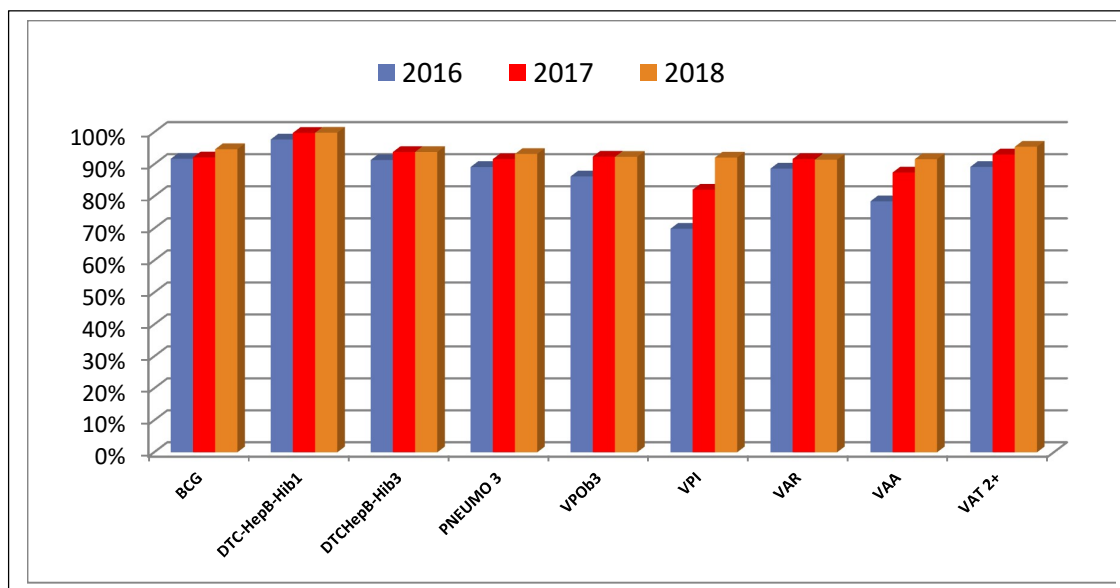
- Pour la couverture vaccinale :
Les résultats obtenus pour le DTC3 au cours des trois années sont conformes aux objectifs de GVAP tandis que pour le VAR (89% en 2016), le résultat atteint est encore inférieur à l'objectif. Cependant, la proportion des zones de santé ayant atteint une couverture d'au moins 80% dans tous les antigènes reste faible dans la période soit respectivement 21,5%, 46,1% et 52,1%. Et, les estimations de l'OMS-UNICEF et du MICS 2017-2018, sont également inférieures à celles de couvertures administratives, soit pour les estimations OMS UNICEF 79% en 2016 et 81% en 2017.

Figure 2 : Evolution de la couverture vaccinale de DTC3 de 2016 à 2018



Source : Rapport du service statistiques PEV, 2018

Graphique 1 : Evolution de la CV par antigène, RDC 2016 à 2018

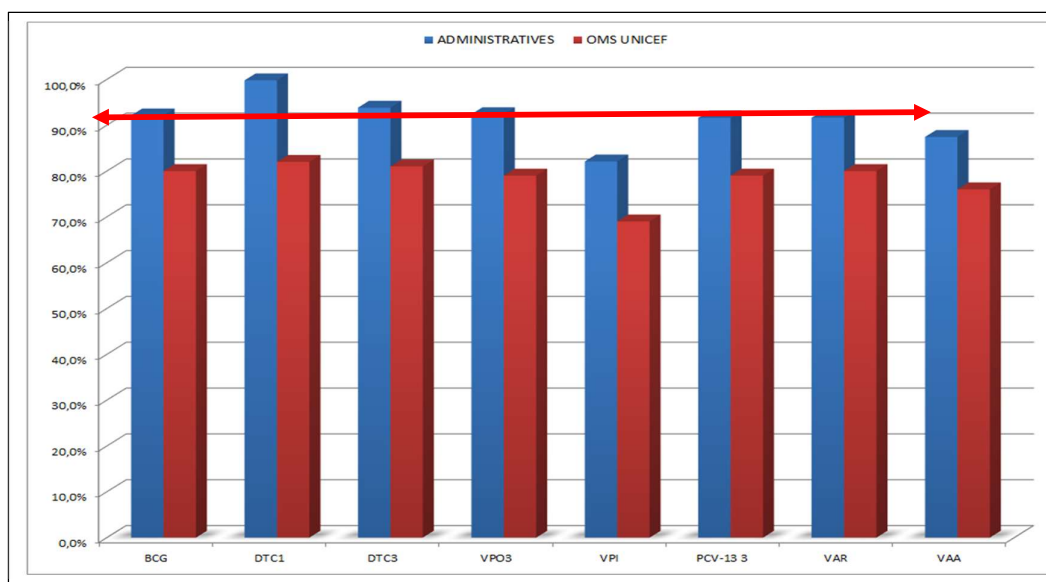


Source : Rapports du service statistique du PEV, 2016 - 2018

Il ressort du graphique 1 que seuls le BCG, le DTC1 et le DTC3 ont atteint et franchi la barre de 90% conformément aux objectifs de GVAP au cours de ces 3 années de référence.

Pour le VPI, la faible performance observée en 2016 et 2017 est due d'abord à une introduction progressive et aux difficultés de l'extension de l'introduction du vaccin dans le troisième bloc (Ituri, Bas Uélé, Haut Uélé, Tshopo, Nord Kivu et Sud Kivu) confronté au problème de difficultés des outils. Pour ce qui est du VAA, la rupture de ce vaccin est entre autre à la base de cette contreperformance au cours de deux premières années.

Graphique 2 : Comparaison des couvertures vaccinales selon les différentes sources, RDC 2017



Source : Données du service statistique PEV, Février 2019

Le graphique 2 présente la comparaison entre les couvertures administratives et les estimations OMS-UNICEF qui montrent un écart de plus de 10 points entre les données administratives et les autres sources pour tous les antigènes.

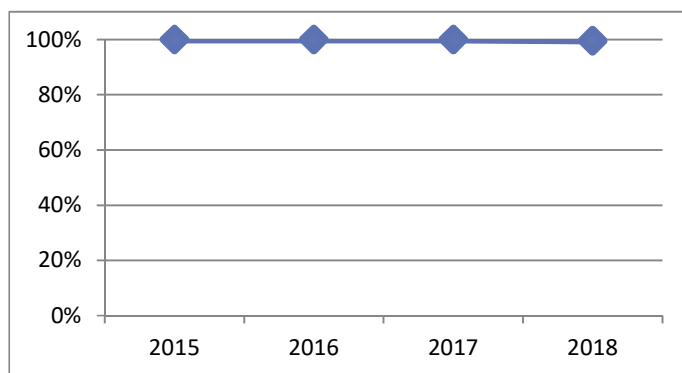
2.2. QUALITE DES DONNEES

La résurgence des épidémies dans un contexte de bonnes couvertures administratives vaccinales, les écarts constatés entre les données administratives et les estimations OMS UNICEF attirent de plus en plus l'attention des gestionnaires du programme jusqu'en faire un des domaines importants de la composante prestation des services.

Les analyses sur la qualité des données ont été faites en recourant à la revue documentaire sur une période de 4 ans soit de 2015 à 2018 et des audits de qualité de données (DQS).

Les principaux constats qui s'en dégagent peuvent être résumés comme suit :

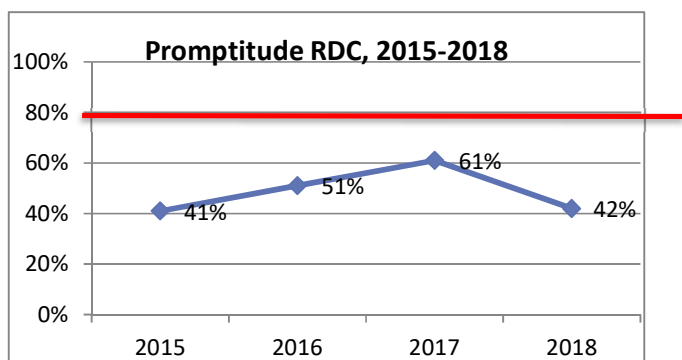
- **Graphique 3 : Complétude des données en RDC, 2015 - 2018**



Source : Service des Statistiques du PEV, 2018

La complétude de notification est de 100% pour les 4 dernières années.

- **Graphique 4 : Promptitude des données, 2015-2018**



Source : données du service statistique du PEV

D'une façon générale, la promptitude est restée en dessous du seuil de 80% durant les 4 années. L'accessibilité géographique, l'insuffisance des moyens de transport et les difficultés de communication (connexion internet) sont parmi les éléments qui ont influé sur la faible promptitude des données.

- Situation du taux d'abandon négatif en RDC, 2015 - 2018

Des taux d'abandon négatif DTC1/DTC3 ont été enregistré respectivement dans 12 ZS sur 516 soit 2,32% en 2015 ; 9 ZS soit 1,74% en 2016 ; 6 ZS soit 1,16% en 2017 et 10 ZS soit 1,94% en 2018. Cette situation est liée à la faible analyse et utilisation des données surtout au niveau des CS.

- Situation des taux pertes négatifs des vaccins

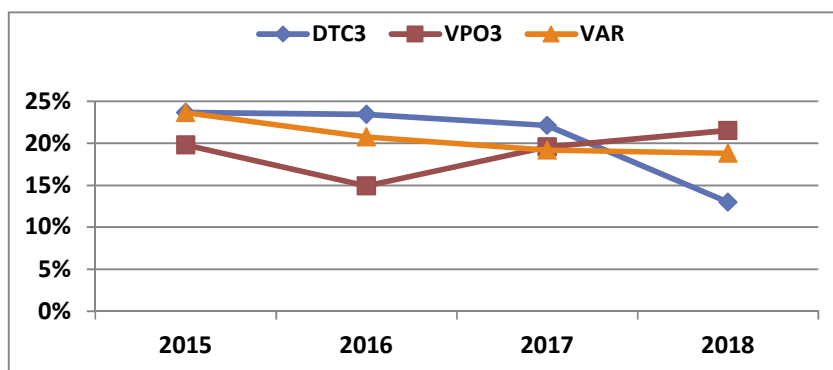
Des taux de perte négatif des vaccins ont été enregistrés pour les antigènes ci-après :

- BCG: 19 ZS sur 516 soit 3,68% en 2016 et 2 ZS soit 0,39 % en 2017 ;
- VPO: 27 ZS sur 516 soit 5,23% en 2016 et 16 ZS soit 3,10% en 2017;
- VPI : 18 ZS sur 516 soit 3,49% en 2016 et 19 ZS soit 3,68% en 2017;
- DTC: 27 ZS sur 516 soit 5,23% en 2016 et 23 ZS soit 4,46% en 2017;
- PCV13: 25 ZS sur 516 soit 4,84% en 2016 et 38 ZS soit 7,36% en 2017;
- VAR: 22 ZS sur 516 soit 4,26% en 2016 et 1 ZS soit 0,19% en 2017;
- VAA: 23 ZS sur 516 soit 4,46% en 2016 et 5 ZS soit 0,97% en 2017.

Ceci serait dû au faible ou non rapportage des données de la gestion des vaccins par le niveau opérationnel et l'absence de validation des données après chaque séance de vaccination.

- **Graphique 5 : Situation des ZS avec des CV supérieures à 100 %**

Ci-dessous resume la situation en exerque.



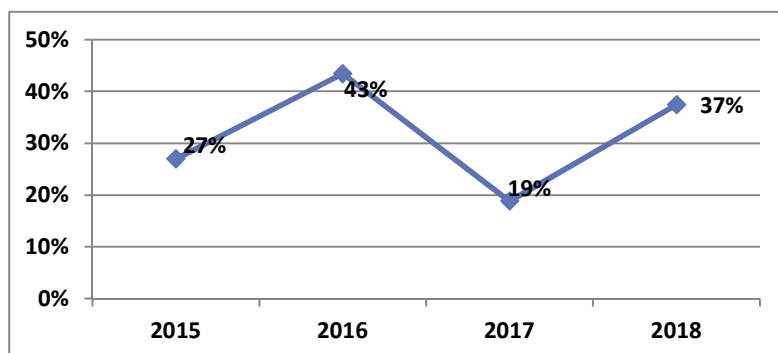
Source : Données du service statistique du PEV

La proportion des ZS avec CV supérieure à 100% a varié de la manière suivante de 2015 à 2018 :

- DTC3 : 24% en 2015, 23% en 2016, 22% en 2017 et 13% en 2018 ;
- VPO3 : 20% en 2015, 15% en 2016, 20% en 2017 et 22% en 2018 ;
- VAR : 24% en 2015, 21% en 2016, 19% en 2017 et 19% en 2018.

La persistance des ZS ayant rapporté des couvertures vaccinales supérieures 100 % au cours de quatre dernières années est dû en autres à la non maîtrise du dénominateur, à la vaccination des enfants hors cible et/ ou hors zone gonflant le numérateur et/ou aux erreurs de transcription.

- **Graphique 6 : Evolution des Zones de Santé avec une différence de + ou - 5 points entre DTC3 et VPO3, RDC 2016-2018**

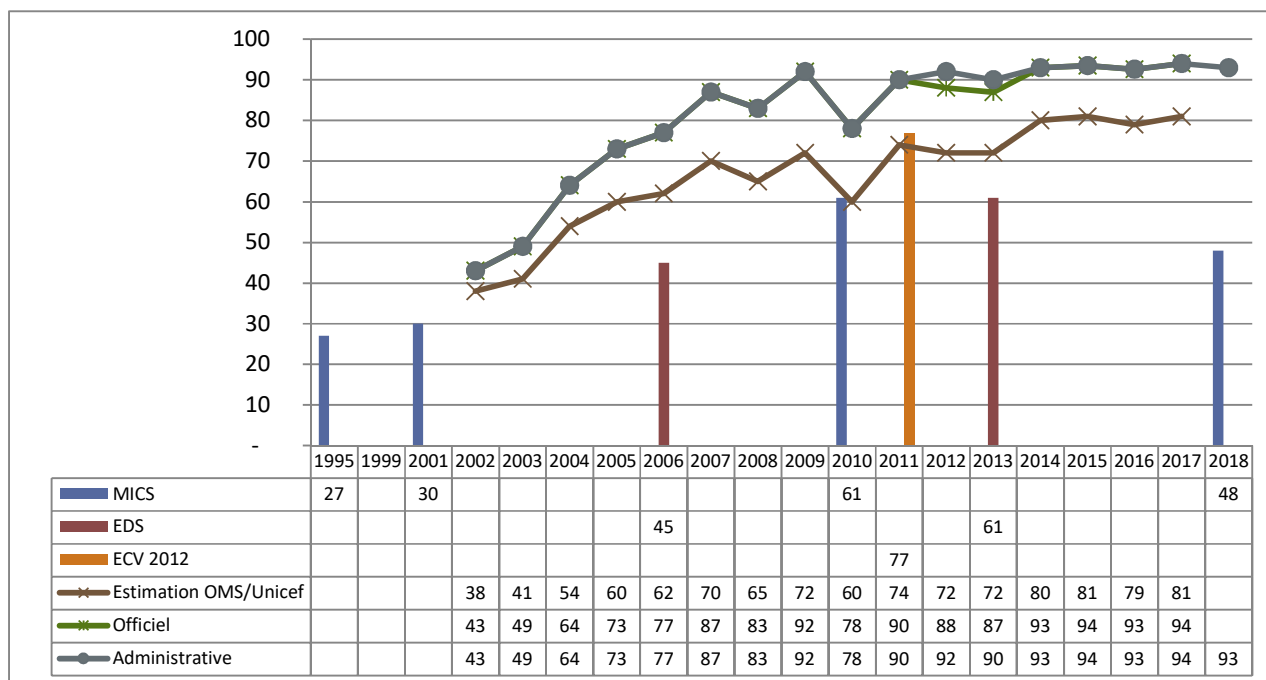


Source : données du service statistique du PEV

Le graphique ci-dessus indique que la proportion des ZS avec une différence de + ou – 5 points en DTC3 et VPO3 a varié de 27% en 2015 à 43% en 2016, 19 % en 2017 et 37% en 2018. Les ruptures de stock des vaccins de l'un des antigènes au niveau des structures qui vaccinent, les erreurs de transcription ou le non rapportage des données des vaccins utilisés ont été citées parmi les causes.

• **Graphique 7 : Graphique de Couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3 selon différentes sources, RDC 1995 à 2018**

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les écarts persistent entre les données administratives, les enquêtes (EDS, MICS et ECV) et les estimations OMS-Unicef. Les écarts entre les couvertures administratives et les estimations OMS-Unicef sont pour le Penta3 de 12,5% en 2015 et de 13,6% en 2016.



De ce qui précède, il ressort que depuis 2012 des efforts ont été fournis pour améliorer la qualité des données de la vaccination, de la gestion des vaccins et autres intrants et de la surveillance. Les activités ayant été entreprises dans ce domaine sont : la dotation en outils de collecte et de transmission des informations à toutes les 516 ZS, les supervisions et formation des prestataires, la tenue des réunions de validation des données au niveau central et dans certaines DPS; les revues trimestrielles et semestrielles des DPS ; le monitoring pour action au niveau des ZS (Aires de santé & BCZS) et la généralisation progressive de l'utilisation de DHIS2 et ou DVDMT /SMT. Notons qu'en 2017, l'écart entre les données administratives et les estimations OMS UNICEF a été de 13%.

ANALYSE DES RAPPORTS DES DQS 2016-2018

L'analyse des différents rapports des DQS réalisés de 2016 à 2018 dans les 44 antennes a fait ressortir les insuffisances dont les plus importantes sont :

- Des discordances entre les données dans les différents outils au niveau d'une même structure ;
- Les micros plans des AS et BCZS ne contiennent pas dans la majorité des cas toutes les informations en rapport avec la vaccination ;
- L'insuffisance des outils de gestion dans la majorité des zones de santé ;
- Les outils de gestion de la logistique sont, dans la plupart, non ou incomplètement remplis ;
- Le non mise à jour de façon régulière des inventaires des vaccins et autres intrants ;
- Faible suivi des indicateurs de la vaccination dans certaines structures ;
- Insuffisance dans l'archivage des données de vaccination dans certaines structures ;
- Faible réalisation des supervisions à différents niveaux ;
- Faible mise en œuvre des recommandations des supervisions réalisées dans les différentes structures ;
- Faible suivi des MAPI dans les différentes structures visités ;
- Problèmes de vaccination insuffisamment discutés lors des réunions de monitoring ;
- Faible participation de la communauté dans la récupération des enfants non atteints dans la plupart des structures visitées ;
- Faible tenue des réunions de validation des données au niveau des AS, BCZS et antennes.

D'une façon générale, les principaux problèmes ci-après ont été notés :

Par rapport au domaine gouvernance :

- La transition du DVDMT vers DHIS2 n'est pas encore complétée (canevas SNIS actualisé intégrant les éléments PEV non imprimé, utilisation des données au niveau du PEV non amorcé) et les problèmes de fonctionnalité de matériels et équipements informatiques ont été notés (internet, connectivité...);
- Problème de promptitude des données.

Par rapport aux sources des données :

- Toutes les informations nécessaires à l'amélioration des couvertures ne sont pas encore intégrés dans le DIHS2 (Cas de plan de Mashako): pas de tracker des RH-Vaccinateurs, des services de vaccinations, des séances de vaccination, des supervisions) ;
- Les dénominateurs ne sont pas maîtrisés à tous les niveaux ;
- Problème de numérateur due à la faiblesse du système de gestion des données, à une mauvaise perception des seuils de couverture à atteindre (ex. rapportage des données en fonction de la CV) et à la faible qualité des Ressources Humaines (RH).

Par rapport à l'utilisation des données :

- Faible utilisation des données au niveau opérationnel dans leur ensemble pour la prise de décision et absence de sanctions pour ceux qui produisent les données de mauvaise qualité ;

Par rapport aux ressources :

- Faiblesse du système de surveillance et de gestion des MAPI : (i) Ruptures fréquentes des outils de surveillance épidémiologique ;(ii) Insuffisance en personnel formé en surveillance des MEV et des MAPI et (iii) Insuffisance en personnel formé en gestion des MAPI.

2.3. Pour la demande de vaccination :

Le taux d'abandon de l'antigène traceur qu'est le DTC, montre une évolution satisfaisante du nombre d'enfants qui viennent compléter la 3ème dose. Cet indicateur est en conformité avec les données administratives qui montrent des couvertures suffisamment élevées au niveau national et proches des objectifs du GVAP. Cependant, le taux d'abandon par rapport à la performance du programme BCG_VAR indique une déperdition d'un grand nombre d'enfants qui accèdent au service de vaccination mais qui n'en terminent pas en grand nombre (conformément aux normes).

Les raisons suivantes qui découlent des données collectées lors de la revue externe du PEV en 2018 peuvent expliquer cette situation :

- Persistance du grand nombre d'enfants non vaccinés pour tous les antigènes ;
- Séances de vaccination non réalisées au quotidien dans plus de la moitié des centres de santé ;
- Absence d'un système d'identification des localités avec grands nombre de cibles ;
- Mauvais archivage des supports et outils de gestion au niveau des structures périphériques
- Absence d'un système de suivi de la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des ZS et CS ; Faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination ;
- Fréquentes interruptions de la vaccination dans les CS par manque de vaccins ou manque de matériel de vaccination ou par d'autres causes ;
- Inexistence des stratégies de communication en faveur de la vaccination qui tracerait les lignes de force à suivre par le PEV et de laquelle seraient extraites les stratégies opérationnelles annuelles de communication ;
- Outils de collecte des données en matière de communication non harmonisés ;
- Faiblesse dans le financement des activités de communication ;
- Faible capitalisation pour la vaccination systématique des activités de communication financées pour les AVS ;
- Existence de plus de la moitié du personnel du service communication du PEV non bénéficiaire de salaire, situation qui ne peut favoriser un engagement optimal en particulier pour les activités de communication pour le PEV systématique.

2.4. EQUITE

L'évaluation des résultats du nombre des zones de santé qui ont atteint la couverture vaccinale d'au moins 80% en DTC3 est de 434 ZS (soit 84,1%) en 2016, de 472 ZS (91,5%) en 2017 et 437 ZS (84,7%) en 2018. Il se dégage de cette évolution en dents de scie une déperdition de 35 zones de santé soit 7% qui n'ont plus maintenu le score de performance de la 2ème à la 3ème année de référence.

En partant des résultats préliminaires de MICS 2017-2018, les inégalités à la vaccination s'observent comme suit:

- richesse ou le ratio entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre est de 6,2 ;

- niveau d'instruction des mères d'enfants vaccinés qui donne un ratio de 5,18 entre les mères du niveau d'instruction supérieur et celles du niveau d'instruction primaire ;
- lieu de résidence ou le ratio entre les enfants habitant en milieu urbain et ceux habitant en milieu rural est de 2,47 ;
- sexe ratio entre les garçons et les filles dont l'écart n'est pas significatif (1,075)

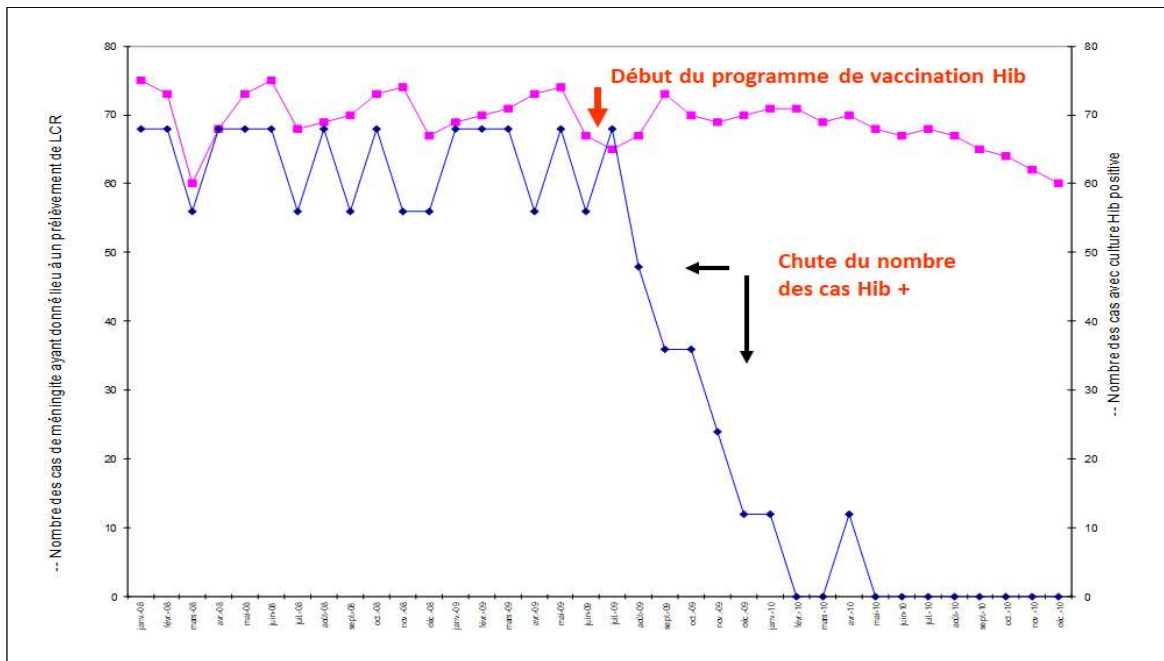
Cette situation dénote un sérieux problème en matière d'équité dans la vaccination.

2.5. NOUVEAUX VACCINS

De 2003 à 2016, le pays a introduit 5 nouveaux vaccins (VAA, Hep B, Hib, PCV-13 et VPI). Les couvertures atteintes montrent une utilisation maximale de ce vaccin avec les taux de couvertures vaccinales respectivement de 92,7%, 93%, 93%, 91,9% et 92,1%.

L'impact de l'introduction de nouveaux vaccins en ce qui concerne particulièrement le Hib est décrit dans le graphique ci-dessous.

Graphique 8 : Évolution des cas de méningites pédiatriques ayant donné lieu à un prélèvement de LCR et des cas de méningites avec culture Hib positive 2008-2010



Source : Rapport de 3 sites sentinelles de la RDC, 2011

Le graphique 3 montre que les méningites bactériennes pédiatriques ont nettement chuté dans la période après l'introduction du vaccin contre les méningites à Haemophilus Influanzae du type b

De même, les différentes évaluations post-introduction ont montré des résultats positifs, notamment:

- ✓ Une bonne planification de l'introduction des nouveaux vaccins qui a suscité un engagement politique au plus haut niveau
- ✓ La formation du personnel de santé est un atout majeur pour la sensibilisation et l'utilisation des nouveaux vaccins.

2.6. LOGISTIQUE, APPROVISIONNEMENT ET QUALITE DES VACCINS

Le document des stratégies dans la chaîne d'approvisionnement (GAVI Supply Chain Strategy) recommande que l'analyse de situation de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement soit faite selon les cinq éléments fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement ci-après : le leadership dans la chaîne d'approvisionnement, l'amélioration continue des plans logistiques, les équipements de la chaîne du froid, les données pour la gestion, le remodelage du système d'approvisionnement en vaccins.

2.6.1. Leadership dans la chaîne d'approvisionnement

Au niveau national il existe la commission logistique faisant office de l'organe technique logistique du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA). Cet organe est composé des cadres de la division logistique de la Direction Nationale du PEV et des différents partenaires techniques et financiers qui appuient les activités du PEV (GAVI, Unicef, OMS, BMGf, SANRU, USAID et autres). La Commission se réunit hebdomadairement sous la coordination de la division logistique. Au cours des réunions mensuelles du CCIA une évaluation des activités logistiques est faite pour apprécier le niveau d'avancement des activités. En outre des revues semestrielles dites à mi-parcours sont organisées pour évaluer le niveau de mise en œuvre des activités planifiées pour identifier les contraintes à l'accomplissement des objectifs et y apporter des mesures correctrices.

Cet organe rend régulièrement compte au Directeur du PEV pour assurer son leadership dans la chaîne d'approvisionnement.

La plupart des cadres de la division logistique du PEV du niveau central sont formés en logistique de vaccination (CCL, leadership dans la chaîne d'approvisionnement). Chaque année ces cadres de la division logistique réalisent des missions de supervision formative et de manière biannuelle un atelier d'orientation est organisée pour le partage d'expérience et la remise à niveau des cadres provinciaux.

Cependant, les supervisions ne sont pas régulières et la formation en CCL n'est pas encore réalisée dans certaines zones de santé du pays.

2.6.2. Amélioration continue des plans logistiques

Le Programme Elargi de Vaccination, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, élabore chaque fin d'année à travers le « forecast », des prévisions pluri-annuelles en vaccins et consommables de vaccination et un plan d'approvisionnement annuel pour l'année à venir. Les besoins ainsi estimés font l'objet d'une commande à travers la centrale d'achat de l'UNICEF. Le Gouvernement central finance l'achat des vaccins traditionnels (BCG, VPO, VAR, Td) depuis 2013 et les nouveaux vaccins (VAA, DTC-HepB-Hib, PCV-13) sont totalement ou en partie pris en charge par GAVI.

L'analyse des données des SMT de janvier 2017 à juin 2018 (intrants effectivement reçus) confrontée à la planification des livraisons dans les « forecast » des mêmes années, indique qu'aucun intrant n'a respecté ni la quantité, ni le délai de livraison planifié. Les quantités sont livrées, soit en surplus, soit en déficit.

2.6.3. Gestion de vaccins

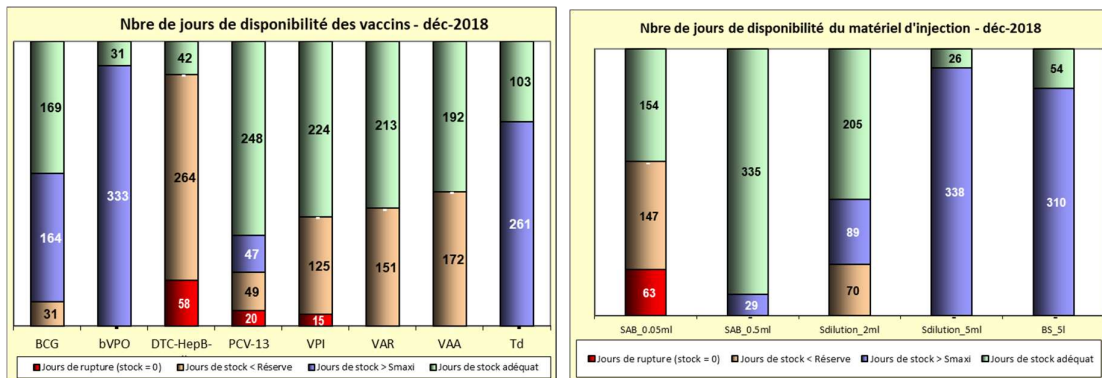
Les stocks de vaccins sont gérés par lots et avec le principe de premier expiré, premier sortie et selon le principe du « bundling » en prenant en compte le stock disponible chez le bénéficiaire. Cependant, vu l'immensité du pays, la disponibilité des vaccins et des matériels d'injection en tout temps et à tous les niveaux constitue un grand défi. En outre le retard de co-financement fait que certains vaccins ne sont pas reçus au moment requis et en quantité requise, ce qui occasionne des inadéquations de stocks au niveau du pays.

La gestion des stocks au niveau central devient généralement une gestion à flux tendu ; dès que les stocks sont reçus ils sont immédiatement préparés pour être redistribués aux niveaux

intermédiaires laissant ainsi l'entrepôt central avec des stocks en dessous de réserve pour certains vaccins ; parfois des ruptures de stock pour d'autres. C'est ainsi que, durant toute la période 2018, le pays a connu des ruptures de stock de 58 jours pour le DTC-HepB-Hib, 20 jours pour PCV13 et 15 jours pour le VPI et un fonctionnement avec le stock en dessous de réserve pour les vaccins suivants : BCG 31 jours, DTC-HepB-Hib 264 jours, PCV-13 49 jours, VPI 125 jours, VAR 151 jours, VAA 172 jours. Or, l'entrepôt central dans sa planification devait disposer de stocks de vaccins pouvant couvrir les besoins du pays pour 6 mois.

S'agissant des matériels d'injection, l'année 2018 a été caractérisée principalement par une rupture de stock de 63 jours de SAB 0,05 ml, rendant ainsi le non-respect de bundling lors de distribution. Graphique 1 illustre la disponibilité des vaccins et des matériels d'injection au niveau central en 2018.

Graphique 9 et 10 : Disponibilité des vaccins et des matériels d'inoculation au niveau central en 2018



Source : Stock Management Tool du PEV, 2018

2.6.4. Qualité de vaccins

Le calendrier vaccinal en vigueur de la RDC compte à ce jour 9 vaccins, dont 4 vaccins traditionnels (BCG, VPOb, VAR, Td) et 5 vaccins sous utilisés ou nouveaux (VAA, DTC-HepB-Hib, PCV-13, VPI et Rotasiil qui sera introduit en fin 2019). Tous ces vaccins sont pré qualifiés par l'OMS et l'approvisionnement du pays se fait uniquement à travers la filière de l'UNICEF. Un formulaire « Rapport de Réception de Vaccins (RRV) » est rempli lors de réception. L'analyse faite lors de l'auto GEV 2018 avait montré que :

- Tous les vaccins reçus étaient au stade 1 et qu'aucun indicateur de congélation (pour les vaccins sensibles à la congélation) n'a montré au moins une alarme activée pour raison de congélation.
- La durée de validité des lots (durée qui reste au lot avant que soit atteinte sa date de péremption) a été au moins de 12 mois, ce qui est considéré satisfaisant en raison du parcours long qu'un vaccin reçu au niveau central doit suivre avant son utilisation (soit une possibilité de 6 mois à l'entrepôt central, 3 mois au niveau coordination, 3 mois au niveau antenne et 1 mois au niveau des ZS et aires de santé).
- En ce qui concerne la qualité des vaccins, les agents chargés de la gestion connaissent comment interpréter la PCV. Les équipements de la chaîne du froid pour la conservation des vaccins sont munis de dispositif d'enregistrement de la température dans 83% des sites visités. En plus de la PCV et des dates de péremption, la qualité des vaccins est monitorée à travers des enregistreurs continus de température dont est muni 58% des

BCZS. Les 11% des bureaux qui s'approvisionnent trimestrielle mettent en péril la qualité des vaccins car le matériel en leur possession a été dimensionné pour un approvisionnement mensuel.

Pour le suivi de la qualité des vaccins, l'on peut noter que toutes les chambres froides du pays ont été cartographiées et disposent pour la majorité d'un système d'enregistrement continu de la température. Un dispositif de notification en temps réels des alarmes à travers SMS et Email est fonctionnel et opérationnel.

2.6.5. Distribution des intrants

Le programme applique un système d'approvisionnement « push » où le niveau supérieur expédie les vaccins au niveau inférieur. La revue externe 2018 avait montré que plus de 87% des Zones de santé sont allées chercher les vaccins à l'antenne ou à la coordination provinciale au cours de 2018, environ 13% des ZS ont reçu des vaccins de l'antenne ou de la coordination provinciale et 91% de centres de santé sont allés chercher les vaccins à la Zone de santé.

Selon les normes, les périodes d'approvisionnement par niveau sont fixées de la manière suivante: Dépôt Central 6 mois, Dépôt de Provinces/antennes 3 mois, Zone de santé et Centres de Santé 1 mois. Ces périodes ne sont pas toujours respectées car l'inadéquation de la disponibilité des vaccins et matériels d'injection ainsi que des difficultés liées au transport et aux emballages de vaccins n'ont pas permis d'assurer une distribution à temps et en quantité conforme à ces périodes d'approvisionnement établies.

Les activités de la manutention ne sont prises en compte que lors du déchargement de vaccins au niveau central et dans les provinces. Il sied de noter que le nombre des manutentionnaires demeure insuffisant à tous les niveaux.

L'analyse de SMT 2018 montre que 8 provinces, soit 30,8% (Bas Uélé, Haut Lomami, Nord Kivu, Sud Kivu, Tshuapa, Ituri, Kasai et Kongo central) ont connues de faibles taux de satisfaction dans la majorité des antigènes.

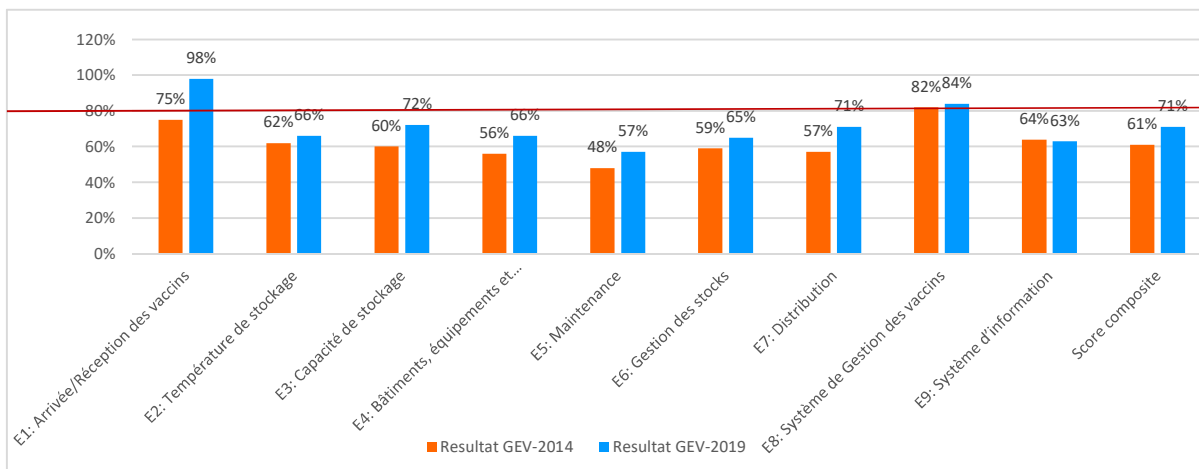
Au niveau périphérique, la revue externe avait montré que 79% de BCZS et 70% de CS ont connu des ruptures en vaccins et/ou consommables de vaccination.

Avec la décentralisation, certains gouvernements provinciaux assurent le transport des vaccins des chefs-lieux des provinces vers les zones de santé. Les opportunités offertes par les AVS contribuent à l'amélioration du transport des intrants du PEV vers les zones de santé.

2.6.6. Evaluation de la chaîne d'approvisionnement

Le pays a réalisé une évaluation externe de la Gestion Efficace de Vaccins (GEV) en 2019 alors que la dernière évaluation date de 2014. L'analyse des résultats a été faite selon les critères/catégories et par niveau a permis de dégager les forces et les faiblesses du système de la chaîne d'approvisionnement. Les résultats réalisés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Graphique 3 : L'analyse des critères à tous les niveaux



Source : GEV 2014 et auto GEV 2019

Ce tableau indique d'une manière générale un progrès de plus au moins 10 points dans l'ensemble de critères entre l'évaluation GEV de 2014 et l'évaluation de 2019. En dépit de cette progression il faut relever que les critères E1 (Arrivage/Réception des vaccins) et E8 (Gestion des vaccins) ont atteint au moins 80%.

Par contre, d'autres critères bien qu'en progression, n'ont pas encore atteint un score satisfaisant de 80%. Il s'agit de : E2 (Température), E3 (Capacité de stockage), E4 (Bâtiment, équipement, transport), E5 (Maintenance), E6 (Gestion des stocks), E7 (Distribution) et E9 (Système d'information).

2.6.7. Equipements de la chaîne du froid

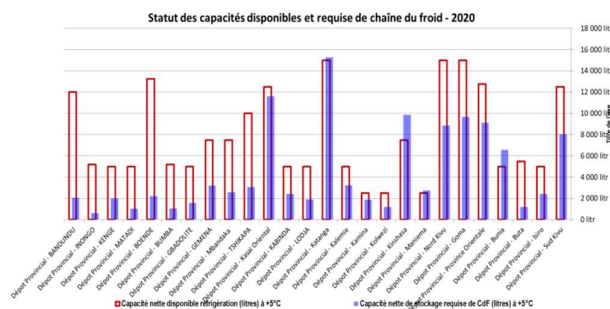
Le dépôt central dispose actuellement de 20 chambres froides fonctionnelles dont 15 positives d'une capacité totale brute de 425 m³ et nette de 120 m³ et 5 chambre froides négatives d'une capacité brute de 130 m³ et nette de 37 m³.

Toutes ces chambres fonctionnent à l'électricité à travers le réseau national et sont assistées par un groupe électrogène de 150 KVA en cas de coupure électrique. En plus de ce dispositif de chaîne du froid, le niveau central est doté d'un entrepôt moderne (hub de Kinkole) dont l'opérationnalisation à partir de 2019 permettra d'augmenter la capacité de stockage à température contrôlée de 2 200 m³ brute et le stockage ambiant 10 000 m³ à Kinshasa.

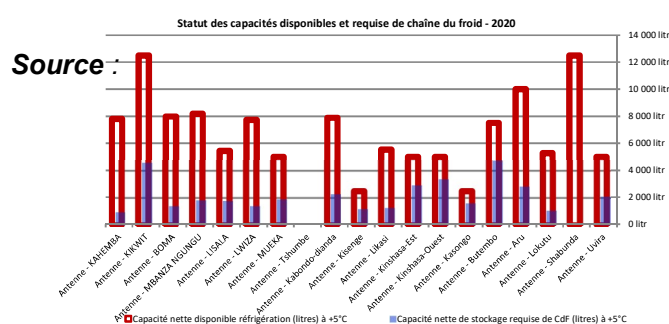
D'après l'enquête de la revue, 100% des antennes provinciales, 79% des BCZS et 43% des centre de santé sont équipés en matériel de CDF homologués OMS/UNICEF. La dernière mise à jour de l'inventaire de la chaine du froid a été faite en mars 2018.

Les graphiques ci-dessous resument la situation des capacités de stockage dans les différentes provinces.

Graphique 4 et 5 : montrent la situation des capacités de stockage des dépôts des coordinations et antennes des provinces :



Graph.4



Graph.5

Avec ce niveau de stockage au niveau des coordinations et antennes PEV, l'introduction du anti rotavirus se fera de façon aisée, mais pourra nécessiter une augmentation au niveau des BCZS d'au moins 16% et au niveau des CS d'au moins 0,06%.

2.6.8. Respect des normes des équipements des chaînes du froid

Le matériel de la chaîne du froid de la RDC pour les 2039 établissements inventoriés au niveau intermédiaire et périphérique est constitué de 3547 réfrigérateurs et congélateurs et de 10 chambres froides. L'inventaire indique que le matériel non fonctionnel pour des raisons de panne représente 16% du parc (niveau provincial 29%, niveau zone de santé 20% et Centre de santé 15%).

Environ 27% des équipements du parc ont plus de 10 ans, avec en moyenne 30% des équipements qui sont amortis.

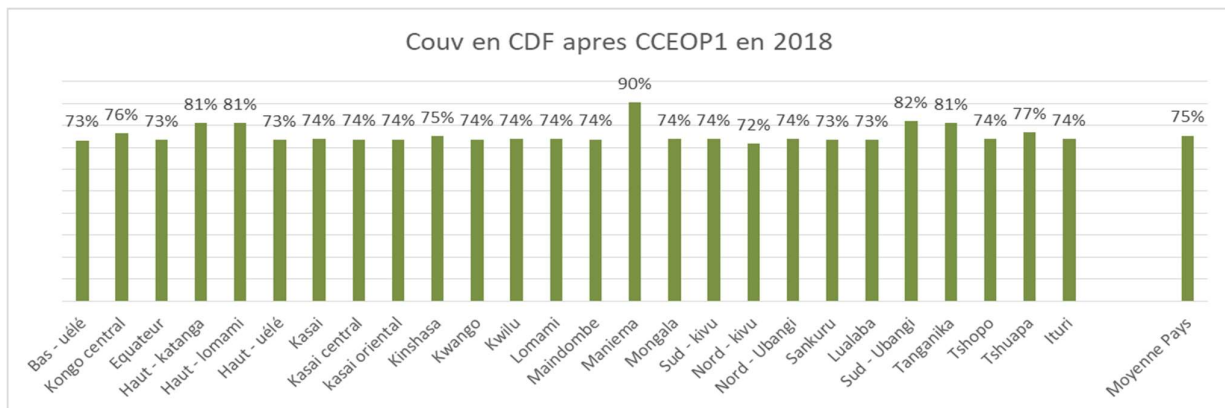
La source d'énergie la plus couramment utilisée par les équipements dépend du niveau de la pyramide sanitaire. En s'éloignant du niveau central vers la périphérique, l'utilisation de l'électricité varie de 73% au niveau provincial à 12% au niveau centre de santé, l'utilisation du solaire de 14% à 49% au niveau périphérique. L'utilisation de l'énergie mixte électricité/pétrole est de 38% au niveau des CS. On note une progression dans l'utilisation de l'énergie solaire à différents niveaux.

Les équipements homologués PQS sont en expansion dans le parc avec un taux de présence de 41% au niveau antenne, 57% au niveau zone de santé et 53% au niveau Centre de santé.

Dans le cadre de l'optimisation de la chaîne de froid, le pays a bénéficié du projet CCEOP reparti en deux phases (CCEOP1 et CCEOP2) :

- CCEOP1 : A ce jour, 2 087 réfrigérateurs du CCEOP1 ont été installés, ce qui amène la couverture en chaîne du froid actuellement à 75% (graphique 5).
- CCEOP2 : 1 426 réfrigérateurs sont prévus, un lot de 123 réfrigérateurs a déjà été installé et 1 303 sont attendus au cours de l'année 2019.

Graphique 11 : Couverture en équipements de chaînes du froid



Source : rapport d'inventaire 2018

Le graphique 5 montre la couverture en matériel de chaîne du froid qui est à en moyenne de 75% pour le pays. Elle varie de 72% à 90% dans les provinces.

Malgré cette bonne couverture en matériel de chaîne de froid dans toutes les provinces, des disparités persistent dans les provinces.

Tous ces matériels acquis dans le cadre de ce projet nécessitent une maintenance de qualité pour son fonctionnement optimal et sa durée de vie. Cependant, la maintenance reste encore défaillante à cause de l'insuffisance du personnel qualifié, absence des pièces de rechange et insuffisance des fonds alloués à cette activité.

2.6.9. Solarisation de chambres froides

Certains dépôts des antennes ont des difficultés en énergie électrique. Pour faire face à cette situation, un projet de solarisation des chambres froides a été mis en œuvre dans 27 sites. A ce jour tous les travaux sont finalisés et les chambres froides fonctionnent correctement excepté celles de Boende et Mbandaka qui présentent des pannes des convertisseurs. Une extension du projet est envisagée dans d'autres sites qui ont des difficultés d'approvisionnement en énergie électrique.

2.6.10. Données pour la gestion

La gestion des stocks et de l'information de vaccination tout le long de la chaîne d'approvisionnement se fait à travers un système d'information composé de rapports mensuels, fiches de gestion et de supports électroniques constitués principalement par le SMT pour la gestion des stocks et le DVDMT pour la gestion des données de vaccination et de l'utilisation des intrants sur le terrain (ZS et CS). Cependant la mise à jour des données n'est pas régulière dans certaines provinces.

Malgré les recommandations de l'évaluation de la GEV 2014, sur la gestion de stocks qui consistait à la mise à disposition d'une connexion internet permanente dans toutes les 516 Zones de Santé via VSAT et la mise en réseau avec les outils logistiques pour une visualisation en temps réel des stocks des vaccins à tous les niveaux, les résultats de l'enquête indique une insuffisance de la connexion internet dans 39% de BCZS suite au non paiement de l'abonnement.

Notons que le DHIS2 est en cours d'extension dans le pays et sera utilisé comme outil unique dans la gestion des données.

2.6.11. Le remodelage du système d'approvisionnement en vaccins

Depuis 2015, le pays a envisagé la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement à travers la mise en œuvre de l'approche taillée sur mesure de Gavi avec un focus sur la mutualisation des ressources.

Cette approche vise entre autre de :

- renforcer la fourniture des services de vaccination dans le cadre du système de santé ;
- améliorer le système d'approvisionnement et la gestion des vaccins ;
- agir sur la qualité des données pour une meilleure prise des décisions ;
- construire des dépôts d'intrants secs dans 25/52 sites.

Ainsi, Son excellence Monsieur le Ministre de la santé, a signé le 23 Juin 2018 l'arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/019/DCA/SECABA/2018 du 23 Juin 2018 portant création de nouvelles structures du PEV, à savoir 3 dépôts centraux modernes (Lubumbashi, Kisangani et Kananga) pour la conservation de vaccins et autres intrants, 26 dépôts provinciaux et 26 dépôts d'antennes.

Actuellement, les vaccins entrent au pays par une seule porte d'entrée qui est le dépôt central de Kinshasa. La distribution est faite du niveau central vers les dépôts des coordinations ; les dépôts des coordinations vers les antennes ; des antennes vers les zones de santé et des zones de santé vers les aires de santé.

Ce système d'approvisionnement dispose de 28 destinations à partir du dépôt central. Il faut noter que 80% de distribution vers les provinces se font par voie aérienne.

Avec l'avènement de l'approche taillée sur mesure, appuyé par l'arrêté susmentionné, le pays aura 3 portes d'entrée des vaccins dont le dépôt central de Kinshasa, le dépôt déconcentré moderne de Lubumbashi et le dépôt déconcentré moderne de Kisangani. Ces dépôts déconcentrés vont servir les dépôts des antennes. Ainsi le nombre de destination à partir du niveau central sera réduit à 12 et la voie aérienne ne concernerait plus que 30% de distribution au lieu de 80% antérieure.

Notons que la construction du Hub de Kisangani a démarré effectivement mais les travaux ont été suspendus par le Ministère de la santé en vue d'une réévaluation des coûts. Les travaux de construction du Hub de Lubumbashi n'ont pas encore commencé. Un dépôt relais est construit à Kananga mais non encore fonctionnel.

2.6.12. Gestion des moyens de transports

Le PEV au niveau central dispose de six véhicules 'tout terrain' fonctionnels pour le management (Coordination), six camions pour le transport des vaccins et autres intrants, et quatre minibus pour le transport du personnel.

Au niveau des dépôts déconcentrés modernes, Kisangani (2 camions et 1 jeep 4X4), Lubumbashi (4 camions et 1 jeep 4X4), le dépôt relais de Kananga (1 camion et 2 jeeps 4X4).

Au niveau intermédiaire, en 2012, le PEV grâce au financement de la banque mondiale, les 11 coordinations et les 44 antennes avaient été dotés en véhicules 4X4 dont l'état actuel est vétuste.

En 2014 avec le financement de Gavi piloté par l'Unicef, le PEV, certaines divisions provinciales de la santé et quelques zones de santé avaient bénéficié du matériel roulant pour le renforcement de la supervision, de la distribution des vaccins et autres vaccins et le transport des échantillons.

L'inventaire des moyens de transport au niveau des zones de santé et aire de santé n'est pas complètement maîtrisé. En 2016, sous le financement GAVI, 160 motos, 75 hors-bords et 62 véhicules tout terrain ont été dotés aux zones de santé et provinces.

Un plan de maintenance existe et bien appuyé financièrement au niveau national ; alors que la maintenance des moyens de transport affectés au niveau intermédiaire n'est pas effective. Ceci réduit sensiblement la durée de vie de fonctionnement de ces engins.

2.6.13. Gestion et destruction des déchets

Les déchets issus de la vaccination sont tous gérés au niveau des services de prestation. Seuls 61% des BCZS disposent du document de politique sur la sécurité des injections, 100% des BCZS donnent des directives aux CS sur l'utilisation des BS. Pour l'élimination de ces déchets, 45% des BCZS donnent des instructions aux CS de les incinérer sur place, 5% de les incinérer ailleurs et 87% de les brûler puis de les enfouir. Au niveau centre de santé, les déchets sont détruits par incinération sur site par 43% des CS, par incinération ailleurs par 4% des CS et par brûlage suivi d'enfouissement par seulement 57% des CS.

Notons qu'il n'existe pas un plan de gestion des déchets à différents niveaux.

Tableau V : Répartition des techniques d'incinération utilisées dans les ZS

| Techniques d'incinération | % BCZS ayant donné instruction au CS | % CS réalisant la destruction |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Incinération sur place | 45% | 43% |
| Incinération ailleurs | 5% | 4% |
| Brulage suivi d'enfouissement | 87% | 57% |

Source : Enquête revue externe 2018

2.7. LUTTE ACCELEREE CONTRE LA MALADIE (AVS ET SURVEILLANCE)

De l'analyse de la situation de la surveillance pour les principales maladies évitables par la vaccination de la période de 2016 à 2018, nous retenons ce qui suit :

2.7.1. POLIOMYELITE

2.7.1.1. Surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA)

Aucun cas de PVS n'a été confirmé en RDC depuis le 20 décembre 2011, le dernier cas a été notifié dans la zone de santé de LUSANGI au MANIEMA.

En novembre 2015, le pays a été déclaré libre de circulation de poliovirus, mais suite à l'émergence des épidémies de cVDPV2 et des insuffisances relevées dans la surveillance, le Comité de certification de l'éradication de la polio pour la région africaine (CRCA) réuni à Nairobi en 2018, a menacé de retirer au pays ce statut.

Depuis l'année 2016, le pays est confronté à l'émergence des cas de cVDPV ; deux cas de VDPV ont été détectés dont un dans la ZS de Yaleko (Province de la Tshopo) et l'autre dans la ZS de Yambuku (Province de la Mongala).

En 2017, le pays a notifié 22 cas de cVDPV2 dans les provinces du Maniema (2 cas) , Haut Lomami (7 cas), Tanganyika (13 cas) et 3 cas de aVDPV dont 1 aVDPV1 dans la ZS d'Ankoro dans le Tanganyika et 2 cas de aVDPV2 dans la ZS de Lwamba dans la province de Haut Lomami.

En 2018, le pays a notifié 20 cas de cVDPV2 dont 2 dans la province de Tanganyika, 2 dans le Haut Lomami , 4 dans le Haut Katanga, un en Ituri et onze dans la Mongala.

Quant à la performance de la surveillance PFA, le taux de PFA non polio est passé de 3,6 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2016, à 3,9 en 2017 et 5,2 en 2018.

On note également que 90% des échantillons des selles ont été recueillis dans le délai en 2016, 78% l'ont été en 2017 et 77% en 2018.

Les zones de santé silencieuses répertoriées au fil du temps sont en 2016 de 2.1%, de 2.7% en 2017 et de 3.7 % en 2018.

Des cas compatibles, nous retenons que 35 cas ont été répertoriés en 2016, 44 cas en 2017 et 57 cas en 2018.

Tableau VI : Indicateurs de performance de surveillance PFA de 2016-2018

| Provinces | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|----------------|-----------------------|------------------|-------|-----------------------|------------------|-------|-----------------------|------------------|-------|
| | Taux de PFA Non Polio | % 2 selles < 14J | cVDPV | Taux de PFA Non Polio | % 2 selles < 14J | cVDPV | Taux de PFA Non Polio | % 2 selles < 14J | cVDPV |
| Bas Uélé | 5,8 | 91,7 | 0 | 3,9 | 92 | 0 | 5,5 | 68 | |
| Equateur | 2,6 | 84,4 | 1 | 3 | 84 | 0 | 2,2 | 61 | |
| Haut Katanga | 2,9 | 96,1 | 0 | 5,5 | 81 | 0 | 11,7 | 75 | 4 |
| Haut Lomami | 4,6 | 95 | 0 | 6 | 78 | 7 | 9 | 81 | 2 |
| Haut Uélé | 4,8 | 93,3 | 0 | 6,3 | 97 | 0 | 5,9 | 84 | |
| Ituri | 4,6 | 80,6 | 0 | 3,1 | 82 | 0 | 6,3 | 70 | 1 |
| Kasaï | 2,9 | 88,4 | 0 | 2,3 | 75 | 0 | 2,7 | 54 | |
| Kasaï-Central | 3,3 | 96,1 | 0 | 3,2 | 90 | 0 | 2,8 | 87 | |
| Kasaï Oriental | 3,1 | 93,2 | 0 | 5,4 | 72 | 0 | 10,8 | 82 | |
| Kinshasa | 3,2 | 91 | 0 | 2,6 | 85 | 0 | 2,4 | 80 | |
| Kongo Central | 3,8 | 94,7 | 0 | 3,7 | 89 | 0 | 3,6 | 78 | |
| Kwango | 5,8 | 85,1 | 0 | 4,2 | 98 | 0 | 4,2 | 91 | |
| Kwilu | 2,2 | 94,3 | 0 | 3,4 | 93 | 0 | 1,8 | 89 | |
| Lomami | 2,8 | 96,6 | 0 | 2,4 | 83 | 0 | 4,7 | 81 | |
| Lualaba | 5,4 | 93,3 | 0 | 3,9 | 87 | 0 | 4,9 | 62 | |
| Maï Ndombe | 3,9 | 89,2 | 0 | 4,9 | 93 | 0 | 3,1 | 87 | |
| Maniema | 2,8 | 92,1 | 0 | 3,7 | 77 | 2 | 5 | 58 | |
| Mongala | 4,1 | 94 | 0 | 7,2 | 88 | 0 | 5,8 | 80 | 11 |
| Nord Kivu | 3,3 | 91,3 | 0 | 3,8 | 96 | 0 | 4,1 | 82 | |
| Nord Ubangui | 3,9 | 63 | 0 | 3,1 | 87 | 0 | 5,5 | 70 | |
| Sankuru | 6,1 | 93,1 | 0 | 4,4 | 93 | 0 | 5,5 | 84 | |
| Sud Kivu | 3,2 | 90,9 | 0 | 3,5 | 92 | 0 | 4,5 | 86 | |
| Sud Ubangui | 2,9 | 70,5 | 0 | 2,3 | 77 | 0 | 4,5 | 59 | |
| Tanganyika | 2,1 | 82,9 | 0 | 3,5 | 68 | 8 | 10,6 | 67 | 2 |
| Tshopo | 7,5 | 86,8 | 1 | 6,5 | 97 | 0 | 7,7 | 83 | |
| Tshuapa | 4,7 | 95,9 | 0 | 3 | 100 | 0 | 2,1 | 87 | |
| RDC | 3,6 | 90 | 2 | 3,9 | 86 | 17 | 5,2 | 77 | 20 |

Au regard des indicateurs ci-dessus, le taux de PFA non polio a augmenté de façon significative entre 2017 et 2018 à l'échelle nationale. Cependant, on note des disparités entre les provinces dont certaines ont vu leur taux passer au double ou triple comme le Haut Katanga et Kasai oriental alors que d'autres provinces n'ont pas connu la même évolution c'est le cas des provinces de Kasai central, Kinshasa et Kwilu.

Les performances de la surveillance PFA dans les provinces du Kasai oriental et Haut Katanga sont à mettre dans le compte de la mise en œuvre du projet AVADAR et e-SURV dans certaines zones de santé de ces provinces depuis l'année 2017. On note aussi que les provinces qui ont connu la circulation de cVDPV2 dont la Mongala, Tanganyika et Haut lomami affichent aussi un taux de PFA non polio au-dessus de la moyenne nationale.

Le système de surveillance des PFA en République Démocratique du Congo demeure confronté à plusieurs défis liés à la complexité géographique, insuffisance des ressources ce qui explique la faible sensibilité du système à détecter à temps la circulation du cVDPV2 en cours et la régression des résultats relatifs aux indicateurs de selles adéquates, cas compatibles et les zones silencieuses entre 2016 et 2018.

Depuis 2017, le pays met en œuvre la surveillance électronique des PFA et la surveillance environnementale. Le projet AVADAR est mis en œuvre dans les provinces du Kasai oriental, Haut Katanga et Kasai alors que la surveillance environnementale est mise en œuvre dans les provinces de Kinshasa, Haut Katanga, Maniema et Tshopo.

Le choix de ces provinces a été guidé pour AVADAR par une faible performance en surveillance PFA et la fluidité et bonne couverture en réseau téléphonique alors que pour la surveillance environnementale par l'existence d'un réseau de drainage des eaux usagées et l'émergence des cas de cVDPV.

Si la mise en œuvre d'AVADAR a permis d'augmenter sensiblement le taux de PFA non polio dans les provinces de mise en œuvre, aucun cas de PVS ni de cVDPV2 n'a été détecté dans l'environnement dans les sites fonctionnels en dehors des Entérovirus Non Polio et souche Sabin

2.7.1.2. AVS POLIO

De 2016 à 2018, plusieurs passages de JNV ont été mis en œuvre conformément aux plans d'action opérationnels (PAO) du PEV. Cependant, suite à l'émergence de cVDPV2, plusieurs rounds de ripostes ont été organisés dans plusieurs provinces du pays.

En 2016, trois passages des AVS contre la poliomyélite ont été réalisés dont 2 JNV en mars et avril et une JLV dans 34 ZS en octobre 2016 ciblant les enfants âgés de 0-59 mois. Une riposte au cas de VDPV de Yaleko a été organisée en 3 passages.

Quant à l'année 2017, trois passages des AVS contre la polio ont été réalisés dont un JNV en avril et deux JLV en février et décembre. Et 5 passages de riposte au cas de cVDPV2 ont été organisés.

L'année 2018 a été marquée par l'organisation de huit passages de riposte au cVDPV2. Les résultats obtenus par passage et par an de 2016 à 2018 révèlent des couvertures vaccinales administratives supérieures à 100% pour tous les passages différents de celles des MI de 15% et d'environ 5 à 40% des ZS rejetées par le LQAS. Le vaccin VPO utilisé était le VPOt en mars et avril 2016, période marquée par le switch (le passage du VPOt au VPOb) à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

Ainsi que l'utilisation du VPOm2 (monovalent de type 2) pour les ripostes au cVDPV2 qui ont été marquée par une gestion rigoureuse et conforme aux orientations du niveau global et régional.

La mise en œuvre des AVS polio reste jusqu'à ce jour confronté à la persistance du nombre important d'enfants non vaccinés selon les données du monitoring indépendant et le rejet des zones de santé par le LQAS au fil des passages des JNV ou de riposte.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la riposte au cVDPV2, en 2017, une évaluation externe (OBRA) a été menée dont les principales conclusions ont été formulées pour l'ensemble du système. En ce qui concerne la surveillance, il a été noté que les fondements du système de surveillance existent et sont opérationnels ; mais il demeure des insuffisances dans le renforcement de la surveillance pendant la flambée. Les données administratives indiquent des bonnes couvertures vaccinales mais le statut vaccinal parmi les cas de PFA non polio indique que les enfants sont non vaccinés et ou sous vaccinés dans les zones en épidémie. L'émergence du VDPV1 et VDPV2 suggère une immunité basse contre la polio.

2.7.2. ROUGEOLE

2.7.2.1. Surveillance rougeole

Tableau VII : Surveillance rougeole, les indicateurs se présentent comme suit :

| Province | 2016 | | | | 2017 | | | | 2018 | | | |
|----------------|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|
| | Tx annualisé de cas investigués | Taux annualisé des éruptions febriles non rougeoleuses | ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect avec prélèvement | Incidence cas confirmés (IgM+, Epi-Link, Compatible) | Tx annualisé de cas investigués | Taux annualisé des éruptions febriles non rougeoleuses | ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect avec prélèvement | Incidence cas confirmés (IgM+, Epi-Link, Compatible) | Tx annualisé de cas investigués | Taux annualisé des éruptions febriles non rougeoleuses | ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect avec prélèvement | Incidence cas confirmés (IgM+, Epi-Link, Compatible) |
| | ≥ 1/100,000 h | ≥ 2/100,000 h | ≥ 80% | < 1cas /1,000,000 | ≥ 1/100,000 h | ≥ 2/100,000 h | ≥ 80% | < 1cas /1,000,000 | ≥ 1/100,000 h | ≥ 2/100,000 h | ≥ 80% | < 1cas /1,000,000 |
| Bas-Uélé | 4,8 | 2,63 | 72,70% | 256,26 | 1,3 | 1,2 | 36% | 0,77 | 3,9 | 3,8 | 82% | 3,09 |
| Equateur | 0,6 | 0,59 | 61,10% | 0,00 | 2,2 | 1,5 | 67% | 7,85 | 2,5 | 2,5 | 67% | 0,39 |
| Haut-Katanga | 4,4 | 4,13 | 74,10% | 4,54 | 9 | 8,4 | 85% | 6,55 | 15,3 | 10,7 | 96% | 118,02 |
| Haut-Lomami | 4,2 | 3,98 | 87,50% | 5,24 | 5,1 | 5 | 88% | 1,31 | 8,7 | 6,5 | 100% | 24,86 |
| Haut-Uélé | 2,4 | 2,32 | 84,60% | 3,87 | 3 | 3 | 77% | 0,49 | 2,7 | 1,7 | 77% | 10,27 |
| Ituri | 3,1 | 3,02 | 83,30% | 1,62 | 2,6 | 2,4 | 69% | 2,27 | 4,7 | 3,7 | 72% | 281,31 |
| Kasai | 0,4 | 0,34 | 33,30% | 0,90 | 0,3 | 0,3 | 28% | 1,06 | 1,1 | 1,1 | 44% | 0,21 |
| Kasai-Central | 0,8 | 0,52 | 30,80% | 3,49 | 0,7 | 0,7 | 12% | 0,22 | 0,5 | 0,4 | 27% | 1,08 |
| Kasai-Oriental | 0,9 | 0,52 | 47,40% | 3,72 | 0,9 | 0,7 | 42% | 2,46 | 6,5 | 3,7 | 121% | 40,13 |
| Kinshasa | 3 | 2,73 | 77,10% | 4,60 | 6,6 | 5,9 | 100% | 7,39 | 2,4 | 2,1 | 86% | 3,1 |
| Kongo Central | 1,4 | 1,29 | 38,70% | 1,84 | 1,9 | 1,9 | 35% | 0,77 | 2,2 | 1,9 | 52% | 4,13 |
| Kwango | 0,4 | 0,4 | 42,90% | 0,00 | 0,5 | 0,4 | 36% | 1,23 | 1,1 | 1 | 50% | 0,82 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|---------|---------|-----|-----|-----|--------|------|------|-----|--------|
| Kwilu | 0,5 | 0,46 | 37,50% | 1,00 | 0,6 | 0,5 | 38% | 1,19 | 0,8 | 0,8 | 38% | 0,4 |
| Lomami | 4,8 | 4,33 | 68,80% | 7,47 | 6,5 | 4,8 | 94% | 19,31 | 3,4 | 2,8 | 88% | 16,99 |
| Lualaba | 4 | 3 | 57,10% | 29,52 | 5,2 | 5 | 79% | 3,34 | 5,8 | 4,2 | 86% | 15,58 |
| Mai-Ndombe | 0,6 | 0,6 | 50,00% | 0,00 | 1,2 | 0,7 | 36% | 29,77 | 0,5 | 0,5 | 21% | 0,5 |
| Maniema | 5,9 | 2,08 | 83,30% | 1500,54 | 9 | 4,1 | 89% | 312,6 | 2,9 | 1,6 | 56% | 13,49 |
| Mongala | 0,5 | 0,37 | 41,70% | 0,82 | 1 | 0,5 | 25% | 5,42 | 1 | 0,6 | 42% | 4,26 |
| Nord-Kivu | 1,8 | 1,29 | 50,00% | 4,88 | 2,1 | 1,9 | 78% | 2,42 | 3,9 | 3,7 | 82% | 18,54 |
| Nord-Ubangi | 2,4 | 2,2 | 54,50% | 3,44 | 1 | 0,8 | 55% | 2,62 | 5,2 | 4,8 | 82% | 3,93 |
| Sankuru | 1,4 | 1,38 | 50,00% | 2,05 | 3,3 | 2,5 | 63% | 10,53 | 4,8 | 3,4 | 38% | 16,27 |
| Sud-Kivu | 1,4 | 1,39 | 62,50% | 0,44 | 3,8 | 2 | 82% | 235,52 | 3,3 | 2,9 | 56% | 16,32 |
| Sud-Ubangi | 1,2 | 0 | 70,60% | 44,68 | 2,1 | 1,4 | 44% | 9,97 | 1,3 | 0,9 | 56% | 5,15 |
| Tanganyika | 6 | 3,69 | 100,00% | 214,97 | 3,9 | 1,7 | 91% | 147,52 | 5 | 3,4 | 91% | 15,72 |
| Tshopo | 0,9 | 0,69 | 56,50% | 3,45 | 1,3 | 0,8 | 22% | 5,3 | 13,1 | 10,2 | 65% | 435,32 |
| Tshuapa | 2,9 | 2,9 | 83,30% | 1,93 | 2,4 | 2,3 | 67% | 0,47 | 2,8 | 2,5 | 50% | 3,3 |
| RDC | 2,3 | 1,83 | 60,90% | 52,72 | 3,3 | 2,6 | 61% | 34,1 | 4,2 | 3,3 | 66% | 46,22 |

Commentaires :

Malgré la mise en œuvre des AVS de suivi contre la rougeole de 2016- 2017, on note une tendance à la hausse de l'incidence de la rougeole au niveau pays de 2016 à 2018, de même que le taux annualisé des éruptions fébriles non rougeoleuses et la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect avec prélèvement mais la norme n'est pas encore atteinte.

En ce qui concerne le taux annualisé des éruptions fébriles non rougeoleuses, ce taux a connu une hausse allant de 1,83 en 2016 à 3,3 en 2018 de même que la proportion de ZS qui ont notifié au moins un cas suspect de rougeole est passée de 60,90% à 66%, ce qui demeure en deçà de la norme.

Le nombre des ZS en épidémies de 2016 à 2018 est passé de 37 à 100.

De l'analyse des cas confirmés IgM+ au laboratoire, il ressort que les enfants de moins de 5 ans étaient les plus touchés à 75% en moyenne pour tous les trois années.

Les autres 25% sont des enfants de plus de 5 ans. Ceci explique la persistance des épidémies de rougeole due à l'accumulation d'un grand nombre de susceptibles au fil des ans. Cette situation est consécutive entre autre au fait que le calendrier vaccinal en vigueur au pays n'offre pas une seconde opportunité de vaccination contre la rougeole à la seconde année de vie.

De 2016 à 2018, les flambées pourraient être consécutives au cumul d'enfants non-vaccinés pendant la routine et les campagnes. Ceci se confirme par les résultats des enquêtes post campagne 2016-2017 et l'enquête MICS3.

Dans le cadre de l'initiative mondiale d'élimination de la rougeole et rubéole, il serait judicieux pour le pays de débiter la surveillance rubéole et du SRC. Il est prévu en 2019, le démarrage effectif de la surveillance du SRC.

2.7.2.2. AVS Rougeole et riposte

Poursuivant la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 en RDC, le pays a organisé en 3 blocs des provinces de 2016 à 2017, une campagne de suivi contre la rougeole sur l'ensemble du pays ciblant 16 099 202 enfants de 6 à 59 mois dont 16 388 743 enfants ont été vaccinés pour l'ensemble du pays soit 102%.

Une enquête post campagne a été organisée et a révélé une couverture de 88,43%.

De 2016 à 2018, des ripostes contre la rougeole ont été menées dans les provinces en épidémies couvrant partiellement ou totalement les ZS avec l'appui des partenaires traditionnels.

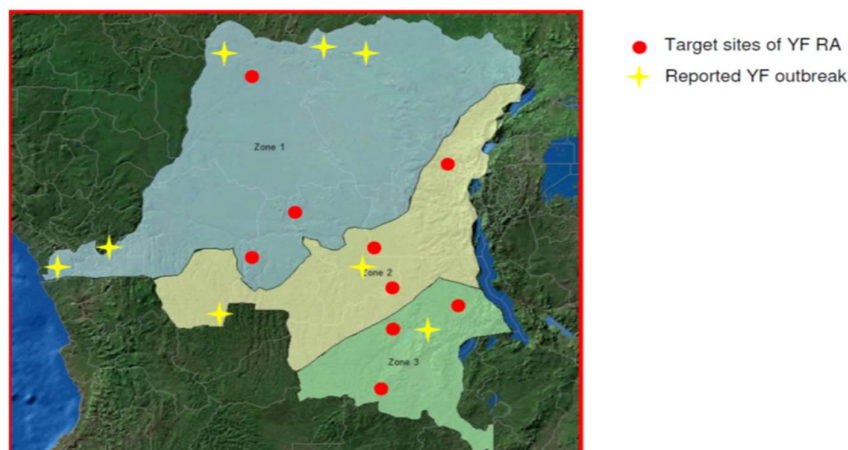
NB : Il sied de noter que dans le cadre d'élimination de la rougeole, notre plan stratégique ne couvre que la période de 2012 à 2020. Au vue des indicateurs d'élimination, le pays est plutôt en phase de contrôle ce qui pose un problème de planification de futures interventions en faveur de la rougeole pour l'exercice 2020-2022.

2.7.3. Fièvre Jaune

2.7.3.1. Surveillance de la Fièvre Jaune

En 2014, une analyse de risque sur la fièvre jaune a été faite pour la RDC et a révélé :

- ✓ Forte densité des formes adultes et larvaires d'Aedes aegypti dans les 3 zones écologiques
- ✓ Faible séroprévalence soit 2,7 % des anticorps naturels anti-amaril qui indique la circulation du virus partout
- ✓ La grande vulnérabilité de la population face à la fièvre jaune



En 2016, 3 321 cas suspects de fièvre jaune ont été notifiés, parmi lesquels 2 820 cas ont été prélevés et 79 cas ont été confirmés positifs par le Laboratoire Régional de Référence de Dakar.

Six provinces (Kongo Central, Kinshasa, Kwango, Kasai, Kasai Central et Lualaba) ont été les plus touchées. Cette épidémie est en grande partie due aux cas importés d'Angola (58 cas) néanmoins on a eu également des cas autochtones (21 cas dont 8 sont salvatiques).

En 2017, des efforts appréciables sont consentis dans la surveillance de la FJ au regard du nombre de provinces ayant notifié les cas. Cependant, pour plus d'efficacité de la surveillance, il est recommandé qu'au moins 80% des zones de santé notifient au moins un cas suspect. Cet indicateur n'est pas atteint car, moins de 31% des zones de santé ont notifié au moins un cas suspect de FJ. Aussi, le Kasai Oriental et le Sankuru n'ont notifié aucun cas.

En 2018, la surveillance de la fièvre jaune en RDC était marquée par la confirmation des épidémies de la province de la Tshuapa, Bas Uélé et Lualaba.

Ces épidémies éclos dans un contexte marqué par une faible performance des ZS en matière de surveillance comme décrit dans le tableau ci-dessous :

Tableau VIII : Surveillance Fièvre Jaune, les indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous:

| Province | 2016 | | | 2017 | | | 2018 | | |
|----------------|----------|------------------|--|----------|---------------------|--|----------|---------------------|--|
| | Base IDS | Confirmé par LLR | % ZS ayant notifiés un cas avec prélèvement =80% | Base IDS | Confirmé par le LLR | % ZS ayant notifiés un cas avec prélèvement =80% | Base IDS | Confirmé par le LLR | % ZS ayant notifiés un cas avec prélèvement =80% |
| Bas-Uélé | 77 | 1 | 82% | 77 | | 100 | 55 | 3 | 73 |
| Equateur | 36 | | 33 | 57 | | 88 | 13 | | 44 |
| Haut-Katanga | 12 | | 37 | 6 | | 100 | 2 | | 7 |
| Haut-Lomami | 40 | | 56 | 37 | | 73 | 62 | 0 | 50 |
| Haut-Uélé | 9 | | 23 | 6 | | 100 | 6 | | 23 |
| Ituri | 8 | | 25 | 4 | | 0 | 4 | | 8 |
| Kasai | 88 | 1 | 83 | 38 | | 63 | 1 | | 28 |
| Kasai-Central | 76 | | 42 | 33 | | 56 | 8 | | 19 |
| Kasai-Oriental | 4 | | 16 | 1 | | 0 | 3 | | 5 |
| Kinshasa | 1483 | 17 | 100 | 213 | | 100 | 129 | 0 | 80 |
| Kongo Central | 463 | 37 | 100 | 33 | | 100 | 15 | | 29 |
| Kwango | 340 | 15 | 100 | 127 | | 100 | 39 | | 57 |
| Kwilu | 73 | | 50 | 16 | | 88 | 29 | | 21 |
| Lomami | 9 | | 25 | 6 | | 0 | 20 | | 38 |
| Lualaba | 136 | 1 | 71 | 79 | | 0 | 58 | 4 | 57 |
| Mai-Ndombe | 7 | | 14 | 6 | | 40 | 2 | | 14 |
| Maniema | 2 | | 6 | 3 | | 0 | 5 | | 11 |
| Mongala | 8 | | 8 | 4 | | 0 | 2 | | 25 |
| Nord-Kivu | 2 | | 16 | 27 | | 0 | 14 | 1 | 12 |
| Nord-Ubangi | 45 | | 73 | 39 | | 100 | 34 | | 82 |
| Sankuru | 2 | | 6 | 0 | | 0 | 0 | | 0 |
| Sud-Kivu | 6 | | 12 | 9 | | 0 | 10 | | 21 |
| Sud-Ubangi | 29 | 2 | 38 | 18 | | 44 | 19 | | 25 |
| Tanganyika | 6 | | 27 | 10 | | 100 | 40 | | 73 |
| Tshopo | 23 | | 22 | 15 | | 50 | 4 | | 17 |
| Tshuapa | 154 | 4 | 100 | 170 | | 100 | 130 | 4 | 100 |
| RDC | 3138 | 78 | 44 | 1034 | 0 | 87 | 704 | 12 | 31 |

2.7.3.2. AVS et riposte fièvre jaune

Des campagnes de vaccination préventive et de riposte ont été organisées dans 64 zones de santé des 6 provinces aux mois de mai, juillet, août et octobre 2016.

Dans les 32 ZS de Kinshasa concernées par la vaccination préventive, la dose minimale protectrice a été utilisée, les 32 autres ZS ont utilisé les doses complètes de VAA.

Au total, 14 261 367 de personnes âgées de 9 mois et plus ont été vaccinées sur les 13 778 772 ciblées, soit 103,5%. L'enquête post-campagne réalisée dans 62 ZS a noté 97% de couverture vaccinale.

La RDC a été ciblée comme un pays prioritaires dans la stratégie EYE et de ce fait organisera des AVS préventives ciblant une population de 9 mois à 60 ans. Ces AVS s'étaleront sur 5 ans jusqu'en 2023 avec le 1er bloc de 6 provinces intégrant la rougeole en 2019.

2.7.4. TETANOS

2.7.4.1. Surveillance du Tétanos néo natal

Tableau IX : Surveillance TMN nous retenons ce qui suit :

| PROVINCE | 2016 | | 2017 | | 2018 | |
|------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | CAS | DECES | CAS | DECES | CAS | DECES |
| BAS-UELE | 22 | 11 | 26 | 13 | 30 | 8 |
| EQUATEUR | 92 | 27 | 67 | 27 | 40 | 11 |
| HAUT-KATANGA | 25 | 17 | 39 | 20 | 40 | 18 |
| HAUT-LOMAMI | 64 | 35 | 72 | 44 | 63 | 41 |
| HAUT-UELE | 12 | 7 | 14 | 8 | 14 | 8 |
| ITURI | 38 | 20 | 28 | 14 | 16 | 8 |
| KASAI | 20 | 16 | 17 | 11 | 30 | 20 |
| KASAI CENTRAL | 17 | 8 | 26 | 16 | 34 | 26 |
| KASAI ORIENTAL | 42 | 18 | 46 | 20 | 45 | 22 |
| KINSHASA | 13 | 3 | 20 | 4 | 12 | 4 |
| KONGO CENTRAL | 12 | 6 | 28 | 19 | 15 | 11 |
| KWANGO | 21 | 11 | 10 | 4 | 8 | 7 |
| KWILU | 25 | 12 | 20 | 7 | 23 | 7 |
| LOMAMI | 38 | 14 | 33 | 18 | 21 | 11 |
| LUALABA | 23 | 17 | 18 | 10 | 19 | 6 |
| MAINDOMBE | 36 | 15 | 37 | 19 | 18 | 6 |
| MANIEMA | 60 | 26 | 77 | 27 | 55 | 18 |
| MONGALA | 139 | 47 | 92 | 22 | 50 | 12 |
| NORD-KIVU | 28 | 10 | 11 | 3 | 7 | 5 |
| NORD-UBANGI | 25 | 18 | 16 | 10 | 18 | 4 |
| SANKURU | 29 | 12 | 32 | 15 | 22 | 10 |
| SUD-KIVU | 33 | 11 | 24 | 5 | 10 | 6 |
| SUD-UBANGI | 67 | 31 | 35 | 10 | 18 | 10 |
| TANGANYIKA | 52 | 28 | 67 | 36 | 62 | 32 |
| TSHOPO | 81 | 66 | 42 | 31 | 23 | 22 |
| TSHUAPA | 50 | 17 | 50 | 13 | 18 | 3 |
| TOTAL RDC | 1064 | 503 | 947 | 426 | 711 | 336 |

2.7.4.2. Activités menées dans le cadre d'élimination TMN

En juillet 2016, une revue a permis d'évaluer l'état de la mise en œuvre de la feuille de route issue de l'évaluation de risque TMN d'Avril 2015 et de voir si le pays peut organiser l'exercice de pré-validation de l'élimination du tétanos fort de constater que la RDC n'a pas été au rendez-vous. C'est ainsi qu'une sous-commission éTMN constituée des cadres du PEV, DLM, PNSR et les partenaires (OMS et UNICEF) a été mise en place en vue d'accélérer l'élimination. Cette sous-commission a mené des visites de terrain dans les DPS prioritaires, réviser les outils de rapportage des données TNN, organiser et superviser l'organisation des stratégies avancées ciblées et intégrées (SACI) qui, consiste à vacciner les enfants de 0 à 23 mois et les femmes en âge de procréation des aires de santé avec faible couverture vaccinale en DTC3 et Td 2+ inférieure à 70%. en 2 passages.

Les SACI ont été mis en œuvre dans 6 ZS dont Lowa, Opala, yahisuli, yabaondo, Bilomba dans la DPS TSHOPO et Bilomba et Luambo dans le Kasai central.

Les activités en faveur de l'éTMN, font face aux défis liés à la maîtrise des définitions des cas et le fonctionnement de la sous-commission au niveau central et en province.

En 2018, une analyse de risque a été réalisée et seule la ZS de Kabalo était classée à haut risque. Ce qui a permis au pays de solliciter une enquête de pré validation qui, a été conduit par une équipe multidisciplinaire composée des membres de la sous-commission pour l'élimination du TMN et les partenaires OMS et Unicef dans 4 zones de santé dont Kilela Balanda (Haut Katanga), Boma Bunu (Kongo central), Kimbanseke (Kinshasa) et Kabondo dianda (Haut lomami).

Tableau X : Principaux résultats de l'enquête de pré-validation sont présentés dans le tableau suivant :

| Indicateurs clés | Kilela Balanda | Boma Bunu | Kabondo Dianda | Kinshasa |
|--|----------------|-----------|----------------|----------|
| Nombre de femmes interrogées | 40 | 43 | 40 | 38 |
| % des femmes vaccinées avec 2 doses ou plus d'un vaccin contenant TT (TT2+) | 70% | 81% | 90% | 95% |
| % des femmes ayant reçu 5 doses ou plus | 58% | 47% | 73% | 61% |
| % des accouchements à domicile | 8% | 12% | 87% | 0 |
| % des accouchements assistés/dans les structures de soins | 93% | 88% | 13% | 100% |
| % des femmes ayant appliqué des substances traditionnelles sur le cordon | 33% | 30% | 43% | 11% |
| % des femmes protégées contre le tétanos par la vaccination | 68% | 79% | 90% | 95% |
| % des femmes protégées contre le tétanos par l'accouchement dans les structures de soins | 95% | 74% | 15% | 100% |
| % de femmes qui sont allées en CPN 1 | 80% | 72% | 93% | 100% |
| % de femmes protégées par VAT ou AA | 95% | 83% | 90% | 100% |

A l'issue de l'enquête, la RDC a été classée compatible à l'élimination du TNN.

Une enquête de validation d'éTMN est prévue en juillet 2019 dans les ZS de Boma et Boma-Bunu dans la province du Kongo central.

2.7.5. Surveillance en site sentinelle

Lancée en 2009 dans les 3 sites : à l'Hôpital Pédiatrique de Kalembe-lembe (HPK/Kinshasa), le Centre Hospitalier de Kingasani (CHK/Kinshasa) et l'Hôpital Sendwe (HPS/Lubumbashi), la surveillance en site sentinelle des méningites bactériennes et gastro entérites à rota virus a permis d'évaluer l'ampleur des diarrhées à rota virus dans les villes de Kinshasa et Lubumbashi.

L'infection à rotavirus est la première cause (61%) des gastroentérites sévères et aiguës chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés dans les 3 sites sous surveillance

Cette surveillance demeure fonctionnelle jusqu'à ce jour avec quelques difficultés de fonctionnement liés au financement. Ce qui n'a pas permis de faire l'extension dans d'autres provinces.

2.7.5.1. Surveillance sentinelle du syndrome de rubéole congénitale

Bien que la surveillance du SRC a été mise en place depuis juillet 2015 dans 2 sites à Kinshasa (CH Kingasani et HP Kalembelembe), elle n'a jamais démarrée, Le début effectif des activités est prévu en 2019 avec l'appui de CDC.

2.7.6. Surveillance des MAPI

Selon les résultats de la revue externe du PEV 2018, les directives de la gestion et prise en charge des MAPI existent au niveau central, mais la pratique n'est pas systématique aux niveaux intermédiaires/périphériques.

Au niveau intermédiaire, 9/44 antennes ont eu des formations pour les équipes de BCZS ; certains BCZS ont répliqué la formation au niveau de leurs ZS, mais le nombre n'est pas connu avec exactitude.

La RDC attend 3 cas de MAPI grave par an et 5% des cas de MAPI moins grave.

De la notification par les structures qui vaccinent, il sied de noter que les prestataires n'appliquent pas la notification 0.

2.8. Communication pour le PEV

L'analyse de la génération de la demande et la communication en faveur de la vaccination s'est focalisée sur la vaccination de routine, les activités de vaccination supplémentaire et la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

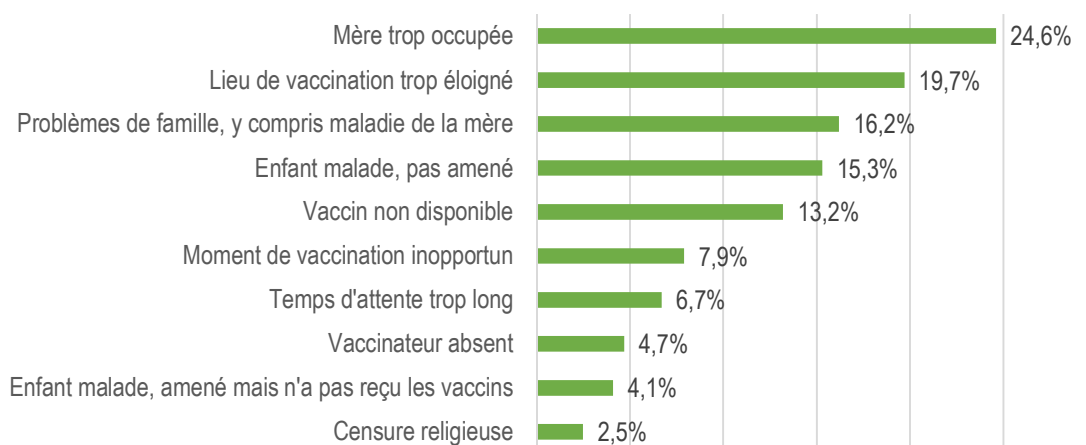
2.8.1. Vaccination de routine

La faible demande des services de vaccination par les mères et gardiens d'enfants demeure le problème majeur à résoudre par les interventions de communication afin de booster les couvertures vaccinales tendant à la baisse selon le résultat de l'enquête MICS 2018.

Les informations disponibles concernant les connaissances, attitudes et pratiques des mères et gardiens d'enfants en matière de la vaccination remontent à 2015 (enquête HORP) et ne peuvent plus servir comme base d'analyse pour l'écriture du PPAC 2020-2024. Il est indispensable de procéder à une nouvelle enquête afin de mettre en évidence les véritables raisons liées à une faible demande des services de vaccination par la communauté.

Les raisons évoquées par les mères et gardiens d'enfants ainsi que les relais communautaires, en rapport avec la non vaccination des enfants sont résumées dans le graphique ci-dessous :

Figure 12: Raisons de la vaccination incomplète ou de la non vaccination liées à certains obstacles déclarées par les mères/gardiennes d'enfants de 12-23 mois, Kinshasa, 2018
(n = 584)



Source : Enquête de Couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois à Kinshasa 2018

Selon les résultats de l'enquête de couverture vaccinale réalisée à Kinshasa en 2018, pour les enfants de 12-23 mois, les raisons de non vaccination ou de la vaccination incomplète ont été regroupées en 3 grandes thèmes : les raisons liées au manque d'information, au manque de motivation et à certains obstacles.

Les raisons majeurs sont liées à l'occupation des mères, à la distance entre le domicile et le Centre de santé, aux problèmes de la famille y compris le cas des maladies des enfants et à la disponibilité des vaccins. Par ailleurs d'autres raisons ont été évoqué parmi lesquelles : le monnayage de la vaccination, coût des effets secondaires attribués à tort ou à raison aux vaccins, diarrhées, céphalées, prise en charge des infirmiers, longue durée d'attente au centre de santé, dates et horaires non négociés avec la communauté, une planification des séances de vaccination qui ne tient pas compte des cibles à couvrir.

Selon les résultats de la revue externe PEV 2018, les raisons évoquées par les RECO expliquant les causes de non vaccination sont : la peur des MAPI (54%), les croyances religieuses (52%), le manque de connaissance sur les maladies évitables sur la vaccination (46%), le manque de connaissance sur les vaccins (34%) et le manque d'information en rapport avec les services de vaccination (12%).

Par ailleurs, la politique nationale du PEV prône l'implication de la communauté dans les activités de vaccination et de surveillance des maladies, depuis la planification jusqu'à l'évaluation, à travers les comités de santé (CODESA). Dans la pratique, la situation est bien différente.

La revue externe 2018 révèle que 86 % de ces structures de participation communautaire (CAC, CODESA) se réunissent souvent, suivant une fréquence mensuelle (80%). Et lorsqu'elles se réunissent, 60% d'entre elles participent à la planification des activités du PEV avec le personnel de santé. Mais, avec le désengagement progressif des ReCo pour manque de motivation dans certaines zones de santé, la question de la durabilité et de la pérennité de la participation reste pleinement posée.

Il sied de noter dans la génération de la demande des services de vaccination, le rôle joué par la société civile dans la vaccination.

La société civile, composée des églises, des ONG et associations, jouent un rôle important dans le renforcement de la demande de la vaccination au sein de la communauté. Certaines d'entre elles, subventionnées par GAVI (SANRU, ARCC, CARITAS, APEC et CRRDC) apportent un appui technique dans l'élaboration des plans d'action communautaires découlant des micros plans des AS et ZS.

Un autre rôle joué par les OSC est de mener le plaidoyer auprès des décideurs pour la mobilisation des ressources et obtenir leurs engagements dans le secteur de la santé (ex : plaidoyer auprès des Gouverneurs de province pour obtenir leur implication, notamment la facilitation de l'implantation des cellules d'animation communautaire (CAC) dans les villages).

Enfin, la société civile exerce également un contrôle citoyen sur l'utilisation des ressources (humaines, matérielles, financières, etc.).

L'approche dynamique communautaire basée sur le renforcement des structures de participation communautaire a contribué aussi bien à l'implication de la communauté dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation, qu'à l'appropriation des activités de santé en général et de la vaccination en particulier. Il en résulte la réduction de cas de résistance et la récupération des enfants de 0 – 11 mois et femmes enceintes non ou insuffisamment vaccinés.

La société civile travaille en parfaite collaboration avec les organisations de participations communautaires (Comité de développement des Aires de Santé, cellule d'animation communautaire, et les relais communautaires) pour atteindre les enfants perdus de vue ou non atteints par la sensibilisation et la recherche active des cas suspects des maladies évitables par la vaccination dans les 144 ZS appuyées des 10 DPS prioritaires de GAVI RSS2 RDC (Bas Uélé, Equateur, Haut - Katanga, Haut- Lomami, Kwilu, Lomami, Mongala, Sud – Ubangi, Tanganyika et Tshuapa).

Dans le même cadre, un partenariat tripartite a été institué entre le gouvernement de la RDC, l'UNICEF et les 5 principales confessions religieuses du pays, à savoir l'Eglise catholique, l'Eglise du Réveil, l'Eglise Protestante, l'Eglise Kimbanguiste et la Communauté Islamique au Congo, pour assurer la promotion des pratiques familiales essentielles au sein desquelles figure la vaccination.

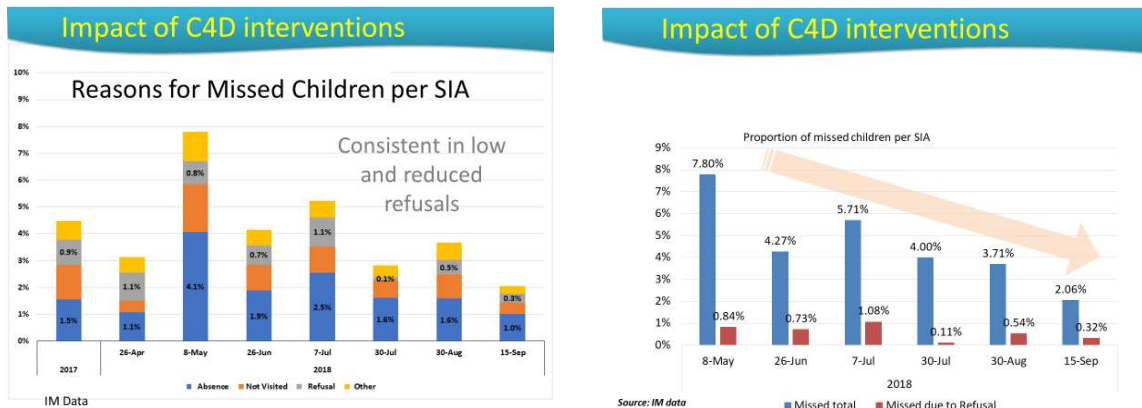
2.8.2. Activités de vaccination supplémentaire (AVS)

En ce qui concerne les activités de vaccination supplémentaires (AVS), le problème prioritaire demeure la persistance des enfants et des femmes en âge de procréer non vaccinés lors des AVS polio, rougeole et TMN à cause les absences.

Depuis la fin de l'année 2017, des efforts ont été fournis pour réduire davantage le nombre d'enfants manqués lors des AVS, surtout ceux dus essentiellement aux refus.

Les graphiques ci-dessous illustrent bien cette situation.

Graphique 13 : Raisons de la non vaccination des enfants de 2017 a septembre 2018 lors des AVS



De ce graphique, il ressort que la proportion d'enfants manqués à cause de refus a sensiblement baissé. Le refus qui occupait jusqu'il y a peu la deuxième raison de la non vaccination des enfants est passé à la dernière place derrière les absences, la non revisite des ménages par les vaccinateurs et les autres raisons pas très bien maîtrisées. Les actions de mobilisation sociale qui ont été mises en place pour juguler ces refus ont été axées sur des approches mixtes notamment l'utilisation des données sociales pour définir les interventions, le plaidoyer auprès de dirigeants locaux, le dialogue communautaire et la participation des membres des communautés résistances en tant que vaccinateurs ou mobilisateurs au sein de leurs communautés respectives. Les données de monitoring Indépendant situent désormais à moins de 1% la proportion d'enfants manqués suite aux refus.

Cependant, les rapports d'évaluation de différentes campagnes et l'étude sur les enfants manqués fustigent également le mauvais recrutement des vaccinateurs (trop jeunes, extérieurs à la communauté), la faible implication de la communauté dans la planification des AVS, la mauvaise communication autour des effets secondaires et des actions insuffisantes pour prévenir et lutter contre les rumeurs, la faible confiance vis-à-vis des prestataires, la répétitivité des campagnes, la faible perception du risque de polio par la communauté constituent autant des raisons qui préoccupent la communication et les autres groupes thématiques en appui aux AVS tant qu'elles sont à la base la non atteinte de plusieurs enfants.

2.8.3. Communication pour la Surveillance des maladies

Contrairement aux activités supplémentaires de vaccination, la surveillance communautaire des maladies semble ne pas bénéficier de beaucoup d'appui de la communication. Ainsi, le principal problème de la communication demeure la faible participation de la communauté dans la surveillance des maladies. Outre les raisons évoquées ci-haut dans l'analyse de la communication pour la vaccination de routine, cette faiblesse est notamment due à la faible harmonisation des approches de surveillance des maladies et situations d'urgences par les intervenants, la faible vulgarisation des définitions profanes des maladies évitables par la vaccination, le manque de formation des relais communautaires ainsi l'absence d'un mécanisme de motivation durable pour les prestataires communautaires.

2.8.4. Les atouts de la communication pour la vaccination

On mettra en exergue le rôle que pourront jouer actuellement les cellules d'animation communautaires (CAC) implantées dans chaque village dans plus de 40% de zones de santé de la RDC. Ces CAC constituent un courroi de transmission entre les ménages de chaque village et les services de santé et de développement en général.

La meilleure capitalisation de ces organes pourrait beaucoup apporter dans le dénombrement des cibles de la vaccination, la communication et l'orientation vers les services et récupération des enfants perdus de vue en routine comme en campagne.

Plusieurs compagnies de téléphonie mobile installées en RDC (Vodacom, Airtel, Tigo et Orange...) s'impliquent de manière croissante dans le développement social et peuvent aussi jouer un rôle dans l'information des familles sur la vaccination de routine.

Finalement, l'implication du secteur de l'Education dans la promotion de la santé (Ecoles assainies, promotion des pratiques familiales clés) constitue également une opportunité pour la promotion de la vaccination.

Dans le domaine de la communication pour le PEV, il faut noter aussi d'autres atouts tels que les membres de la Task Force Communication formés en tant que formateurs des formateurs, des acteurs/prestataires de première ligne en matière de vaccination en 2019.

Tableau XI : Résultats majeurs sur la Période

| ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE | | | | |
|--|--|---|---|---|
| RESULTATS | | | | |
| GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE | Indicateurs | 2016 | 2017 | 2018 |
| Stratégie de communication | Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique | Non | Non | Non |
| Recherche | Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination | Non | Enquête de couverture poste campagne de suivi contre la rougeole (2016-2017) | - Etude sur les raisons d'absence Lors des AVS en RDC, MICS 2018, Etude sur la séroprévalence dans le Haut-Lomami (UCLA) |
| Demande | Niveau de connaissance de la population des maladies évitables par la vaccination | | | |
| | Niveau de connaissance de la population du calendrier vaccinal | Connaissance du calendrier vaccinal 20%), | Niveau d'information lors des AVS : 95% | |
| | Niveau d'adhésion de la population aux activités de vaccination (résistance, refus.....) | | Portion des refus lors des AVS (0,9%), | |
| Plaidoyer | Engagement des autorités politico-administratives (APA), | | La mise en place des antennes de REPACAV dans les provinces du nord et sud-Kivu, L'engagement à augmenter le budget alloué à la santé dans la province du Nord-Kivu, Application de la loi pour mettre hors d'état de nuire les réfractaire à la vaccination au Sud-Kivu. | Signature de l'acte d'engagement, en faveur de la vaccination, par 16 gouverneurs, Promulgation de la loi N°18/035 du 13/12/2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. |

2.9. LEADERSHIP, MANAGEMENT ET COORDINATION

2.9.1. Ressources humaines

En ce qui concerne la formation des ressources humaines, il se pose un problème de déséquilibre dans l'organisation des filières et dans la répartition équitable des professionnels de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les structures sanitaires dans les mêmes provinces. L'annuaire des Ressources Humaines en Santé 2017⁸ a rapporté 478 ITM/IEM disséminés à travers le pays. Parmi ces ITM/IEM, 145 appartiennent à l'Etat soit 30,3% ; 164 aux confessions religieuses, soit 34,3 % (catholique, protestante et kimbanguiste) et 169 aux privés, soit 35,4%. La filière infirmière est organisée dans toutes les provinces.

Les autres filières sont organisées respectivement dans 19 écoles pour les Accoucheuses, 13 écoles pour les Techniciens de Laboratoire Médical, 7 écoles pour les Assistants en Pharmacie et 2 écoles pour les Techniciens d'Assainissement. La persistance de la forte proportion d'élèves dans la filière infirmière entraîne une surproduction de la catégorie infirmière par rapport à d'autres catégories professionnelles.

La production accrue des infirmiers et des médecins ces dernières années a pour conséquence la création non contrôlée des structures privées lucratives offrant des soins de faible qualité et l'utilisation des médecins au niveau du premier échelon du système de santé (médicalisation des CS)⁹ dans plusieurs provinces du pays, spécialement en milieux urbains. Comme beaucoup d'autres pays du Sud, la RDC avait fait le choix de déléguer à des professionnels non médecins (infirmiers, assistants, médicaux ou autres) la responsabilité des services de premier échelon^{10,11}. La raison évoquée était la rareté des médecins dont l'utilisation rationnelle plaiderait pour leur affectation à un niveau de soins plus centralisé, à savoir les hôpitaux. La croissance de ce phénomène de médicalisation de la première ligne requiert que le pays règlemente les prestations des médecins à ce niveau et définisse, par une recherche appropriée, les conditions sous lesquelles cela peut avoir un impact positif sur l'offre des soins.

L'effectif total du personnel de santé répertorié en 2017 est de 161.966 dont 96.196 soit 59.39% sont professionnels de santé et 65.770 soit 40.61% du personnel administratif et de soutien. Sur le plan des professions les infirmiers représentent l'effectif le plus important, 73.046 soit 45.1%, les médecins représentent l'effectif de 9.537 soit 5.9%. La ville-Province de Kinshasa regorge l'effectif le plus important avec 15.541 agents, suivie du Kwilu avec 13.851 agents. La province du Bas-Uélé a l'effectif le moins élevé, soit 2.117 agents.

Dans la gestion des ressources humaines, il existe des disparités importantes dans la répartition géographique. On observe une concentration des personnels de santé dans les grandes villes particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces. S'agissant du ratio infirmier pour 5000 habitants, il y a lieu au regard des informations ci-dessus d'affirmer une pléthore du personnel infirmier dans toutes les provinces Par rapport au ratio un médecin pour 10.000 habitants seules 3 provinces comprennent les effectifs conformes ou supérieurs aux normes internationales comme l'illustre le graphique ci-dessous (figure 6).

⁸ MSP-Direction des Ressources Humaines, Annuaire national des ressources humaines de la santé 2017, Janvier 2018.

⁹Chenge M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya NO, Kabyla I, Criel B La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. Global Health Promotion. 2010 ; 17, 63-74.

¹⁰Ministère de santé. Recueil des normes de la zone de santé. Kinshasa ; 2006.

¹¹Dugas S, Van Dormael M. La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. Studies in Health Services Organisation & Policy. 2003; 22: 1–352.

Graphique 14 : Ratio de médecins, infirmiers et accoucheuses en RDC: norme et réalité en 2016 et 2017

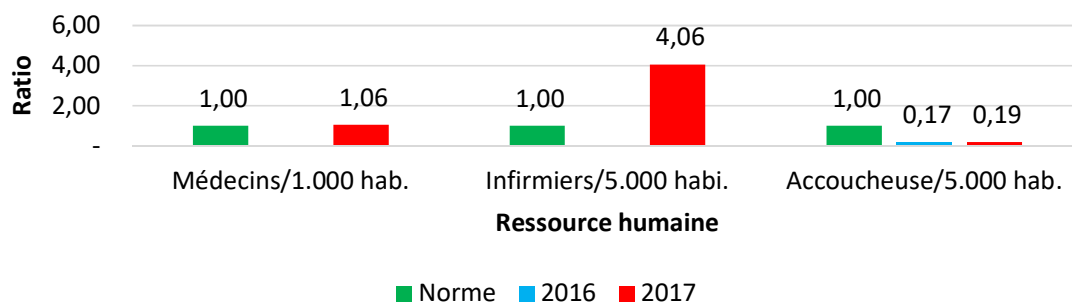


Figure 9: Ratio des médecins , infirmier et sages pour 5.000 habitants

En dehors des infirmiers et des médecins dont les effectifs semblent suffisants, le pays connaît une carence en ce qui concerne certaines catégories professionnelles. C'est le cas notamment, des assistants en pharmacies et des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des anesthésistes, des techniciens de radiologie, les kinésithérapeutes et des spécialistes de la médecine physique.

Une attention particulière mérite d'être portée sur la rareté des sages-femmes en RDC. Avec moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances, la RDC se situe très en deçà de la norme internationale (qui est de 6) et même de nombreux autres pays africains. Cette situation s'explique par le fait d'une création récente de cette catégorie conforme aux normes de l'ICM. La première promotion de cette catégorie a été diplômée au cours de l'année académique 2016-2017.

A ce jour, la Direction utilise 185 agents (18 médecins, 6 Administrateurs gestionnaires, 12 infirmiers et 76 administratifs/techniciens de surface) tandis que le niveau intermédiaire en utilise 362 (55 Médecins et 307 Administratifs/techniciens de surface), soit un total de 474 agents. Ci-dessous, le tableau des effectifs du personnel par sexe et par catégorie :

TABLEAU XII. TABLEAU DES EFFECTIFS DU PERSONNEL PAR SEXE ET PAR CATEGORIE

| Catégorie | Homme | Femme | Total |
|--|-------|-------|-------|
| DIRECTION | | | |
| Médecins | 13 | 5 | 18 |
| AG | 4 | 2 | 6 |
| Infirmiers | 4 | 8 | 12 |
| Administratifs | 54 | 22 | 76 |
| Total | 75 | 37 | 112 |
| COORDINATIONS ET ANTENNES | | | |
| Médecins | 52 | 3 | 55 |
| Administrateurs Gestionnaires | 0 | 0 | 0 |
| Infirmiers | 0 | 0 | 0 |
| Administratifs et techniciens de surface | 274 | 33 | 307 |
| Total | 326 | 36 | 362 |
| TOTAL GENERAL | | | |
| Médecins | 65 | 8 | 73 |
| Administrateurs Gestionnaires | 4 | 2 | 6 |
| Infirmiers | 4 | 8 | 12 |
| Administratifs et techniciens de surface | 328 | 55 | 383 |
| Total | 401 | 73 | 474 |

Les chiffres du tableau ci –dessus, bien que montrant un nombre important des administratifs et techniciens de surface, cachent pourtant une insuffisance criante de personnel technique tels que les logisticiens, gestionnaires des données et techniciens en chaîne du froid.

2.9.2. Financement du PEV

Les besoins du PEV selon le PPAc 2015-2019, étaient estimés à 265 millions USD en 2016, 262 millions USD en 2017 et 262 millions USD en 2018 .

De ces besoins, la part de l'Etat était chiffrée respectivement à 37 millions USD, 54 millions USD et 69 millions USD.

Les allocations effectives de la part du budget de l'Etat ont été de 14,6 millions USD (6% de besoins) en 2016, 6,5 millions USD (2%) en 2017 et en 5,5 millions USD (2%) en 2018. On constate qu'au cours de trois dernières années, l'allocation reste faible par rapport aux besoins. Malgré la modicité de ces allocations, les décaissements n'ont pas toujours été satisfaisants.

Au niveau provincial et local, la majorité des édits et des décisions budgétaires ne prennent pas en compte les dépenses en faveur la vaccination. Celles des provinces et ETD qui ont prévu ne les décaissent pas.

Le programme bénéficie des fonds venant des partenaires qui facilitent l'organisation des activités sur le terrain et l'approvisionnement en intrants et en équipements.

Parmi les problèmes prioritaires, il sied de noter que :

- 1) L'allocation du budget de la santé consacré au PEV reste trop faible conformément aux besoins ;
- 2) Le taux de décaissement reste faible par rapport des allocations :
- 3) Insuffisance dans l'application des édits et des décisions.

Tableau XIII: Evolution des dépenses gouvernementales allouées aux activités de vaccination RDC, 2016-2018

| RUBRIQUES | 2016 (Tx 933) | | 2017(Tx1466) | | 2018(Tx 1672) | |
|--|---------------|----------------|--------------|----------------|---------------|----------------|
| | Budget voté | Budget exécuté | 2017(Tx1466) | Budget exécuté | Budget voté | Budget exécuté |
| Primes, gratifications et indemnités non permanentes | 185 768 | - | 91 665 | - | 80 371 | 78 947 |
| Fournitures et petit matériel | 219 642 | - | 109 062 | - | 95 026 | - |
| Fonds spécial d'intervention | 5 814 938 | - | 2 113 778 | 3 297 250 | 1 853 349 | - |
| Investissement sur ressources propres | - | - | - | - | - | - |
| Salaires du personnel contractant | - | 159 651 | 7 624 | 6 932 | 305 874 | 1 139 |
| Indemnité de transport | - | - | 1 105 | 1 105 | 969 | 161 |
| Vaccins et Campagnes de vaccination | 4 151 691 | 3 306 115 | 2 048 601 | - | 1 796 202 | - |
| Titres de voyage à l'intérieur du pays | 29 188 | - | 14 403 | - | 12 628 | - |
| Frais de mission à l'intérieur | 77 835 | - | 38 407 | - | 33 675 | - |

| | | | | | | |
|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| fonds de contrepartie (Cofinancement GAVI) | 2 328 096 | - | 2 113 778 | 3 297 250 | 1 196 172 | 4 393 000 |
| fonds de contrepartie (SG / PEV Systematique) | 1 794 074 | 468 566 | - | - | - | - |
| TOTAL budget vaccination PEV | 14 601 232 | 3 934 332 | 6 538 423 | 6 602 537 | 5 374 267 | 4 473 247 |

Source:Ministère du Plan, Comité Permanent du Cadrage macroéconomique(CPPM), Mai 2018

Ministère du Budget, Etats de Suivi budgétaire des dépenses de la santé, 2016,2017 et 2018

4.1. Renforcement des capacités

En vue d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés, le PEV doit disposer d'un personnel compétent dans les cinq composantes de base et les trois composantes d'appui. Les modules de formation de ces composantes ne sont pas encore introduits dans les cursus de formation.

En outre, le formation continue connaît des insuffisances dans la production des modules de formation, la qualité de formation et le suivi de formation.C'est le cas MLM, gestion logistique de santé, STEP, gestion des données et la formation des prestataires.

Tableau XIV : Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

| Composantes du système | Indicateurs proposés | RESULTATS | | |
|--------------------------------|---|-----------|------|------|
| | | 2016 | 2017 | 2018 |
| Législation et réglementations | Existence de Cadre Stratégique de Réduction de la Pauvreté | OUI | OUI | OUI |
| | Existence d'un organigramme du Ministère de la Santé et Place du PEV dans l'organigramme | NON | NON | NON |
| | Combien de fonctions sont gérées par les ANR ? | 4 | 4 | 4 |
| | Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant un ligne budgétaire (line item) pour la vaccination ? | OUI | OUI | OUI |
| | Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ? | OUI | OUI | OUI |
| Politique | La stratégie nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ? | NON | NON | NON |
| Planification | Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par le processus de budgétisation du ministère de la Santé ? | OUI | OUI | OUI |
| | Existence d'un cadre de planification et de gestion du PEV (Plan, structure de coordination, suivi-évaluation...) | OUI | OUI | OUI |

| | | | | |
|----------------------------|--|----------------|---------------|---------------|
| | Nombre et pourcentage de zones de santé bénéficiant d'un microplanification annuelle de vaccination | OUI | OUI | OUI |
| Coordination | Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée | 2 | 2 | 2 |
| | Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière | 0 | 01 | 01 |
| Plaidoyer | Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées | 0 | 0 | 0 |
| Nombre de RH | Existence d'un plan de développement de ressources humaines | OUI | OUI | OUI |
| | Nombre de personnel de santé pour une population de 10 000 habitants | 10 | 10 | 10 |
| | Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants | NA | NA | NA |
| Renforcement des capacités | Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP | 0 | 0 | 0 |
| | Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des deux dernières années (données provenant des rapports EPI et PEV) | 0 | 0 | 0 |
| | Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination | NON | NON | NON |
| Supervision | Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque zone de santé | 02 | 01 | 02 |
| Viabilité financière | Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus) | 02% | 1,8% | 02% |
| | Existence d'un cadre de financement du Programme (ligne budgétaire, | OUI | OUI | OUI |
| | Quel est le financement réel de la proportion que représente la ligne budgétaire (line item) dans le budget national en faveur du programme de vaccination ? | 14 601 232 USD | 6 538 423 USD | 5 374 267 USD |
| | Pourcentage des ressources nécessaires au programme de vaccination provenant réellement du budget national de santé (tel qu'identifié dans le plan budgétaire annuel) | ND | ND | ND |
| | Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700) | ND | ND | ND |
| | Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ? | 0 | 0 | 0 |

Commentaires :

- Législation et réglementation : A ce jour, l'organigramme existant du Ministère de la Santé mérite d'être révisité au regard de la réforme du secteur santé en cours. Dans cet organigramme, le PEV dépend techniquement de la DGLM (Direction générale de Lutte contre la Maladie) sous tutelle du Ministère de la santé Publique .
- Politique : La non actualisation des normes et directives, ainsi que la stratégie nationale de la vaccination
- Plaidoyer:
 - Faible niveau d'allocation budgétaire par rapport aux besoins de la vaccination ;
 - Faible niveau de décaissement par rapport aux ressources allouées ;
 - Au niveau des provinces et des ETD : absence des prévisions budgétaires dans les édits et les décisions budgétaires de la plupart.
 - Renforcement des capacités : Nombre Insuffisant des prestataires formés en gestion à tous les niveaux

2. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS

L'analyse des différentes opérations du système de vaccination ainsi que des composantes d'appui a permis de relever les principales forces, faiblesses, opportunités et menaces qui suivent :

5.1. Forces

- Documents de politique, stratégies, directives et outils pour la planification des activités de vaccination disponibles aux niveaux central et des antennes ;
- Disponibilité du PNDS recadré ;
- Tenue régulière de réunions mensuelles de monitoring par les niveaux national et intermédiaire pour le suivi des performances des zones de santé ;
- Bonne disponibilité de ressources humaines qualifiées au niveau central et des antennes capables d'accompagner le personnel des ZS et des CS dans le suivi et monitoring des activités vaccination ;
- Personnel des antennes et des ZS formés pouvant mener des auto-évaluations de la qualité des données (DQS) au niveau des aires de santé afin d'améliorer la qualité des données ;
- Les acquis du Plan Mashako (micros planifications validées, revue formative)
- Tenue régulière des réunions mensuelles de validation des données de la vaccination effectuée, de la gestion des vaccins et autres intrants au niveau central et dans 8 DPS
- Analyse mensuelle des performances du programme au cours des réunions de CCIA technique suivie de partage avec les parties prenantes pour la prise des décisions
- Réalisation des DQS par les Stop Team (OMS, UNICEF, CDC), les Consultants (OMS, UNICEF, CDC) et autres partenaires (JSI, CARITAS, SANRU, PATH) assortis des plans de correction des problèmes dans quelques ZS prioritaires
- Utilisation du DVD-MT au niveau des 44/44 antennes PEV, 26/26 DPS et 216/516 ZS
- Bonne complétude des rapports de vaccination des ZS
- Réduction progressive d'incohérences sur les données transmises grâce aux formations réalisées
- Existence du personnel formé dans la gestion des données au niveau national et 16 DPS
- Appui financier pour la tenue des réunions mensuelles de monitoring respectivement au niveau des aires de santé et BCZS dans le cadre de l'approche antenne ;
- Passage à l'échelle du DHIS2 et intégration progressive des données de la vaccination dans les ZS ;
- Existence du financement basé sur les performances dans quelques DPS/ZS dans le cadre du projet PDSS ;
- Chronogramme consensuel (Pays, OMS et UNICEF) d'approvisionnement du pays en vaccins et consommables de vaccination disponible chaque début d'année ;
- Besoins annuels du pays en vaccins et consommables de vaccination couverts chaque année ;
- Système de gestion informatisé des stocks au niveau central et intermédiaire fonctionnel ;
- Système de monitoring de la température à distance fonctionnel pour toutes les chambres froide du pays ;
- Cartographie de chaque chambre froide du pays effectuée ;

- Capacité de stockage des équipements CDF au niveau central et intermédiaire prenant en compte l'introduction des nouveaux vaccins (Rota et MenA) satisfaisant ;
- Réalisation de l'auto-évaluation sur la Gestion efficace des Vaccins ;
- Tous les dépôts des antennes et dépôt de province disposent des chambres froides ;
- 24 sites de dépôt de province fonctionnent avec l'énergie solaire ;
- 25 sites disposent des magasins secs au niveau des antennes et dépôts provinciaux ;
- Niveau central suffisamment équipé en véhicules pour le transport des vaccins et autres intrants ;
- Disponibilité du hub de Kinkole à Kinshasa d'une capacité de stockage brute de 2000 m3 en température contrôlée et 10 000 m3 en magasin sec au niveau central;
- Progression des équipements homologués (PQS) et des équipements solaire au niveau intermédiaire et périphérique;
- La couverture en chaîne de froid est de 80% avec les nouvelles acquisitions ;
- Migration en cours vers u outil unique de gestion des données DHIS2 ;
- Existence d'une Task Force Communication avec la participation de tous les partenaires,
- Existence d'une ligne budgétaire en faveur de la vaccination,
- Existence d'un manuel de procédure des approches des structures de PARTICOM.
- Bonne exploitation de la Semaine africaine de la vaccination et d'autres événements publics pour positionner le PEV et promouvoir les bienfaits liés à la vaccination,
- Culture de plaidoyer politique auprès du Gouvernement central et des gouvernements provinciaux avec, à la clé, des résultats tangibles,
- Mise en place d'initiatives innovantes en communication pour minimiser les réticences et refus à la vaccination avec le système « d'appâts » et de « sit-in » lors des AVS et de distribution de « jetons » pour récupérer les enfants non complètement vaccinés pour la vaccination systématique.
- AVS (Données sociales collectées lors des AVS, actualisation de la cartographie des réfractaires à la vaccination, la récupération des enfants en conflit avec le calendrier vaccinale),
- Existence des directives pour les occasions manquées de la vaccination en RDC,
- Existence de guide révisé et directive de surveillance à base communautaire ;
- Signature et engagement des Gouverneurs des provinces en faveur de la vaccination ;
- Existence d'un manuel de procédure des approches des structures de PARTICOM ;
- Plusieurs cas de refus de la vaccination résolus lors des AVS ;
- Existence de ressources humaines formées en SIMR ;
- Mise en œuvre du PMA des CAC (VAD, la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés, notification des MEV, dénombrement, etc (en pleine progression) ;

- Réduction considérable des communautés réfractaires en faveur de la vaccination en RDC ;
- Renforcement de capacité dans 4 ZS de 1325 acteurs de première ligne en C4D et la promotion de la vaccination ;
- Installation des 24092 CAC dans 144 ZS appuyer par GAVI ;
- Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire dans 28 ZS du Haut lomami (15), Haut kantanga (4) et Tanganyika (9) ;
- Vaccination à tout contact et dans les points de concentration ;
- Forte implication des Comités locaux de Coordination qui regroupent l'Autorité politico-administrative, le Président Communal de Développement, les leaders d'opinions, les responsables d'églises, les Membres de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé, Comité Coodev (regroupement des relais communautaires), les ONG et les PTFs qui interviennent au niveau de la zones de santé dans les activités de vaccination ;
- Laboratoire de santé publique INRB impliqué dans la surveillance MEV ;
- Surveillance active, passive et/ou communautaire est opérationnelle pour les maladies telles la poliomyélite, la rougeole, TNN et la fièvre jaune ;
- Renforcement de la surveillance communautaire a bénéficié du support de « Bill and Melinda Gates Foundation » ;
- Surveillance environnementale pour la PFA, constituée de prélèvements et tests réguliers des eaux usées afin d'y détecter le poliovirus, a été mise en place en 2017 pour compléter la surveillance PFA ;
- Existence d'un réseau des consultants/STOP/FELTP et partenaires sur le terrain qui appuient les activités de surveillance MEV ;
- Formation des acteurs impliqués dans la surveillance dans 9 provinces (Mongala, Ituri, Bas Uélé, Haut Uélé, Nord Kivu, Sud Kivu, Nord Ubangi, Sud Ubangi et Tshopo) ;
- Mise en œuvre depuis 2017 du projet AVADAR et eSURV ;
- Mise en œuvre de la surveillance sentinelle de MB et rota depuis 2009 ;
- Observations et données probantes des enquêtes tenues dans les cadres de la revue externe :
 - o 97% des centres de santé (CS) enquêtées envoient les échantillons de surveillance PFA dès réception ou de manière quotidienne ; 3% des centres le font de manière hebdomadaire (dont les CS du Haut Katanga, Equateur, Kongo central, Tshopo) ;
 - o L'acheminement des échantillons de test de rougeole est fait dès réception ou de manière quotidienne dans 94% des CS enquêtés ; les mêmes provinces qui font l'acheminement d'échantillons PFA de manière hebdomadaire le font aussi pour les échantillons pour test de la rougeole
 - o Les CS enquêtés font en moyenne de la surveillance active 3 fois par mois pour la PFA, rougeole et /ou TNN ;
 - o Seulement 90% des CS enquêtés savent qu'il faut faire une notification immédiate de cas suspects de PFA et 84% le savent pour la rougeole ;
 - o 91% des centres enquêtés font la notification de zéro cas.
- Organes de coordination fonctionnels à tous les niveaux (CNC, CPC, CDC, CLC) ;

- Tenue régulière des réunions de coordination à tous les niveaux avec compte rendu disponible ainsi que les listes de présences ;
- Mise en place d'un Poste de commandement (PC) au niveau central et provincial pour le suivi du niveau des préparatifs de la campagne ;
- Bonne implication des autorités politico-administratives ;
- Organisation de la micro-planification à tous les niveaux ;
- Mise à disposition des directives de micro-planification aux provinces ;
- Micro-plans validés disponibles au niveau central, intermédiaire ;
- Formation des acteurs conformément au guide de formation sur la campagne ainsi que aux directives de la campagne ;
- Existence d'un plan logistique au niveau national et des plans de distribution détaillés à tous les niveaux ;
- Chaîne de froid fonctionnelle à tous les niveaux ;
- Existence de plan de communication au niveau national, des antennes et ZS ;
- Disponibilités des ressources pour les activités de communication à tous les niveaux ;
- Organisation du Monitoring indépendant et des enquêtes LQAS dans la plupart des ZS ;
- Existence des plans de gestion des déchets au niveau intermédiaire ;
- Disponibilité des Kits de prise en charge des cas de MAPI dans les ZS ;
- Surveillance épidémiologique renforcée pendant la campagne dans les centres de santé ;
- Réalisation d'une enquête post campagne ;
- Tenue régulière des réunions de coordinations ;
- Engagement du Gouvernement pour l'achat des vaccins traditionnels ainsi que le cofinancement pour les nouveaux vaccins ;
- La promulgation de la loi sur la Santé Publique ;
- Existence de l'arrêté ministériel portant création et fonctionnement des nouvelles structures PEV ;
- Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) fonctionnel ;
- Disponibilité du personnel avec engagement pour la mise en œuvre des activités ;
- Disponibilité d'un personnel formé en PEV à tous les niveaux.

5.2. FAIBLESSES

- Persistance du grand nombre d'enfants non vaccinés pour tous les antigènes (Plan Mashako, Evaluation conjointe OMS-UNICEF 2017 et de 2018, Rapport préliminaire MICS 2017-2018) ;
- Séances de vaccination non réalisées au quotidien dans plus de la moitié des centres de santé ;
- Absence d'un système d'identification des localités avec grands nombre de cibles;
- Mauvais archivage des supports et outils de gestion au niveau des structures périphériques ;
- Absence d'un système de suivi de la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des ZS et CS ;

- Faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination ;
- Fréquentes interruptions de la vaccination dans les CS par manque de vaccins ou manque de matériel de vaccination ou par d'autres causes ;
- Rapports des DQS réalisés ne sont pas systématiquement partagés avec le niveau central ;
- Plans de correction des problèmes issus de DQS ne sont pas toujours mis en œuvre et suivi ;
- Non partage systématique des rapports des réunions mensuelles de validation des données tenues dans les provinces ;
- Faible appropriation des DQS par les équipes des ZS et AS ;
- Faible promptitude des rapports de vaccination des ZS (66,8 % de janvier à sept 2017) ;
- Faible analyse des données du PEV lors des réunions mensuelles de monitoring des SSP dans les ZS ;
- Faible analyse et validation des données PEV après les séances de vaccination par les IT des CS ;
- Prise en compte partielle des données du PEV dans le DHIS2 (données de gestion de vaccin) ;
- Multiplicité des circuits de transmission des données (F1 et formulaire SNIS d'une part) ;
- Existence de 7 ZS avec des taux d'abandon négatif en DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 en 2017;
- Existence des ZS avec des taux de perte négatif (19 ZS pour VPI, 16 ZS pour PCV13, 14 ZS pour DTC-HepB-Hib) ;
- Faible mise en œuvre des activités liées à la qualité des données prévues dans le PAO 2017 ;
- Faible analyse des données rapportées dans le DVD-MT par les provinces ;
- Non maîtrise du dénominateur ;
- Discordance des données de vaccination observée dans les outils à différents niveaux;
- Persistance d'écarts importants entre les données administratives et les estimations OMS-Unicef ;
- Chronogramme d'approvisionnement non respecté ;
- Rupture de vaccins et consommables à tous les niveaux ;
- Couverture des besoins en vaccins insuffisants aux niveaux intermédiaire et périphérique ;
- Non-respect de la stratégie d'approvisionnement du pays (3 mois pour les dépôts intermédiaire et 1 mois pour les dépôts périphérique) par certains dépôts ;
- Faible couverture des CS en équipements CDF homologués OMS/UNICEF (43%) ;
- Couverture insuffisante (79%) des BCZS en équipements CDF homologués OMS/UNICEF ;
- Capacité de stockage des équipements CDF du niveau zone de santé insuffisant en rapport à l'introduction de nouveaux vaccins, notamment le Rota ;
- Faible réaction en cas d'alarme dans le système de monitoring à distance des températures ;
- Faible présence d'enregistreurs continus de température dans les BCZS (59%) et les centre de santé (29%) ;

- Personnel responsable de la CDF au niveau périphérique insuffisamment formé à la gestion de la chaîne du froid et maintenance ;
- Faible capacité en maintenance du matériel chaîne du froid ;
- Insuffisance dans les relevés de températures au niveau périphérique (seul 36% des CS et 71% des BCZS relèvent de manière biquotidienne la température) ;
- Moyens de transport insuffisant au niveau périphérique (47% des zones de santé ont des véhicules fonctionnels et 32% ont des motos fonctionnelles) ;
- Inexistence d'inventaire détaillé pour les moyens de transport ;
- Inventaire chaîne du froid non finalisé ;
- Instructions sur la politique de sécurité des injections non disponible dans les CS ;
- Irrégularité des missions de supervision vers les provinces ;
- Non-respect du bundling lors des approvisionnements à tous les niveaux ;
- Irrégularité d'approvisionnement en carburant pour les groupes électrogènes des dépôts provinciaux non solarisés ;
- Mauvaise archivage des fiches de suivi de température ;
- Insuffisance des glacières et boîtes isothermes ;
- Non planification de la manutention dans le transport des vaccins ;
- Rupture fréquente des outils de gestion en dur au niveau des zones de santé et centres de santé ;
- Existence des antennes sans bâtiments propres ;
- Vétusté des moyens de transport au niveau des antennes ;
- Seulement 43% des formations qui vaccinent utilisent des incinérateurs.
- Faible financement des activités de communication ; ,
- Faible accompagnement de la Task Force Nationale aux Task Forces Provinciales ;
- Insuffisance des ressources humaines formées en communication pour le PEV,
- Insuffisance dans le suivi, évaluation et la documentation des activités de communication liées à la vaccination de routine ;
- Insuffisance des supports de communication (Cartes MERCI, affiches, calendriers vaccinales, dépliants, boîte à image, flash card) ;
- Inexistence du plan stratégique de la communication ;
- Outils de collecte des données en matière de communication non harmonisés ;
- Faible vulgarisation des définitions profanes des cas ;
- Faible intégration des approches multisectorielles de surveillance (one health) ;
- Non fonctionnalité de la Task Force communication dans toutes les provinces ;
- Insuffisance des ressources humaines formées en communication pour le PEV ;
- Insuffisance des ressources financières allouées à la vaccination de routine ;
- Insuffisance des certains supports de communication (Cartes MERCI, Affiches, Calendriers vaccinales, dépliants) ;
- Faible intégration des approches multisectorielles de surveillance (one health) ;
- Non prise en compte de l'approche de l'équité d'accès à la vaccination lors de micro planification à la base ;
- Insuffisance (en qualité et quantité) de supervision avec un focus sur les activités de communication à tous les niveaux ;
- Faibles appropriation et motivation de leaders de communication et reco dans la recherche active ;
- Sous notification des cas de MAPI par les prestataires de santé et les acteurs communautaires ;

- La formation formelle en surveillance intégrée des maladies et ripostes date de plus de 5 ans ;
- L'instabilité du personnel formé à tous les niveaux ;
- Absence d'outils de gestion de données sont manquants dans la majorité des structures ;
- Non atteinte des indicateurs de performance pour les maladies sous surveillance (Polio, rougeole, TMN, FJ) ;
- Les kits de prélèvement ne sont pas pré positionnés dans les ZS ;
- Long délai dans l'acheminement des échantillons ;
- Rupture en réactifs dans le laboratoire ;
- Non paiement systématique des frais encourus aux acteurs au niveau des ZS/AS ;
- Le rapport de notification hebdomadaire zéro cas n'est pas toujours envoyé ;
- Les bases de surveillance actives ne remontent pas systématiquement au niveau hiérarchique ;
- Augmentation du nombre des cas compatibles ;
- Persistance des ZS silencieuses ;
- Persistance de la circulation des cVDPV ;
- Faible investigation des épidémies de rougeole, fièvre jaune, et des cas de TNN ;
- Non typage des sous types en circulation pour la rougeole depuis plus de 12 ans ;
- Seul les équipes cadre de la zone de santé sont habilitées à faire les prélèvements et les investigations des cas suspects ;
- La centralisation des analyses des cas de rougeole et les ruptures fréquentes en réactifs au laboratoire national de l'INRB retardent la confirmation des épidémies de rougeole ;
- Faible fonctionnement des 3 sites sentinelles consécutives à la rupture des réactifs et à la démotivation du personnel ;
- Surveillance communautaire non faite de manière systématique à la grandeur du pays ; moins de 70% des centres de sante enquêtées reçoivent des données de surveillance communautaire ;
- Absence de réunion de coordination dans certaines zones de santé ;
- Faible documentation des actions de coordination dans certaines zones de santé ;
- Faible dissémination de la version validée du micro-plan à certaines Zones de santé ;
- Absence de données suffisantes sur la proportion d'acteurs formés ;
- Retard dans la mise à disposition des fonds au niveau opérationnel ;
- Faible disponibilité de supports de réception (PV) d'intrants ;
- Rupture de stock ponctuel des vaccins dans les postes de vaccination dans certaines AS ;
- Chaîne de froid non fonctionnelle ou inexistant dans près de la moitié des CS ;
- Faible organisation de la maintenance ;
- Près de 10% des parents non informés sur le début des activités de vaccination ;
- Absence d'adaptation de la stratégie de communication aux milieux et aux cibles ;
- Faibles actions ciblées sur personnes réticentes à la vaccination ;
- Non établissement de carte aux vaccinés dans certains postes ;
- Non disponibilité des résultats du monitoring dans la majorité des centres de santé et zones de santé ;
- Non documentation des réunions de monitoring dans certaines zones ;
- Faible tenue des réunions d'évaluation en fin de campagne ;
- Faible disponibilité de plan de gestion des déchets dans les zones ;

- Pas de fiche de stock de suivi des boîtes de sécurité pleines dans majorité de CS
- Non disponibilité de local sécurisé pour stockage de BS pleines ;
- Elimination des déchets par brûlage, enfouissement dans majorité CS ;
- Faible recours des parents au CS pour les cas de MAPI ;
- Discordance des données sur les MAPI entre les niveaux ;
- Absence de notification de cas suspect de maladies à potentiel épidémique dans plusieurs zones ;
- Couverture vaccinale par enquête (histoire / carte : 89,0%) inférieure à l'objectif (95%) au niveau national ;
- Faible taux de décaissement des ressources alloués à la vaccination ;
- Faible taux d'absorption de fonds des partenaires ;
- Existence de plusieurs organes de coordination dans le Programme;
- Inadaptation du cadre réglementaire et institutionnel du PEV ;
- Dépendance du PEV vis-à-vis des partenaires extérieurs pour son financement ;
- Non inscription des lignes budgétaires en faveur de la vaccination dans les édits des provinciaux dans la plupart des nouvelles provinces ;
- Les missions assignées au PEV ne cadrent pas avec sa place dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique.

5.3. OPPORTUNITES

- Existence d'un Réseau des Parlementaires Congolais pour l'Appui à la Vaccination (REPACAV) au niveau central et des provinces ;
- Existence d'un consortium des ONG (société civile) en faveur de la vaccination ;
- Disponibilité des fonds GAVI-RSS2 et GAVI-RSS3;
- Extension du Projet de capitalisation des acquis de la Polio Bill & Melinda Gates pour le renforcement de PEV de routine dans les provinces ;
- Mise en place de GTCV ;
- Présence sur terrain des partenaires impliqués dans la vaccination ;
- Appui des partenaires techniques et financiers ;
- Existence de CAC dans certaines provinces et certaines ZS ;
- Contrat de partenariat avec le Réseau des Journalistes Ami de l'Enfant (RJAE) ;
- Implication des certains Gouverneurs des provinces en faveur de la vaccination ;
- Existence d'un cadre de convergence des programmes au niveau central et dans certaines provinces ;
- Existence d'un partenariat entre les services de la vaccination et les médias, les confessions religieuses et les associations féminines ;
- Existence de leaders et parents modèles en matière de vaccination ;
- Existence d'un cadre de convergence avec la présence des autres partenaires (Monusco, CICR, OCHA, etc) ;
- Augmentation du nombre des partenaires disposés à accompagner le PEV.

5.4. MENACES

- Persistance des zones insécures dans certaines provinces et ZS ;
- Persistance des sectes réfractaires à toute forme de modernisation y compris la vaccination ;
- Persistance de l'épidémie d'Ebola ;
- Faible capacité en réseau internet et source d'énergie dans les ZS pour assurer la fonctionnalité permanente de DHIS2;
- Instabilité du personnel de santé surtout aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;

- Faible allocation et mobilisation du budget de l'Etat consacré à la santé y compris la vaccination ;
- Forte dépendance du programme au financement extérieur ;
- Retard dans le paiement de cofinancement dans l'achat des vaccins et autres intrants ;
- Lenteur dans la réalisation des travaux des Hubs Kisangani et Lubumbashi avec le risque de perdre le financement ;
- La réduction progressive du financement de l'IMEP (Polio legacy) ;
- Certains membres des REPACAV ne sont plus élus lors de la nouvelle législative nationale et provinciale;
- Existence de plus de la moitié du personnel du service communication du PEV non bénéficiaire de salaire, situation qui ne peut favoriser un engagement optimal en particulier pour les activités de communication pour le PEV systématique (cfr gestion du programme) ;
- Certains Gouverneurs ne sont plus élus lors de la nouvelle législative nationale ;
- Des épidémies (Ebola, Choléra qui se vissent dans certaines provinces du pays
- Insécurité dans certaine ZS ;
- Des épidémies (Ebola, Cholera qui se vissent dans certaines provinces du pays,
- Conflits ethniques ;
- Démotivation de certains agents de sante ;
- Permutation intempestive des membres des ECZS ;
- Situation sociopolitique assez fragile (insécurité, difficultés d'accès dans certaines ZS et localités, déplacement des populations du fait de l'insécurité ou migration économique) ;
- Recours à des personnes non agents de santé pour la vaccination en lieu et place des personnes formées ;
- Faible perception du risque pour la polio par la population (émergence des résistants à la vaccination) ;
- Capacité limité des agences bancaires à rendre disponible les liquidités à temps dans les ZS ;
- Instabilité de l'énergie électrique : coupure fréquentes et absence de groupe électrogène de relais ;
- Présence des refoulés et réfugiés des pays voisins.

3. PROBLEMES PRIORITAIRES

De l'analyse situationnelle faite ci-haut, les problèmes prioritaires suivants ont été dégagés :

6.1. Prestations de services

- 1) Persistance du grand nombre d'enfants non vaccinés pour tous les antigènes (Selon le Rapport Annuel du PEV, le Plan Mashako, les estimations OMS-UNICEF 2017: 19% d'ENV en DTC3 et 52% d'ENV selon MICS 2017-2018 au DTC3) ;
- 2) Retard dans l'introduction des nouveaux vaccins ;
- 3) Écart DTC3 entre les quintiles socioéconomiques supérieur (18,6) et inférieur (3) selon MICS 2017-2018.

6.2. Qualité des données

- 4) Faible qualité des données (données négatives, données incohérentes pour les antigènes qui se donnent au même moment, écart de + 10 % entre données de différentes sources).

6.3. L'approvisionnement, la qualité des vaccins et logistique

- 5) Faible disponibilité des vaccins à tous les niveaux ;
- 6) Faible suivi de la qualité des vaccins ;
- 7) Moyens de transport insuffisants au niveau périphérique (47% des zones de santé ont des véhicules fonctionnels et 32% ont des motos fonctionnelles) ;
- 8) Capacité de stockage des équipements CDF du niveau zone de santé insuffisante en rapport à l'introduction de nouveaux vaccins, notamment le Rota
- 9) Faible capacité en maintenance du matériel de chaîne du froid ;
- 10) Mauvaise gestion des déchets dans les formations sanitaires qui vaccinent.

6.4. Surveillance

- 11) Non atteinte des indicateurs de notification des maladies sous surveillance (: 3.7% des ZS silencieuses pour le PFA, 60% des ZS ont notifiés au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement et 33% des ZS ont notifiés au moins 1 cas suspect de FJ avec prélèvement) ;
- 12) Faible réalisation des investigations des maladies sous surveillance (12% des cas investigués pour la polio en 2017, 8% pour la rougeole, 65% des cas investigués pour la FJ et 8% des cas investigués pour le TNN) ;
- 13) Long délai entre le prélèvement et l'acheminement des échantillons au laboratoire (90% des échantillons de selles arrivent au-delà de 3 jours) ;
- 14) Rupture en réactifs et consommables au laboratoire national (au moins 3 mois de rupture des réactifs rougeole par an) ;
- 15) Faible fonctionnement des sites sentinelles (consécutif à l'absence des fonds sécurisés) ;
- 16) Faible rapportage systématique des cas de MAPI en routine (non application de la notification 0 dans la majorité des structures).

6.5. Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

- 17) Persistance d'un nombre élevé d'enfants non vaccinés durant les AVS (12% pour la rougeole, ZS rejetées par le LQAS) ;
- 18) Absence/faible réalisation des ripostes vaccinales autour des épidémies confirmées des maladies sous surveillance (FJ, Rougeole) et autour des cas de TNN (aucune riposte contre la FJ, 37% des ZS ayant riposté contre la rougeole).

6.6. Communication pour le PEV

- 19) Faible demande des services de vaccination en routine et aux AVS.

6.7. Financement et Management

- 20) Faible allocation budgétaire par rapport aux besoins de la vaccination ;
- 21) Faible taux de décaissement par rapport aux ressources allouées ;
- 22) Inadaptation du cadre réglementaire et institutionnel du PEV ;
- 23) La vaccination n'est pas incluse dans le curricula de base des professionnels de santé ;
- 24) Instabilité des cadres du niveau opérationnel(ZS) formé en gestion PEV ;
- 25) Faible motivation du personnel impliqué dans les activités de routine

4. OBJECTIFS DU PEV

7.1. Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination

7.2. Objectifs spécifiques

a) Objectifs de Couvertures vaccinales et de réduction des taux des pertes en vaccins

La projection des objectifs de couverture et des pertes en vaccins est présentée dans le tableau ci dessous.

Tableau XV : Projection des objectifs de couverture vaccinale et de réduction des taux de perte en vaccins de 2020 à 2024

| Antigènes | Année de base (2017) | Couvertures vaccinales | | | | | Taux de perte | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|------|------|------|------|---------------|------|------|------|------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Vaccins de routine | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) | (%) |
| Vaccins traditionnels | | | | | | | | | | | |
| BCG | 80% | 86% | 91% | 93% | 95% | 96% | 45% | 45% | 45% | 45% | 45% |
| DTC-HepB-Hib1 | 82% | 86% | 91% | 93% | 95% | 96% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| DTC-HepB-Hib3 | 81% | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% | | | | | |
| VPO1 | 82% | 86% | 91% | 93% | 95% | 96% | 30% | 30% | 30% | 30% | 30% |
| VPO3 | 79% | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% | | | | | |
| VPI | 69% | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% | 30% | 30% | 30% | 30% | 30% |
| Pneumo1 | 82% | 86% | 91% | 93% | 95% | 96% | 7% | 7% | 7% | 7% | 7% |
| Pneumo3 | 79% | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% | | | | | |
| VAR1 | 80% | 83% | 87% | 90% | 93% | 93% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |
| VAA | 76% | 83% | 87% | 90% | 93% | 93% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |
| Td2+ | 80% | 83% | 87% | 90% | 93% | 93% | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Vaccins sous-utilisés et nouveaux | | | | | | | | | | | |
| HPV1 | | | | 50% | 60% | 70% | so | so | 7% | 7% | 7% |
| HPV2 | | | | 30% | 40% | 50% | | | | | |
| Rota1 | | 86% | 91% | 93% | 95% | 96% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| Rota2 | | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% | | | | | |
| Rota3 | | | | | | | | | | | |
| VAR2/RR | | 60% | 70% | 75% | 80% | 85% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |
| RR** | | 60% | 70% | 75% | 80% | 85% | 40% | 40% | 40% | 40% | 40% |

Objectifs spécifiques

h) Prestation des services

- D'ici fin 2024, atteindre un taux de CV d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3 ;
- D'ici fin 2024, réduire l'écart des couvertures vaccinales en DTC3 entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre de 6,2 à 1 ;
- D'ici fin 2024, introduire le VAR2/RR et le HPV.

i) Qualité des données

- D'ici fin 2024, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales (OMS-UNICEF 2017) de 13% à moins de 10%.

j) Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

D'ici fin 2024 :

- Maintenir à 100% la disponibilité des vaccins et autres intrants à tous les niveaux ;
- Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique.

k) AVS

- Réduire la proportion d'enfants/personnes non vaccinés à moins de 5% durant les AVS d'ici 2024 ;
- Riposter dans le délai à toute épidémie confirmée de maladie sous surveillance en RDC d'ici 2024 ;
- Eliminer le TMN en RDC d'ici fin 2020 et maintenir le statut d'élimination jusqu'en 2024.

l) Surveillance

- Maintenir les indicateurs de surveillance PFA aux standards de certification d'ici fin 2024 ;
- Atteindre les standards de l'élimination de la rougeole en RDC d'ici fin 2024 ;
- Atteindre les standards de contrôle de la fièvre jaune en RDC d'ici fin 2024 ;
- Redynamiser le fonctionnement des sites sentinelles et étendre leurs activités aux autres MEV d'ici fin 2024 ;
- Redynamiser la surveillance des MAPI d'ici fin 2024.

m) Communication

- Accroître la demande des services de vaccination par la population d'ici fin 2024.

n) Gestion du Programme

- D'ici fin 2024, renforcer le leadership, le management et la coordination du programme ;
- D'ici fin 2024, accroître le budget de l'Etat en faveur de la vaccination ;

- D'ici fin 2024, assurer les sessions de formation en gestion PEV ;
- D'ici 2024, reviser les textes réglementaires portant création, attribution et fonctionnement du PEV ;
- D'ici 2024, réguler et sécuriser les fonds débloqués pour les activités en faveur du prestataire final de la vaccination .

5. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PPAc

Les principales approches stratégiques pour la mise en œuvre de ce plan sont reprises dans ce PPAc 2020-2024 à savoir :

8.1. Prestation des services

- Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ ;
- Introduction des nouveaux vaccins.

8.2. Qualité des données

- Amélioration de la qualité des données.

8.3. Logistique

- Renforcement de la chaîne d'approvisionnement en vaccins ;
- Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux ;
- Réhabilitation de la chaîne du froid, des bâtiments et maintenance ;
- Modernisation du système d'information logistique.

8.4. AVS

- Organisation des AVS de qualité contre la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune ;
- Organisation des ripostes dans les délais requis ;
- Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN.

8.5. Surveillance

- Mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies ;
- Extension de la surveillance environnementale de la poliomyélite ;
- Utilisation des nouvelles technologies de l'information dans la mise en œuvre de la surveillance ;
- Renforcement de la surveillance sentinelle ;
- Renforcement de la surveillance des MAPI.

8.6. Communication

- Mise en place des interventions accès sur la communauté pour informer et éduquer les femmes et les gardiens d'enfant pour améliorer l'adoption de la vaccination systématique avec la participation des bénéficiaires ;
- Promotion de la gratuité d'accès au service de vaccination ;
- Promotion de la communication entre les prestataires de la santé et les bénéficiaires ;
- Gestion et soutien de l'engagement politique et le financement en faveur de la vaccination au moyen du plaidoyer et de la communication ;
- Création d'un espace de concertation entre des élus des ETD et des services techniques au regard de la dynamique de la décentralisation, afin de renforcer la dynamique communautaire (avec la DGOGSS) ;
- Promotion des facteurs influençant l'acceptabilité de la vaccination (source d'information crédible, la réceptibilité de l'information et la manière de présenter l'information).

8.7. Gestion du Programme

- a. Renforcement de la gouvernance et de la redevabilité;
- b. Plaidoyer pour le financement durable de la vaccination ;
- c. Renforcement de capacités institutionnelles.

Le tableau ci dessous présente d'une manière détaillée les étapes en rapport avec les autres objectifs, jalons, stratégies et activités.

Tableau XVI : Objectifs et jalons de 2020 à 2024

| N° | Objectifs | Année de base (2017) | Jalons | | | | |
|----|--|------------------------------|----------|------|------|------|------|
| | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 1 | D'ici fin 2024, atteindre un taux de CV d'au moins 95 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3 | 81% (Source: OMS-UNICEF) | 85% | 90% | 92% | 94% | 95% |
| 2 | D'ici fin 2024, réduire l'écart des couvertures vaccinales en DTC3 entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre de 6,2 à 1 | 6,2 (Source: MICS 2017-2018) | 5 | 3,8 | 2,6 | 1,4 | 1 |
| 3 | D'ici fin 2024, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales (OMS-UNICEF 2017) à moins de 10% | 13% | 12% | 11% | 11% | 10% | 9% |
| 4 | D'ici fin 2024, Introduire le VAR2/RR et le HPV | | VAR 2/RR | | HPV | | |

Tableau XVII : Stratégies et activités par objectif

Prestation des services de vaccination

| Objectifs | Stratégies | Activités |
|---|---|--|
| D'ici fin 2024, atteindre un taux de CV d'au moins 95 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3 | Mise en œuvre intégrale de l'Approche ACZ | Appuyer l'organisation des micro plans dans les 516 ZS |
| | | Rendre disponible les normes, directives et la stratégie nationale de vaccination à tous les niveaux |
| | | Renforcer les capacités techniques à travers la formation, la supervision à tous les niveaux |
| | | Apporter un appui technique et financier à la supervision des antennes vers les BCZS et des BCZS vers les CS |
| D'ici fin 2024, réduire l'écart des couvertures vaccinales en DTC3 entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre de 6,2 à 1 | | Mettre en œuvre l'approche résolution des problèmes de vaccination dans chaque Zone de Santé |
| | | Adapter les stratégies de vaccination en fonction du contexte de chaque Zone de Santé |
| | | Vulgariser la loi-cadre sur la santé qui stipule que la vaccination est gratuite |
| D'ici fin 2024, introduire le VAR2/RR et le HPV | Introduction des nouveaux vaccins | Organiser les formations des prestataires pour l'introduction des nouveaux vaccins |
| | | Réaliser les évaluations du processus d'introduction des nouveaux vaccins |
| | | Organiser les supervisions du processus d'introduction des nouveaux vaccins |
| D'ici fin 2024, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales (Estimations OMS-UNICEF 2017) de 13% à moins de 10% | Amélioration de la qualité des données | Organiser l'archivage des données à tous les niveaux |
| | | Former les prestataires de 516 ZS en techniques d'analyse, de vérification, de validation des données et du DQS |
| | | Assurer le suivi de la reproduction et la distribution du canevas SNIS dans les structures qui vaccinent |
| | | Apporter un appui technique à l'organisation des réunions de validation des données à tous les niveaux |
| | | Apporter un appui technique et financier pour les différentes évaluations de la qualité de données (DQS, RDQA, LQAS, etc) à tous les niveaux |
| | | Organiser la revue approfondie du système d'information sanitaire du PEV |
| | | Apporter un appui technique et financier à la supervision des ECZ avec un focus sur la qualité des données |
| | | Doter 26 provinces, 516 bureaux centraux des zones de santé et 8971 aires de santé en outils de gestion suffisants |
| Assurer un complément à l'abonnement internet de 516 ZS connectées au VSAT ainsi que la maintenance régulière du | | |

| | | |
|--|--|---|
| | | réseau et des équipements |
| | | Organiser le dénombrement dans chaque AS selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA, GRID3, OMS et ESP |
| | | Mettre en place le registre électronique de façon progressive pour la collecte et le rapportage des données de vaccination au niveau des centres de santé |
| | | Conduire les enquêtes de couvertures vaccinales pour avoir des données fiables par province |

LOGISTIQUE

| Objectifs | Stratégies | Actions |
|--|--|---|
| D'ici fin 2019, porter à 100% la disponibilité des vaccins et autres intrants à tous les niveaux | <p>Optimisation de la chaîne logistique pour les vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités de stockage des vaccins et autres intrants Développer les mécanismes pour améliorer la régularité des approvisionnements | <p>- Acquérir les quantités des doses requises de vaccins et consommable</p> <p>- Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020</p> <p>- Organiser des missions d'appui d'assistance technique dans la mise en place des Hubs (Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi et Ilebo)</p> <p>- Construire un entrepôt central à Kinshasa et 3 dépôts déconcentrés (Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) pour les vaccins et les intrants secs</p> |
| | <p>Amélioration du système de distribution et transport</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un dispositif fiable pour la distribution et transport des vaccins et autres intrants | <p>- Acquérir 2 bateaux frigorifiques, 26 véhicules frigorifiques et 26 camions, 40 véhicules 4 x 4, 290 motos, 100 hors bord de 15 CV et 1000 pirogues pour assurer le transport</p> <p>- Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés et des DPS vers les ZS</p> <p>- Sous-traiter les activités de la manutention</p> <p>- Assurer le transport, le suivi de la</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | qualité des vaccins par les nouvelles technologies |
| Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique d'ici fin 2024 | <p>Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités en ressources humaines • Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies • Améliorer la logistique de la surveillance | <p>- Acquérir 10,000 « Freeze-Tag », 100 libero, 10000 fridge-tag 2 et installer des systèmes de suivi continue des températures (avec alarmes par SMS) pour les chambres froides positives à tous les niveaux</p> <p>- Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 35 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques</p> <p>- Octroyer une prime de performance à 82 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid au niveau central et intermédiaire</p> <p>- Acquérir les équipements de protections (extincteurs, EPI)</p> <p>- Réaliser les supervisions formatives des activités logistiques dans les 26 DPS et suivi MEO PA GEV 2019</p> <p>- Organiser une évaluation efficace des vaccins "GEV"</p> <p>- Acquérir des kits de prélèvement PFA, Rougeole, FJ et porte échantillons</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Réhabilitation de la chaîne du froid, bâtiments et maintenance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en oeuvre le plan de réhabilitation de la chaîne du froid • Améliorer la maintenance des équipements et bâtiments • Améliorer la sécurité des injections | <ul style="list-style-type: none"> - Solariser les chambres froides positives des 26 DPS - Acquérir les équipements de protection (extincteurs,EPI) - Assurer la maintenance, le fonctionnement et réhabilitation des matériels de transport (Bateau,véhicules,moto), de chaîne du froid et bâtiments - Acquérir et installer 15 chambres froides positives, 88 congélateurs de grande capacité, 8830 réfrigérateurs, rayonnages, 5000 glacières et 13000 portes vaccins - Acquérir et installer 516 incinérateurs pour la gestion des déchets au niveau des ZS - Acquérir des kits de pièces détachées des matériels de chaînes du froid et des kits d'outillages pour les pools de maintenance - Réaliser les inventaires des matériels de chaîne du froid,transport et gestion de déchets |
| | <p>Modernisation du système d'information Logistique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des nouvelles technologies d'information • Suivre et évaluer les activités logistiques | <ul style="list-style-type: none"> - Acquérir des kits informatiques pour la gestion logistique de vaccins à tous les niveaux (ordinateur, onduleur, internet, imprimante, disque dure externe, clé USB, Classeurs) pour tous les niveaux (groupe GP) |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Acquérir des téléphones GSM et crédits de communication pour les gestionnaires des entrepôts PEV - Reproduire les outils de gestion - Réaliser une étude de faisabilité sur une option de gestion de stock avec code-barres entre le niveau national et les 3 dépôts délocalisés - Réaliser une étude de faisabilité sur des options de traçabilité des circuits de livraisons en vaccins du niveau intermédiaire au travers des technologies GPS passif - Doter le niveau national et les 3 dépôts délocalisé d'un système informatique en réseau pour la gestion des stocks et temps réel avec système de code barres - Acquérir les équipements pour le suivi de l'utilisation des véhicules avec le GPS ainsi que les kits de gestion de stocks avec code-barres - Mettre en place un système de monitoring de stock des vaccins utilisant le SMS au niveau des DPS/ Antenne |
| Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique d'ici 2024 | Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux | <ul style="list-style-type: none"> - Développer les capacités en ressources humaines - Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies - Améliorer la logistique de la surveillance |

AVS

| Objectifs | Stratégies | Activités principales |
|---|---|---|
| D'ici 2024, finaliser l'interruption de la circulation du polio virus (PVS et cVDPV) en RDC | Amélioration de la qualité des AVS contre la poliomyélite | Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques (MP) lors de l'élaboration des PAO |
| | | Organiser les JNVs et JLVs de |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>prevention</p> <p>Organiser les AVS de riposte à tout nouveau cas de PVS et de cVDPV</p> <p>Organiser les enquêtes indépendantes dans les Zones identifiées (Monitoring independant et LQAS)</p> <p>Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de PFA lors des AVS</p> |
| D'ici 2024, éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur l'élimination de la rubeole et du syndrome rubeoleux congénital | Amélioration de la qualité des AVS contre la rougeole | <p>Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les MP lors de l'élaboration des PAO</p> <p>Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020</p> <p>Organiser les AVS de riposte à toute épidémie confirmée par le laboratoire dans le délai</p> <p>Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de MEV lors des AVS</p> <p>Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après)</p> <p>Introduire le vaccin contre la rubeole ou le vaccin combiné RR selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole</p> |
| D'ici 2024, atteindre et valider l'élimination du TMN en RDC | Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | <p>Réaliser l'analyse de risques TMN</p> <p>Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN</p> <p>Organiser la riposte autour de cas</p> <p>Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après)</p> <p>Renforcer le vaccination de routine lors des AVS et la recherche active des cas</p> |
| D'ici 2024, contrôler la fièvre jaune par l'augmentation de la CV à au moins 90% | Organisation des AVS de qualité contre la Fièvre-jaune | <p>Réaliser l'analyse de risques FJ (Cfr Surveillance)</p> <p>Organiser les AVS préventives dans les Zones à haut risque FJ identifiées</p> <p>Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie</p> <p>Renforcer la vaccination de routine (ACZ, AVI et AVS)</p> |
| D'ici 2024, Contrôler la méningite à meningocoque | Organisation des AVS de qualité contre la méningite | Introduire le vaccin MenAfriVac sous-forme des AVS de qualité dans les provinces à haut risque |

Surveillance

| Objectifs | Stratégies | Activités principales |
|---|--|--|
| D'ici 2024, finaliser l'interruption de la circulation du polio virus (PVS et cVDPV) en RDC | <ul style="list-style-type: none"> •Atteinte et maintien des indicateurs de surveillance de PFA au niveau de standard de certification dans les 26 DPS d'ici 2024 Mise en place un système de surveillance environnementale du PVS d'ici 2024 Fonctionnement optimal de 100% des sites sentinelles d'ici 2024 | Elaborer et mettre en œuvre d' un plan de renforcement de la surveillance prenant en compte :les ressources humaines, la formation, l'actualisation des sites par priorité ;la recherche active des sites , la surveillance à base communautaire, les moyens de transports et de communication y compris radio, système et équipement informatique pour la gestion des données, le suivi,évaluation et la supervision. |
| | | Elaborer d'un plan de mise en œuvre de la surveillance environnementale |
| | | Elaborer et mettre en œuvre d un plan de Confinement des poliovirus en laboratoire |
| | | Elaborer et mettre en œuvre d'un plan de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite |
| | | Introduire le VPI en routine |
| | | Ajouter d'autres activités si nécessaire spécifiques à la surveillance Rougeole |
| D'ici 2019, Atteindre et valider l'élimination du TMN en RDC | Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | Réaliser l'analyse de risques TMN |
| | | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN |
| | | Organiser la riposte autour de cas |
| | | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) |
| | | Renforcer du PEV de routine lors des AVS et la recherche active des cas |
| D'ici 2024, contrôler la fièvre jaune par l'augmentation de la CV à au moins 90% | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre la FJ | Réaliser l'analyse de risques FJ |
| | | Organiser les AVS préventives dans les Zones à haut risque FJ identifiées |
| | | Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie |
| | | Renforcer le PEV de routine (ACZ, AVI et AVS) |
| D'ici 2024, contrôler la méningite à meningocoque | Organisation des AVS de qualité contre la méningite | Introduire le vaccin MenAfriVac sous-forme des AVS de qualité dans les provinces à haut risque |

- Vaccination de routine :

| Objectifs | Stratégies | Activités Principales |
|--|---|---|
| <p>D'ici fin 2024, 90% des APA et les leaders de base s'engageront et appuieront les activités de la vaccination</p> | <p>Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de la vaccination</p> | <p>Mener le plaidoyer auprès du parlement pour le maintien de la ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de la vaccination</p> |
| | | <p>Mener le plaidoyer auprès du gouvernement central pour le décaissement régulier de fonds alloués à la vaccination</p> |
| | | <p>Mener le plaidoyer auprès des assemblées provinciales pour l'inscription d'une ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de la vaccination</p> |
| | | <p>Mener le plaidoyer auprès des APA de base, chefs traditionnels et de leaders d'opinion pour un engagement communautaire en faveur de la vaccination</p> |
| | | <p>Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour augmenter le nombre de mobilisateurs dans les aires de santé à problème lors des AVS</p> |
| | | <p>Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...)</p> |
| | | <p>Renforcer le plaidoyer auprès des leaders des groupes réfractaires : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires</p> |
| <p>D'ici fin 2024, 90 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination</p> | <p>Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat</p> | <p>Renforcer les alliances avec les confessions religieuses, les OSC et les organisations professionnelles (médias,...)</p> |
| | | <p>Développer le partenariat avec le ministère de l'EPSP et communication et médias pour la promotion de la vaccination</p> |
| | | <p>- Développer le partenariat avec les compagnies de téléphonies cellulaires (Vdc, Airtel, Tigo,...) pour diffuser les messages sur la vaccination</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>- Assurer la célébration des événements spéciaux permettant de sensibiliser la communauté et récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés (SAV, Journée mondiale contre la pneumonie, Célébration « champions de la vaccination », témoignages de victimes et des parents de victimes</p> |
| | | <p>Redynamiser les commissions de communication (Task Force Communication) à tous les niveaux</p> |
| <p>D'ici fin 2024, 95% des mères / gardiens d'enfants demanderont les services de la vaccination (CCC)</p> | <p>Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination</p> | <p>Assurer une large diffusion de messages sur base d'une synergie de canaux efficaces de communication</p> <p>Promouvoir les approches communautaires en faveur de la vaccination (cfr récupération des enfants par les OSC...)</p> <p>Développer et mettre en œuvre les stratégies pour assurer la promotion de nouveaux vaccins</p> <p>Développer et mettre en œuvre les stratégies pour réduire le nombre de groupes résistant : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie de groupes réfractaires,...</p> |
| <p>D'ici fin 2024, 90% des acteurs de la communication renforceront leurs capacités .</p> | <p>Renforcement de capacité des acteurs en communication pour la vaccination</p> | <p>Produire et distribuer les supports de communication actualisés: cartes MERCI, affiches calendrier vaccinal, dépliants, boîte à image, jeton pour la récupération des enfants,... guides pour les Reco, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication, vélos, motos, mégaphones,...</p> <p>Doter les Reco de guides, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication (vélos, motos, mégaphones,...)</p> <p>Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | Développer la composante communication dans le cadre du suivi et évaluation (élaboration des indicateurs supplémentaires, outils, plan de suivi et évaluation,... |
| | Renforcement du suivi, supervision et recherche opérationnelle des interventions de communication | Réaliser 2 enquêtes CAP nationale et appuyer la réalisation de diagnostic communautaire |
| <ul style="list-style-type: none"> • AVS <p>D'ici fin 2024, réduire de 16 % à moins de 5 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus.</p> <p>D'ici fin 2019, porter de 89 % à 95 % la proportion des parents informés avant la campagne</p> | Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administrative et des partenaires en faveur de des campagnes de masse | Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui aux AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) `à tous les niveaux |
| | | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders communautaires pour leur appropriation des activités de la vaccination |
| | | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders de groupes réfractaires : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie de groupes réfractaires,... |
| | | Assurer le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des gouvernements national et provinciaux, des assemblées nationales et provinciales |
| | | Mener régulièrement le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des APA de base et les leaders religieux opposés`a la vaccination |
| | Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat | Développer le partenariat avec les ministères connexes, la Société civile, en particulier les ONG et OAC locales pour l'appui aux AVS |
| | | Développer les alliances et le partenariat avec les OSC, les CR et les autres réseaux |
| | | Renforcer les témoignages de victimes et des parents de victimes ; Actualiser la cartographie des groupes résistants |
| Actualiser les directives sur la CIP et l'utilisation des mass média | | |
| Communication pour le changement social et de comportement en faveur | Appuyer les activités de communication intensifiées à tous les niveaux visant l'amélioration de la confiance au vaccin et l'augmentation | |

| | | |
|---|---|--|
| | de la campagne de masse | de la perception du risque de la polio |
| | | Appuyer les campagnes médiatiques en faveur AVS (méningite, TMN, Rougeole, Polio) tous les niveaux |
| | Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Réviser les directives (Respecter le profil de recrutement des acteurs de la campagne, Faire participer les leaders communautaires dans tous les processus de la planification et appuyer les dialogues communautaires, utiliser les membres de la communauté comme vaccinateur et mobilisateurs, (Partage de résultat de MI, et LQAS,...) |
| | Supervision, Suivi et Evaluation | Renforcer la supervision des AVS |
| D'ici fin 2024, contribuer à accroître la participation de la communauté dans la détection des cas des maladies | Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens |
| | Communication de proximité | Disséminer le guide actualisé de surveillance à base communautaire dans les 516 zones de santé |
| | | Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants |

GESTION PROGRAMME

| Objectifs | Stratégies | Activités Principales |
|--|---|---|
| D'ici 2024, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme | Collaboration intra et intersectorielle | <ul style="list-style-type: none"> - Participer aux réunions de la sous commission du CNP de la lutte contre les maladies - Développer le partenariat avec les ministères connexes (l'EPSP, Communication et médias , etc.), la Société civile , en particulier les ONG et OAC locales pour la promotion de la vaccination. - Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires (Vodacom, Airtel, TIGO et Orange) pour la vaccination - Organiser le cadre de concertation avec les acteurs humanitaires et les services transfrontaliers pour faciliter la vaccination dans les camps des déplacés et réfugiés |

| | | |
|--|---|--|
| | | - Participer a la fonctionnalité de l'ANR |
| | Elaboration/actualisation des textes législatifs, réglementaires, stratégiques et normatifs | Actualiser et vulgariser les documents de stratégies, normes, directives, guides, fiches techniques, les manuels des procédures de gestion financière, et outils de gestion des données |
| | Renforcement de la coordination du programme | <ul style="list-style-type: none"> - Diffuser les TDR et directives actualisés des différents organes de coordination (réunions de service, téléconférence, CCIA technique et CCIA stratégique) dans l'esprit des CNP et CPP. - Apporter un appui technique et financier au fonctionnement des CCIA techniques à tous les niveaux <p>Assurer la complémentarité du paquet d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant dont la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage au Mebendazole, la distribution de la Moustiquaire imprégnée d'insecticide et l'enregistrement des naissances a l'Etat Civil</p> |
| | Renforcement du suivi et évaluation à tous les niveaux | <ul style="list-style-type: none"> - Organiser les activités de suivi et évaluation (validation, revues périodiques, recherches, enquêtes, missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les niveaux) - Mettre en place le groupe technique consultatif pour la vaccination - Réaliser l'évaluation périodique des performances du programme - Réaliser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins - Organiser une évaluation de la gestion efficace des vaccins « GEV » - Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies - Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...) |
| | Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des missions d'audit aux différents niveaux - Réaliser périodiquement les inventaires des matériels - Octroyer une prime de performance aux personnels du niveau central et intermédiaire |
| | Renforcement de capacités institutionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..) - Assurer la maintenance des 65 véhicules du |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>PEV, 5 bâtiments du niveau central, des 50 matériels informatiques de la Direction, des 57 groupes électrogènes des structures PEV, du G.O pour le fonctionnement du charroi et groupes électrogènes des structures du PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités du personnel à travers la supervision, la formation et la mise à dispositions des directives - Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 35 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques - Renforcer les capacités des différents acteurs dans la chaîne de production, de gestion et de rapportage des données du PEV - Sous-traiter les activités de la manutention - Acquérir les équipements de protections individuelles et anti-incendie (extincteurs, EPI) - Assurer la réhabilitation des matériels de la chaîne du froid et des bâtiments - Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication - Appuyer la participation de cadres du niveau central aux cours internationaux et fora sur la communication - Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaire des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens - Assurer la formation en Suivi et évaluation des 10 agents du niveau central et de 26 agents des DPS. |
| <p>D'ici 2024, accroître le budget en faveur de la vaccination</p> | <p>Mobilisation des ressources adéquates</p> | <p>Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Augmentation de l'accès au financement mobilisé</p> | <p>Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour le décaissement régulier de fonds alloués à la vaccination</p> <p>Assurer le suivi de la mise en oeuvre de la loi cadre sur la Santé incluant la vaccination en vue de renforcer la viabilité financière</p> |
| | <p>Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources</p> | <p>Renforcer le suivi budgétaire</p> |

Tableau XVIII : Chronogramme PPAC 2020– 2024

PRESTATION

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--|------|------|------|------|------|
| Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ | Appuyer l'organisation des micro plans dans les 516 ZS | X | X | X | X | X |
| | Rendre disponible les normes, directives et la stratégie nationale de vaccination à tous les niveaux | X | | | | |
| | Renforcer les capacités techniques à travers la formation, la supervision à tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier à la supervision des antennes vers les BCZS et des BCZS vers les CS | X | X | X | X | X |
| | Mettre en œuvre l'approche résolution des problèmes de vaccination dans chaque Zone de Santé | X | X | X | X | X |
| | Adapter les stratégies de vaccination en fonction du contexte de chaque Zone de Santé | X | | | | |
| | Vulgariser la loi-cadre sur la santé qui stipule que la vaccination est gratuite | X | | | | |
| Introduction des nouveaux vaccins | Organiser les formations des prestataires pour l'introduction des nouveaux vaccins | X | | | | |
| | Réaliser les évaluations du processus d'introduction des nouveaux vaccins | X | X | X | | |
| | Organiser les supervisions du processus d'introduction des nouveaux vaccins | | | X | | |
| Amélioration de la qualité | | | | | | |

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|------------|---|------|------|------|------|------|
| | Organiser l'archivage des données à tous les niveaux | X | | | | |
| | Former les prestataires de 516 ZS en techniques d'analyse, de vérification, de validation des données et du DQS | X | X | X | X | X |
| | Assurer le suivi de la reproduction et la distribution du canevas SNIS dans les structures qui vaccinent | X | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique à l'organisation des réunions de validation des données à tous les niveaux | X | | | | |
| | Apporter un appui technique et financier pour les différentes évaluations de la qualité de données (DQS, RDQA, LQAS, etc) à tous les niveaux | X | | | | |
| | Organiser la revue approfondie du système d'information sanitaire du PEV | X | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier à la supervision des ECZ avec un focus sur la qualité des données | X | | | X | |
| | Doter 26 provinces, 516 bureaux centraux des zones de santé et 8971 aires de santé en outils de gestion suffisants | X | | X | | X |
| | Assurer un complément à l'abonnement internet de 516 ZS connectées au VSAT ainsi que la maintenance régulière du réseau et des équipements | X | X | X | X | X |
| | Organiser le dénombrement dans chaque AS selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA, GRID3, OMS et ESP | X | X | X | X | X |
| | Mettre en place le registre électronique de façon progressive pour la collecte et le rapportage des données de vaccination au niveau des centres de santé | X | X | X | X | X |
| | Conduire les enquêtes de couvertures vaccinales pour avoir des données fiables par province | X | X | X | X | X |

LOGISTIQUE

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|---|------|------|------|------|------|
| Optimisation de la chaîne logistique en vaccins | Acquérir les quantités des doses requises de vaccins et consommable | X | X | X | X | X |
| | Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020 | X | X | | | |
| | Organiser des missions d'appui d'assistance technique dans la mise en place des Hubs (Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) | X | X | | | |
| | Construire un entrepôt central à Kinshasa et 3 dépôts déconcentrés (Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) pour les vaccins et les intrants secs | | | | | |
| Amélioration du système de distributions et transport | Acquérir 2 bateaux frigorifiques, 26 véhicules frigorifiques et 26 camions, 40 véhicules 4 x 4, 290 motos, 100 hors bord de 15 CV et 1000 pirogues pour assurer le transport | X | X | X | | |
| | Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés et des DPS vers les ZS | X | X | X | | |
| | Sous-traiter les activités de la manutention | X | X | X | X | X |
| | Assurer le transport, le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | | | | | |
| Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux | Acquérir 10,000 « Freeze-Tag », 100 libero, 10000 fridge-tag 2 et installer des systèmes de suivi continue des températures (avec alarmes par SMS) pour les chambres froides positives à tous les niveaux | X | X | | | |
| | Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 40 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques | X | | | | |
| | Octroyer une prime de performance à 82 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid au niveau central et intermédiaire | X | X | X | X | X |
| | Acquérir les équipements de protections (extincteurs, EPI) | X | X | X | X | X |
| | Réaliser les supervisions formatives des activités logistiques dans les 26 DPS et suivi MEO PA GEV 2019 | X | X | X | X | X |
| | Organiser une évaluation efficace des vaccins "GEV" | | | | | X |
| | Acquérir des kits de prélèvement PFA, Rougeole, FJ et porte échantillons | X | X | X | X | X |
| | Solariser les chambres froides positives des 15 DPS | X | X | X | X | X |
| Réhabilitation de la chaîne du froid, Bâtiments et Maintenance | - Acquérir les équipements de protection (extincteurs, EPI) | | | | | |
| | Assurer la maintenance, le fonctionnement et réhabilitation des matériels de transport (Bateau, véhicules, moto), de chaîne du froid et bâtiments | X | X | X | X | X |

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|---|------|------|------|------|------|
| | Acquérir et installer 15 chambres froides positives, 288 congélateurs de grande capacité, 3404 réfrigérateurs, rayonnages, 5000 glacières et 35000 portes vaccins | X | X | X | X | X |
| | Acquérir et installer 516 incinérateurs pour la gestion des déchets au niveau des ZS | X | X | X | X | X |
| | Acquérir des kits de pièces détachées des matériels de chaînes du froid et des kits d'outillages pour les pools de maintenance | X | X | X | X | X |
| | Réaliser les inventaires des matériels de chaîne du froid, transport et gestion de déchets | X | X | X | X | X |
| Modernisation du système d'information logistique | Acquérir des kits informatiques pour la gestion logistiques de vaccins à tous les niveaux (ordinateur, onduleur, internet, imprimante, disque dure externe, clé USB, Classeurs) pour tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| | Acquérir des téléphones GSM et crédits de communication pour les gestionnaires des entrepôts PEV | X | X | X | X | X |
| | Reproduire les outils de gestion | X | | X | | |
| | Réaliser une étude de faisabilité sur une option de gestion de stock avec code-barres entre le niveau national et les 3 dépôts délocalisés | X | | | | |
| | Réaliser une étude de faisabilité sur des options de traçabilité des circuits de livraisons en vaccins du niveau intermédiaire au travers de technologies GPS passif | X | | | | |
| | Doter le niveau national et les 3 dépôts délocalisés d'un système informatique en réseau pour la gestion des stocks et temps réel avec système de code barres | X | X | | | |
| | Acquérir les équipements pour le suivi de l'utilisation des véhicules avec le GPS ainsi que les kits de gestion de stocks avec code-barres | X | X | X | X | X |
| Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux | Développer les capacités en ressources humaines | X | X | X | X | X |
| | Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | X | X | X | X | X |
| | Améliorer la logistique de la surveillance | X | X | X | X | X |

AVS

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--|------|------|------|------|------|
| Amélioration de la qualité des AVS contre la poliomyélite | Organiser la micro planification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques (MP) lors de l'élaboration des PAO | X | X | X | X | X |
| | Organiser les JNVs et JLVs de prévention | | | X | | |
| | Organiser des AVS de riposte à tout nouveau cas de PVS et de cVDPV | X | X | X | X | |
| | Organiser les enquêtes indépendantes dans les Zones identifiées (Monitoring) | X | X | X | X | |

| | | | | | | |
|---|--|--------|---|---|---|---|
| | indépendant et LQAS) | | | | | |
| | Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de PFA lors des AVS | X | X | X | X | |
| Amélioration de la qualité des AVS contre la rougeole | Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques lors de l'élaboration des PAO | X | X | X | X | X |
| | Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 | | X | | | |
| | Organiser des AVS de riposte à toute épidémie confirmée par le laboratoire dans le délai | X | X | X | X | X |
| | Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de MEV lors des AVS | X | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) | X | X | X | X | X |
| | Introduire le vaccin contre la rubéole ou le vaccin combiné RR selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole | | | X | | |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | Réaliser l'analyse de risques TMN | X | | | | |
| | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN | | X | X | | |
| | organiser la riposte autour de cas | X | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) | | X | X | | |
| | Renforcer la vaccination de routine lors des AVS et la recherche active des cas | X | X | X | X | X |
| Organisation des AVS de qualité contre la Fièvre Jaune | Réaliser l'analyse de risques de la fièvre jaune | X | X | X | X | X |
| | Organiser les AVS preventives dans les zones à haut risque fièvre jaune identifiées | X | | | | |
| | Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie | X | X | X | X | X |
| | Renforcer la vaccination de routine (ACZ, AVI et AVS) | X | X | X | X | X |
| Organisation des AVS de qualité contre la méningite | Introduire le vaccin MenAfriVac sous-forme des AVS de qualité dans les provinces à haut risque | X (5P) | | | | |

SURVEILLANCE DES MEV

| Stratégies | Activités principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|--|------|------|------|------|------|
| Atteinte et maintien des indicateurs de la surveillance PFA au niveau du standard de certification dans les 26 DPS | Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de la surveillance prenant en compte : les ressources humaines, la formation, l'actualisation des sites par priorité, la recherche active des cas, la surveillance à base communautaire, les moyens de transport et de communication y compris la radio, le système et | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| Mise en place d'un système de surveillance environnementale du PVS | équipement informatique pour la gestion des données, le suivi, évaluation et supervision. | | | | | |
| | Elaborer un plan de mise en œuvre de la surveillance environnementale | X | X | X | X | X |
| Fonctionnement optimal à 100% des sites sentinelles | Elaborer et mettre en œuvre un plan de confinement des poliovirus au laboratoire | X | X | X | X | |
| | Elaborer et mettre en œuvre un plan de transmission des acquis de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite | X | X | X | x | |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | Réaliser l'analyse de risques TMN | X | | | | |
| | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN | | X | X | | |
| | organiser la riposte autour de cas | X | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) | | X | X | | |
| | Renforcer la vaccination de routine lors des AVS et la recherche active des cas | | X | X | | |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre la Fièvre Jaune | Réaliser l'analyse de risques de la fièvre jaune | X | X | X | X | X |
| | Organiser les AVS préventives dans les zones à haut risque fièvre jaune identifiées | X | | | | |
| | Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie | X | X | X | X | X |
| | Renforcer la vaccination de routine (ACZ, AVI et AVS) | X | X | X | X | X |

COMMUNICATION

| Stratégies | Activités Principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|--|------|------|------|------|------|
| Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de la vaccination | Mener le plaidoyer auprès du parlement pour le maintien de la ligne budgétaire et le suivi de décaissement des fonds en faveur de la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès du gouvernement central pour le décaissement régulier de fonds alloués à la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès des assemblées provinciales pour l'inscription d'une ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès des APA de base, chefs traditionnels et de leaders d'opinion pour un engagement communautaire en faveur de la vaccination | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|
| | Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour augmenter le nombre des mobilisateurs dans les aires de santé à problème lors des AVS | X | X | X | X | X |
| | Documenter les expériences de la vaccination (article, video, bulletin, documentaire,) | X | X | X | X | X |
| | Renforcer le plaidoyer auprès des leaders des groupes réfractaires : maintenir un dialogue permanent avec les leaders des groupes réfractaires | X | X | X | X | X |
| Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat | Renforcer les alliances avec les confessions religieuses, les OSC et les organisations professionnelles (médias, ...) | X | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les ministères de l'EPSP et Communication et médias pour la promotion de la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les compagnies de téléphonies cellulaires (Vodacom, Airtel, Tigo,...) pour diffuser les messages sur la vaccination | X | X | X | XX | |
| | Assurer la célébration des événements spéciaux permettant de sensibiliser la communauté et récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés (SAV , Journée mondiale contre de la pneumonie, célébration (« champions de la vaccination » , témoignages de victimes et des parents des victimes...) | X | X | X | X | X |
| | Redynamiser les commissions de communication (Task Forces Communication à tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination | Assurer une large diffusion des messages sur base d'une synergie de canaux efficaces de communication | X | X | X | X | X |
| | Promouvoir les approches communautaires en faveur de la vaccination (cfr récupération des enfants par les OSC,...) | X | X | X | X | X |
| | Développer et mettre en œuvre les stratégies pour assurer la promotion de nouveaux vaccins | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | Developper et mettre en œuvre les strategies pour reduire le nombre des groupes resistant : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes refractaires, actualiser la cartographie des groupes refractaires, ... | X | X | X | X | X |
| Renforcement des capacités des acteurs en communication pour la vaccination | Produire et distribuer les supports de communication actualisés : cartes MERCI, affiches calendrier vaccinal, dépliants, boîte à image, jeton pour la recuperation des enfants, guides pour les RECO, directives, outils, Kits d'information et les materiels de communication, velos, motos, megaphones, ... | X | X | X | X | X |
| | Doter les Reco de guides, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication (vélos, motos, mégaphones,...) | X | X | X | X | X |
| | Poursuivre le renforcement des capacités des cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles des zones de santé en communication | X | X | X | X | X |
| Renforcement du suivi, supervision et recherche opérationnelle des interventions de la communication | Développer la composante communication dans le cadre du suivi et évaluation (élaboration des indicateurs supplémentaires, outils, plan de suivi et évaluation,...) | X | X | X | X | X |
| | Réaliser 2 enquêtes CAP nationale et appuyer la réalisation de diagnostic communautaire | X | | | | X |
| AVS | | | | | | |
| Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de des campagnes de masse | Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui aux AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) `à tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders communautaires pour leur appropriation des activités de la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders de groupes réfractaires : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie de groupes réfractaires,... | X | X | X | X | X |
| | Assurer le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des Gouvernements national et provinciaux, des assemblées nationale et provinciales | X | X | X | X | X |
| | Mener régulièrement le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|
| | Rougeole, Polio) auprès des APA de base et les leaders religieux opposés`a la vaccination | | | | | |
| Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat | Développer le partenariat avec les ministères connexes, la Société civile, en particulier les ONG et OAC locales pour l'appui aux AVS | X | X | X | X | X |
| | Développer les alliances et le partenariat avec les OSC, les CR et les autres réseaux | X | X | X | X | X |
| | Renforcer les témoignages de victimes et des parents de victimes ; Actualiser la cartographie des groupes résistants | X | X | X | X | X |
| | Actualiser les directives sur la CIP et l'utilisation des mass média | X | X | X | X | X |
| Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la campagne de masse | Appuyer les activités de communication intensifiées à tous les niveaux visant l'amélioration de la confiance au vaccin et l'augmentation de la perception du risque de la polio | X | X | X | X | X |
| | Appuyer les campagnes médiatiques en faveur AVS (méningite, TMN, Rougeole, Polio) tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Réviser les directives (Respecter le profil de recrutement des acteurs de la campagne, Faire participer les leaders communautaires dans tous les processus de la planification et appuyer les dialogues communautaires, utiliser les membres de la communauté comme vaccinateur et mobilisateurs, (Partage de résultat de MI, et LQAS,...) | X | X | X | X | X |
| Supervision, Suivi et Evaluation | Renforcer la supervision des AVS | X | X | X | X | X |
| Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens | X | X | X | X | X |
| Communication de proximité | Disséminer le guide actualisé de surveillance à base communautaire dans les 516 zones de santé | X | X | X | X | X |
| | Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants | X | X | X | XX | |

GESTION PROGRAMME

| Stratégies | Activités Principales | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|------|------|------|------|------|
| Collaboration intra et intersectorielle | Participer aux réunions de la sous commission du CNP de la lutte contre les maladies | X | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les ministères connexes (l'EPSP, Communication et médias , etc.), la Société civile , en particulier les ONG et OAC locales pour la promotion de la vaccination. | X | X | X | X | X |
| | Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires (Vodacom, Airtel, TIGO et Orange) pour la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Organiser le cadre de concertation avec les acteurs humanitaires et les services transfrontaliers pour faciliter la vaccination dans les camps des déplacés et réfugiés | X | X | X | X | X |
| | Participer a la fonctionnalité de l'ANR | X | X | X | X | X |
| Elaboration/actualisation des textes législatifs, réglementaires, stratégiques et normatifs | Actualiser et vulgariser les documents de stratégies, normes, directives, guides, fiches techniques, les manuels des procédures de gestion financière, et outils de gestion des données | X | X | X | X | X |
| Renforcement de la coordination du programme | Diffuser les TDR et directives actualisés de différents organes de coordination (reunions de service, teleconference, CCIA technique et CCIA stratégique) dans l'esprit des CNP et CPP | X | X | X | | |
| | Apporter un appui technique et financier au fonctionnement des CCIA Techniques à tous les niveaux | X | X | X | X | X |
| | Assurer la complémentarité du paquet d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant dont la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage au Mebendazole, la distribution de la Moustiquaire imprégnée d'insecticide et l'enregistrement des naissances a l'Etat Civil | X | X | X | X | X |
| Renforcement du suivi et évaluation à tous les niveaux | Organiser les activités de suivi et evaluation (validation, revues périodiques, recherches, enquêtes, missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les niveaux) | X | X | X | X | X |
| | Mettre en place le groupe technique consultatif pour la vaccination | X | X | X | X | X |
| | Réaliser l'évaluation périodique des performances du programme | X | X | X | X | X |
| | Réaliser l'évaluation post introduction de nouveaux vaccins | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | Organiser une évaluation de la gestion efficace des vaccins « GEV » | | | x | | x |
| | Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | x | x | x | x | x |
| | Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...) | x | x | x | x | x |
| Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources | Organiser des missions d'audit aux différents niveaux | x | x | x | x | |
| | Réaliser périodiquement les inventaires des matériels | x | x | x | x | x |
| | Octroyer une prime de performance aux personnels du niveau central et intermédiaire | x | x | x | x | x |
| Renforcement de capacités institutionnelles | Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..) | x | x | x | x | x |
| | Assurer la maintenance des 65 véhicules du PEV, 5 bâtiments du niveau central, des 50 matériels informatiques de la Direction, des 57 groupes électrogènes des structures PEV, du G.O pour le fonctionnement du charroi et groupes électrogènes des structures de vaccination | x | x | x | x | x |
| | Renforcer les capacités du personnel à travers la supervision, la formation et la mise à dispositions des directives | x | x | x | x | x |
| | Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 35 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques | x | x | x | x | x |
| | Renforcer les capacités des différents acteurs dans la chaîne de production, de gestion et de rapportage des données du PEV | x | x | x | x | x |
| | Sous-traiter les activités de la manutention | x | x | x | x | x |
| | Acquérir les équipements de protections individuelles et anti incendie (extincteurs, EPI) | x | x | x | x | x |
| | Assurer la réhabilitation des matériels de la chaîne du froid et des bâtiments | x | x | x | x | x |
| | Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication | x | x | x | x | x |
| | Appuyer la participation de cadres du niveau central aux cours internationaux et fora sur la communication | x | x | x | x | x |
| | Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens | x | x | x | x | x |
| | Assurer la formation en Suivi et évaluation des 10 agents du niveau central et de 26 agents des DPS | x | x | x | x | x |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Mobilisation des ressources adéquates | Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination | x | x | x | x | x |
| Augmentation de l'accès au financement mobilisé | Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour le décaissement régulier des fonds alloués à la vaccination | x | x | x | x | x |
| | Assurer le suivi de la loi cadre sur la santé incluant la vaccination en vue de renforcer la viabilité financière | x | x | x | x | x |
| Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources | Renforcer le suivi budgétaire | x | x | x | x | x |

6. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME

6.1. Méthodologie

La collecte des données a été faite sur base des formulaires standardisés et prenant en compte les informations demandées dans l'outil d'analyse des coûts et financements du programme. Les partenaires impliqués dans le secteur de la santé ont été contactés pour la collecte, mais également pour la vérification et la validation des données fournies. En plus, une revue des documents disponibles dans différents secteurs de la vie nationale, tels que les Ministères du Budget, des Finances et de la Santé, a complété les informations recherchées.

Le coût total du Programme Elargi de Vaccination inclut les coûts récurrents¹², les coûts en capital¹³ ainsi que les coûts partagés¹⁴ ont été répartis à tous les niveaux du système sanitaire.

Les coûts directs de vaccination incluent les vaccins, les matériels d'injection, le personnel, le transport, la maintenance et les frais généraux, la formation à court terme, la communication, le contrôle et la surveillance des maladies, la gestion du programme, et autres coûts récurrents. Données quantitatives sur les coûts et financements relatifs à l'année de base (2018)

6.1.1. Données quantitatives sur les coûts relatifs à l'année de base

Tableau XIX: Les dépenses effectuées en 2018

| Catégorie de coûts | Total : ressources nécessaires |
|--|--------------------------------------|
| Coûts récurrents de la vaccination systématique | |
| US\$ | |
| Vaccins (vaccins de routine seulement) | |
| Traditionnel | \$2 916 495 |
| Sous utilisé | \$2 606 284 |
| Nouveau | \$31 671 567 |
| Matériel d'injection | \$2 917 298 |
| Personnel | |
| Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination) | \$474 948 |
| Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles | \$3 767 820 |
| Per diem pour supervision et monitoring | \$13 050 816 |
| Transport | |
| Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse) | \$2 741 361 |
| Stratégie avancée + Stratégie mobile | \$651 073 |
| Entretien et frais généraux | |
| Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid : | - |

¹² Ces coûts englobent les coûts de vaccins traditionnels, des nouveaux vaccins et sous utilisés, du matériel d'injection, du personnel, du transport et de communication, du fonctionnement du programme, de la maintenance de la chaîne du froid, de la formation, de la communication, de la surveillance épidémiologique et de l'assistance technique

¹³ Ils comprennent les équipements de la chaîne de froid et de transport ainsi que les équipements informatiques et de communication

¹⁴ Ils contiennent la charge du personnel non permanent du PEV et la charge du transport et des bâtiments qui ne sont pas uniquement au service du seul programme de vaccination.

| | |
|---|--------------|
| <u>Entretien et d'autre équipement d'investissement</u> | \$81 110 |
| <u>Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)</u> | \$170 340 |
| <u>Formation de courte durée</u> | \$0 |
| <u>IEC/ mobilisation sociale</u> | \$0 |
| <u>Surveillance des maladies</u> | \$0 |
| <u>Gestion du programme</u> | \$0 |
| <u>Autres coûts récurrents de routine</u> | \$0 |
| Sous-total | \$61 049 112 |
| <u>Coûts d'investissement pour la vaccination systématique</u> | |
| <u>Véhicules (100% PEV)</u> | \$0 |
| <u>Équipements de la chaîne du froid</u> | \$0 |
| <u>Autres biens d'équipement</u> | \$0 |
| <u>Bâtiments Construction (100% PEV)</u> | \$0 |
| Sous-total | \$- |
| <u>Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)</u> | |
| <u>Polio (Riposte au cVDPV2)</u> | |
| <u>Vaccins et matériel d'injection</u> | \$3 563 172 |
| <u>Coûts opérationnels</u> | \$20 599 383 |
| Sous-total | \$24 162 555 |
| <u>Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)</u> | |
| <u>Coûts partagés du personnel</u> | \$3 275 320 |
| <u>Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien</u> | \$416 611 |
| <u>Bâtiments partagés – Construction</u> | \$0 |
| <u>Bâtiments partagés – Overhead</u> | \$13 500 |
| Sous-total | \$3 705 430 |
| Total global | \$88 917 097 |
| Vaccination systématique | \$64 754 542 |
| Activités de vaccination supplémentaire | \$24 162 555 |

Il ressort du tableau XXI que le coût total du programme en 2018 s'est élevé à 88.917.097 USD dont 64.754.542 USD, soit 72,8% pour les activités liées à la vaccination de routine et 24.162.555 USD, soit 27,2% pour les campagnes de vaccination.

Du coût global du Programme, les coûts récurrents représentent un montant de 61.049.112 USD (68,7%), les coûts en capital (0% Information non fournie), les coûts partagés sont de l'ordre de 3.705.430 USD (4,1%) et les activités de vaccination supplémentaire ont coûté 24.162.555 USD (27,2%).

Il se dégage aussi de ces coûts récurrents un montant de 37.194.346 USD soit (60,9%) pour les achats de vaccin de routine, 2.917.298 USD soit (4,8%) pour les achats matériels d'injection, 17.293.584 USD soit (28,3%) pour les coûts de personnel, influencés par les salaires, les per-diems pour la supervision en stratégie mobile et avancée, le per-diem pour la surveillance et monitoring, 3.392.343 USD soit (5,6%) pour le transport des intrants et 251.450

USD (0,4%) pour le coût d'entretien ds matériels.

Les coûts engagés dans les activités de vaccination supplémentaires ont été évalués à 24.162.555 USD uniquement pour la riposte cVDPV dont 3.563.162 USD (14,7%) pour achat vaccins et autres intrants et 20.599.383 USD soit (85,3%) pour les coûts opérationnels

Tableau XX : Indicateurs de base pour l'année 2018

| Indicateurs année de base | 2018 |
|---|--------------|
| Dépenses totales de vaccination spécifiques | \$85 211 667 |
| Activités de vaccination supplémentaire | \$24 162 555 |
| Vaccination systématique uniquement | \$61 049 112 |
| Par habitant | \$0,59 |
| Par enfant vacciné avec la DTC | \$17 |
| % vaccins et matériels | 65,7% |
| % ressources financières du gouvernement | 0,0% |
| % dépenses totales en santé | 14,5% |
| % Dépenses publiques de santé (DPS) | 242,2% |
| % PIB | 0,1% |
| Total coûts partagés | \$3 705 430 |
| % coûts partagés - système de santé | 4,2% |
| Total | \$88 917 097 |

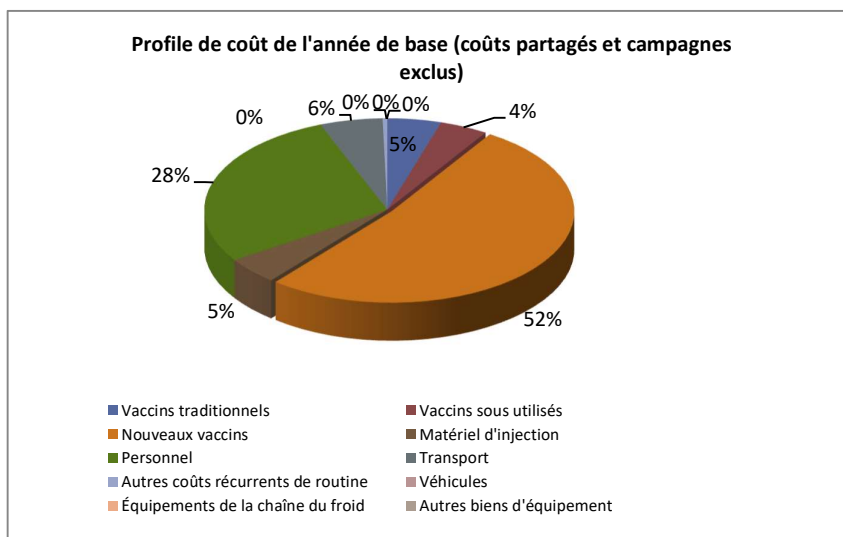
Au cours de l'année 2018, le coût de vaccination de routine a été évalué à 0.59 USD par habitant, ce qui équivaut à 0,1% du PIB pour la même année.

Le coût par enfant vacciné pour trois doses de DTC s'élève pour cette période à 17 USD.

6.1.2. Financement du PEV pour l'année de base

Le PEV est essentiellement financé par le gouvernement congolais et les bailleurs de fonds traditionnels de l'immunisation – l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, ainsi que par GAVI. Le Rotary International, l'Union Européenne et des nombreux autres bailleurs interviennent aussi dans le financement du PEV en RDC. On obtient les informations sur la participation financière de ces agences de financement à travers le CCIA. Cependant, il est à noter qu'au niveau des zones et aires de santé où interviennent un nombre important de partenaires dans les activités PEV, il est encore difficile d'apprécier la valeur financière exacte de leurs interventions. C'est ainsi que ces données sont reprises de façon partielle dans l'outil.

Graphique 15 : Profil des Coûts (Année de base – Routine) en 2018



Il ressort du graphique 17 que les coûts des vaccins nouveaux 37.671.567 USD soit 52%, les coûts des vaccins traditionnels sont de 2.916.495 USD soit 5 %, les coûts des vaccins sous-utilisés 2.606.284 USD soit 4%, les coûts du personnel 17.293.584 USD soit (28%), les matériels d'injection 2.917.298 USD 5%

6.2. Besoins en ressources futures et financement du Programme

9.2.1 Coûts et besoins futurs en ressources

Sur le plan méthodologique, l'estimation des ressources s'appuie essentiellement sur le plan stratégique PEV 2015-2019. L'année 2018 a été considérée comme l'année de référence pour la projection des activités de moyen terme (2020-2024).

Les documents ci-après ont servi à l'élaboration des estimations des besoins futurs :

Les documents ci-après ont servi à l'élaboration des estimations des besoins futurs :

- PPAC-RDC 2015-2019 ;
- Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 ;
- Documents sur le GVAP ;
- Documents de DSRP ;
- Rapport de la revue externe PEV 2018 ;
- Rapport d'enquête de couverture de contrôle de la rougeole ;

Les activités de vaccination supplémentaire, durant la période de projection auront un poids important sur le volume des ressources nécessaires pour le programme. Le renforcement de la logistique y compris la chaîne du froid sera aussi un axe important de dépenses pour assurer la conservation des vaccins, la distribution des vaccins et du matériel d'inoculation ainsi que les moyens de déplacement du personnel. L'augmentation du nombre d'équipements de la chaîne du froid assurera la disponibilité et la qualité des vaccins à tous les niveaux. L'accent sera porté au niveau périphérique (Zones et Centres de Santé) pour l'acquisition des réfrigérateurs solaires, ce qui pourra réduire la consommation en pétrole. L'acquisition des entrepôts deconcentrés à Kinshasa, Lubumbashi, Kananga et Kisangani pourra réduire le coût de transport des vaccins et autres intrants.

Tableau XXI: Les projections des besoins en ressources de 2020-2024

| Coûts récurrents de la vaccination systématique | Besoins futurs en ressources (USD) | | | | | Total |
|--|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2020 – 2024 |
| Vaccins (vaccins de routine seulement) | \$72 324 382 | \$84 969 814 | \$88 178 460 | \$92 947 916 | \$96 275 073 | \$434 695 646 |
| Traditionnel | \$6 187 320 | \$6 962 209 | \$7 318 968 | \$7 734 180 | \$7 980 453 | \$36 183 131 |
| Sous utilisé | \$6 111 696 | \$10 238 063 | \$10 089 070 | \$10 759 331 | \$10 996 719 | \$48 194 880 |
| Nouveau | \$60 025 366 | \$67 769 541 | \$70 770 422 | \$74 454 405 | \$77 297 901 | \$350 317 635 |
| Matériel d'injection | \$3 145 582 | \$3 854 128 | \$4 172 454 | \$4 406 365 | \$4 582 164 | \$20 160 693 |
| Personnel | \$17 639 455 | \$17 992 245 | \$18 352 090 | \$18 719 132 | \$19 093 514 | \$91 796 436 |
| Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination) | \$484 447 | \$494 136 | \$504 019 | \$514 099 | \$524 381 | \$2 521 082 |
| Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles | \$3 843 176 | \$3 920 040 | \$3 998 441 | \$4 078 410 | \$4 159 978 | \$20 000 045 |
| Per diem pour supervision et monitoring | \$13 311 832 | \$13 578 069 | \$13 849 630 | \$14 126 623 | \$14 409 155 | \$69 275 309 |
| Transport | \$13 402 464 | \$14 173 118 | \$22 385 953 | \$21 840 612 | \$28 143 196 | \$99 945 343 |
| Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse) | \$10 830 274 | \$11 453 025 | \$18 089 659 | \$17 648 979 | \$22 741 976 | \$80 763 913 |
| Stratégie avancée | \$2 030 676 | \$2 147 442 | \$3 391 811 | \$3 309 184 | \$4 264 121 | \$15 143 234 |
| Stratégie mobile | \$541 514 | \$572 651 | \$904 483 | \$882 449 | \$1 137 099 | \$4 038 196 |
| Entretien et frais généraux | \$8 820 172 | \$9 146 611 | \$65 277 949 | \$10 363 223 | \$10 888 736 | \$104 496 691 |
| Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid : | \$7 944 288 | \$7 865 660 | \$9 791 692 | \$8 180 812 | \$7 823 962 | \$41 606 414 |
| Entretien et d'autre équipement d'investissement | \$627 779 | \$1 027 884 | \$1 486 190 | \$1 919 120 | \$2 796 217 | \$7 857 190 |
| Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...) | \$248 105 | \$253 067 | \$258 128 | \$263 291 | \$268 557 | \$1 291 148 |
| Formation de courte durée | \$7 948 364 | \$7 416 524 | \$8 016 616 | \$6 992 694 | \$17 184 943 | \$47 559 141 |
| IEC/ mobilisation sociale | \$725 275 | \$883 555 | \$10 867 020 | \$10 866 555 | \$10 513 355 | \$33 855 760 |
| Surveillance des maladies | \$1 084 000 | \$864 000 | \$1 084 000 | \$864 000 | \$1 084 000 | \$4 980 000 |
| Gestion du programme | \$7 442 398 | \$7 442 998 | \$7 442 998 | \$7 442 998 | \$7 442 998 | \$37 214 390 |
| Autres coûts récurrents de routine | \$11 487 578 | \$10 166 490 | \$10 166 490 | \$9 466 490 | \$8 232 790 | \$49 519 838 |
| Sous-total | \$144 019 670 | \$156 909 483 | \$235 944 031 | \$183 909 985 | \$203 440 770 | \$924 223 938 |
| Coûts d'investissement pour la vaccination systématique | | | | | | |
| Véhicules (100% PEV) | \$7 859 100 | \$3 246 048 | \$2 122 416 | \$0 | \$1 346 979 | \$14 574 543 |
| Équipements de la chaîne du froid | \$45 017 632 | \$44 572 076 | \$55 486 256 | \$46 357 935 | \$44 335 787 | \$235 769 686 |
| Autres biens d'équipement | \$998 784 | \$260 100 | \$477 544 | \$270 608 | \$1 034 524 | \$3 041 560 |
| Bâtiments Construction (100% PEV) | \$1 377 000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$1 377 000 |
| Sous-total | \$55 252 516 | \$48 078 224 | \$58 086 216 | \$46 628 543 | \$46 717 290 | \$254 762 789 |
| Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) | | | | | | |
| Polio (VPOb1+3, JNV) | \$1 027 026 | \$1 244 513 | \$1 281 849 | \$1 320 304 | \$1 359 913 | \$6 233 605 |
| Vaccins et matériel d'injection | \$1 027 026 | \$1 244 513 | \$1 281 849 | \$1 320 304 | \$1 359 913 | \$6 233 605 |
| Coûts opérationnels | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Rougeole | \$1 069 632 | \$0 | \$0 | \$0 | \$1 203 880 | \$2 273 512 |

| | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Vaccins et matériel d'injection | \$1 069 632 | \$0 | \$0 | \$0 | \$1 203 880 | \$2 273 512 |
| Coûts opérationnels | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Fièvre Jaune | \$10 589 566 | \$11 235 268 | \$7 808 368 | \$0 | \$0 | \$29 633 202 |
| Vaccins et matériel d'injection | \$10 589 566 | \$11 235 268 | \$7 808 368 | \$0 | \$0 | \$29 633 202 |
| Coûts opérationnels | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| Sous-total | \$12 686 224 | \$12 479 781 | \$9 090 217 | \$1 320 304 | \$2 563 793 | \$38 140 319 |
| Coûts partagés du système de santé (PEV Portion) | | | | | | |
| Coûts partagés du personnel | \$3 340 826 | \$3 407 643 | \$3 475 795 | \$3 545 311 | \$3 616 217 | \$17 385 792 |
| Les coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien | \$3 158 543 | \$3 034 442 | \$3 095 130 | \$3 157 033 | \$3 220 174 | \$15 665 322 |
| Bâtiments partagés – Construction | \$9 180 000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$9 180 000 |
| Bâtiments partagés – Overhead | \$55 080 | \$56 182 | \$57 305 | \$58 451 | \$59 620 | \$286 638 |
| Sous-total | \$15 734 449 | \$6 498 267 | \$6 628 230 | \$6 760 795 | \$6 896 011 | \$42 517 752 |
| Total global | \$227 692 859 | \$223 965 755 | \$309 748 694 | \$238 619 627 | \$259 617 864 | \$1 259 644 798 |
| Vaccination systématique | \$215 006 635 | \$211 485 974 | \$300 658 477 | \$237 299 323 | \$257 054 071 | \$1 221 504 479 |
| Vaccination supplémentaire (campagnes) | \$12 686 224 | \$12 479 781 | \$9 090 217 | \$1 320 304 | \$2 563 793 | \$38 140 319 |

En tenant compte du coût global des besoins en ressources de 2020 (254.975.847 USD), il ressort du tableau XX que les besoins en ressources du programme diminuent en 2021 (227.254.254.456 USD), pour accroître sensiblement en 2022 (414.435.870 USD), 2023 (402.987.219 USD) et 2024 (456.094.766 USD).

Le coût global du programme pour les 5 années de projection donne un montant de 1.755.748.159 USD. Les gros investissements ont été planifiés à partir de 2022

C

Les coûts récurrents constituent le gros de cette charge. Ils sont de 216.320.291 USD en 2020 204.770.261 USD en 2021, 396.117.463 USD en 2022, 394.635.512 USD en 2023, 444.253.459 USD en 2024 et donnent ainsi un total de 1.656.096.986 USD pour toute la période soit 94,3% du coût global du PEV.

Les vaccins et matériels d'injection représentent un montant de 981.959.130 USD soit 59,3% des ces coûts récurrents.

Graphique 19 : Projection des besoins en ressources

Les projections des besoins en ressources pour le programme évoluent à dents de scie car en 2020 (254.975.847 USD) diminuent en 2021(227.254.254.456 USD) pour accroître en 2022 (414.435.870 USD) et diminuent en 2023 (402.987.219 USD) et augmentent très sensiblement en 2024 (456.094.766 USD).

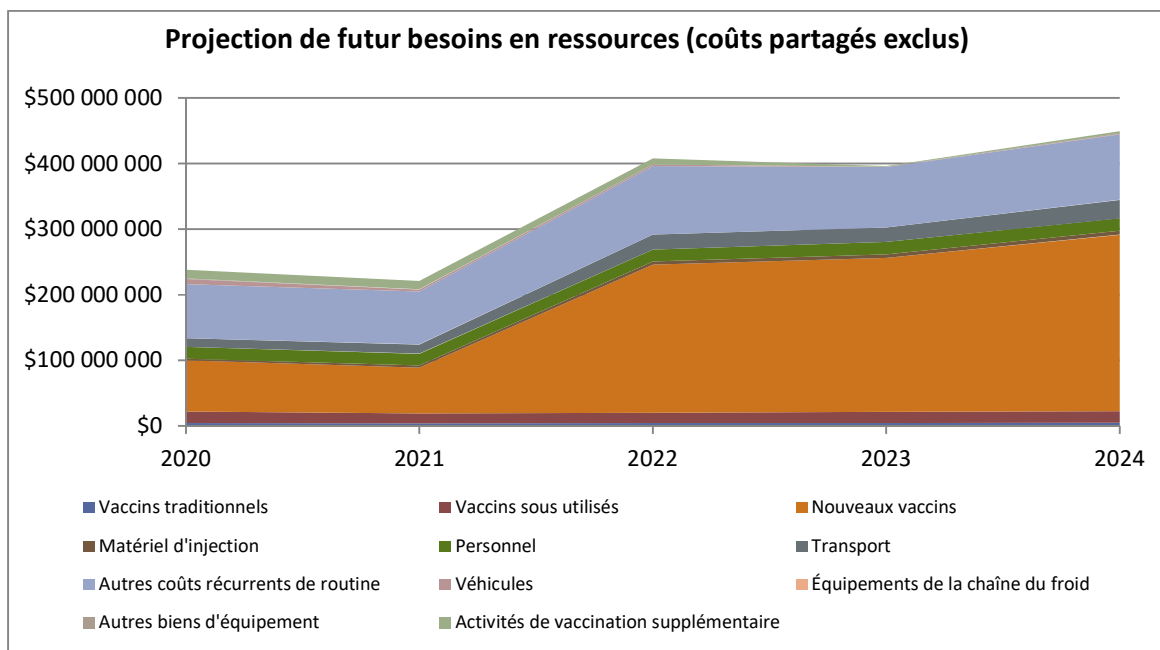


Tableau XXII: Indicateur Macroéconomique et de viabilité financière 2020-2024

| Indicateurs macroéconomiques et de viabilité Référence | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PIB par habitant (US\$) | \$945 | \$973 | \$1 002 | \$1 032 | \$1 062 |
| Dépenses totales de santé (DTS) par habitant | \$4 | \$4 | \$4 | \$4 | \$4 |
| Population | 110 581 960 | 113 899 419 | 117 316 401 | 120 835 893 | 124 460 970 |
| PIB (US\$) | <u>\$104 499 952</u> 080 | <u>\$110 824 134</u> 365 | <u>\$117 551 034</u> 031 | <u>\$124 702 641</u> 850 | <u>\$132 177 550</u> 208 |
| Dépenses totales de santé (DTS US\$) | <u>\$445 645 298</u> | <u>\$459 014 657</u> | <u>\$472 785 097</u> | <u>\$486 968 650</u> | <u>\$501 577 709</u> |
| Dépenses publiques de santé (DPS US\$) | <u>\$26 738 718</u> | <u>\$27 540 879</u> | <u>\$28 367 106</u> | <u>\$29 218 119</u> | <u>\$30 094 663</u> |
| Besoins en ressources : vaccination | | | | | |
| systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) | <u>\$293 535 407</u> | <u>\$259 188 155</u> | <u>\$436 860 681</u> | <u>\$414 030 192</u> | <u>\$468 711 871</u> |
| systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) | <u>\$280 849 184</u> | <u>\$246 708 375</u> | <u>\$427 770 465</u> | <u>\$412 709 888</u> | <u>\$466 148 077</u> |
| Par enfant vacciné avec la DTC | \$ <u>78,80</u> | \$ <u>63,33</u> | \$ <u>104,08</u> | \$ <u>95,22</u> | \$ <u>102,67</u> |
| % dépenses totales en santé | | | | | |
| Besoins en ressources : vaccination | | | | | |
| systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) | 65,87% | 56,47% | 92,40% | 85,02% | 93,45% |
| systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) | 63,02% | 53,75% | 90,48% | 84,75% | 92,94% |
| Écart de financement | | | | | |
| Écart de financement (avec financement sécurisé seulement) | 63,43% | 54,36% | 88,86% | 81,41% | 89,59% |
| Écart de financement (avec financement sécurisé & probable) | 63,43% | 54,36% | 88,86% | 81,41% | 89,59% |

| % Dépenses publiques de santé (DPS) | | | | | |
|--|----------|---------|----------|----------|----------|
| Besoins en ressources : vaccination | | | | | |
| systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) | 1097,79% | 941,10% | 1540,03% | 1417,03% | 1557,46% |
| systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) | 1050,35% | 895,79% | 1507,98% | 1412,51% | 1548,94% |
| Écart de financement | | | | | |
| Écart de financement (avec financement sécurisé seulement) | 1057,23% | 906,05% | 1480,95% | 1356,89% | 1493,11% |
| Écart de financement (avec financement sécurisé & probable) | 1057,23% | 906,05% | 1480,95% | 1356,89% | 1493,11% |
| % PIB | | | | | |
| Besoins en ressources : vaccination | | | | | |
| systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) | 0,28% | 0,23% | 0,37% | 0,33% | 0,35% |
| systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) | 0,27% | 0,22% | 0,36% | 0,33% | 0,35% |
| Par habitant | | | | | |
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Besoins en ressources : vaccination | | | | | |
| systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels) | 2,65 | 2,28 | 3,72 | 3,43 | 3,77 |
| systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels) | 2,54 | 2,17 | 3,65 | 3,42 | 3,75 |

Se référant au tableau ci-dessus, les coûts par habitant pour le financement des activités de vaccination liées au PEV sont respectivement de 2,54 USD en 2020, de 2,17 USD en 2021, de 3,65 USD en 2022, de 3,42 USD en 2023 et de 3,75 USD en 2024.

Si l'on considère le PIB par habitant qui est de 945 USD en 2020, de 973 USD en 2021, 1002 USD en 2022, de 1032 USD en 2023 et 1032 USD en 2024, on pourra couvrir tous les besoins liés aux activités de PEV de routine et aux campagnes de vaccination pour les 5 années de projection si chaque habitant contribuait chaque année avec au moins 1% de son PIB.

Tableau XXIII : Cofinancement du Gouvernement pour l'achat des vaccins 2020-2024

a. Nombre de doses pour appliquer le niveau de cofinancement

| Vaccins | Classification | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total 2020-2024 |
|--------------|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| | | Doses | Doses | Doses | Doses | Doses | Doses |
| DTC-HepB-Hib | Underused | 15025877 | 13405833 | 14029007 | 14790020 | 15466753 | 72717490 |
| PCV13 | New | 14541171 | 12973386 | 13576458 | 14312923 | 14967825 | 70371763 |
| Rota | New | 14235041 | 12700262 | 13290638 | 14011598 | 14652713 | 68890252 |
| VAA | Underused | 5118253 | 4513871 | 4805242 | 5123805 | 5275126 | 24836297 |
| HPV | New | SO | SO | 33113500 | 34305586 | 40996500 | 108415586 |
| RR | New | 5305507 | 4679013 | 4981044 | 5311261 | 5468119 | 25744944 |

b. Cofinancement de Gouvernement

| Vaccins | Classification | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total 2020-2024 |
|--------------|----------------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------------|
| | | \$É-U | \$É-U | \$É-U | \$É-U | \$É-U | \$É-U |
| DTC-HepB-Hib | Underused | 3005175 | 2681167 | 2805801 | 2958004 | 3093351 | 14543498 |
| PCV13 | New | 2908234 | 2594677 | 2715292 | 2862585 | 2993565 | 14074353 |
| Rota | New | 2847008 | 2540052 | 2658128 | 2802320 | 2930543 | 13778051 |
| VAA | Underused | 1023651 | 902774 | 961048 | 1024761 | 1055025 | 4967259 |
| HPV | New | 0 | 0 | 6622700 | 6861117 | 8199300 | 21683117 |
| RR | New | 1061101 | 935803 | 996209 | 1062252 | 1093624 | 5148989 |
| Total par an | | 10 845 169 | 9 654 473 | 16 759 178 | 17 571 039 | 19 365 408 | 74 195 267 |

Il ressort de ces deux tableaux que les coûts de cofinancement pour les 5 années de projection sont évalués globalement à 74.195.267 USD soit pour le DTC-HepB-Hib (14.543.498 USD), VAA (4.967.259 USD), PCV13 (14.074.353 USD), Rota (13.778.051 USD), HPV (21.683.117 USD) et RR (5.148.989 USD) pour 2015 que le Gouvernement de la RDC pourra s'engager à couvrir pour la poursuite de l'appui GAVI alliance et ne pas tomber à défaut de cofinancement pendant la période 2020 à 2024.

Tableau XXIV : Besoin en ressources, Financement et Ecart 2020-2024

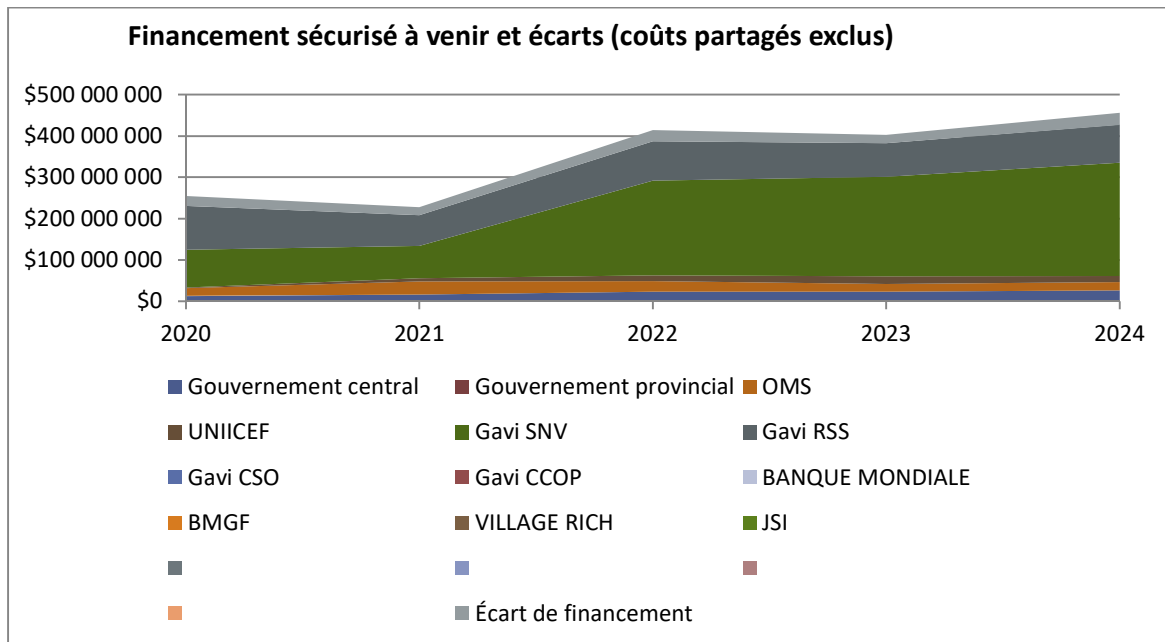
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2020 - 2024 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Besoins en ressources : financement et écarts* | | | | | | |
| Total : ressources nécessaires | \$227 692 859 | \$223 965 755 | \$309 748 694 | \$238 619 627 | \$259 617 864 | \$1 259 644 798 |
| Total : ressources nécessaires (systématique seulement) | \$215 006 635 | \$211 485 974 | \$300 658 477 | \$237 299 323 | \$257 054 071 | \$1 221 504 479 |
| Par habitant | \$2,19 | \$ 1,89 | \$ 3,46 | \$ 3,32 | \$ 3,64 | \$ 2,93 |
| Par enfant ciblé vacciné contre la DTC | \$ 67,98 | \$ 55,14 | \$ 98,62 | \$ 92,67 | \$ 99,89 | \$ 84,01 |
| Total financement sécurisé | \$ 230 822 079 | \$ 208 237 325 | \$ 387 333 970 | \$ 382 532 420 | \$ 427 060 816 | \$ 1 635 986 611 |
| <u>Gouvernement central</u> | \$ 13 240 010 | \$ 16 564 053 | \$ 23 886 804 | \$ 23 012 867 | \$ 26 921 173 | \$ 103 624 908 |
| <u>Gouvernement provincial</u> | - | - | - | - | - | - |
| <u>OMS</u> | \$ 18 613 400 | \$ 32 258 414 | \$ 25 022 287 | \$ 19 262 714 | \$ 19 216 927 | \$ 114 373 741 |
| <u>UNICEF</u> | \$ 1 725 275 | \$ 6 939 737 | \$ 13 867 020 | \$ 18 985 872 | \$ 15 572 975 | \$ 57 090 879 |
| <u>Gavi SNV</u> | \$ 91 245 494 | \$ 78 295 794 | \$ 229 712 678 | \$ 239 544 848 | \$ 273 205 904 | \$ 912 004 718 |
| <u>Gavi RSS</u> | \$ 105 997 900 | \$ 74 179 328 | \$ 94 845 182 | \$ 81 726 119 | \$ 92 143 837 | \$ 448 892 366 |
| Écart de financement (avec financement sécurisé seulement) | \$24 153 768 | \$19 017 130 | \$27 101 900 | \$20 454 799 | \$29 033 950 | \$119 761 548 |
| % des besoins totaux | 9% | 8% | 7% | 5% | 6% | 7% |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Financement probable | \$ 24 153 768 | \$ 19 017 131 | \$ 27 101 899 | \$ 20 454 799 | \$ 29 033 950 | \$ 119 761 548 |
| <u>Gouvernement central</u> | \$ 6 205 404 | \$ 5 407 643 | \$ 3 475 795 | \$ 5 545 311 | \$ 3 616 217 | \$ 24 250 371 |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| <u>Gouvernement provincial</u> | - | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| <u>OMS</u> | - | \$ 2 000 000 | \$ 4 342 998 | \$ 8 160 000 | \$ 3 000 000 | \$ 6 000 000 | \$ 23 502 998 |
| <u>UNICEF</u> | - | \$ 5 948 364 | \$ 3 100 000 | \$ 10 299 614 | \$ 3 000 000 | \$ 6 000 000 | \$ 28 347 978 |
| <u>Gavi SNV</u> | - | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| <u>Gavi RSS</u> | - | \$ 10 000 000 | \$ 6 166 490 | \$ 5 166 490 | \$ 8 909 488 | \$ 13 417 733 | \$ 43 660 201 |
| Écart de financement (avec financement sécurisé & probable) | | \$ | \$ (0) | \$ 0 | \$ | \$ | \$ 0 |
| % des besoins totaux | | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

Les besoins en ressources pour les activités de vaccination pour les 5 années de projection s'élevaient à 1.755.748.159 USD avec un montant de 1.635.986.611 USD sécurisés soit 93,2%. Il se dégage donc un écart financé de 119.761.548 USD soit 6,8 % et c'est ce montant qui constitue le financement probable. Cette situation est due au fait que les partenaires jusqu'à l'élaboration du dit PPAC ne se sont pas prépositionnés.

Graphique 20 : Projection du Financement Assuré 2020-2024



Le financement assuré pour les 5 années du PPAC est respectivement de 230.822.079 USD soit 14,1% en 2020, 208.237.325 USD soit 12,7% en 2021, 387.333.970 USD soit 23,6% en 2022, 382.532.420 USD soit 23,4% en 2023 et 427.060.816 USD soit 26,1% en 2024

La variation dans le temps est légère entre les 5 années alors qu'on s'attendait à un niveau élevé de financement sécurisé à la 1^{ère} année de mise en œuvre. Cette situation est due au fait que la plus part des partenaires n'ont pas encore l'assurance de mobiliser les ressources inscrits dans leurs plans d'action.

Concernant le financement du Gouvernement, il s'agit pour la plupart des fonds liés aux achats des vaccins traditionnels (Souverainete du pays), du cofinancement, salaires et primes de agents de santé, électricité, eau ect..

7. STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

Depuis plus de 5 ans, la RDC a amorcé le processus de décentralisation administrative en mettant sur pied des gouvernements provinciaux qui ont en charge la responsabilité d'assurer les soins de santé de qualité aux populations de leurs entités respectives (Cfr Articles 202, 203 et 204 de la constitution du 18 février 2006).

En application de ces dispositions constitutionnelles et pour relancer définitivement le Programme Elargi de Vaccination :

- ✓ Le Gouvernement central s'occupera de la politique, des stratégies, des normes, des directives (faire l'arbitrage entre les différents projets et programme, de l'achat des vaccins, des matériels d'inoculation et de leur expédition aux chefs lieux des provinces et l'obtention des facilités douanières en exonération des matériels de chaîne de froid, d'inoculation et d'autres intrants;
- ✓ Les Gouvernements provinciaux s'occuperont des soins de santé de base et assureront la mise en œuvre de la politique nationale ainsi que les coûts opérationnels (distribution des intrants, l'achat du pétrole, conservation du vaccin...).

Une meilleure collaboration intra sectorielle dans le cadre du CNP des actions de santé permettra de mobiliser plus de ressources et mieux les utiliser.

10.1. Description des stratégies de viabilité financière

Pour assurer la pérennité financière du PEV, le pays va recourir aux stratégies suivantes :

- Mobilisation des ressources adéquates à travers les plaidoyer aux Gouvernement et partenaires;
- La facilitation à l'accès au financement et
- La gestion rationnelle de ressources.

A. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

Cette stratégie s'applique au gouvernement, à la communauté et aux partenaires.

Au gouvernement :

Une série des mesures sont déjà en cours d'application notamment dans le cadre de la réforme de l'administration publique et de l'assainissement de l'environnement macro économique. Les principes de la bonne gouvernance et de gestion transparente adoptée vont sans doute permettre au Gouvernement d'accroître sa participation au financement de la vaccination.

A partir de 2008, le Gouvernement s'est engagé à augmenter progressivement sa quote part dans la prise en charge du coût d'achat des vaccins traditionnels et des matériels d'injection à l'exception des ceux pris en charge par GAVI dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins.

Quant aux nouveaux vaccins et ceux sous utilisés, le Gouvernement contribuera par un financement minimal de 0,20 USD.

Les actions suivantes sont envisagées pour la viabilité du programme :

- Augmentation de la quotité du secteur santé dans le budget de l'Etat à travers un plaidoyer au gouvernement et auprès d'autres institutions (l'Assemblée Nationale, le Sénat et la Présidence de la République) pour accroître progressivement la part du secteur santé dans le budget de l'Etat.

- Un plaidoyer pour l'accroissement de la ligne spécifique « Achat vaccin et matériels d'inoculation » dans la nomenclature budgétaire du niveau central que des provinces. D'autres lignes budgétaires pour l'appui à la vaccination sont prises en compte dans le budget du Gouvernement central et de certaines provinces.
- Plaidoyer pour le décaissement des fonds alloués pour l'achat de vaccins, matériels d'inoculation et les autres besoins du PEV en rendant ces dépenses de contraignances.
- Création du Fonds de Promotion pour la santé (FPS). Ces fonds proviendront des diverses taxes de nuisance, de la contribution des établissements de soins tant publics que privés et autres. Ils permettront notamment de revitaliser les structures de santé dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activités dont la vaccination.
- La mise en œuvre du RSS appuyée par GAVI contribuera au financement des coûts liés au paquet des activités programmé dans le PPAC notamment celles en rapport avec le renforcement des capacités du personnel et sa motivation, le renforcement de la supervision intégrée, l'amélioration du cadre de travail tant au niveau des Inspections Provinciales de la Santé qu'au niveau des hôpitaux généraux de référence et centres de santé, l'introduction des connaissances adéquates sur la prévention des maladies évitables par la vaccination dès la formation de base des infirmiers, ainsi que lors des formations en cours d'emploi.
- L'élargissement du partenariat en faveur de la vaccination aux autres bailleurs appuyant le système de santé
- Les Gouvernements et assemblées provinciaux seront mis à profit pour la mobilisation des ressources au niveau décentralisé pour l'augmentation du financement du secteur santé en général et de la vaccination en particulier. Cette mobilisation ciblera notamment la communauté, les entreprises locales et toute autre organisation. A cet effet, la déclaration du 25 avril 2011 de l'engagement des autorités provinciales en faveur de l'éradication de la poliomyélite et du financement durable de la vaccination a été signée par l'ensemble des Gouverneurs des toutes les provinces de la RDC en présence du vice premier Ministre chargé de l'intérieur.

Au niveau des partenaires

- Poursuite de la mobilisation de ressources auprès de bailleurs par le CCIA pour le maintien voire l'augmentation de leurs appuis.
- Renforcement de la coordination des partenaires qui interviennent directement dans les Zones de Santé en faveur du PEV à travers le CCIA

Au niveau de la Communauté :

- Plaidoyer pour la mobilisation de ressources locales au travers des organisations de la société civile.
- Renforcement de liens entre les services de santé et la Communauté.

B. Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement

- Développement des capacités des gestionnaires du Ministère de la santé y compris le PEV à accélérer le processus d'obtention des financements (maîtrise des procédures sur le marché public et sur la dépense) ;
- Mise en place des mécanismes de décentralisation de décisions financières au bénéfice des structures intermédiaires du secteur de la santé ;

C. Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources

- Application des procédures de gestion efficaces et consensuelles notamment celles liées aux passations du marché, audits réguliers, ...).
- Réduction des taux de perte des vaccins par : l'approvisionnement régulier en pétrole et en pièces détachées pour la chaîne du froid, l'utilisation de la politique de flacon entamé, l'observation de la PCV, la mise en place d'un système adéquat de distribution des vaccins,

le renforcement de la chaîne du froid dans les CS avec des réfrigérateurs solaires ; tout cela sur un fond de formation du personnel et de supervision formative à tous les niveaux.

- Renforcement de la coordination à tous les niveaux à travers les CCIA et le Comités national et provinciaux de pilotage.
- Renforcement de la cogestion entre les structures de santé et les organes de participation communautaire(Coges, Cocodev, Codesa,...)
- Organisation des réunions d'harmonisation avec les différents partenaires pour équilibrer leur financement afin d'éviter les sur financements de certaines rubriques et sous financements dans d'autres ;

10.2. Priorités des stratégies de viabilité financière

La priorisation des stratégies de mobilisation de ressources, d'accès aux financements et de leur gestion rationnelle s'est basé sur les critères d'importance financière et programmatique, d'efficacité et de faisabilité.

10.3. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

| Gouvernement | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|
| Elément de stratégie | Importance Financière | Importance Programmatique | Efficacité (en rapport au coût) | Faisabilité |
| Augmentation de la quotité du secteur de santé dans le budget de l'Etat | Forte | Forte | Forte | Moyenne |
| Fonds de promotion de la santé | Forte | Faible | Moyenne | Faible |
| Décaissements de fonds alloués au PEV | Moyenne | Forte | Forte | Forte |
| Contrat programme et code d'investissement pour favoriser la prise en charge des activités de santé par les Entreprises publiques et privées | Moyenne | Forte | Faible | Moyenne |

| Partenaires | | | | |
|---|-----------------------|---------------------------|---|---|
| Elément de stratégie | Importance Financière | Importance Programmatique | Efficacité (en rapport au coût) | Faisabilité |
| Augmentation de l'appui des partenaires | Forte | Forte | Forte : les contacts sont déjà établis | Forte : .les contacts sont déjà établis |
| Extension du partenariat | Forte | Moyenne | Forte : des négociations sont déjà en cours avec d'autres partenaires | Forte |

| Au niveau de la communauté | | | | |
|--|--|---------------------------|--|---|
| Élément de stratégie | Importance Financière | Importance Programmatique | Efficacité (en rapport au coût) | Faisabilité |
| Mécanismes pour valoriser les contributions de la population | Faible : vu la pauvreté de la population | Faible | Faible : il faut beaucoup d'efforts – que le PEV – n'a pas pour faire contribuer la population | Faible : du point de vue des actions du PEV |
| Promotion des mutuelles de santé | Faible : vu la pauvreté de la population | Faible | Faible | Faible |

10.4. Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement

| Élément de stratégie | Importance Financière | Importance Programmatique | Efficacité (en rapport au coût) | Faisabilité |
|---|-----------------------|---------------------------|--|---|
| Développer les capacités des gestionnaires pour l'obtention des financements | Forte | Forte | Moyenne : même si les gestionnaires sont bien formés, ils pourraient rencontrer la mauvaise gestion des décaisseurs de fonds | Forte |
| Mettre en place la décentralisation des décisions financières au niveau intermédiaire | Moyenne | Moyenne | Moyenne | Faible : ceci dépendra beaucoup plus de décisions politiques en vue de favoriser la décentralisation . La PEV n'est pas impliquée dans les débats journaliers sur la décentralisation |

10.5. Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources

| Élément de stratégie | Importance Financière | Importance Programmatique | Efficacité (en rapport aux coûts) | Faisabilité |
|---|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Réduction des taux de perte des vaccins | Forte | Forte | Moyenne | Forte |
| Renforcement du CCIA à tous les niveaux | Forte | Moyenne | Moyenne | Moyenne |

Sur base des critères de priorisation énoncés dans les tableaux ci-dessus, les stratégies suivantes ont été retenues :

- Augmentation de la quotité du secteur de santé dans le budget de l'Etat ;
- Décaissements effectifs de fonds alloués au PEV ;
- Augmentation de l'appui des partenaires ;
- Développement des capacités des gestionnaires pour l'obtention des financements ;
- Réduction des taux de perte des vaccins.

8. MECANISMES DE MISE EN OEUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC

La mise en œuvre des stratégies et activités du PPAC relèvent de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique.

Un plan annuel de mise en œuvre découlant de ce PPAC sera élaboré. Celui de la première année est en annexe de ce plan. Le plan annuel comportera des objectifs précis à atteindre, un budget, un chronogramme d'activités ainsi que l'entité responsable de la mise en œuvre. Les sources de financement seront indiquées pour chaque activité. Des indicateurs précis et détaillés sont élaborés pour permettre une évaluation annuelle qui sera conduite par le PEV avec l'appui des partenaires tant internes qu'externes.

Les supervisions seront organisées selon les normes par chaque niveau de la pyramide sanitaire pour l'appui à la mise en œuvre des activités.

S'agissant du suivi/évaluation, un plan de suivi et évaluation sera élaboré et constituera de document annexe du PPAC 2020-2024 ; un accent particulier sera mis sur la tenue régulière des réunions mensuelles de monitoring au niveau opérationnel, les revues trimestrielles au niveau intermédiaire et semestrielles au niveau national en vue de mesurer les progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs tels que fixés dans le PPAC.

Un cadre de suivi et évaluation sera élaboré en marge de ce document.

Le monitoring de la qualité des données se fera par la structure concernée (DQS) ou par le niveau hiérarchique supérieur (EQD) qui a aussi les prérogatives d'initier un DQA.

Les données de vaccination seront régulièrement validées par les commissions de validation des données à tous les niveaux et les différents CCIA avant leur partage au niveau international.

Les Gouvernements (central et provinciaux), le Comité de Coordination Inter Agence pour le PEV ainsi que toutes les forces vives du pays devront mobiliser les fonds et autres moyens nécessaires de mise en œuvre pour permettre au PEV d'atteindre ses objectifs. Ils devront aussi jouer un rôle de supervision et de suivi de la mise en œuvre du plan annuel PEV et s'assurer que les ressources allouées au PEV sont gérées de façon transparente et rationnelle. L'augmentation annuelle de la couverture vaccinale ainsi que la mise à jour des données de mortalité et morbidité, la disponibilité des vaccins, la réduction des taux de perte en vaccin et des taux d'abandon sont autant d'indicateurs de proximité que toutes les parties prenantes pourront utiliser pour suivre régulièrement les performances du PEV. Le rapport de suivi / évaluation sera régulièrement porté à la connaissance des membres du CCIA et d'autres parties prenantes.

La liste des indicateurs qui seront utilisés pour suivre le niveau de réalisation des activités planifiées est détaillée dans le plan de suivi et évaluation.

Dans ce plan de suivi évaluation ces indicateurs sont décrits et placés dans un cadre de suivi et évaluation selon le modèle proposé par l'IHP+ pour l'évaluation du système de santé.

9. ANNEXES

9.1. LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2020)

| Stratégies | Activités | Responsable | CHRONOGRAMME | | | |
|---|--|--------------------|--------------|----|----|----|
| | | | T1 | T2 | T3 | T4 |
| Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ | Appuyer l'organisation des micro plans dans les 516 ZS | PEV et Partenaires | X | | | |
| | Rendre disponible les normes, directives et la stratégie nationale de vaccination à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer les capacités techniques à travers la formation, la supervision à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier à la supervision des antennes vers les BCZS et des BCZS vers les CS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Mettre en œuvre l'approche résolution des problèmes de vaccination dans chaque Zone de Santé | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Adapter les stratégies de vaccination en fonction du contexte de chaque Zone de Santé | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Vulgariser la loi-cadre sur la santé qui stipule que la vaccination est gratuite | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Introduction des nouveaux vaccins | Organiser les formations des prestataires pour l'introduction des nouveaux vaccins | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser les évaluations du processus d'introduction des nouveaux vaccins | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les supervisions du processus d'introduction des nouveaux vaccins | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Amélioration de la qualité des données de vaccination | Organiser l'archivage des données à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Former les prestataires de 516 ZS en techniques d'analyse, de vérification, de validation des données et du DQS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer le suivi de la reproduction et la distribution du canevas SNIS dans les structures qui vaccinent | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique à l'organisation des réunions de validation des données à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier pour les différentes évaluations de la qualité de données (DQS, RDQA, LQAS, etc) à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| | Organiser la revue approfondie du système d'information sanitaire du PEV | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier à la supervision des ECZ avec un focus sur la qualité des données | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Doter 26 provinces, 516 bureaux centraux des zones de santé et 8971 aires de santé en outils de gestion suffisants | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer un complément à l'abonnement internet de 516 ZS connectées au VSAT ainsi que la maintenance régulière du réseau et des équipements | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser le dénombrement dans chaque AS selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA, GRID3, OMS et ESP | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Mettre en place le registre électronique de façon progressive pour la collecte et le rapportage des données de vaccination au niveau des centres de santé | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Conduire les enquêtes de couvertures vaccinales pour avoir des données fiables par province | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Optimisation de la chaîne logistique en vaccins | Acquérir les quantités des doses requises de vaccins et consommable | Gouvernement et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020 | Gouvernement et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des missions d'appui d'assistance technique dans la mise en place des Hubs (Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Construire un entrepôt central à Kinshasa et 3 dépôts déconcentrés (Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) pour les vaccins et les intrants secs | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | | PEV et Partenaires | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---|---|---|
| Amélioration du système de distributions et transport | Acquérir 2 bateaux frigorifiques, 26 véhicules frigorifiques et 26 camions, 40 véhicules 4 x 4, 290 motos, 100 hors bord de 15 CV et 1000 pirogues pour assurer le transport | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés et des DPS vers les ZS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Sous-traiter les activités de la manutention | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer le transport, le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux | Acquérir 10,000 « Freeze-Tag », 100 libero, 10000 fridge-tag 2 et installer des systèmes de suivi continue des températures (avec alarmes par SMS) pour les chambres froides positives à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 35 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Octroyer une prime de performance à 82 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid au niveau central et intermédiaire | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir les équipements de protections (extincteurs, EPI) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser les supervisions formatives des activités logistiques dans les 26 DPS et suivi MEO PA GEV 2019 | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser une évaluation efficace des vaccins "GEV" | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir des kits de prélèvement PFA, Rougeole, FJ et porte échantillons | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | | | | | | |
| Réhabilitation de la chaîne du froid, Bâtiments et Maintenance | Solariser les chambres froides positives des 26 DPS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | - Acquérir les équipements de protection (extincteurs, EPI) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer la maintenance, le fonctionnement et réhabilitation des matériels de transport (Bateau, véhicules, moto), de chaîne du froid et bâtiments | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir et installer 15 chambres froides positives, 88 congélateurs de grande capacité, 8830 réfrigérateurs, | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---|---|---|
| | rayonnages, 5000 glacières et 13000 portes vaccins | | | | | |
| | Acquérir et installer 516 incinérateurs pour la gestion des déchets au niveau des ZS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Modernisation du système d'information logistique | Acquérir des kits informatiques pour la gestion logistiques de vaccins à tous les niveaux (ordinateur, onduleur, internet, imprimante, disque dure externe, clé USB, Classeurs) pour tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir des téléphones GSM et crédits de communication pour les gestionnaires des entrepôts PEV | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Reproduire les outils de gestion | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser une étude de faisabilité sur une option de gestion de stock avec code-barres entre le niveau national et les 3 dépôts délocalisés | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser une étude de faisabilité sur des options de traçabilité des circuit de livraisons en vaccins du niveau intermédiaire au travers de technologies GPS passif | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Doter le niveau national et les 3 dépôts délocalisé d'un système informatique en réseau pour la gestion des stocks et temps réel avec système de code barres | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir les équipements pour le suivi de l'utilisation des véhicules avec le GPS ainsi que les kits de gestion de stocks avec code-barres | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux | Développer les capacités en ressources humaines | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Améliorer la logistique de la surveillance | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Amélioration de la qualité des AVS contre la poliomyélite | Organiser la micro planification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques (MP) lors de l'élaboration des PAO | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les JNVs et JLVs de prévention | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des AVS de riposte à tout nouveau cas de PVS et de cVDPV | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes indépendantes dans les Zones identifiées (Monitoring indépendant et LQAS) | PEV/Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|--|-----------------|---|---|---|---|
| | Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de PFA lors des AVS | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| Amélioration de la qualité des AVS contre la rougeole Amélioration de la qualité des AVS contre la rougeole | Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques lors de l'élaboration des PAO | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des AVS de riposte à toute épidémie confirmée par le laboratoire dans le délai | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de MEV lors des AVS | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Introduire le vaccin contre la rubéole ou le vaccin combiné RR selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les meilleures pratiques lors de l'élaboration des PAO | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | Réaliser l'analyse de risques TMN | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | organiser la riposte autour de cas | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer la vaccination de routine lors des AVS et la recherche active des cas | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| Organisation des AVS de qualité contre la Fièvre Jaune | Réaliser l'analyse de risques de la fièvre jaune | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les AVS préventives dans les zones à haut risque fièvre jaune identifiées | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer la vaccination de routine (ACZ, AVI et AVS) | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser l'analyse de risques de la fièvre jaune | PEV/Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Organisation des AVS de qualité contre la méningite Organisation des AVS de qualité contre la méningite | Introduire le vaccin MenAfriVac sous-forme des AVS de qualité dans les provinces à haut risque | PEV/Partenaires | X | X | X | X |
| | | | | | | |
| Atteinte et maintien des indicateurs de la surveillance PFA au niveau du standard de certification dans les 26 DPS Mise en place d'un système de surveillance environnementale du PVS Fonctionnement optimal à 100% des sites sentinelles | Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de la surveillance prenant en compte : les ressources humaines, la formation, l'actualisation des sites par priorité, la recherche active des cas, la surveillance à base communautaire, les moyens de transport et de communication y compris la radio, le système et équipement informatique pour la gestion des données, le suivi, évaluation et supervision. | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Elaborer un plan de mise en œuvre de la surveillance environnementale | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Elaborer et mettre en œuvre un plan de confinement des poliovirus au laboratoire | PEV, INRB et partenaires | X | X | X | X |
| | Elaborer et mettre en œuvre un plan de transmission des acquis de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite | DLM, PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | | | | | | |
| Renforcement de la surveillance de la rougeole | | PEV et partenaires | | | | |
| | | PEV et partenaires | | | | |
| | | PEV et partenaires | | | | |
| | | PEV et partenaires | | | | |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN | Réaliser l'analyse de risques TMN | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Mettre en œuvre des stratégies spécifiques de vaccination dans les ZS à haut risque TMN | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser la riposte autour de cas | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois | PEV et partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------|---|---|---|---|
| | après) | | | | | |
| | Renforcer la vaccination de routine lors des AVS et la recherche active des cas | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| Mise en œuvre des stratégies spécifiques de lutte contre la Fièvre Jaune | Réaliser l'analyse de risques de la fièvre jaune | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les AVS préventives dans les zones à haut risque fièvre jaune identifiées | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer la vaccination de routine (ACZ, AVI et AVS) | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | | | | | | |
| Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de la vaccination | Mener le plaidoyer auprès du parlement pour le maintien de la ligne budgétaire et le suivi de décaissement des fonds en faveur de la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès du gouvernement central pour le décaissement régulier de fonds alloués à la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès des assemblées provinciales pour l'inscription d'une ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Mener le plaidoyer auprès des APA de base, chefs traditionnels et de leaders d'opinion pour un engagement communautaire en faveur de la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour augmenter le nombre des mobilisateurs dans les aires de santé à problème lors des AVS | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Documenter les expériences de la vaccination (article, video, bulletin, documentaire,) | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------|---|---|---|---|
| | Renforcer le plaidoyer auprès des leaders des groupes réfractaires : maintenir un dialogue permanent avec les leaders des groupes réfractaires | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | | | X | X | X | X |
| Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat | Renforcer les alliances avec les confessions religieuses, les OSC et les organisations professionnelles (médias, ...) | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les ministères de l'EPSP et Communication et médias pour la promotion de la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les compagnies de téléphonies cellulaires (Vodacom, Airtel, Tigo,...) pour diffuser les messages sur la vaccination | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer la célébration des événements spéciaux permettant de sensibiliser la communauté et récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés (SAV , Journée mondiale contre de la pneumonie, célébration (« champions de la vaccination » , témoignages de victimes et des parents des victimes...) | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | Redynamiser les commissions de communication (Task Forces Communication à tous les niveaux) | PEV et partenaires | X | X | X | X |
| | | | | X | X | X |
| Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination | Assurer une large diffusion des messages sur base d'une synergie de canaux efficaces de communication | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Promouvoir les approches communautaires en faveur de la vaccination (cfr recuperation des enfants par les OSC,...) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Développer et mettre en œuvre les stratégies pour assurer la promotion de nouveaux vaccins | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Développer et mettre en œuvre les stratégies pour réduire le nombre des groupes résistants : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie des groupes réfractaires, ... | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---|---|---|
| Renforcement des capacités des acteurs en communication pour la vaccination | Produire et distribuer les supports de communication actualisés : cartes MERCI, affiches calendrier vaccinal, dépliants, boîte à image, jeton pour la récupération des enfants, guides pour les RECO, directives, outils, Kits d'information et les matériels de communication, vélos, motos, mégaphones, ... | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Doter les Reco de guides, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication (vélos, motos, mégaphones,...) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Poursuivre le renforcement des capacités des cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles des zones de santé en communication | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement du suivi, supervision et recherche opérationnelle des interventions de la communication | Développer la composante communication dans le cadre du suivi et évaluation (élaboration des indicateurs supplémentaires, outils, plan de suivi et évaluation,...) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser 2 enquêtes CAP nationale et appuyer la réalisation de diagnostic communautaire | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de des campagnes de masse | Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui aux AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders communautaires pour leur appropriation des activités de la vaccination | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer le plaidoyer auprès de leaders de groupes réfractaires : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie de groupes réfractaires,... | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des Gouvernements national et provinciaux, des assemblées nationale et provinciales | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Mener régulièrement le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des APA de base et les leaders religieux opposés à la vaccination | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat | Développer le partenariat avec les ministères connexes, la Société civile, en particulier les ONG et OAC locales pour l'appui aux AVS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Développer les alliances et le partenariat avec les OSC, les CR et les autres réseaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---|---|---|
| | Renforcer les témoignages de victimes et des parents de victimes ; Actualiser la cartographie des groupes résistants | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Actualiser les directives sur la CIP et l'utilisation des mass média | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la campagne de masse | Appuyer les activités de communication intensifiées à tous les niveaux visant l'amélioration de la confiance au vaccin et l'augmentation de la perception du risque de la polio | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Appuyer les campagnes médiatiques en faveur AVS (méningite, TMN, Rougeole, Polio) tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Réviser les directives (Respecter le profil de recrutement des acteurs de la campagne, Faire participer les leaders communautaires dans tous les processus de la planification et appuyer les dialogues communautaires, utiliser les membres de la communauté comme vaccinateur et mobilisateurs, (Partage de résultat de MI, et LQAS,...)) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Supervision, Suivi et Evaluation | Renforcer la supervision des AVS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement des capacités des acteurs communautaires | Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradipraticiens | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Communication de proximité | Disséminer le guide actualisé de surveillance à base communautaire dans les 516 zones de santé | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Collaboration intra et intersectorielle | Participer aux réunions de la sous commission du CNP de la lutte contre les maladies | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Développer le partenariat avec les ministères connexes (l'EPSP, Communication et médias , etc.), la Société civile , en particulier les ONG et OAC locales pour la promotion de la vaccination. | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires (Vodacom, Airtel, TIGO et Orange) pour la vaccination | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser le cadre de concertation avec les acteurs humanitaires et les | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---|---|--------------------|---|---|---|---|
| | services transfrontaliers pour faciliter la vaccination dans les camps des déplacés et réfugiés | | | | | |
| | Participer a la fonctionnalité de l'ANR | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Elaboration/actualisation des textes législatifs, réglementaires, stratégiques et normatifs | Actualiser et vulgariser les documents de stratégies, normes, directives, guides, fiches techniques, les manuels des procédures de gestion financière, et outils de gestion des données | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de la coordination du programme | Diffuser les TDR et directives actualisés de différents organes de coordination (reunions de service, teleconference, CCIA technique et CCIA stratégique) dans l'esprit des CNP et CPP | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Apporter un appui technique et financier au fonctionnement des CCIA Techniques à tous les niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer la complémentarité du paquet d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant dont la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage au Mebendazole, la distribution de la Moustiquaire imprégnée d'insecticide et l'enregistrement des naissances a l'Etat Civil | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement du suivi et évaluation à tous les niveaux | Organiser les activités de suivi et évaluation (validation, revues périodiques, recherches, enquêtes, missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les niveaux) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Mettre en place le groupe technique consultatif pour la vaccination | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser l'évaluation périodique des performances du programme | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser l'évaluation post introduction de nouveaux vaccins | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser une évaluation de la gestion efficace des vaccins « GEV » | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources | Organiser des missions d'audit aux différents niveaux | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Réaliser périodiquement les inventaires des matériels | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Octroyer une prime de performance aux personnels du niveau central et intermédiaire | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de | Doter les services de vaccination en | PEV et | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------|---|---|---|---|
| capacités institutionnelles | outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..) | Partenaires | | | | |
| | Assurer la maintenance des 65 véhicules du PEV, 5 bâtiments du niveau central, des 50 matériels informatiques de la Direction, des 57 groupes électrogènes des structures PEV, du G.O pour le fonctionnement du charroi et groupes électrogènes des structures de vaccination | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer les capacités du personnel à travers la supervision, la formation et la mise à dispositions des directives | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125 en logistique de santé, 35 ingénieurs maintenanciers des pools et autres formations logistiques | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer les capacités des différents acteurs dans la chaîne de production, de gestion et de rapportage des données du PEV | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Sous-traiter les activités de la manutention | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Acquérir les équipements de protections individuelles et anti incendie (extincteurs, EPI) | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer la réhabilitation des matériels de la chaîne du froid et des bâtiments | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Appuyer la participation de cadres du niveau central aux cours internationaux et fora sur la communication | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradipraticiens | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Assurer la formation en Suivi et évaluation des 10 agents du niveau central et de 26 agents des DPS | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| | Mobilisation des ressources adéquates | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Agmentation de l'accès au financement | PEV et Partenaires | X | X | X | X | |

| | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---|---|---|---|
| mobilisé | partenaires pour le decaissement regulier des fonds alloués à la vaccination | | | | | |
| | Assurer le suivi de la loi cadre sur la santé incluant la vaccination en vue de renforcer la viabilité financière | PEV et Partenaires | X | X | X | X |
| Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources | Renforcer le suivi budgétaire | PEV et Partenaires | X | X | X | X |

Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration du PPAC

| N° | NOMS ET POSTNOMS | FONCTIONS/INSTITUTION |
|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| PARLEMENT | | |
| 1 | Honorable Louis KASWENDE | Député national |
| 2 | Honorable Grégoire LUSENGE | Député national |
| GOUVERNEMENT | | |
| 1 | Mr Henry YAV MULAND | Ministre des Finances |
| 2 | Mr Michel BONGONGO | Ministre du Budget |
| 3 | Dr Oly ILUNGA KALENGA | Ministre de la Santé |
| PARTENAIRES | | |
| 1 | Dr Déo NSHIMIRIMANA | Représentant, OMS |
| 2 | Mr Pascal VILLENEUVE | Représentant, UNICEF |
| 3 | Mr Paul SABATINE | Directeur, USAID |
| 4 | Ambroise TSHIMBALANGA | Président, ROTARY |
| GROUPE DE TRAVAIL PPAC | | |
| MINISANTE | | |
| 1 | Dr Guillaume NGOIE MWAMBA | Médecin Directeur du PEV |
| 2 | Dr Elisabeth MUKAMBA MUSENGA | Médecin Directeur Adjoint PEV |
| 3 | Dr Patrick KAYEMBE | Ecole de Santé Publique / UNIKIN |
| 4 | Dr Eric MAFUTA MUSALU | Ecole de Santé Publique / UNIKIN |
| 5 | Dr Paul LAME ONADIKONDO | Chef de Bureau DLM et Coordonateur Plan MASHAKO |
| 6 | Dr Bertin LORA MWIMBA | Chef de Division Appui |
| 7 | AG Justin KONSO | Chef de Div. Adm. et Financière |
| 8 | Dr Donat CHUNGU | Chef de Division Technique |
| 9 | Mr Jean Paul DJOGO BASOME | Chef de Division Logistique |
| 10 | Dr Crispin KAZADI | Chef de Service Nouveaux vaccins |
| 11 | Dr Dolla NWWANGWA | Chef de Service PEV Systématique |
| 12 | Dr Moise WABULA | Chef de Service Surveillance |
| 13 | Dr Stanislas MAKONGOTE | Chef de Service AVS |
| 14 | Dr Nicole LUBANDA | Point Focal Rougeole |

| | | |
|--------|--------------------------------------|---|
| 15 | Dr Aimée-Charlotte OSAKO | Chef de Service Suivi et Evaluation |
| 16 | Dr Nancy NZAU | Chef de Service Communication |
| 17 | Mr David OLELA | Chef de Section Communication |
| 18 | Dr Augustin MILABYO | Coordonnateur Adjoint Plan MASHAKO |
| 19 | Dr Germain KAFFEKE | Chef de Service Audit PEV |
| 20 | Ir Pascal MUKENYI | Chef de Service Statistique et informatique |
| 21 | AG. Maron KIMBULU | Chef du Personnel PEV |
| 22 | Mr Jean Paul MAKALA | DATA MANAGER PEV |
| 23 | Mme Thérèse KANIONGA | Chef de Section Service Généraux |
| 24 | AG. Jean de Dieu SANGO WIYAKA | Chef de Section Comptabilité |
| 25 | Mr Joel MULUBU | Chef de Service Budget |
| 26 | Mr Jean Paul DJOGO BASOME | Chef de Division Logistique PEV |
| 27 | Mr Jules BAGANDA | Ministère du Budget |
| 28 | Mr YOGOLELO RIZIKI | Chef d' unité Polio/INRB |
| 29 | Mr Valentin AKARASIS MAKSAS | Chef de Section Communication |
| 30 | Mr Benjamin MATATA | Secrétariat Général à la Santé |
| 31 | Mr Bonaventure BWANAMDOGO | Chef de Section Evaluation PEV |
| 32 | Mr Jean Louis KAMBA KAMBA | Logisticien PEV Matadi |
| OMS | | |
| 1 | Dr Léon KINUANI | Routine Immunization |
| 2 | Dr YAPI Moïse | Coordonnateur IVD ai |
| 3 | Dr Renée NSAMBA | NPO AVS / OMS |
| 4 | Mr Thierry TONDUANGU | Logisticien OMS |
| 5 | Mr Honoré MBAYA | Logisticien OMS |
| AMP | | |
| 1 | Mr Claude MANGOBO | Consultant Technique/Logistique |
| UNICEF | | |

| | | |
|-------------------|------------------------|--|
| 1 | Dr Daniel NACOULMA | Immunization Manager |
| ROTARY | | |
| 1 | Dr Valentin MUTOMBO | ARCC |
| BMGF | | |
| 1 | Dr Raoul MPOYI | Consultant |
| PATH | | |
| 1 | Dr Norbert YOLOYOLO | PEV de Routine |
| SANRU | | |
| 1 | Dr Assy LALA | SANRU |
| 2 | Dr Benoit MIBULUMUKINI | SANRU |
| 3 | Dr Bienfait KISAMBA | SANRU |
| CROIX ROUGE | | |
| 1 | Dr BALELIA WERA | Chef de DIV Santé /Croix Rouge |
| PROSANI | | |
| 1 | Dr Joseph KONGOLO | IHP/USAID |
| SAVE THE CHILDREN | | |
| 1 | Dr Ezekiel MILOWAYI | SAVE THE CHILDREN |
| 2 | Mme Ethel MBUY | Chargé des approvisionnement SAVE THE CHILDREN |
| CNOS | | |
| 1 | Mr Charles TCHILUMBA | Conseiller CNOS |
| 2 | Mr Claude BUEYA MVUBU | CC CNOC /BC |