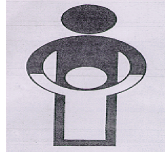

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



**Plan Pluri Annuel Complet du PEV de la
République Démocratique du Congo,
2015 - 2019**

Novembre 2014

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	3
AVANT PROPOS	8
I. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC	14
1.1 Situation géographique , démographique et sociopolitique	14
1.2 Contexte épidémiologique	16
1.3 Organisation du système de santé	17
1.4 Personnel de santé et infrastructures	18
1.5 Décentralisation et déconcentration	19
1.6 Financement du secteur de la santé	19
II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV	20
II.1 Prestations de service	20
II.1.1 PEV de Routine	20
II.1.2 Activités de Vaccination Supplémentaire	26
II.1.3 Intégrations des interventions	32
II.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux vaccins	33
II.2 Approvisionnement et qualité des vaccins	34
II.3 Logistique	37
II.4 Surveillance et lutte contre les maladies évitables par la vaccination	42
II.5 Communication pour le PEV	48
II.6 Management et gestion des ressources	50
II.6.1 Financement	55
II.6.2 Renforcement des capacités	59
III. SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES	60
IV. PROBLEMES PRIORITAIRES	62
4.1. Prestations de services	62
4.2. L’approvisionnement, la qualité des vaccins et logistique	62
4.3. Surveillance	62
4.4. Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)	62
4.5. Communication pour le PEV	62
4.6. Financement et Management	62
V. OBJECTIFS DU PEV	63
5.1. Objectif général	63
5.2. Objectifs spécifiques	63
VI. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PEV	65
6.1. PEV de Routine	66
6.2. AVS	67
6.3. Surveillance	67
VII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME	92
7.1. Méthodologie	92
7.2. Données quantitatives sur les coûts et financements relatifs à l’année de base (2013)	92
7.3. Besoins en ressources futures et financement du Programme	96
VIII. STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE	105
8.1. Description des stratégies de viabilité financière	105
8.2. Priorités des stratégies de viabilité financière	107
IX. MECANISMES DE MISE EN OEUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC	110
X. ANNEXES	111
10.1. LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2013)	112

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACZ	: Atteindre Chaque Zone de santé (Approche RED)
APA	: Autorité Politico Administrative (Chef du village, quartier, rue, ...)
AS	: Aires de Santé
ANR	: Autorité Nationale de Régulation
AVI	: Activités de Vaccination Intégrées
AVS	: Activités de Vaccination Supplémentaires
BAD	: Banque Africaine de Développement
BASICS	: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de l'USAID pour l'Institutionnalisation de la survie de l'enfant)
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
BM	: Banque Mondiale
BTP	: Bureau Technique Provincial
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agences
CDC	: Center for Diseases Control
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
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
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	: Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
DVD-MT	: Data Vaccine District Management Tool
ESB	: Etat de Suivi Budgétaire
FED 10	: Fonds Européens de Développement 10 ^{ème} round
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FJ	: Fièvre Jaune
FMI	: Fond Monétaire International
FMV	: Fond 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)
GEV	: Gestion Efficace des Vaccins
GIBS	: Groupe Inter bailleur Santé
GIVS	: Global Immunization vision and stratégies (Vision et stratégies mondiales pour la vaccination)
Hep B	: Vaccin contre l'Hépatite B
HGR	: Hôpital Général de Référence
Hib	: Haemophilus influenzae du type b
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 Coordonnateur Provincial
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MCHIP	: Maternal and Children Health Integrated Program
MEDUNSA	: Medical University of South Africa
MERCI	: Maladies, Effets secondaires, Rendez-vous, Calendrier et Immunisation complet
MICS II	: Multiple Indicators Cluster Survey II
MILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
MOSO	: Mobilisation Sociale
MSF	: Médecins Sans Frontière
MSP	: Ministère de la santé Publique
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	: Pneumo-Conjugated Vaccine
PDI	: Plan de Développement Institutionnel
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
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 Télévisée
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	: Soft Management Tool
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
TMN	: Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	: Tétanos Néonatal
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)
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux (vaccin contre la rougeole)
VAT	: Vaccin Anti Tétanique

VIH-SIDA	: Virus Immuno Déficience humaine-Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis
VIT A	: Vitamine A
VPO	: Vaccin Polio Oral
ZS	: Zone de Santé
ZSHR	: Zone de Santé à Haut Risque

PREAMBULE

La vaccination peut contribuer à atteindre rapidement et efficacement les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), notamment les objectifs 4 et 5.

En effet, la vaccination atteint plusieurs enfants à la fois par rapport aux autres interventions de la santé. En associant à la vaccination d'autres interventions à haut impact comme la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mébendazole et la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à longue durée d'action (MILD), etc. Le Ministère de la Santé Publique maximise l'utilisation rationnelle des ressources et contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile. Toutes ces interventions ont fait l'objet d'une analyse approfondie dans le présent plan pluri annuel complet (PPAC).

En 2002, la RDC a adressé une requête à GAVI pour le soutien aux services de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins. Cette demande a été acceptée et le premier financement accordé en 2003. Il s'agissait d'un fonds prévu pour couvrir une période de 5 ans dans le cadre de la phase 1 de ce financement. Ce fonds a servi de catalyseur au Programme Elargi de Vaccination dans la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des Partenaires.

Suite aux résultats des différentes revues du PEV (revue externe, revue documentaire de la surveillance, revue rapide de surveillance et la revue six mois post épidémie PVS) et l'enquête de couverture vaccinale, la révision du PPAC s'est avérée comme un impératif.

Cette révision prendra en compte l'introduction du vaccin conjugué contre la méningite (MenAfriVac), le plan d'élimination de la rougeole 2012-2020, le plan d'élimination du TMN 2013-2015 et la mise en œuvre de la surveillance en sites sentinelles pour la surveillance du virus du papillome humain.

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

La mise en œuvre de ce PPAC passe par la réalisation des engagements exprimés par chaque partie prenante. Les rubriques non encore couvertes par année de financement feront l'objet d'un plaidoyer fort auprès des autorités nationales et de la communauté internationale.

A titre de rappel, le PPAC qui couvrait initialement une période de 5 ans, soit de 2011-2015, a été revu en 2012 et remplacé par celui de 2013-2015. L'actuel PPAC qui va couvrir la période de 2015-2019 s'aligne sur le GVAP 2012-2020 et le Plan stratégique régional pour la vaccination (PRSV) 2014-2020. Il répond aux questions fondamentales suivantes : Quels sont les axes prioritaires du programme élargi de vaccination ? Quels sont les objectifs et les stratégies critiques ? Quelles sont les activités majeures par composantes du programme pour espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ? Quel budget sera nécessaire pour l'expansion de la couverture vaccinale et l'amélioration de la qualité des vaccins et celle des services de vaccination ? Comment le programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur ? Comment se présente l'écart dans le financement des services ? Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre ?

Ce plan est le fruit d'un travail mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant le Gouvernement (Ministères de la Santé, des Finances, du Budget et du Plan) et les agences Partenaires.

Le Gouvernement est confiant que le présent PPAC apportera une contribution importante au renforcement du PEV en offrant une nouvelle vision du financement des vaccinations en RDC.

AVANT PROPOS

La RDC tient à remercier tous les partenaires impliqués dans la vaccination (OMS, UNICEF, GAVI, USAID, UE, BM etc.) pour cette opportunité qui lui est offerte de réviser ce document de grande importance.

Le Gouvernement de la RDC se félicite de la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, la BM, l'UE et le ROTARY, ainsi que d'autres partenaires qui agissent directement au niveau opérationnel pour des actions qui ont permis notamment l'augmentation de la couverture vaccinale dans un contexte d'un pays en reconstruction.

Ce plan rencontre l'appui total du Gouvernement et de ses Partenaires comme en témoignent les signatures apposées ci-dessous.

1. Pour le Gouvernement de la RDC

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministère des Finances	Mr Henri YAV MULAND , Ministre des Finances		
Ministère du Budget	Mr Michel BONGONGO ;Ministre d'Etat et Ministre du Budget		
Ministère de la Santé	Dr Felix Kabange Numbi Mukwampa Ministre de la Santé Publique		

2. Pour le CCIA

Ministère de la Santé Publique	Dr Felix Kabange Numbi Mukwampa Ministre		
OMS	Dr Joseph KABORE Représentant		
UNICEF	Mr Pascal VILLENEUVE Représentant		
ROTARY	M. Ambroise Tshimbalanga Président Comité National Polio Plus		
USAID	M. Stephen M. Haykin Directeur		

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.

Les 7 étapes qui ont concouru à l'élaboration de 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. Ce contexte met aussi l'accent sur l'évolution de la situation politique qui augure un terrain favorable à la mise en œuvre des stratégies sectorielles pour la croissance et la réduction de la pauvreté.

Selon l'EDS de 2013, 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 vivante entre 2007 et 2013.

2. De l'analyse de la situation du PEV

L'analyse retrace le cadre institutionnel pour le fonctionnement du PEV au sein du Ministère de la Santé et rappelle les performances réalisées par le Programme lors des activités systématiques ou en campagne dans l'administration de différents antigènes. Il fixe également les stratégies d'intégration des autres activités de survie de l'enfant dans l'optique d'un système de santé fonctionnel. A ce jour, le programme comprend 11 coordinations correspondant aux 11 provinces et 44 antennes situées dans 48 districts administratifs. La réforme en cours prévoit le passage de 11 à 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS). La reorganisation du PEV s'avère importante pour que les antennes ne chavauchent pas les limites des DPS.

Chaque antenne prend en charge environ une dizaine de zones santé (districts sanitaires, au sens de l'OMS).

Les activités de vaccination sont identifiées comme priorité dans le Plan National pour le Développement Sanitaire (PNDS), la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), dans le Document de Stratégie de Croissance et Réduction de la Pauvreté (DSCR). De manière générale, les performances du programme ont baissé en 2008 et 2010 sauf en 2009 où elles ont été améliorées. Cependant, au cours de la même période le programme a accusé un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont liées à l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel, à l'insuffisance des supervisions formatives au niveau intermédiaire et opérationnel, à la non atteinte des enfants dans les zones de santé d'accès difficile, à l'instabilité et à la démotivation du personnel.

3. Les problèmes prioritaires

4. 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 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. **Les objectifs**

Compte tenu que l'actuel PPAC va couvrir la période de 2015-2019, s'aligne sur le GVAP 2012-2020 et le Plan stratégique régional pour la vaccination (PRSV) 2014-2020, les objectifs poursuivis sont:

1. accroître la couverture vaccinale;
2. finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus;
3. éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale;
4. atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination

Les cibles poursuivis par objectif sont :

Objectif 1: accroître la couverture vaccinale

1. D'ici fin 2019, atteindre un taux de CV d'au moins 93 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3.
2. D'ici fin 2019, réduire à moins de 10% l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales / estimations OMS-Unicef.
3. D'ici fin 2019, Introduire le VPI, Rota virus, le VAR2/RR, le Td ,et le HPV .
4. Porter à 100% la disponibilité des vaccins et autres intrants à tous les niveaux
5. Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique par la dotation en équipement et la formation du personnel d'ici 2019
6. Mobiliser les ressources internes et externes et en assurer une utilisation efficiente . Le rapport d'activités de 2013 à 2014 ont montré que le PEV a pu mobilisé 28,4 % de financement sécurisé(en 2013) et 40% (en 2014) ;
7. Mettre à la disposition du Ministère de la Santé un outil de plaidoyer en vue de mieux négocier avec le Ministère du Budget, des Finances et les partenaires au développement pour améliorer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.
8. Constituer, à tous les niveaux, un cadre d'intégration des activités de vaccination fondées sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS).
9. Elaborer et mettre en application un cadre de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici à 2019.

Objectif 2 : finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus

1. interrompre la transmission du PVS d'ici la fin de 2014;
2. introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé d'ici la fin 2015;
3. Confiner tous les poliovirus en laboratoire et contribuer à la certification de la Région exempte de polio d'ici la fin de 2018;
4. Elaborer un plan opérationnel prévoyant en compte les acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite à finaliser d'ici la fin de 2015.

Objectif 3: éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (si c'est retenue comme une priorité par le pays):

1. atteindre une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes d'ici 2019;
2. atteindre une couverture par le VAR1 ≥ 95 % aux niveaux national et des districts et une couverture des AVS d'au moins 95 % dans tous les districts;
3. introduire le vaccin contre la rubéole d'ici la fin de 2019.

Objectif 4: atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination

1. atteindre et valider l'élimination du tétanos maternel et néonatal d'ici la fin de 2019;
2. atteindre un taux de couverture vaccinale contre la fièvre jaune ≥ 90 % d'ici la fin de 2019;
3. Introduire le MenAfriVactm par des campagnes et l'introduire dans la vaccination systématique d'ici la fin de 2019;
4. atteindre une séroprévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) chez les enfants de moins de cinq ans inférieure à 2 % d'ici la fin de 2019

Au delà de ces cibles globaux du programme qui consistent entre autres à augmenter la couverture vaccinale Penta (DTC-Hep B-Hib)3 à 93% d'ici à 2019, le PPAC dégage des cibles stratégiques pour chacune des composantes du PEV, notamment élaborer la stratégie nationale pour l'intégration des interventions d'ici fin 2019, réduire dans 100% des ZS le taux d'abandon Penta1- Penta 3 à < 5 % d'ici fin 2019, contribuer à fonctionnalité de l'ANR d'ici 2019, atteindre une couverture nationale pour tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans toutes les zones de santé d'ici 2019, atteindre et maintenir les indicateurs de surveillance PFA au niveau de standard de certification dans les 516 zones de santé d'ici 2019.

5. 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.

6. 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.

7. L'analyse des coûts et financements du programme

Pour l'année 2011, le coût total du programme s'était élevé à 118 993 376 USD dont 72 372 618 USD (61 %) pour les coûts récurrents de routine, 3.254.553 USD (5%) pour les coûts de capitaux en capital, 1 508 376 USD (1%) pour les coûts partagés et 46 620 758 USD (39%) pour les coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Pour la période de 2013 à 2015 qui concerne ce PPAC, le budget global est de \$589.832.985 USD. Le coût du PEV augmente progressivement pour toute la période de projection en fonction notamment de l'introduction des nouveaux vaccins, des défis importants à relever pour le renforcement du PEV de routine et de la surveillance.

Comparé au coût total du programme, la proportion de financement sécurisé pour la période allant de 2013 à 2015 reste faible (23%). Au cours des trois prochaines années les besoins du programme sont couverts à hauteur de 85% lorsqu'on met ensemble les financements sécurisés et probables. Trois axes stratégiques ont été identifiés pour réduire le gap observé dans le financement de la vaccination. Il s'agit de la mobilisation des ressources adéquates, de la facilitation à l'accès au financement et de la gestion rationnelle des ressources.

Comment [h1]: Données à actualiser avec le Costing

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo, avec une superficie de 2.345.000 Km² et une population de près de 75 millions¹, 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 : 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'Eradication de la Polio (IEP), l'élimination de la Rougeole, l'Élimination 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 du PEV 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 grande volonté politique et la détermination de la part 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. Le pays a sensiblement diminuer sa dette en rapport avec le co financement si bien que GAVI considère la RDC comme Pays ayant quitté le défaut de cofinancement. La participation effective du Gouvernement pour l'achat des vaccins traditionnels a commencé en 2013.

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, à la faible 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 de la GVAP et du PSRV en vue d'atteindre les OMD, 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 couvrant la période allant de 2015 à 2019.

¹ Source : PEV 2011

² EDS 2013-2014

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, le plan présente le financement nécessaire pour la mise en œuvre des stratégies avec les écarts éventuels et des mécanismes pour une meilleure viabilité financière.

I. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC

1.1 Situation géographique, démographique et sociopolitique

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



Avec une superficie de 2.345.000 km², la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus vastes territoires des pays de l'Afrique avec une population estimée à 75 millions d'habitants en 2011 selon des projections faites sur la base des données des Journées Nationales de Vaccination.

Sa position géographique la situe en Afrique centrale à cheval sur l'Équateur partageant une frontière commune avec 9 pays à savoir la République du Congo à l'Ouest, la République Centrafricaine et le 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 11 Provinces subdivisées à leur tour en 48 districts et villes et 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoyait dès 2009, une réorganisation spatiale en 26 provinces dont le processus de mise en place est en cours, les 25/26 chefs des DPS sont actuellement nommés.

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 Habitants³. C'est sur cette base que l'Institut National des Statistiques (INS) estime la population de la RDC à 64.420.000 d'habitants pour l'année 2010. Cette population a été prise en compte dans le PNDS 2011-2015.

Etant donné que le recensement scientifique n'a pas eu lieu depuis plus de 30 ans, le PEV/RDC a utilisé une population de 73.510.526 habitants en 2010, estimée à partir des projections faites sur les données des Journées Nationales de Vaccination qui ont permis d'atteindre une population supérieure à celle estimée par l'INS. Les naissances vivantes représentent 4% de la population, 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% ⁴
Taux de natalité	44,1 pour 1000 habitants ⁵
Taux brut de mortalité	15,4 pour 1000 habitants
Espérance de vie à la naissance	45 ans ⁶

³ INS, volume II, Totaux définitifs par groupements/quartiers, 1992

⁴ Source : MICS2010

⁵ Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

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 22 habitants au Km². En 2010, suite aux efforts consentis par le gouvernement en matière de gestion macro-économique, le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTE). 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 2^{èmes} 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 couvre la période de 2011-2015 et est en cours de mise en œuvre. Ce plan 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.

La mise à jour du PNDS est prévu vers la fin de l'année 2014.

1.2 Contexte épidémiologique

En R.D.C, 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 Hib 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 36 mois sans PVS. Cependant, 17 cas de cVDPV2 ont été enregistrés dans la province du Katanga précisément dans l'antenne PEV de Kabondo Dianda en 2011 et 2012. En août 2014, un autre cas de VDPV est enregistré du côté de Manono dans la province de Katanga

Tableau III : 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

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 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 offre des soins de santé de qualité (globaux, continus, efficaces et efficient) 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 a essentiellement un rôle normatif et stratégique. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 13 directions centrales et 52 programmes/services spécialisés tels que les programmes de lutte contre le paludisme, l'onchocercose, la tuberculose, le VIH/SIDA et IST, le Programme National de la Nutrition, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Les programmes de lutte contre la maladie sont placés sous la coordination de la Direction de la lutte contre la maladie (4^e Direction).

Le niveau intermédiaire

Ce niveau joue le rôle d'appui technique et logistique aux zones de santé. Il est constitué de 11 divisions provinciales qui sont devenues 26 DPS et de 48 districts de santé. Chaque division provinciale comprend des bureaux correspondant aux directions normatives du niveau central, un hôpital et un laboratoire de niveau provincial de référence.

Chaque district de santé comprend trois cellules chargées des services généraux et études, de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et du service d'hygiène. Ces cellules sont

supervisées par le Médecin Chef de District. Un district supervise environ une dizaine de zones de santé.

Le niveau périphérique

La zone de santé est le niveau opérationnel. Il comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un hôpital général de référence et un réseau de centres de santé. La Zone de Santé est dirigée par le Médecin Chef de Zone appuyé par les membres de l'équipe cadre du BCZS.

Sur recommandation des états généraux de la santé tenus en février 2000, le Ministère de la Santé a initié le processus de révision de la carte sanitaire du pays, en vue de rapprocher la population des services de santé et d'éviter le chevauchement d'une zone de santé entre deux entités administratives décentralisées. Ainsi, le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 516 en 2005.

1.4 Personnel de santé et infrastructures

Le personnel de santé

Les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé constituent un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble en RDC. Le nombre des médecins produits chaque année dépasse les deux milles et celui des infirmiers est au-delà de 4.000 (8597 diplômés d'ITM/IEM entre 2001 et 2005 et environ 8.000 entre 2007 et 2009). Près de 55% d'ITM/IEM ne forment que la filière des infirmiers, option hospitalière et 11 % organisent d'autres filières en plus ; 22% d'ITM/IEM ne remplissent pas les conditions de viabilité ; 25% d'ITM/IEM n'ont pas un lieu approprié de stage de formation.

Les données disponibles au niveau de la fonction publique montrent que le nombre de médecins pour 10.000 habitants était en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0,2 pour le Kasai Occidental et 8 pour Kinshasa en 2006. Au cours de la même année, la moyenne du personnel infirmier pour 10.000 habitants se situait à environ 3,5 avec des extrêmes allant de 1,3 pour le Kasai Occidental et 11 pour le Nord Kivu.

Parmi les problèmes prioritaires identifiés en matière des ressources humaines en santé, il y a lieu de citer :

1. La surproduction RHS du niveau secondaire et universitaire ;
2. L'instabilité des RHS est devenue inquiétante ;
3. La gestion des carrières des RHS est déficiente ;
4. Le système de formation continue est déficitaire ;
5. Le non respect des procédures de la Fonction Publique et la non rationalisation des RHS.

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.

Il est important de noter que les équipements des services administratifs et des services de santé sont également pour certains vétustes et non adaptés aux besoins (à déclasser) et d'autres manquent.

1.5 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 structurée 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 les budgets déconcentrés.

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.

1.6 Financement du secteur de la santé

Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources comprenant des ressources financières domestiques (budget de l'Etat provenant du Gouvernement central et Provincial/ou des Entités territoriales Décentralisées), du financement communautaire (recouvrement des coûts), du financement privé (lucratif ou non lucratif), des ressources financières qui proviennent de l'aide internationale, des fonds spéciaux et des mutuelles.

Les allocations budgétaires se rapportant à la vaccination, à travers le budget 2010 du PEV, se situent autour de 4 519 943 000 de CDF correspondant à 0,04% des crédits accordés au secteur de la santé. Ce montant couvre les salaires, l'achat d'une partie des vaccins, les matériels de bureau et les équipements informatiques, la réhabilitation de bâtiments, la formation et la supervision.

Le programme bénéficie des fonds sécurisés 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. **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 existent 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

Les prestations de services de vaccination ont été analysées pour le PEV de routine, les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et l'intégration des interventions en faveur de la survie de l'enfant.

II.1.1 PEV de Routine

Dans le cadre de la vaccination en RDC, l'approche ACZ demeure la base de l'organisation des services de vaccination. Le PEV RDC compte à ce jour 10 antigènes dans son programme de routine. A part les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC, VAT, VAR) administrés depuis sa création, le programme a progressivement introduit le vaccin anti amaril (VAA) en 2003, le

vaccin contre l'Hépatite virale B en 2007, le vaccin contre les infections à Haemophilus influenzae du type b en 2009 et le vaccin contre les infections à pneumocoque en avril 2011.

Tableau IV : Calendrier vaccinal actuel en RDC

a. Calendrier vaccinal actuel en RDC pour les enfants

Contact	Vaccin	Voie d'administration	Dose de vaccin	Age recommandé	Sites d'administration
1 ^{er} Contact	BCG	Intradermique	0,05 ml	Dès la naissance jusqu'à 14 jours	1/3 supérieur de la face antérieure de l'avant-bras gauche
	VPO 0	Orale	2 Gouttes	A la naissance jusqu'à 14 jours	Dans la bouche
2 ^{ème} Contact	DTC-HépB1+ Hib1	Intramusculaire	0,5 ml	6 semaines	Face antéro externe de la cuisse gauche à mi-hauteur
	VPO-1	Orale	2 Gouttes		Dans la bouche
	Pneumo-1	Intramusculaire	0,5 ml		Face antéro externe de la cuisse droite à mi-hauteur
3 ^{ème} Contact	DTC-HépB2+Hib 2	Intramusculaire	0,5ml	10 semaines	Face antéro externe de la cuisse gauche à mi-hauteur
	VPO 2	Orale	Gouttes		Dans la bouche
	Pneumo-2	Intramusculaire	0,5 ml		Face antéro externe de la cuisse droite , à mi-hauteur
4 ^{ème} Contact	DTC-HépB3+Hib 3	Intramusculaire	0,5ml	14 semaines	Face antéro externe de la cuisse gauche , à mi-hauteur
	VPO 3	Orale	Gouttes		Dans la bouche
	Pneumo-3	Intramusculaire	0,5ml		Face antéro externe de la cuisse droite à mi-hauteur
	VPI	Intramusculaire	0,5ml		Face antéro externe de la cuisse droite à mi-hauteur
5 ^{ème} Contact	VAR	Sous-cutané	0,5ml	9 mois	Face supéro-externe du deltoïde gauche
	VAA	Sous-cutané	0,5ml	9 mois	Face supéro-externe du deltoïde droit

b. Calendrier vaccinal actuel en RDC pour les femmes enceintes

Dose	Période d'administration	Voie d'administration	Site d'administration
VAT1	Au premier contact	IM ou SC (selon le fabricant)	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
VAT2	4 semaines après VAT1	IM ou SC (selon le fabricant)	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
VAT3	6 mois après VAT2	IM ou SC (selon le fabricant)	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
VAT4	12 mois après VAT3 ou à la prochaine grossesse	IM ou SC (selon le fabricant)	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
VAT5	12 mois après VAT4 ou à la prochaine grossesse	IM ou SC (selon le fabricant)	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche

En vue d'améliorer les performances du programme, le pays a adopté l'approche ACZ à partir de 2004 et s'en est approprié comme stratégie de base de mise en œuvre du PEV systématique.

Trois stratégies essentielles de vaccination sont appliquées pour atteindre les populations cibles du programme à savoir :

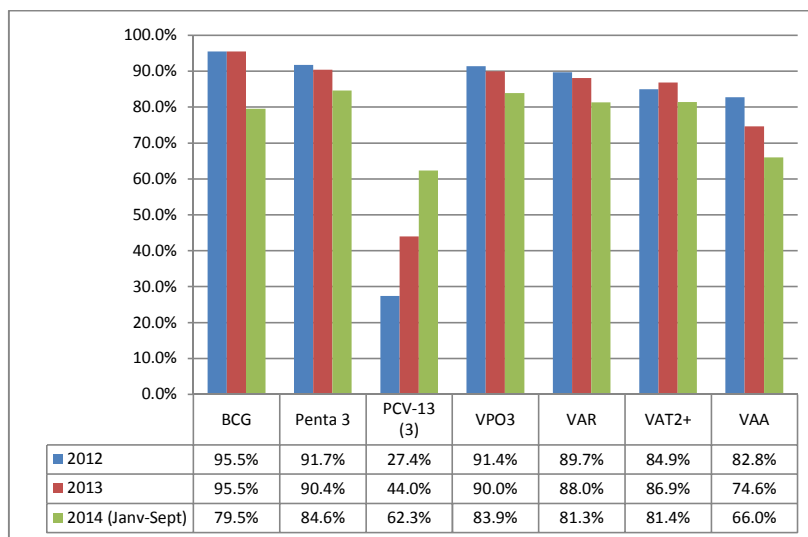
- La stratégie fixe : il s'agit des vaccinations effectuées dans les centres fixes pour atteindre la population cible se trouvant dans un rayon de moins de 5 Km autour du centre de santé. Cette stratégie couvre près de 72% de la population cible, essentiellement dans les zones urbaines.
- La stratégie avancée : il s'agit des sorties effectuées à partir du centre fixe pour couvrir la population cible pour rapprocher les services de vaccination des populations ayant des problèmes d'accès géographique (5 à 15 Km ou obstacles naturels) ou socio-culturels. Elle couvre près de 27% de la cible et s'applique dans toutes les ZS selon les réalités du terrain.
- La stratégie mobile: elle est utilisée pour desservir la population cible se trouvant dans les zones d'accès difficile et qui n'ont pas de service de vaccination fonctionnel. Elle couvre près de 1% de la cible globale. Les ZS y recourent rarement par manque des moyens de transport appropriés.

En plus de ces stratégies, des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) sont organisées régulièrement dans les ZS à faibles performances et d'accès difficile en vue de récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés. Les AVS constituent également une opportunité pour renforcer la vaccination systématique en augmentant le spectre de distribution des intrants dans les structures difficilement accessibles , en réalisant la supervision des prestataires sur les aspects de la vaccination systématique ainsi que l'organisation des séances de vaccination pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés en routine .

L'évolution de couvertures vaccinales du PEV de routine de 2012 à 2014

Les graphiques et tableaux présentés ci-dessous, montrent l'évolution des couvertures vaccinales réalisées en RDC au cours de la période allant de 2012 à 2014 par source.

Graphique 1 : Evolution de la CV par antigène, de 2012 à 2014, en RDC



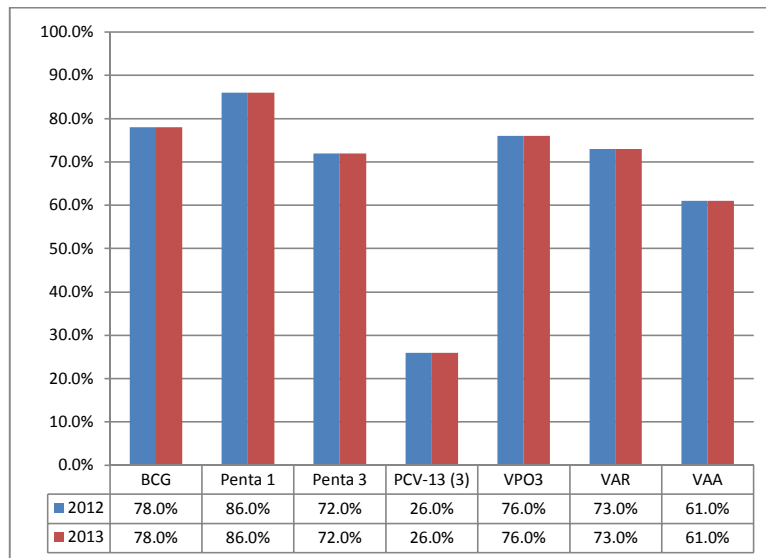
Source : Données de couvertures administratives du PEV, 2012- 2014 (Janv-Sept)

D'une façon générale, on note une réduction de la couverture vaccinale pour tous les antigènes entre 2012 et 2014 à l'exception du PCV-13 (3). Cette réduction montre que le programme n'arrive pas encore à maintenir le niveau de performance atteint.

Par conséquent, le nombre d'enfants non vaccinés demeure important soit 358.046 non atteints en Penta3 en 2014 (selon les couvertures vaccinales administratives de Janv-Sept 2014).

Les données administratives PEV sont supérieures aux données selon les estimations OMS-UNICEF comme le montre le graphique ci-dessous :

Graphique 2 : Evolution de la couverture vaccinale de routine par antigène selon les estimations OMS-UNICEF en RDC, 2012-2013



Source : Estimation OMS-UNICEF, 2012-2013

Ces taux estimés de l'OMS-UNICEF sont relativement bas comparés aux données administratives rapportées par le pays avec un écart moyen de 10 points.

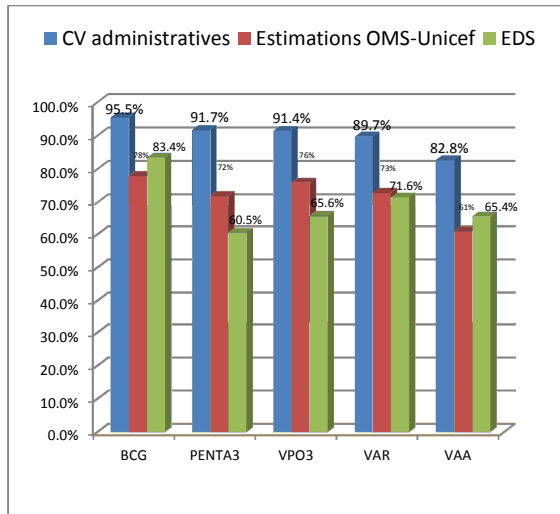
Une revue externe du programme couplée à l'enquête de couverture vaccinale a été organisée de mars à mai 2012. L'EDS 2 réalisée en 2013 a relevé les résultats beaucoup plus proches de ceux des estimations de l'OMS-UNICEF, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau V : Résultats de couverture selon l'EDS II (selon la carte de vaccination et l'histoire), RDC 2013

Provinces	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	VPO0	VPO1	VPO2	VPO3	VAR	VAA	Tous les vaccins	Aucun	% Ayant présenté un carnet de vaccination	Effectifs d'enfants
Kinshasa	96,7	97,8	95,8	83,7	82,5	97,1	93,3	80,2	89	86,7	67,7	0,9	43,9	267
Bas-Congo	95,6	93,5	90,2	84,1	69,5	96,1	92	61	84,6	85,5	54,7	2,5	32,2	161
Bandundu	89,8	87,5	80,1	61,9	42,2	92,9	86,5	57,7	77,3	72,9	42,1	3,9	16,4	559
Équateur	72,1	68,7	56,9	42,6	31,7	89,6	82,8	64,5	66,1	53,2	32,6	7,6	22,7	493
Orientale	74,5	70,5	60	46	39,2	84,8	74,7	52,9	67,4	53,1	29,9	11,8	12,7	315
Nord-Kivu	95,1	94,4	91,1	87	73,9	94,8	89	75	85,3	85,2	70,6	3,1	44,2	288
Sud-Kivu	95,6	95,1	88,5	75,6	62,1	94,5	86,9	75,5	87,8	84,2	62,3	2,9	42,4	231
Maniema	72,2	73,8	66,7	47,2	37,5	89,2	81	64,5	62,3	55,3	42	10,7	17,7	115
Katanga	69,2	67,3	60,1	51,3	43	91	83,9	70,9	53	44,6	40,2	7,7	23,4	358
Kasaï-Oriental	81,3	76,7	69,3	53,3	45,5	89	78,8	62	58,2	54,6	36,6	8,8	18,7	361
Kasaï-Occidental	84,8	82,2	72,7	56,2	51,9	92,8	84,3	67,7	67,3	62,4	42,7	3,7	30,9	218
RDC	83,4	81,2	73,8	60,5	49,9	91,7	84,5	65,6	71,6	65,4	45,3	5,9	26	3366

Il ressort du tableau ci-dessus qu'en moyenne 45,3% d'enfants ont été complètement vaccinés sur le plan national, allant de (29,9%) pour la Province Orientale et 70,6% pour le Nord Kivu. Par contre, plus de 5,9% d'enfants n'ont reçu aucun vaccin allant de 11,8% pour la province Orientale à 0,9% pour la Ville Province de Kinshasa.

Graphique 3 : Comparaison des couvertures vaccinales par source, RDC 2012



En comparant les couvertures administratives, celles de l'enquête de couverture vaccinale 2012 selon la carte et l'histoire et les estimations de l'OMS-UNICEF, on note que les couvertures administratives sont supérieures de plus de 10 points à celles de l'enquête de couverture vaccinale.

Par ailleurs, l'enquête EDS a relevé les résultats ci-après :

- 66% des CS pratiquent la stratégie fixe, 33% pratiquent la stratégie avancée et 1% la stratégie mobile.

- 32% des CS ont eu à interrompre la vaccination les 6 derniers mois pour plusieurs raisons;
- Dans les ZS où la stratégie avancée (SA) n'est pas pratiquée, les raisons évoquées sont diverses. Le « manque de moyens de transport » (41%) et le « manque de vaccin » (26,7%) constituent des causes importantes de non mise en œuvre de la SA les 6 derniers mois dans les ZS;
- 96% des CS possèdent un registre de vaccination;
- Lors des AVS, des enfants non ou insuffisamment vaccinés dans le cadre du PEV de routine sont récupérés dans 97% des ZS et dans 97% des CS. 74% des ZS et des CS ont une population d'accès difficile au plan géographique. A tous ces niveaux, des stratégies sont mises en œuvre pour atteindre les populations d'accès difficile. L'augmentation des sites de vaccination (25%) et l'utilisation de différents moyens de transport pour atteindre la population (23%), constituent les dispositions les plus utilisées pour atteindre la population d'accès difficile au niveau des ZS.

Concernant le nouveau vaccin, les principaux constats faits par la revue 2012 du PEV de la RDC sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI: Indicateurs du niveau de préparation à l'introduction du PCV-13 aux niveaux province/antenne et zone de santé

INDICATEURS	PROVINCE/ANTE NNE	ZONE DE SANTE
Existence d'un plan opérationnel pour l'introduction du nouveau vaccin	44%	48%
Existence d'un plan de mobilisation sociale pour l'introduction du NV	42%	32%
Formation avant l'introduction du NV	100%	60%
Existence d'outils de gestion prenant en compte le NV	63%	56%
Inventaire de la CdF avant l'introduction du NV	63%	56%
Evaluation de la gestion des vaccins avant l'introduction du NV	38%	NA
Mise à jour des directives avant l'introduction du NV	25%	44%
Directives diffusées aux AS et formation sanitaires	25%	52%

De manière générale, la majorité des indicateurs sont en dessous de la moyenne, ce qui démontre que les préparatifs de l'introduction n'ont pas été satisfaisants. Le PCV-13 a été introduit dans toutes les provinces depuis 2013.

II.1.2 Activités de Vaccination Supplémentaire

a) AVS Polio

Depuis le 18 Mars 2013, la RDC a été retirée de la liste des pays à circulation rétablie du Polio Virus Sauvage (PVS). De 2006 à 2011, l'épidémie de poliomyélite a sévi au pays et des nombreux cas de PVS sont notés dont 13 cas en 2006, 41 cas en 2007, 5 cas en 2008, 3 cas en 2009, 100 cas en 2010, 93 cas de PVS en 2011. La date de notification du dernier cas remonte au 20/12/2011 dans la zone de santé de Lusangi au Maniema et jusque maintenant soit 47 mois, le pays n'a plus notifié un nouveau cas.

En ce qui concerne la circulation du Polio Virus dérivé du vaccin (cVDPV2), l'Antenne PEV de Kabondo Dianda dans la province du Katanga a notifié respectivement 13 cas en 2011, 17 Cas en 2012 et 1cas en 2014 dans la zone de santé de Manono dans l'antenne de Kalemie dont la date du début de paralysie remonte au 23/08/2014.

De nombreuses campagnes de vaccination préventives et de riposte contre le PVS et le cVDPV ont été organisées. Et la synthèse des résultats de différents passages de campagnes organisées en 2012, 2013 ainsi qu'en 2014 sont résumées dans les tableaux VII, VIII et IX.

Tableaux VII : Résultats des passages des AVS contre la poliomyélite, RDC 2013

Période	Cible attendue	Enfants/ Personnes vaccinés	CV (%)
Juillet	16 329 824	17 325 469	106%
Aout	16 259 302	17 421 054	107%
Septembre	3 899 884	3 915 126	101,5%
Oct-Nov	3 889 736	4 500 481	115%

Tableaux VIII : Résultats des passages des AVS contre la poliomyélite, RDC 2014

Période	Cible attendue	Enfants/ Personnes vaccinés	CV (%)
Septembre	17 123 888	17 462 345	104%
Oct-Nov	7 900 499	8 377 710	106%

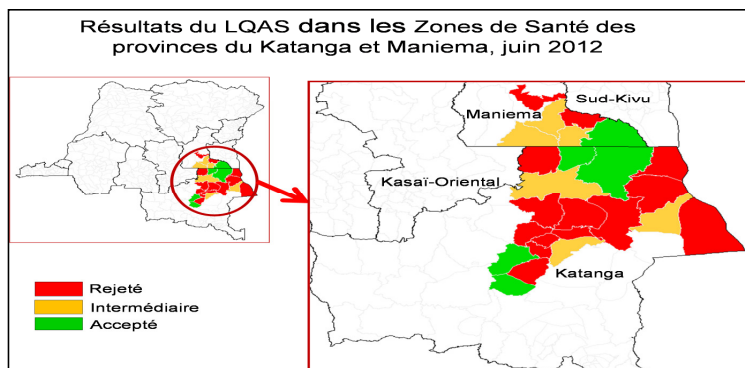
Il ressort du tableau VII que la cible attendue a été atteinte voire dépassée lors des différents passages des JNV contre la polio. La différence des cibles des passages d'avril – mai et octobre est due au fait que en avril et mai, toute la population était ciblée pour la ville province de Kinshasa et la ZS de Massa, alors qu'en octobre, la cible était les enfants de 0 à 59 mois. Notons que la non maîtrise de la population cible demeure un réel problème tant que le recensement n'est pas encore réalisé.

Les tableaux VIII et IX indiquent que toute la cible a été atteinte de manière globale.

Le monitoring indépendant conduit au cours de toutes ces phases des AVS organisées en 2012, 2013 et 2014 a révélé la persistance d'un nombre élevé d'enfants non atteints dont la proportion varie de 6 à 9 % de la cible enquêtée dans certaines provinces. L'absence des enfants lors de passage des vaccinateurs, la non révisitation des ménages par les équipes de vaccination et l'insuffisance de communication en sont les principales causes.

L'enquête LQAS a été introduite dans l'évaluation de la qualité des campagnes en 2012.

La carte ci contre montre les résultats du LQAS organisé dans les provinces du Katanga (Antennes de Kalemie et Kabondo Dianda) et de Maniema (Antenne de Kasongo) où on note qu'un grand nombre des zones ont une couverture vaccinale inférieure à 80% (ZS rejetées).



En 2014, l'enquête LQAS réalisé après les AVS a indiqué que la proportion des ZS accepté a varié de 53 à 70 % tandis que celle des ZS rejetées l'a été de 47 à 30%.

b) Campagne de vaccination contre la rougeole

Dans le cadre de l'élimination de la rougeole, les campagnes de suivi et des ripostes contre les flambées épidémiques ont été réalisées dans le pays au cours des années 2012, 2013 et 2014.

En rapport avec les campagnes de suivi, les meilleures pratiques ont été identifiées et mise à contribution pour améliorer la qualité des AVS rougeole.

Les résultats ci après ont été obtenus au cours de ces différentes campagnes :

En 2012, dans le cadre du contrôle de la rougeole, 141 ZS ont réalisé les campagnes de suivi et de riposte dans 8 provinces du pays : Bas Congo, Bandundu, Equateur, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Maniema et Nord Kivu.

Au total, 3 080 885 enfants de 6-59 mois ont été vaccinés durant toute l'année sur un total 2 976 514 contre la rougeole soit 103,5%.

En général, les couvertures vaccinales administratives des différents passages des campagnes sont supérieures à 95% sauf pour la province de l'Equateur.

Tableau II: Synthèse des résultats des AVS riposte contre la Rougeole, par province, RDC 2013

Période	Provinces	Nbre ZS	Cible attendue	Enfants vaccinés	CV (%)	Type AVS
Janvier	Nord Kivu	7	1 179 992	1 133 601	96%	riposte/6 mois à 15 ans
Fevrier	Katanga/Kalémie	4	422 874	420 933	99.5%	riposte/6 mois à 15 ans
Fev-Mars	Maniema	5	379 605	382 072	100.7%	riposte/6 mois à 15 ans
Fev-Mars	Equateur/Gem	3	215 654	215 857	100%	riposte/6 mois à 15 ans
Avril	Equateur/Mba	8	382 744	385736	101%	riposte/6 mois à 15 ans
Fev/Nov	Bandundu	7	506 822	533 606	105%	riposte/6 mois à 15 ans
Novembre	Kassai Occ	7	912083	930203	102%	riposte/6 mois à 15 ans

Tableau III: Synthèse des résultats de suivi des AVS Rougeole, par province, RDC 2013

Province	Nbre	Population	Cible VPO	Cible VAR	Vaccinés au VPO		Vaccinés au VAR		Type d'intervention
	de ZS	Totale	(0-59 mois) = 18,9% de Pop. Totale	(6mois-10ans) = 33,3% de Pop. totale	Total Vaccinés	CV (%)	Total Vaccinés	CV (%)	
Equateur	69	10 198 632	1 927 542	3 396 145	1 966 845	102,00	3 384 465	99,70	VAR+VPO
Province Oriental	83	10 446 761	1 928 838	3 398 429	1 948 281	101,00	3 429 318	100,90	
Total Equateur et P. oriental	152	20 645 393	3 856 380	6 794 574	3 915 126	101,50	6 813 783	100,30	
Nord kivu	29	6 218 489	1 175 295	2 070 757	1 275 693	108,50	2 159 518	103,40	VAR+VPO+Vit A+ Méb
Sud Kivu	34	6 056 878	1 144 750	2 016 940	1 230 230	107,50	2 084 169	103,20	
Total Nord Kivu et Sud Kivu	63	12275367	2 320 044	4 087 697	2 501 756	107,80	4 223 293	103,30	
RDC	215	32 920 760	6 176 424	10 882 271	6 416 882	103,80	11 037 076	101,40	

Tableau IV: Synthèse des résultats de suivi des AVS Rougeole, par province, RDC 2014

Province	Nbre de ZS	Population Totale	Cible VPO (0-59 mois) = 18,9% de Pop. Totale	Cible VAR (6mois-10ans) = 33,3% de Pop. totale	Vaccinés au VPO		Vaccinés au VAR		Type d'intervention
					Total Vaccinés	CV (%)	Total Vaccinés	CV (%)	
Katanga	68	13 420 686	2 536 510	4 532 973	2 760 564	108,80	4 645 706	104,00	VAR+VPOt+ Enrg Naissance
Maniema	18	2 331 804	437 618	813 185	449 471	102,70	836 906	107,80	VAR+VPOt
Total Katanga et Maniema	86	15 752 490	2 974 128	5 346 158	3 210 035	107,90	5 482 612	104,50	
Kasaï - Occidental	44	8 473 388	1 601 470	2 821 638	1 626 864	101,60	2 831 784	100,40	VAR+VPOt+Vit A+ Méb
Kasaï - Oriental	51	9 956 928	1 881 859	3 315 657	1 907 144	101,70	3 379 901	101,90	
Total Kasaï - Occidental et Kasaï - Oriental	95	18 430 316	3 483 329	6 137 295	3 534 008	101,50	6 211 685	101,20	
Kinshasa	35	8 659 531	1 636 651	2 883 624	1 645 940	100,60	2 803 550	97,20	VAR+VPOt+Vit A+ Méb
Bandundu	52	8 583 792	1 622 337	2 858 403	1 661 151	102,40	2 878 785	100,70	VAR+VPOt+ Enrg Naissance dans 11 ZS
Bas Congo	31	3 594 061	679 278	1 196 822	671 258	98,80	1 163 251	97,20	VAR+VPOt
Total Bandundu et Bas Congo	83	12 177 853	2 301 615	4 055 225	2 332 409	101,30	4 042 036	99,67	
RDC	299	55020190	10 395 723	18 422 302	10 722 392	103,14	18 539 883	100,64	

En général, les couvertures vaccinales administratives des différents passages des campagnes de riposte et de suivi sont supérieures à 95%. Néanmoins quelques insuffisances ont été notées dans la mise en œuvre des campagnes dont la faible sensibilisation des parents, l'insuffisance de l'application de la stratégie fixe, avancée et la mauvaise implantation de sites de vaccination.

Pour les campagnes de suivi, les MP ont apporté une amélioration significative sur le plan de la qualité.

Il faut noter que les enquêtes d'évaluation de couverture vaccinale en post campagne n'ont été conduites que dans 2 provinces sur les onze et ont révélé 8% d'enfants non vaccinés au Sud Kivu et en moyenne 4% au Maniema.

Dans les provinces où les enquêtes post campagnes ont été réalisées, les résultats se présentent de la manière suivante :

Tableau V : Résultats de l'enquête post campagne VAR 2013 et 2014

Province/ Antenne	ECV-Carte	CV-ADMIN (2)	DIFFERENCE (2)-(1)	ECV-Carte seule (3)	DIFFERENCE(2)-(3)
	& Histoire (1)				
Equateur	96%	100%	4	80%	20
Boende	96%	97%	1	81%	16
Bumba	89%	99%	10	73%	26
Gbadolite	95%	102%	7	85%	17
Gemena	97%	102%	5	80%	22
Lisala	98%	97%	-1	85%	12
Mbandaka	97%	100%	4	75%	25
Orientale	96%	101%	6	79%	22
Aru	98%	98%	1	80%	18
Bunia	97%	105%	8	81%	24
Buta	97%	100%	3	85%	15
Isiro	96%	98%	3	77%	22
Kisangani	93%	102%	8	72%	30
Lokutu	91%	100%	10	83%	17
Nord Kivu	94%	104%	11%	53%	51%
Butembo	95%	98%	3%	55%	43%
Goma	92%	112%	21%	50%	62%
Sud Kivu	95%	103%	9%	44%	59%
Bukavu	94%	103%	10%	35%	68%
Uvirira	95%	108%	13%	51%	56%

En plus des campagnes de suivi, des ripostes ont été organisées dans 150 Zones de santé de 9 provinces sur 11 (excepté le Bandundu et le Nord Kivu) suite à la confirmation des flambées épidémiques de rougeole.

c) Campagne de vaccination contre le TMN

Au cours de l'année 2012, les 31 Zones de Santé à haut risque TMN identifiées sur 83 ZS en 2010 ont organisé un ou deux passages de campagne de masse en faveur des femmes en âge de procréer. La moyenne de CV au VAT2 pour toutes les ZS des différentes provinces est supérieure à 90% (1.636.183 femmes en âge de procréer vaccinées contre 1.793.863 attendues). Ces résultats sont à mettre à l'actif de '*l'approche vaccination village par village*'. Cependant, le nombre de femmes vaccinées au 1^{er} passage est supérieur à la cible attendue. Ceci peut s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur, les erreurs de pointage ainsi que les mouvements incontrôlés des populations entre les ZS voisines. D'une manière générale, le taux d'abandon demeure élevé entre la 1^{ère} et la 2^{ème} dose.

Les difficultés rencontrées sont : la faible mobilisation des ressources en faveur des AVS TMN à tous les niveaux ainsi que la faible qualité dans la préparation et la mise en œuvre;

En mai 2013, un plan d'élimination TMN 2013-2015 a été élaboré. Une nouvelle classification des zones de santé a été réalisée et a identifié 75 zones de santé à haut risque TMN parmi les 516 que compte le pays qui faisaient l'objet des AVS TMN en 2013 et 2014. Notez que la majorité de ces ZS n'ont jamais organisé la campagne TMN.

En 2013, le tableau ci-dessous donne la synthèse des résultats des AVS TMN dans 75 ZS :

PROVINCE	Zones de Santé	Cible	Résultats des FAP vaccinées	
			CIBLE VACCINEE	Couverture VAT
Bandundu	5	158.756	156 930	99%
Equateur	20	469.729	262 103	55%
K. Oriental	1	46.462	47 747	103%
P. Orientale	27	711.872	548 279	77%
K. Occidental	16	616.589	623 001	101%
Katanga	4	170.174	149 512 -	86%
Sud Kivu	2	59.376	54 635	92%
TOTAL	75	2.232.957	1 842 207	82%

En Mai 2014, un 2^{ème} passage a été organisé dans 63 ZS à haut risque et un 3^{ème} passage en Novembre 2014 dans 41 ZS

d) Campagne de vaccination contre la fièvre jaune

En 2012, un cas de FJ a été confirmé dans la ZS de Mompono, dans le District de la Tshuapa à l'Equateur et n'a pas bénéficié d'une riposte suite aux raisons évoquées ci-haut.

Une riposte à l'épidémie de fièvre jaune a été organisée du 8 au 13 juillet 2013 dans trois ZS de l'antenne de Kabinda dans le province du Kasai Oriental.

Tableau 18 : Résultats de couverture vaccinale de la campagne contre la Fièvre Jaune obtenus:

Zones de santé	Cible attendue	Enfants vaccinés	CV (%)	Type AVS
Kamana	173848	182725	105.11%	riposte/9mois à plus
Lubao	189383	195877	103.43%	riposte/9mois à plus
LudimbiLukula	139955	136607	97.6%	riposte/9mois à plus
TOTAL	503186	515209	102.38%	

Notons que cette campagne s'est butée à un grand défi logistique pour l'expédition des intrants de Mbuji-Mayi à l'épicentre et pour le dispatching dans les ZS ; et en plus une rupture en carte de vaccination a été signalée dans la ZS Lubao au 4^{ème} jour de la campagne suite à une mauvaise gestion; 7 cas de MAPI mineures ont été notifiés.

Le tableau ci-dessus indique la synthèse des résultats des AVS de riposte contre la Fièvre Jaune organisées en 2014

Province	Antenne	Zone de Santé	Pop Cible	Total	CV
Katanga	Kabondo Dianda	Kinkondja	231 455	233 399	100,8%
Province Orientale	Buta	Bondo	99 160	228 704	230,6%
Province Orientale	Buta	Buta	173 779	175 235	100,8%
Total RDC			504 395	637 338	126,4%

Signalons qu'au cours de ses différentes campagnes, plus de 95% des cibles ont été atteintes

II.1.3 Intégrations d'autres interventions à la vaccination

Un consensus général s'est déjà dégagé sur la nécessité d'intégrer des interventions à haut impact sur la santé de mère et de l'enfant en RDC. L'existence du document de RSS et du Recueil des normes de la zone de santé qui déterminent le paquet minimum d'activités (PMA) et le Paquet Complet d'activités (PCA) dans les zones de santé ont facilité l'intégration des interventions dans l'optique de continuité des actions en vue de maintenir une bonne couverture.

Pour la routine, quelques zones de santé administrent la vitamine A ainsi que le déparasitage au Mebendazole aux enfants pendant les activités de masse. Cependant, ces interventions ne sont pas systématiquement planifiées et documentées. Les efforts doivent être faits par toutes les parties prenantes pour rendre effective cette intégration.

Le pays a organisé 3 fois la Semaine Africaine de Vaccination (SAV) de 2012 à 2014. Au cours de ces semaines, les interventions suivantes ont été menées : la vaccination de routine pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage au Mébendazole, la distribution des MILD, les activités de communication en faveur des interventions à haut impact sur la survie de l'enfant et de la mère.

Le pays a organisé la 4^{ème} Semaine Africaine de Vaccination (SAV) à la même période que la 2^{ème} phase de la campagne TMN. Au cours de cette semaine, la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés en PEV de routine ont été menée.

Toutefois, il sied de noter que certaines insuffisances ont été relevées dans l'organisation de la SAV, notamment la faible vulgarisation des directives claires au niveau des provinces et ZS.

II.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux vaccins

Depuis 2003, le pays s'est engagé résolument dans le processus d'introduction de nouveaux vaccins.

Après l'introduction du VAA en 2003, la RDC a élargi le spectre des nouveaux vaccins par l'introduction du vaccin contre l'hépatite virale B (Hep B) en 2007, les infections à *Haemophilus Influenzae type b* (Hib) en 2009 et enfin, l'introduction graduelle du vaccin contre le pneumocoque à partir de 2011 est achevée.

1) Vaccination contre la Méningite à Méningocoque (MenAfriVac)

La ceinture de la méningite à méningocoque A en Afrique s'étend vers le sud (épidémie dans la région des Grands Lacs en 2002) dont la RDC est l'un des pays. C'est pourquoi le pays est retenu comme pays prioritaire dans le cadre de l'effort mondial de contrôle accéléré de la méningite dans la région africaine de l'OMS, notamment avec l'introduction du vaccin conjugué MenAfriVac.

2) Vaccination contre les infections à Rotavirus

Le PPAC 2011-2015 prévoyait l'introduction du Rotavirus en 2014. Les leçons tirées de l'introduction du Hib et du PCV-13 en rapport avec les difficultés programmatiques et de cofinancement ont amené le pays à sursoir la décision de l'introduction du vaccin en dépit du poids de la maladie sur la mortalité infantile.

3) Vaccination contre le virus du papillome humain (HPV)

Dans le GVAP et au regard du poids présenté par le virus du papillome humain (HPV) dans la survenue du cancer du col utérin, le pays entend démarrer une surveillance en sites sentinelles. Cela permettra de préparer l'introduction du vaccin contre le HPV après 2015 et ciblera les jeunes filles de 10 à 14 ans.

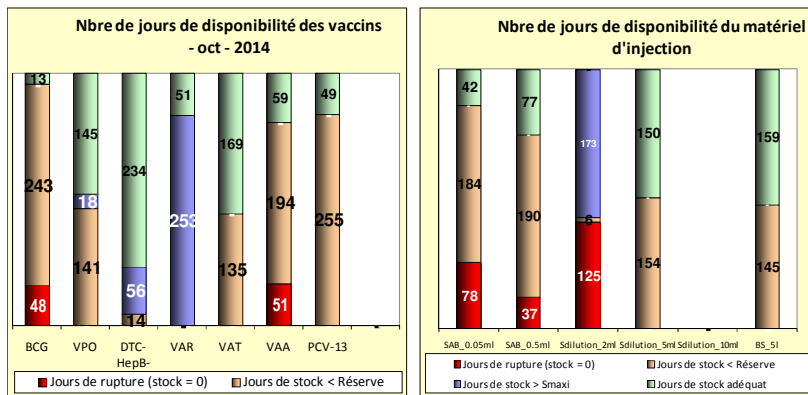
II.2 Approvisionnement et qualité des vaccins

Le Programme Elargi de Vaccination élabore, en collaboration avec l'UNICEF, des prévisions pluri annuelles en vaccins ; les besoins des quantités requises sont par la suite consolidés avec les données de micro planifications des zones de santé. Il sied de noter que le Gouvernement achète les vaccins traditionnels depuis 2013, les besoins ainsi estimés font l'objet des commandes à travers l'UNICEF ; et les nouveaux vaccins par GAVI.

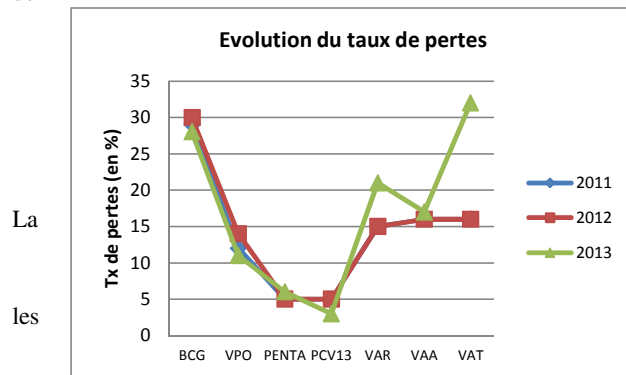
Ce chapitre passe en revue la gestion et la qualité des vaccins ainsi que leur distribution à différents niveaux du système de santé.

□ Gestion des vaccins

- La gestion des stocks se fait par respect des lots dont le suivi est aisé grâce au logiciel de gestion des vaccins. L'utilisation de ce logiciel a été vulgarisée dans tous les dépôts disposant d'un outil informatique.
- Cependant, vu l'immensité du territoire national, la disponibilité des vaccins en tout temps et à tous les niveaux constitue un grand défi pour le programme comme l'illustre le graphique sur la disponibilité en vaccins et des matériels d'inoculation ci-dessous.
- Graphique 4 : Situation de la disponibilité des vaccins et des matériels d'inoculation au niveau central en 2014



- Malgré des taux de disponibilité brute satisfaisants, le PEV central n'a pas été à l'abri de ruptures de



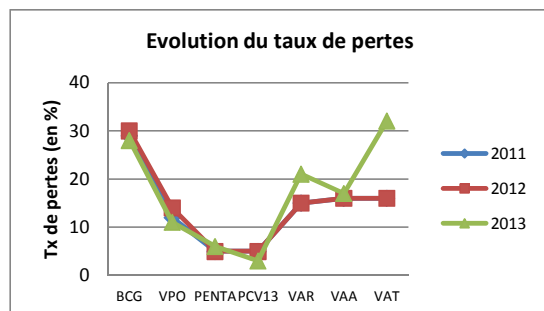
stocks de vaccins ; les approvisionnements ont en général été irréguliers dans le temps et en terme de quantités reçues ; les antigènes n'ont pas toujours été reçus au moment requis et en quantités requises. La gestion des stocks au niveau central a généralement été une gestion à flux tendu ; dès que stocks sont reçus ils sont immédiatement préparés pour être redistribués aux niveaux

intermédiaires laissant ainsi l'entrepôt central avec des stocks souvent en deçà du niveau de stock de réserve si ce n'est pas simplement la rupture de stock. C'est ainsi que, durant toute la période 2014, le pays a connu des ruptures de stock de 48 jours pour le BCG et 51 jours pour le VAA et nous avons aussi évolué avec les antigènes suivants en dessous du stock de réserve (PCV13 255 jours, VPO 141 jours, VAT 135 jours). Or l'entrepôt central dans sa planification devait pouvoir disposer de stocks de vaccins pouvant couvrir les besoins du pays pour 6 mois.

- En ce qui concerne les matériels d'injection, comme pour les vaccins, l'année 2014 a été caractérisée par des ruptures de stock de 78 jours de SAB 0,05 ml, de 37 jours de SAB 0,5ml et de 125 jours des seringues de dilution de 2 ml.
- Pour assurer un bon suivi des pertes des vaccins, la RDC dispose d'un système qui consiste à l'utilisation des formulaires à différents niveaux. Il s'agit du formulaire 1 pour le centre de santé et le formulaire 3 pour la zone de santé. Le formulaire 1 remonte les informations relatives aux vaccinations effectuées et à l'utilisation des vaccins au niveau opérationnel. Ces informations sont agrégées sur le formulaire 3 au niveau de la zone de santé et transmises aux antennes qui les saisissent dans la base des données DVD MT avant d'être transmises à la coordination provinciale puis à la direction nationale du PEV.

□

□ Graphique 5 : Evolution de taux de pertes des vaccins de 2011-2013



Le graphique 5 montre que les moyennes nationales des taux de perte de vaccins sont relativement basses. Ceci serait dû, entre autres, au maintien de monodose et de multidose utilisées au même moment pour le DTC-HepB-Hib en 2013 et à la formation des prestataires en CCL et lors de formation de l'introduction du vaccin PCV13 et aux supervisions formatives.

Malgré cette amélioration, les prestataires des ZS ne sont pas suffisamment formés en gestion des vaccins et certaines ZS ne disposent pas encore d'outil informatique. Il est à noter que la complétude des données de vaccination ne correspond pas très souvent à celle de la gestion des vaccins dans certaines zones de santé. La poursuite de l'utilisation de DVD-MT et SMT devrait permettre d'améliorer davantage la gestion des vaccins et autres intrants.

Qualité des vaccins

Le PEV de la RDC compte à ce jour 7 vaccins dans son calendrier vaccinal, dont 4 vaccins traditionnels (BCG, VPO, VAR, VAT) et 3 vaccins sous utilisés ou nouveaux (VAA, DTC-HepB-Hib, PCV-13). Tous les vaccins du Programme sont pré qualifiés par l'OMS et l'approvisionnement du pays se fait uniquement à travers la filière de l'UNICEF. La réception des vaccins se fait suivant le formulaire « Rapport de Réception de Vaccins (RRV) » dont l'analyse faite lors de la GEV montre que :

- Tous les vaccins reçus en 2014 étaient au stade 1 et qu'aucun indicateur de congélation (pour les vaccins sensibles à la congélation) n'a montré à la réception d'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 15 mois, ce qui est jugé 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 3 mois au niveau périphérique).
- Le PEV a géré en 2014 plus de 220 lots pour ses 7 vaccins du PEV systématique. C'est une situation assez préoccupante au vue des risques relevés d'erreur de gestion de ces lots. Il est à noter que les nouveaux vaccins : pentavalent (63 lots), PCV-13 (53 lots) raflent la palme de la diversité de lots reçus souvent dans des quantités relativement petites pour certains lots.

L'évaluation de la GEV a fait ressortir au niveau central et intermédiaire, le manque de cartographie de températures pour les chambres froides, le manque d'enregistrement continu des températures et de système d'alarme dans les chambres froides

Au niveau « zone de santé », les agents connaissent la plage correcte de température de conservation des vaccins et les vaccins sensibles à la congélation.

Les relevés manuels de températures ne sont pas bien archivés et il a été difficile de retrouver les relevés des 3 dernières années.

□ **Distribution des intrants :**

Le système d'approvisionnement établi par le programme est le système « push » où le niveau supérieur expédie les vaccins au niveau inférieur ; mais la revue externe montre que 85% des ZS vont chercher ou ont eu à aller chercher les vaccins à l'antenne ou à la coordination provinciale au cours de 2011 tandis que 42,6% des ZS reçoivent ou ont eu à recevoir des vaccins de l'antenne ou de la coordination provinciale.

Les périodes d'approvisionnement établies par niveau sont : 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 n'ont pas permis d'assurer une distribution à temps et en quantité conforme à ces périodes d'approvisionnement établies.

Les résultats de la revue montrent par exemple que le rythme d'approvisionnement mensuel établi est respecté pour 87% des Zones de santé alors que 98% des CS s'approvisionnent une fois par semaine.

Au niveau intermédiaire, la difficulté dans la distribution est due, entre autres, au manque de moyen de transport approprié et au faible financement du budget de distribution ; celui-ci ne répondant pas aux besoins exprimés par les antennes. A cela, il faut ajouter le rapatriement timide, vers les antennes et le niveau central, des glacières se trouvant dans les zones de santé.

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.

II.3 Logistique

Cette section aborde les éléments en rapport avec les infrastructures du PEV (bâtiments, parc chaîne de froid, matériels roulants), la politique de réhabilitation/maintenance des matériels ainsi que les coûts et financements y afférents.

□ **Bâtiments**

Au niveau national, le Programme dispose de 2 parcelles de 1500 m² abritant les bureaux et les entrepôts.

Au niveau des Provinces :

- 2 Coordinations sont dans les bâtiments PEV, 2 dans les HGR et 7 dans les DPS ;
- 7 Antennes dans les structures PEV, 22 dans les HGR, 12 dans les DPS, 2 dans les BCZS et 1 dans le bâtiment des Plantations Lever au Congo, ex PLZ ;
- 7 Dépôts Relais sous logés ; il s'agit de : (Watsa dans la Province orientale, Kabalo dans le Katanga, Buamanda et Bokungu à l'Equateur, Tshumbe dans le Kasai-Oriental, Punia au Maniema et Shabunda dans le Sud-Kivu). Dans la majorité des cas, ces espaces sont exigus et défectueux. Cette situation nécessite d'être améliorée dans l'optique du développement des infrastructures prôné par le PNDS et RSS Round2.

Capacité de stockage et de transport

Cette capacité est pénalisée par l'insuffisance de capacité de stockage net en positif, au regard de la nouvelle évaluation des volumes nets qui se réfèrent aux mesures des étagères installées, en lieu et place de facteurs de volumes anciennement définis. Le faible volume de toutes les chambres froides évaluées est dû en partie au nombre réduit d'étagères voire à une absence d'étagères, réduisant par conséquent la capacité nette de stockage.

Pour la production et le stockage des accumulateurs de froid congelés qui sont conditionnés plus tard pour le transport des vaccins, une chambre froide négative est utilisée.

Tableau n° X Capacités nettes disponibles et Capacités requises au niveau central

Désignation	Capacités nettes disponibles	Capacités requises(Besoins)
Capacité positive	65000 litres	181000 litres
Capacité négative	19000 litres	12404 litres
Capacités des conteneurs passifs	2800 litres	9243 litres
Capacités Ambiantes	1560 mètres cubes	1430 mètres cubes

Les espaces d'entreposage au sec offerts au PEV dans les entrepôts de l'Hôpital Général (Maman YEMO) ne sont pas suffisants pour les besoins actuels du programme. A défaut d'avoir ses propres entrepôts, le PEV devra toujours s'assurer que les espaces offerts dans ces entrepôts « temporaires » sont disponibles.

Par ailleurs, la difficulté en central est la gestion des conteneurs passifs envoyés avec des vaccins vers les coordinations provinciales et qui ne reviennent pas toujours à temps au niveau central pour permettre la continuité des livraisons sur d'autres sites.

La capacité de stockage total requise des intrants secs est de 891 m³ au niveau central et 1425 m³ au niveau intermédiaire. Cependant, la capacité disponible au niveau central et intermédiaire reste très précaire, soit respectivement de 420 m³ niveau central et 925 m³ au niveau intermédiaire. Pour remédier à cette insuffisance, le PEV sous-traite, au niveau central, le dépôt de l'HGR de Kinshasa dont le volume est de 297m³. Le pays envisage la création des entrepôts délocalisés dans les provinces du Katanga, la Province Orientale et dans le Kasai Occidental en vue de permettre la déconcentration de l'entrepôt du niveau central et rapprocher ainsi les vaccins des zones de santé.

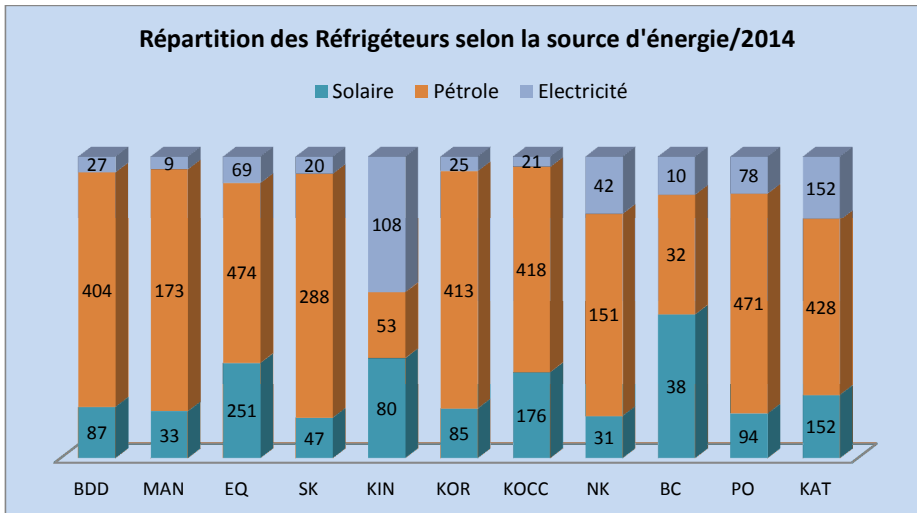
□ Chaîne du froid :

La chaîne du froid dans le pays se répartit aux niveaux national, provincial, des antennes PEV, des BCZS et des Centres de Santé. Un inventaire exhaustif de la chaîne du froid du PEV avait été effectué en 2011. A la suite de cet inventaire, les mises à jour sont effectuées de manière régulière.

Les résultats de ces inventaires montrent ce qui suit, entre autres:

- 32% des congélateurs et 29% des réfrigérateurs inventoriés ne fonctionnent plus. 31% des réfrigérateurs solaires et électriques à compression et 28% des systèmes à kérosène ne fonctionnent plus.
- La répartition moyenne nationale des réfrigérateurs par source d'énergie se présente de la manière suivante : 10% électriques, 68% à pétrole et 22% solaires.

Graphique 6 : Répartition des réfrigérateurs par source d'énergie



L'inventaire fait vers fin 2013 pour la préparation du proposal GAVI RSS II montre que 16% des Aires de Santé du pays seulement dispose de réfrigérateur fonctionnel.

Le taux moyen d'acquisition de nouveaux matériels est estimé à 500 unités par an au cours des 5 dernières années, alors qu'auparavant il était d'environ 300 unités par an.

Le dépôt central de Kinshasa dispose de 5 chambres froides négatives pour un volume net de 45.000 litres de conservation et 14 chambres positives de 130.000 litres net de conservation. La capacité de stockage est passée de 56.000 litres en 2005 à 134.000 litres en 2011 de volume positif et de 11.000 litres à 45.000 litres de volume négatif. Ces équipements ont été acquis avec le financement de l'UNICEF et de GAVI. Tous les matériels fonctionnent avec de l'énergie électrique. Le programme est pourvu également de 2 groupes électrogène.

Au niveau provincial, 9 coordinations provinciales sur les 11, disposent d'une paire de chambres froides d'une capacité en volume requis de 133 619 litres et en volume disponible de 51 547 litres. Toutes ces chambres froides répondent aux normes de conservation de l'environnement (sans CFC) et fonctionnent avec de l'énergie électrique. Ces dépôts sont également pourvus d'un groupe électrogène à démarrage automatique. Cependant, il faut signaler les difficultés d'approvisionnement en carburant pour le fonctionnement de ces groupes dans certaines provinces.

Dans le cadre du financement de la Banque Mondiale, chacune des 44 Antennes dispose actuellement d'une chambre froide et chaque dépôt est pourvu d'un groupe électrogène à démarrage automatique. Cependant, il faut signaler les difficultés d'approvisionnement en carburant pour le fonctionnement de ces groupes dans certaines provinces.

Au niveau opérationnel, chacun de 516 BCZS possède au moins 2 réfrigérateurs de 100 litres net par unité. 95% de ces BCZS disposent d'un congélateur de 172 litres net.

Les résultats de l'analyse des inventaires des matériels de la chaîne du froid au niveau des zones de santé démontrent que les capacités de stockage cumulées sont au-dessus des capacités

requis. Néanmoins pour des raisons d'accessibilité et du fait que ces capacités ne sont pas équitablement réparties dans les zones de santé, il y a nécessité de faire un redéploiement géographique des équipements afin de garantir l'accès aux vaccins à toutes les populations dans le respect de la politique nationale. En outre, le besoin de rendre autonome chaque CS en équipement de CdF reste une nécessité.

□ **Evaluation de la chaîne d'approvisionnement en vaccins :**

Le pays a organisé en 2014 l'évaluation de la chaîne d'approvisionnement en vaccins en utilisant l'outil de la GEV qui se base sur les 9 critères mondiaux retenus par l'OMS et l'Unicef. Tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ont été ciblés et les résultats repris dans le tableau ci-dessous fait un résumé de la faible performance réalisée par le pays.

Tableau XI : Scores par critère et catégorie aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement, GEV 2014

Critères	Moyenne	National	Coordinations	Antennes	Zones de santé	Aires de santé
E1: Arrivage/Réception vaccin	75%	75%				
E2: Température	62%	52%	69%	65%	66%	58%
E3: Capacité de stockage	60%	69%	54%	61%	68%	48%
E4: Bâtiments, équipement, transport	56%	54%	59%	57%	64%	45%
E5: Maintenance	48%	65%	55%	52%	49%	21%
E6: Gestion de stock	59%	67%	66%	70%	58%	33%
E7: Distribution	57%	60%	66%	54%	57%	46%
E8: Gestion des vaccins	82%	75%	89%	87%	79%	80%
E9: SIG, fonctions d'appui	64%	51%	81%	71%	62%	54%
Catégories						
Bâtiments	63%	63%	71%	61%	69%	50%
Capacité	62%	75%	52%	59%	76%	50%
Équipement	50%	42%	54%	53%	63%	40%
Gestion	58%	57%	67%	62%	58%	47%
Réparations/maintenance	48%	65%	55%	52%	49%	21%
Formation	85%	88%	93%	89%	78%	76%
Véhicules	45%	80%	47%	61%	39%	0%

Il ressort du tableau ci-dessus une insuffisance dans la majorité des critères à tous les niveaux excepté pour l'arrivée des vaccins et la gestion des véhicules au niveau central. Ces faibles performances sont dues essentiellement à l'insuffisance de suivi de la qualité des vaccins (absence d'enregistreur de température en continu et des moniteurs de gel dans les chambres froides), l'insuffisance de la maintenance du matériel et la rupture des pièces de rechange.

Il faut signaler également que l'absence de procédures opératoires normalisées et l'insuffisance dans le monitoring de la température de conservation des vaccins (enregistreur de température, freeze tag, Q-tag, fridge tag, ...) ont constitué des faiblesses importantes lors de cette évaluation

□ **Sécurité de la vaccination (sécurité des injections, gestion des déchets)**

Le pays a organisé en 2009 une évaluation de la Gestion des déchets biomédicaux dans 60 formations sanitaires, en collaboration avec l'OMS. Cette évaluation a révélé qu'aucune de formations sanitaires visitées ne dispose d'un équipement de traitement des déchets

biomédicaux répondant aux normes de l'OMS. Elle a également noté que, dans la majorité de cas, les personnels impliqués sur le terrain ont des connaissances limitées dans la sécurité des injections et la gestion des déchets biomédicaux. Tenant compte de cette insuffisance, le pays a élaboré un manuel de formation dans le domaine de la sécurité des injections et de gestion des déchets biomédicaux au cours de troisième trimestre 2010, avec l'aide d'un noyau d'experts multisectoriels dans l'optique du renforcement du système de Santé. Cependant, le manque de financement bloque la poursuite de la formation à grande échelle dans ce domaine.

Pour mémoire, la RDC s'est dotée, en 2008, d'une politique Nationale de la sécurité des injections et de gestion des déchets biomédicaux, couplé d'un document des normes et directives et d'un plan national stratégique, dans le cadre du renforcement du système de Santé. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des déchets Biomédicaux, la RDC a gagné au Round 9 du fond mondial, toujours dans le cadre du renforcement du système de santé, un financement pour la construction des incinérateurs préfabriqués West Disposal Unit dans 256 ZS dont aucun n'a été rendu disponible. Cependant, certaines zones de santé disposent des incinérateurs qui ne répondent pas aux normes, fonctionnant comme des fours.

□ **Transport**

a. Niveau central

La Direction du PEV dispose à ce jour de 11 véhicules dont 3 servent principalement au transport du personnel, 5 au transport des cadres de Direction, 1 grand camion frigorifique au transport de vaccins, 1 grand camion au transport des intrants secs et 1 Elévateur ainsi que 9 motos dont le processus d'acquisitions a commencé à 2012. La maintenance de ces matériels roulants est requise.

Niveau provincial

11 coordinations disposent des véhicules 4X4 dont 2 d'entre-elles (la coordination du Sud Kivu et celle de Maniema) ont des véhicules vétustes ayant déjà atteint plus de 150.000 Km et des 22 motos qui servent principalement aux activités de supervision et la distribution des intrants.

b. Niveau antennes

43 Antennes disposent des véhicules 4x4, des 93 Motos et 11 Hors-bord dont 5 à l'Antenne PEV Uvira, lesquels sont destinés à assurer l'appui logistique aux zones de santé ainsi que l'organisation des activités des supervisions. Tous ces hors-bords ne disposent pas des coques pour le transport des vaccins et autres intrants ainsi que les supervisions.

Niveau zones de santé

Les inventaires de la logistique actualisés en 2014 lors de l'élaboration du RSS2 ont montrés l'existence de matériels suivant :

- Vélos : 9 079 fonctionnels
- Motos : 824 fonctionnelles
- Hors bord : 70 fonctionnels
- Véhicules : 247 fonctionnels

□ **Fonctionnement et Maintenance**

A ce jour, le pays dispose d'un plan de maintenance structuré des équipements. Cependant, ce plan de maintenance concerne les matériels de chaîne du froid et de transport pour assurer les activités de vaccination. Au niveau national et des provinces, il existe des contrats de maintenance pour l'entretien des équipements existants pour l'entrepôt central et seulement 34 entrepôts du niveau intermédiaire sur 64 existants avec l'appui de l'Unicef.

Au niveau des Antennes et Coordinations PEV la maintenance curative des équipements est assurée par le secteur privé de manière ponctuelle à certains endroits. Au niveau opérationnel, les équipements de la chaîne de froid (solaires DC, solaires SDD, absorption) déployés dans le pays, leur maintenance préventive est assurée par les équipes cadres du BCZS et la maintenance curative est assurée de fois par le secteur privé et les Techniciens PEV du niveau central et du B 13. Par rapport aux pièces de rechange (mèches, brûleurs, carottes, ...) les besoins sont identifiés annuellement et financés par le gouvernement, UNICEF et divers partenaires.

Conformément aux normes et directives du programme, la maintenance préventive et curative des matériels roulants est définie dans l'approche de sous-traitance à tous les niveaux. Celle-ci est effective au niveau central. Quant aux coordinations et Antennes cela reste un problème.

Pour ce qui concerne l'approvisionnement des réfrigérateurs en pétrole, les zones de santé appuyées par les partenaires en reçoivent régulièrement, pour celles sans appui, le fonctionnement de la chaîne du froid est précaire. On note que l'approvisionnement en pétrole relève de la responsabilité de chaque province.

Surveillance et lutte contre les maladies évitables par la vaccination

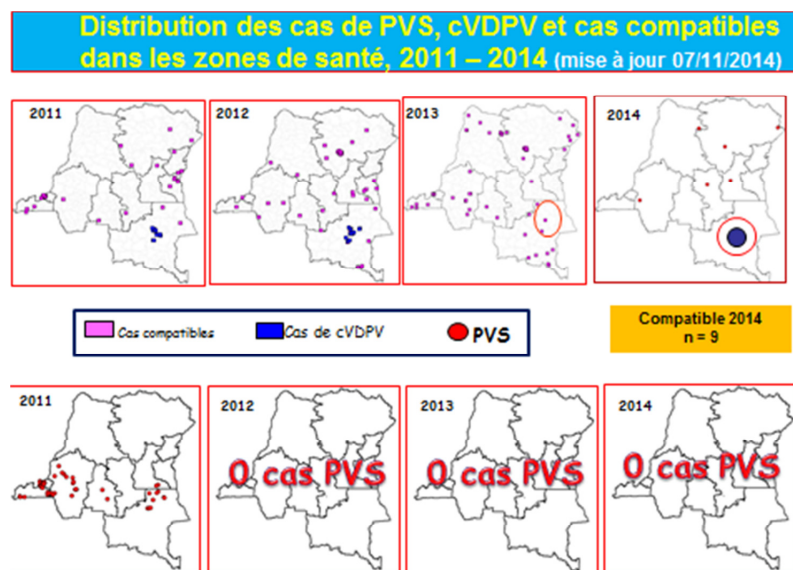
L'analyse de la situation de la surveillance pour les principales maladies évitables par la vaccination retient les éléments ci-après.

2.4.1. Surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA)

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

Figure 3 : Cas de PVS & VDPV de 2011 à 2014

Le pays a eu la confirmation d'un cas de cVDPV dont la date de paralysie remonte au 23 Août 2014, dans la zone de santé de MANONO ; mais il y a eu aussi 43 cas compatibles en 2012 ; 54 en 2013 et 28 jusqu'au 7 novembre 2014.



Les principaux indicateurs de la surveillance PFA pour l'ensemble du pays sont depuis plusieurs années au niveau des standards de certification ; mais des gaps subsistent au

niveau de quelques provinces et zones de santé. En ce qui concerne la satisfaction pour les deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA à savoir le taux de PFA non polio et la proportion de 2 selles prélevées dans les 14 jours à partir du début de la paralysie, la situation est résumée dans le tableau ci-dessous pour la période de janvier 2011 à Novembre 2014.

Tableau XII : Indicateurs de performance de la surveillance des PFA, 2012 au 7 novembre 2014

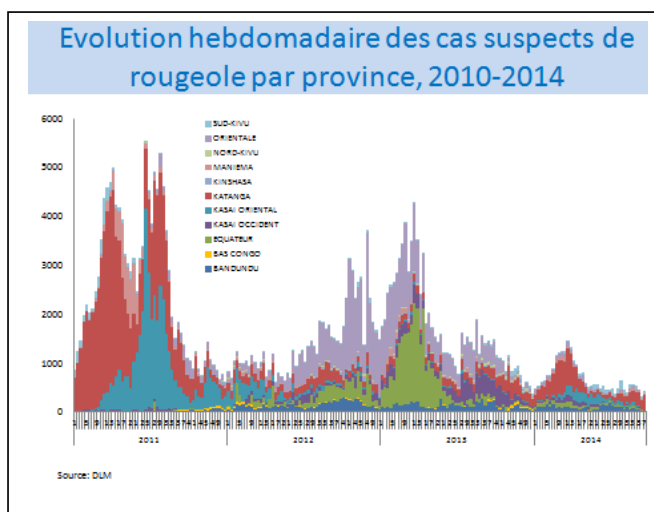
Provinces	2012			2013			De Janvier - Octobre 2014		
	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS
Bandundu	3,38	84,4	0	5,46	88	0	4	92	0
Bas Congo	2,96	82,8	0	5,5	85,6	0	3	92	0
Equateur	6,88	84,9	0	4,72	81,9	0	3,6	87	0
Kasai Occ	4,07	91,9	0	3,79	90,4	0	3,5	88	0
Kasai Or	3,39	90,4	0	4,11	90,1	0	4,1	87	0
Katanga	5,18	76,2	0	4,17	82	0	3,7	82	0
Kinshasa	2,32	88,1	0	2,55	79,2	0	2,7	83	0
Maniema	4,91	80,7	0	4,45	86,6	0	5	91	0
Nord Kivu	1,92	84,5	0	3,75	88,3	0	2,5	87	0
Orientale	5,78	85,5	0	4,87	83,3	0	4,9	86	0
Sud Kivu	4,71	85	0	3,58	92,9	0	3,5	89	0
RDC	4,26	84,4	0	4,2	85,8	0	3,7	87	0

Cette situation démontre que le système de surveillance PFA actuel n'est pas suffisamment sensible pour détecter de cas éventuel de PVS dans les provinces moins performantes (Kinshasa, Nord Kivu et Katanga) serait due entre autres à :

- La faible recherche active des cas de PFA dans les sites prioritaires.
- Insuffisance de la documentation à différents niveaux de cette recherche active
- Une insuffisance d'appropriation des activités de surveillance par le personnel de santé.
- L'insuffisance des moyens de déplacement surtout dans les zones d'accès difficiles

1.1.3.2 Surveillance de la Rougeole

□ Graphique 7 : Evolution des cas suspects de rougeole de 2011 - 2014

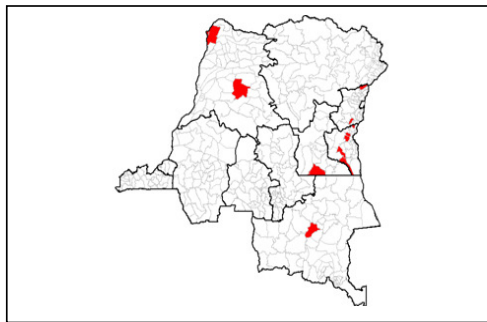


□ La mise en œuvre des campagnes de suivi a permis de réduire le nombre des cas suspects de rougeole notifiés par année, dans le cadre de la surveillance intégrée. Ce nombre est passé de 134 041 cas en 2011 à 32426 cas en 2014 soit une réduction de **76 %**.

□ Le taux de létalité attribuable à la rougeole est passé de 1,2 en 2011 à 2,7% en 2012 ; 1,6% en 2013 et 1,1% en 2014. La

réduction de la létalité due à la rougeole est due à l'amélioration de la prise en charge par la disponibilité des kits au niveau opérationnels et aussi par le fait de l'amélioration de l'immunité avec les campagnes de suivi qui font que les enfants vaccinés ne puissent pas faire les formes compliquées de rougeole. Cependant, quelques Zones de santé ont présenté des flambées épidémiques confirmées au laboratoire au moins un mois après la campagne de suivi. Au total le nombre des ZS avec épidémie de rougeole est passé de 171 à 25 ZS entre 2011 et 2014. La persistance des ZS avec flambées serait due à la faible couverture immunitaire collective ayant comme corollaire, l'accumulation des enfants susceptibles.

Figure 4 : Représentation des ZS avec au moins 3 cas IgM+ de rougeole et flambées épidémiques en post campagne de suivi VAR Sem44, 2014



Cette figure montre les ZS où les épidémies rougeole ont été confirmées en post campagne suivi organisé entre septembre 2013 et Aout 2014.

Par ailleurs, la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole reste inférieure à 80% pour la majorité des provinces. Cette situation est due à la faible intégration de la surveillance rougeole à la surveillance PFA dans le cadre de la recherche. En effet seulement ...xx. ? % de ZS ont notifiés au mois un cas suspect de rougeole. Néanmoins le taux d'affections fébriles non rougeoleuse au niveau national est au dessus de la norme de $\geq 2/100\ 000$ hab.

Par ailleurs, la proportion des échantillons qui arrivent au laboratoire dans le délai de 30 jours est satisfaisante au niveau national. Des efforts doivent être fournis pour l'amélioration, de la qualité de l'information collectée à la base en rapport avec les cas investigués certaines informations clés manquent notamment le statut vaccinal de l'enfant.

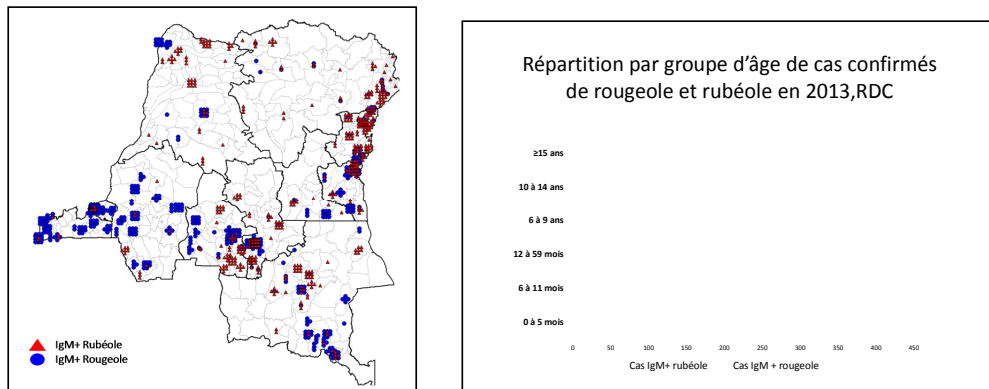
Tableau XXX : Evolution du nombre des échantillons positifs pour la rougeole et la rubéole de 2011 à 2014.

N°	Provinces	2011		2012		2013		2014	
		Echantillons testés		Echantillons testés		Echantillons testés		Echantillons testés	
		3870		3020		3661		2771	
		IgM+ Roug	IgM+ Rub	IgM+ Roug	IgM+ Rub	IgM+ Roug	IgM+ Rub	IgM+ Roug	IgM+ Rub
1	Bandundu	35	31	183	79	46	121	121	13
2	Bas Congo	99	22	44	71	41	87	104	5
3	Equateur	3	24	280	31	168	101	47	87
4	Katanga	270	70	114	64	88	222	119	139
5	Kinshasa	58	62	111	190	53	29	215	7
6	K Occidental	61	11	56	3	109	57	89	73
7	K Oriental	292	19	42	0	7	13	130	120
8	Maniema	30	5	79	3	28	14	16	11
9	Nord Kivu	21	16	51	5	75	68	34	171
10	Pr Orientale	53	43	239	30	151	50	18	73
11	Sud Kivu	90	17	31	1	39	4	66	62
	RDC	1012	320	1230	477	805	766	959	761

Ce tableau montre une augmentation progressive des échantillons positifs IgM pour la rubéole qui ne fait pas partie de la surveillance. Cette découverte fortuite à partir des échantillons négatifs montre la nécessité de mettre en place un système de surveillance du syndrome de rubéole congénital dans le cadre des sites sentinelles.

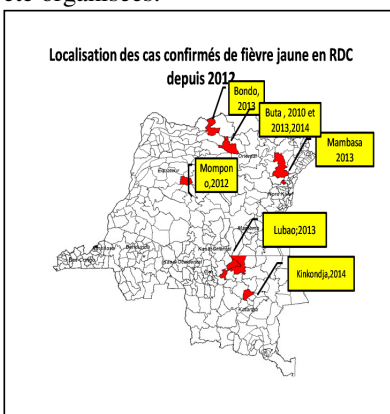
Une analyse fait sur les cas positifs montre que la majorité survient entre l'âge de 5 ans et 10 ans , au delà de 14 la rubéole devient rare à cause du développement des anticorps .une étude de CDC a montré que plus de 80% des femmes ont des anticorps à partir de 15 ans. Néanmoins le risque de tératogénicité persiste . D'où la nécessité d'aspérer à l'introduction d'un vaccin combiné RR qui en plus va diminuer l'incidence des affections fébriles éruptives morbilleusess se confondant à la rougeole.

Figure : Répartition des casIgM+ de rougeole et rubéole positifs de à la semaine 44 , 2014



□ Surveillance de la Fièvre Jaune

Depuis 2010, la RDC fait l'objet des épidémies de plus en plus rapprochées de fièvre jaune. La carte ci-dessous montre les provinces qui ont été affectées par la fièvre jaune et où les ripostes ont été organisées.



Néanmoins, sur le plan des indicateurs de la surveillance on note une faible proportion des ZS qui notifient au moins un cas suspect de fièvre. En dépit du bon score pour le taux d'investigation des cas.

Des directives doivent être renforcées sur la recherche active des cas surtout dans ce contexte de résurgence des épidémies

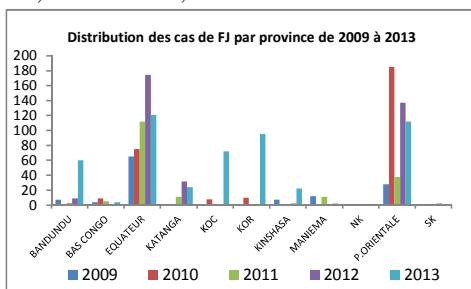
Avec l'introduction du vaccin anti amaril en RDC, cette surveillance a été redynamisée en 2002. La République Démocratique du Congo a introduit le vaccin anti amaril (VAA) dans son calendrier de vaccination de routine en

2003 pour les enfants de 9 mois.

La surveillance au cas par cas est effective dans le pays mais cette surveillance n'est pas sensible, il y a une sous notification de cas suspects de fièvre jaune. Une analyse récente au 30 septembre 2014 a montré que seulement 40 zones de santé comparé à 85 zones de santé au 30 septembre 2013 sur les 516 ayant rapporté au moins 1 cas suspect, aussi les investigations de cas ne se font pas dans la plupart des cas et une épidémie peut passer inaperçue. Malgré l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune en 2003 en RDC, une grande partie de la population n'est pas atteinte par la vaccination.

Graphique 1 : Distribution par province des cas suspects de FJ en RDC, 2009-2013

En 2013, 512 cas suspects ont été notifiés parmi lesquels 10 cas confirmés IgM+ (ZS Kamana 3 cas, Lubao 4 cas, Mambassa 1 cas et 2 cas à Buta) par le laboratoire régional de référence basé à Dakar et une riposte a été organisée autour de ces cas dans la province du Kasaï Oriental (ZS Kamana, Lubao et Ludimbi Lukula).



Depuis 2009, 10 provinces de la RDC à l'exception de la province du Nord Kivu, ont notifié les cas suspects de la fièvre jaune. Toutefois, la province de l'Equateur et la Province Orientale ont rapporté plus de cas suspects de fièvre jaune.

Dans l'ensemble par rapport aux indicateurs de la surveillance FJ, on note une faible proportion des ZS notifiant au moins un cas suspect de FJ par rapport à la norme de 80% pendant la période (40/515 ZS, soit 7%). Les raisons de cette faiblesse sont attribuables aux difficultés d'ordre logistiques et financières pour le prélèvement et le transport des spécimens (frais encourus). Par ailleurs, la formation en surveillance qui a été organisée à plus ciblée les équipes cadres des zones de santé. Il ressort que la formation des IT a été partiellement réalisée.

□ Surveillance du TNN

La RDC fait parti des six pays au monde qui regorgent à eux seuls 50% des décès maternels. En effet, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 846 pour 100 000 NV (EDS 2013) malgré un taux de CPN1 élevé et croissant : 88,4% (EDS 2013) et une proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 80,1% (EDS 2013). Les femmes enceintes ne reçoivent pas encore tout le paquet de soins prénataux prévus aux différentes visites. Le taux de CPN4 est encore faible et tend à la baisse : 48% (EDS 2013). Parmi les causes de décès maternel, 14,9% des cas sont dus aux pathologies infectieuses y compris le Tétanos.

Le ratio de mortalité infanto juvénile est estimé à 104 pour 1 000 NV (EDS 2013). Le ¾ de ces décès survient durant la première semaine de vie (OMS 2006). Les études de Lawn, Cousens et Zupan en 2005 ont révélé que parmi les causes principales des décès néonataux, les pathologies infectieuses constituent 36% dont 26% composés par le sepsis et la pneumonie, 7% par le tétanos et 3% par la diarrhée. Autrement dit, parmi les causes infectieuses de décès néonatal, le tétanos se retrouve dans 1 sur 5 cas (20%).

Les investigations faites sur la qualité des données de vaccination et de surveillance en provinces ont montré des faiblesses à tous les niveaux. La dernière enquête de couverture vaccinale conduite par l'École de Santé Publique de la RDC en 2012 a relevé des variations importantes entre les provinces. Concernant les couvertures de VAT2+, la moyenne nationale est à 61,7 % avec de fortes disparités entre les provinces : 82 % à l'Équateur et au Bas-Congo,

61% en Province orientale, 58,6% au Maniema, 47,1% au Sud-Kivu et 28,4% au Kasai Occidental.

Malgré les efforts fournis par le Pays pour organiser les AVS TMN, la dernière reclassification des zones de santé à haut risque TMN faite en mai 2013 a identifié 75 ZS à haut risque TMN ciblant 2 232 957 femmes en âge de procréer dans 7 provinces (Bandundu, Equateur, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Orientale et Sud Kivu) du pays. Des AVS ont été menées dans ces ZS en 2013 et 2014 dont 12 zones de santé ont réalisé un seul passage, 22 ont réalisé deux passages et 41 ont réalisé 3 passages.

Le pays continuera à appliquer les quatre stratégies recommandées par l'O.M.S., L'UNICEF et l'UNFPA, à savoir :

- La vaccination des femmes enceintes contre le Tétanos au cours des CPN ou des sessions de vaccination de routine ;
- La vaccination des femmes en âge de procréer contre le Tétanos dans les zones de santé à haut risque au cours des campagnes ;
- La promotion des accouchements propres et les soins du cordon chez les nouveaux nés ;
- La surveillance du tétanos néonatal.

En général, les indicateurs de la santé de la mère et du nouveau né ont connu une amélioration sensible les dix dernières années. En effet, la CV VAT2+ est passée de 48% en 2003 à 88,5% en 2012, le taux de CPN est passé de 68% en 2006 à 87% en 2010 et le taux d'accouchements assistés à 74% en 2010 (voir enquête MICS 2010).

La surveillance du TNN est caractérisée encore par la sous notification des cas. Cependant, compte tenu de la faible utilisation des services de santé, on estime que moins de 10 % des cas de TNN sont rapportés par le système de surveillance de routine.

Tableau XIV : Données comparatives des cas et décès de TNN par province de la RD Congo de 2012 à 2013

Provinces	2012		2013		2014	
	% cas TNN investigué	% riposte autour du cas	% cas TNN investigué	% riposte autour du cas	% cas TNN investigué	% riposte autour du cas
BANDUNDU	4,54	20	4,54	20	4,3	0
BAS CONGO	9,1	100	9,1	100	0	0
EQUATEUR	20,2	71,2	20,2	71,2	6,2	25
KATANGA	4	0	4	0	36,7	100
KOC	1	0	1	0	2,6	0
KOR	30,2	34,7	30,2	34,7	38,9	52
KINSHASA	20	14,3	20	14,3	3,6	0
MANIEMA	20	0	20	0	39,5	0
NK	0	0	0	0	0	0
P.ORIENTALE	15,7	17,2	15,7	17,2	9,9	82
SK	0	0	0	0	55,6	0
TOTAL	15,2	40,8	15,2	40,8	14,6	31,5

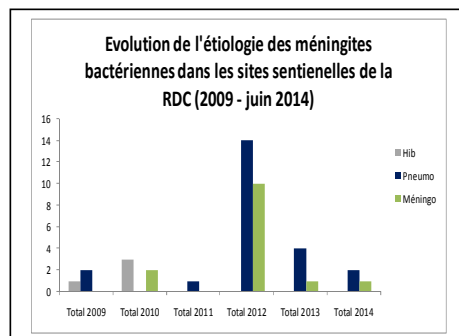
Source : Base des données TNN de la surveillance au cas par cas

❑ Surveillance sentinelle pour les nouveaux vaccins :

Mise en place depuis 2009, la surveillance sentinelle pour les nouveaux vaccins a permis de collecter les données en rapport avec les nouveaux vaccins introduits dans le programme.. La surveillance des MBP a connu un certain nombre de problèmes à son démarrage liés à la faible implication des cliniciens des sites, la difficulté de conservation des échantillons et d'isolement des germes.

Indicateurs	2012	2013	2014
% des cas de méningite suspecté ayant fait l'objet de test Hib	73%	47%	22%
% des cas de rota ayant fait l'objet de test Elisa	62%	64%	46%

Ci dessous les résultats de cette surveillance de 2012 à 2014. Elle permet aussi de mesurer l'impact du vaccin Hib et PCV13. Cette surveillance couvre deux provinces dans trois hôpitaux dont deux dans la ville province de Kinshasa (Hôpital Pédiatrique de Kalemelembe et Centre Hospitalier de Kingasani) et à Lubumbashi dans la province du Katanga (Hôpital Provincial Sendwe).



❑ Ces trois sites ont mis en place concomitamment la surveillance des gastroentérites à Rotavirus et celle des méningites bactériennes en milieu pédiatrique pour la recherche des infections à Haemophilus influenzae de type b, à Streptococcus pneumoniae et à Neisseria meningitidis. Ces sites ne couvrent pas l'ensemble de la population du pays. En outre, depuis 2014, la surveillance des sites rencontre des difficultés d'ordre financière consécutif à l'arrêt de financement du projet SURVAC. On note en plus le non démarrage de la surveillance du syndrome de rubéole congénital et HPV. Cette surveillance utilise les laboratoires de référence de MEDUNSA, SA et de CDC Atlanta, USA, pour le génotypage et le contrôle de qualité.

❑ Autres maladies

La surveillance des autres maladies évitables par la vaccination (coqueluche et diphtérie) est faite dans le cadre de la surveillance intégrée avec notification hebdomadaire. Il serait souhaitable que le laboratoire national de référence soit doté en milieu de culture spécifique ou d'autres techniques pour la détection de Bordetella pertussis. La diphtérie qui autrefois était un agent redoutable des laryngites obstructives pseudomembraneuses est aujourd'hui sous contrôle en RDC grâce à la vaccination.

❑ Surveillance des MAPI

Avec l'introduction du nouveau vaccin (PCV-13) le Comité de surveillance des manifestations adverses post immunisation (MAPI) a été redynamisé grâce notamment à l'appui du centre national de pharmacovigilance de la faculté de pharmacie de l'Université de Kinshasa. Les différents outils ont été produits et diffusés dans les Zones de Santé. Le comité de surveillance des MAPI travaille dans le cadre du renforcement de l'Autorité Nationale de Régulation (ANR)

conformément aux activités reprises dans le plan de développement institutionnel (PDI). Les grandes difficultés pour la surveillance des MAPI sont l'absence d'un outil permettant une collecte systématique de ces données par les structures qui vaccinent, la non prise en charge gratuite des cas de MAPI, la sous notification des cas de MAPI, l'absence de classification finale des cas de MAPI (lien de causalité), l'inexistence d'un arrêté ministériel portant création et organisation du comité MAPI, l'absence des fonds pour les MAPI et l'investigation sporadique des cas de MAPI surtout lors des campagnes .

Pour les Activités de vaccination supplémentaire

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 et TMN à cause du refus.

En effet, si lors des campagnes de vaccination contre la rougeole, les refus sont quasi inexistant, lors des campagnes polio, par exemple, ils sont la deuxième cause de non vaccination d'enfants après les absences, dont la plupart sont d'ailleurs des formes déguisées de refus, selon l'étude sur les raisons sociales des enfants manqués réalisée en 2011.

Cet état des choses est dû notamment à l'existence de groupes résistants à la vaccination lors des AVS polio, à la faible confiance vis-à-vis des AVS et de la répétitivité des campagnes, aux rumeurs sur la vaccination, à la faible perception du risque de polio par la communauté et l'insuffisance des activités de communication en direction des femmes en âge de procréer et de certains groupes résistants dans certaines aires de santé.

Les rapports d'évaluations 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. Parmi les rumeurs les plus répandues, on peut citer entre autres : les vaccins sont considérés comme étant dangereux pour la santé, ils engendrent de nombreux effets secondaires (dont les diarrhées), ils sont un poison introduit par l'homme blanc, etc.

Toutefois, il faut préciser que depuis 2011, des efforts considérables continuent d'être entrepris par le Gouvernement et ses partenaires dans ce cadre. Ces efforts ont porté sur la mise en œuvre des stratégies novatrices pour améliorer la confiance au vaccin (vaccination publique des autorités et des célébrités), augmenter la perception du risque (témoignage public des victimes : parents des victimes de la polio, marche des victimes de la polio, diffusion des spots basée sur les témoignages des victimes de la polio), susciter la participation des leaders communautaires dans la recherche active des enfants non vaccinés lors AVS (suivi communautaire). Des consultants nationaux en communication ont été également recrutés chaque année dont 19 en 2012 pour appuyer les provinces et les antennes à faible performance, à côté des volontaires du Stop Team.

Ces efforts ont permis de réduire les résistances de nature religieuse dans les provinces. Sur un total de 60 groupes réfractaires, seuls moins d'une dizaine, pour la plupart irréductibles, sont restés opposés à la vaccination. Il s'agit essentiellement des groupes religieux ou sectaires à moyenne ou petite échelle (parfois un seul village) qui sont réfractaires à la vaccination et, dans certains cas, à tous les services de santé (p. ex. dans le Tanganyika). Ils ont aussi permis de maintenir un bon niveau d'information des parents lors des AVS polio (au-dessus de 90% depuis 2011) et la diversification de canaux de communication.

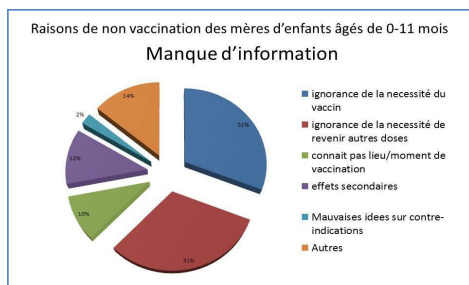
II.4 Communication pour le PEV

L'analyse en matière de communication en faveur du PEV s'est focalisée sur les trois interventions, à savoir la vaccination de routine, les activités de vaccination supplémentaire et la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Analyse de la communication pour la vaccination de routine

L'enquête EDS –RDC 2013 a montré que 81% des enfants sont vaccinés en Penta 1 et 61% Penta 3, 92% des enfants vaccinés en VPO1 et 66% en VPO3. Il existe des déperditions importantes entre la 1ère et la 3ème dose, à 25 % pour le Penta et à 28 % pour le VPO et cela varie selon les provinces également.

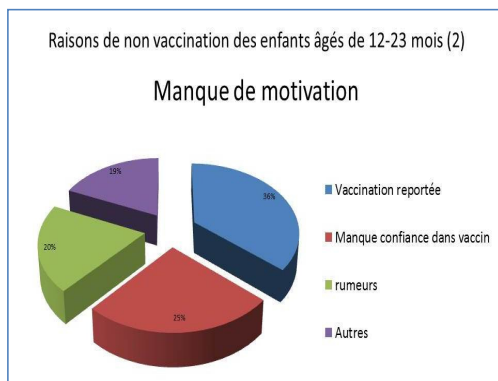
Graphique 11 : Raisons de non vaccination des mères d'enfants âgés de 0-11 mois



Le principal problème de la communication pour le Programme Elargi de Vaccination est la **faible demande des services de vaccination de routine** par les parents et les gardiens des enfants de moins d'un an.

Source: Enquête de couverture vaccinale, 2012

Graphique 12 : Raisons de non vaccination des enfants âgés de 12-23 mois



Selon les résultats de la même enquête de couverture vaccination, cette faible demande est due notamment à la faible information des parents et gardiens d'enfants sur l'importance de la vaccination et du respect du calendrier vaccinal, les maladies évitables par la vaccination ainsi que l'importance, le lieu et la date du rendez-vous. L'enquête révèle aussi que certains parents ne sont pas motivés à faire vacciner leurs enfants soit par peur des effets secondaires, soit à cause des rumeurs, soit encore à cause du manque de confiance

au vaccin.

Source : Enquête de couverture vaccinale, 2012

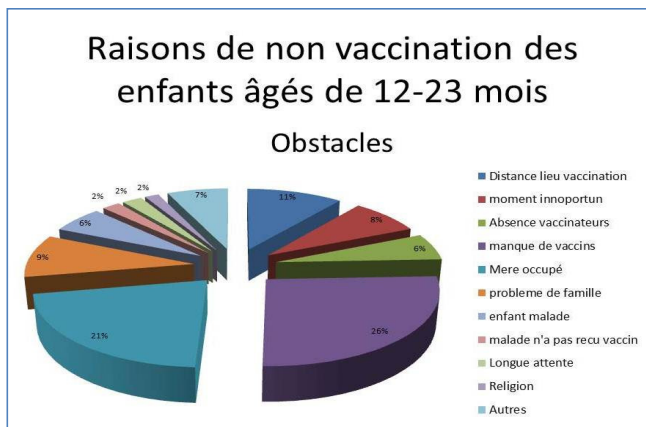
Obstacles liés à la qualité des services de vaccination

Les obstacles liés à la mauvaise qualité des services de vaccination constituent également une des causes majeures de la faible demande de la vaccination dans le pays. Selon l'étude sur les raisons sociales des enfants manqués lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite menée en **novembre 2011 et publié en 2012**, qui aborde également les questions liées à la routine, les raisons de la faible demande sont de différents ordres notamment :

- économique : coût de la pesée, coût des effets secondaires attribués à tort ou à raison aux vaccins, diarrhées, céphalées, prise en charge des infirmiers ;
- temporel : longue durée d'attente au centre de santé, dates et horaires non flexibles, une seule séance organisée par mois qui provoque une forte affluence ;
- géographique : longue distance jusqu'au CS ;
- logistique : ruptures fréquentes des stocks de vaccins.

La conjonction des trois premiers facteurs fait qu'au regard du coût d'opportunité, la vaccination est souvent reléguée au second plan par rapport à d'autres activités dont les parents ont la charge, qu'elles soient génératrices de revenu ou sociales.

Graphique 13 : Raisons de non vaccination des enfants âgés de 12-23 mois (obstacles)



L'enquête de couverture vaccinale confirme ces résultats. A eux seuls, la distance du centre de vaccination (23%), le manque de vaccins (26%) et la priorisation d'autres activités (28%) représentent les trois quarts des obstacles à la vaccination cités par les parents.

A ces facteurs s'ajoutent d'autres liés notamment à la faible participation des communautés à la promotion de la vaccination, aux faibles capacités institutionnelles et des ressources

humaines en communication pour la vaccination, à l'insuffisance des ressources allouées à la vaccination et à l'engagement encore faible des autorités en faveur de la vaccination de routine.

En effet, le Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé (PNCPS), qui a en charge l'orientation stratégique et la coordination des activités de communication sur la santé en RDC connaît un faible niveau de fonctionnement. Au niveau provincial, il existe des points focaux communication au sein des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et la quasi-totalité des zones de santé disposent d'animateurs communautaires, responsables des activités de communication et de participation communautaire. Si des efforts sont en cours pour renforcer les capacités en communication de ces cadres des niveaux provincial et opérationnel, la quasi-totalité des relais communautaires et des agents de santé pourtant chargés d'assurer la communication avec les familles ne sont pas formés et souvent démotivés. La revue externe du PEV montre que près de 90% des structures visitées (à différents niveaux) souffrent de manque de matériels et de supports de vaccination. Les supports de communication présents dans les zones de santé sont la boîte à images (BI) intégrée et la Carte Merci (Aide-mémoire de l'agent de santé) mais en quantité insuffisante. La revue a noté l'inexistence de plans de communication basés sur les données sociales dans plus de trois quart des zones de santé du pays. La nouvelle politique du ministère de la santé publique a instauré l'élaboration des Plans d'Action Opérationnels dans les zones de santé. Cependant, dans la majorité de ces zones, la composante communication (liens avec la communauté) n'est que faiblement intégrée dans les plans d'action. Et quand bien même elle y est intégrée, sa mise en œuvre est très souvent sujette à caution. Pour parer à cette insuffisance, 212 zones de santé sur 515 ont pu, avec l'appui de l'UNICEF, développer et mettre en œuvre des micros plans de communication pour le PEV en

2013. Dans bon nombre des autres zones, les agents chargés de la communication ne travaillent que sur la base d'activités ponctuelles et événementielles, notamment lors des campagnes.

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 souligne que l'apport des CODESA et des ReCo a été accru dans les localités visitées. 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.

En ce qui concerne les ONGs, avec l'appui de Gavi-OSC, quatre organisations de la société civile : ARCC dans la province du Kasai Oriental (9ZS), la CRRDC dans la province de l'Equateur (7ZS), le CNOS dans le Kasai Occidental (4ZS) et dans la province Orientale (4ZS) et SANRU dans le Katanga (9ZS), interviennent dans la sensibilisation et la récupération des enfants, le renforcement de structures de participation communautaire et des organisations à assises communautaires locales.

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. Cependant, il est important de consolider ce partenariat en renforçant les capacités de ces églises en approches communautaire plus participatives.

Le faible financement de la communication pour la vaccination de routine est un des principaux goulots d'étranglement. Il a été noté que l'une des principales raisons de la faible exécution des plans de communication là où les plans sont disponibles est le faible financement de la communication pour la vaccination de routine.

Les efforts de plaidoyer en direction des autorités politico administratives commencent à porter des fruits : inscription de la vaccination dans le budget de l'Etat, début d'achat de vaccins, décaissement d'une partie de la contrepartie gouvernementale dans le cofinancement de la vaccination. En province, certains gouvernements provinciaux (Katanga, Equateur, Bandundu, Bas Congo, Kasai Oriental, Kasai Occidental, Province Orientale et au Nord-Kivu) ont également contribué à l'achat du pétrole, à l'achat des seringues BCG, au transport des intrants de Kinshasa vers la province et de la province vers les zones de santé. En province, les assemblées et les exécutifs provinciaux du Bas Congo, du Kasai Occidental, du Kasai Oriental et de la Province Orientale ont été sensibilisés sur l'importance de la vaccination. Ces efforts doivent être renforcés et poursuivis dans les 7 autres provinces.

Ces efforts doivent être poursuivis et renforcés.

Pour les Activités de vaccination supplémentaire

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 et TMN à cause du refus.

En effet, si lors des campagnes de vaccination contre la rougeole, les refus sont quasi inexistant, lors des campagnes polio, par exemple, ils sont la deuxième cause de non vaccination d'enfants après les absences, dont la plupart sont d'ailleurs des formes déguisés de refus, selon l'étude sur les raisons sociales des enfants manqués réalisée en 2011.

Le monitoring indépendant des JNV d'octobre 2013 chiffre à 16 %, la proportion des enfants non vaccinés dû au refus. Lors des AVS TMN, la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner est estimée à environ 10 %.

Cet état des choses est dû notamment à l'existence de groupes résistants à la vaccination lors des AVS polio, à la faible confiance vis-à-vis des AVS et de la répétitivité des campagnes, aux rumeurs sur la vaccination, à la faible perception du risque de polio par la communauté et l'insuffisance des activités de communication en direction des femmes en âge de procréer et de certains groupes résistants dans certaines aires de santé.

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. Parmi les rumeurs les plus répandues, on peut citer entre autres : les vaccins sont considérés comme étant dangereux pour la santé, ils engendrent de nombreux effets secondaires, ils sont un poison introduit par l'homme blanc, etc.

Toutefois, il faut préciser que depuis 2012, des efforts considérables continuent d'être entrepris par le Gouvernement et ses partenaires dans ce cadre. Ces efforts ont porté sur la mise en œuvre des stratégies novatrices pour améliorer la confiance au vaccin (vaccination publique des autorités et des célébrités), augmenter la perception du risque (témoignage public des victimes : parents des victimes de la polio, marche des victimes de la polio, diffusion des spots et sketch basée sur les témoignages des victimes de la polio, sur l'importance de la vaccination), susciter la participation des leaders communautaires dans la recherche active des enfants non vaccinés lors AVS (suivi communautaire). Des consultants nationaux en communication ont été également recrutés chaque année dont 19 en 2012 et 13 en 2014 pour appuyer les provinces et les antennes à faible performance, à côté des volontaires du Stop Team.

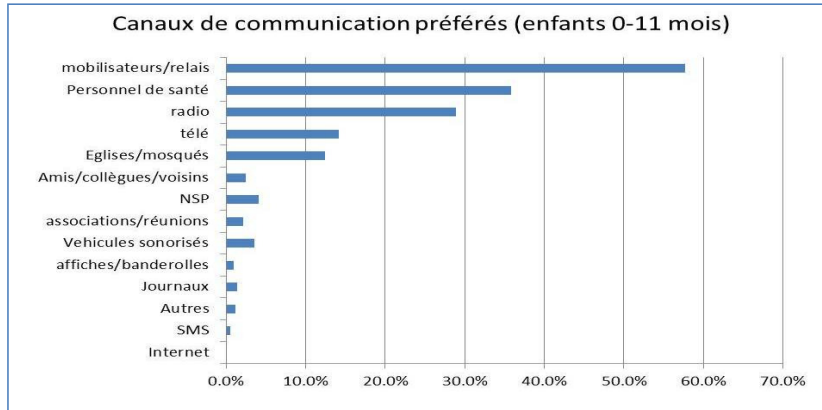
Ces efforts ont permis de réduire les résistances de nature religieuse dans les provinces. Sur un total de 60 groupes réfractaires, seuls moins d'une dizaine, pour la plupart irréductibles, sont restés opposés à la vaccination. Il s'agit essentiellement des groupes religieux ou sectaires à moyenne ou petite échelle (parfois un seul village) qui sont réfractaires à la vaccination et, dans certains cas, à tous les services de santé (p. ex. dans le Tanganyika). Ils ont aussi permis de maintenir un bon niveau d'information des parents lors des AVS polio à 90 % en 2012 et à 89 % en 2014 et la diversification de canaux de communication dont les mobilisateurs ont atteint 50 % de la population.

Analyse de la 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 vulgarisation des définitions profanes des maladies évitables par la vaccination, au manque de formation des relais communautaires et non motivés et à la non diversification des canaux de communication.

Les atouts de la communication pour la vaccination

Graphique 14 : Canaux de communication les plus préférés par les parents des enfants de 0-11 mois



Source: Enquête de couverture vaccinale, 2012

En dépit des problèmes évoqués ci-haut, la RDC dispose de beaucoup d'atouts qui, s'ils sont bien capitalisés, peuvent contribuer à renforcer la communication pour la vaccination. En effet, toutes les zones de santé disposent d'une multitude de canaux de communication interpersonnelle et de masse aussi efficaces les uns que les autres : relais communautaires, agents de santé, radios communautaires, radios sans fréquence, médias traditionnels, théâtre populaire et d'intervention, écoles, chefs de quartier et de village,...

L'enquête de couverture vaccinale a, par exemple, noté que les agents de santé étaient perçus par les parents comme la source d'information la plus fiable pour les parents. La même enquête souligne également le rôle crucial des relais communautaires, des églises et des radios communautaires dans la communication en faveur de la vaccination.

Il convient également de souligner que le pays bénéficie d'une bonne couverture médiatique. En dehors de la Radio-Télévision Nationale Congolaise (RTNC) qui compte 11 stations provinciales publiques, le pays dispose de quatre chaînes RTV privées à couverture nationale, de plus de 220 radios dites de proximité, d'une centaine de stations de télévisions à couverture locale ou provinciale et de plusieurs radios sans fréquences installées dans différents marchés de grandes agglomérations. Proches des communautés, ces médias, notamment les radios de proximité, constituent un moyen efficace non seulement de diffuser des messages sur la vaccination de routine, mais aussi de susciter la participation des communautés à la promotion de la vaccination à travers des formats interactifs et participatifs.

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'Éducation 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 :

- 55 gestionnaires provinciaux du PEV et de la communication (MCP, Logisticiens provinciaux, Data Manager, Chargé de communication de la DPS, Présidents des commissions MOSO) formés en planification stratégique, mise en œuvre et évaluation de la communication en 2012 ;

- Equipes cadre de 221 Zones de santé sont formés en planification stratégique et en approches communautaires pour la promotion de la vaccination, en 2012 et en 2014 ;
- 150 délégués de 5 confessions religieuses de la ville province de Kinshasa, de Goma dans la province du Nord Kivu et de Lubumbashi dans la province du Katanga et plus de 2500 animateurs de base des confessions religieuses formés sur la promotion de 5 pratiques familiales essentielles dont la vaccination ;
- 10000 boîtes à image intégrée et 9.000 cartes MERCI produites au bénéfice des Zones de santé.

II.5 Management et gestion des ressources

Le cadre institutionnel créant le Programme Elargi de Vaccination est régi par l'Arrêté Ministériel n° CAB/MIN/FP/JMK/PP/044/2003 du 28 mars 2003. Il règlemente l'organisation et le fonctionnement du programme au niveau central et au niveau intermédiaire. Il précise le rôle normatif et régulateur du niveau central et le rôle de coordination, de supervision et de contrôle du niveau intermédiaire.

Sur le plan hiérarchique, le PEV dépend de la 4^{ème} Direction du Secrétariat Général à la Santé Publique. Cette Direction a la charge de la lutte contre la maladie. Toutefois, le processus d'affectation du personnel souffre encore du non-respect de cadre organique reconnu au programme au point que les effectifs sont pléthoriques, alors que la motivation des agents pose problème.

La coordination des interventions au niveau national est assurée par le Comité Stratégique de Coordination Inter Agence (CCIA) présidé par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Cet organe de décision qui est une sous-commission de la commission technique du Comité national de pilotage, est composée de la plupart des partenaires qui appuient le PEV, des Ministères des Finances et du Budget ainsi que de quelques Cadres du Ministère de la Santé.

Pour redynamiser le leadership du programme, une série des réunions sont organisées en vue de maintenir une coordination harmonieuse à tous les niveaux.

52 réunions hebdomadaires de staff se tiennent sous la présidence du Médecin Directeur ou son délégué. Ces réunions ont pour objectif de planifier, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des activités contenues dans la feuille de route. Les comptes rendus et les listes de présence y afférents, sont obligatoirement archivés.

52 réunions autour de la conférence call sont organisées par le PEV et toutes les parties prenantes à la vaccination afin de partager les informations techniques et financières contenues dans la feuille de route avec le niveau régional et international.

Pour le suivi des activités du programme et la validation des documents stratégiques (le PPAC, le PAO, le JRF, le rapport de situation à GAVI, le mémorandum d'entente et autres), 2 réunions de CCIA stratégiques dont une par semestre présidées par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique ou son délégué sont tenues.

Précédées des réunions préparatoires de différentes sous commissions (Technique, Logistique, Communication et Financière), 12 réunions mensuelles de CCIA techniques sont organisées au Programme avec les parties prenantes à la vaccination sous la présidence de Monsieur le Secrétaire Général à la Santé Publique ou son délégué. Au cours de ces réunions les problèmes et les informations d'ordre technique et financier sur les activités de la vaccination sont traités et partagés.

12 réunions mensuelles de CCIA techniques par provinces et par districts sont organisées au niveau des DPS et des districts sanitaires avec les parties prenantes à la vaccination sous la présidence des Ministres Provinciaux en charge de la Santé/MIP/MCDS ou leurs délégués. Elles bénéficient de l'accompagnement technique et financier du niveau central. Au cours de ces réunions les problèmes et les informations d'ordre technique et financier sur les activités de la vaccination sont traités et partagés.

Quant aux activités de masse (JNV, JLV, et autres) et de contrôle des épidémies, le Ministère de la Santé Publique a mis en place des structures de coordination à tous les niveaux, présidées par les plus hautes autorités politico-administratives des ressorts. Il s'agit de :

- ✓ niveau national, le comité national de coordination « CNC »,
- ✓ niveau provincial, le comité provincial de coordination « CPC »,
- ✓ niveau de district, le comité de district de coordination « CDC »,
- ✓ niveau de la zone de santé, le comité local de coordination « CLC ».

Cependant il se pose un problème de la concrétisation des engagements pris par les différentes parties prenantes.

Le système de gestion actuel du programme ne permet pas à la direction du PEV d'obtenir des données fiables de la base à temps réel. La faible vulgarisation des normes, instructions et des directives de gestion sont les différents facteurs qui expliqueraient cette situation.

L'utilisation de nouvelles technologies est une opportunité pour permettre au programme de constituer une base des données fiables pour une bonne gestion des ressources et faciliter les mécanismes d'évaluation, de suivi et de contrôle.

Dans le domaine de la planification, le PEV se réjouit de voir ses activités prises en compte par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré par le Ministère de la Santé Publique qui couvre une période de cinq ans. Le présent PPAC s'aligne dans la logique du PNDS/GEVAP que le Gouvernement doit financièrement appuyer pour une meilleure mise en œuvre des activités sur terrain. Dans cette optique, les structures PEV réalisent chaque année à tous les niveaux avec la participation de tous les partenaires et de la communauté un exercice de planification.

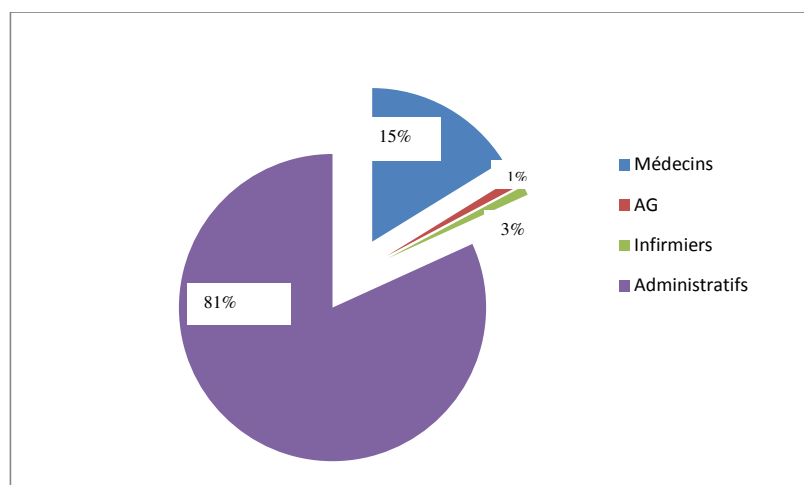
A ce jour, la Direction utilise 112 agents (18 médecins, 6 Administrateurs gestionnaires, 12 infirmiers et 76 administratifs) tandis que le niveau intermédiaire en utilise 362 (55 Médecins et 307 Administratifs), soit un total de 474 agents. La gestion de la carrière publique n'est pas assurée et l'on assiste à une faible démotivation provoquant la fuite des cadres. Ci-dessous, le tableau des effectifs du personnel par sexe et par catégorie :

TABLEAU XIV. 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
AG	0	0	0
Infirmiers	0	0	0

Administratifs	274	33	307
Total	326	36	362
TOTAL GENERAL			
Médecins	65	8	73
AG	4	2	6
Infirmiers	4	8	12
Administratifs	328	55	383
Total	401	73	474

Graphique 15 : Total Général des Effectifs du Personnel du PEV



Commentaires : 81% des administratifs est composé de X logisticiens formés, XX Data formés dans la gestion des données informatisées,

II.5.1 Financement

La volonté du Gouvernement d'accroître le budget au secteur de santé est certes réelle. Mais l'analyse de la situation financière révèle que l'écart reste encore grand pour atteindre 15% du budget national à réserver à la santé selon l'accord d'Abuja. Ce pourcentage oscille autour de 1 à 5% à ce jour. S'agissant particulièrement des activités de vaccination, le gros des charges est supporté par des apports extérieurs. Pour illustrer ce qui précède, les tableaux n° XV et XVI présentent les éléments sur le financement du gouvernement en faveur de la santé et le financement du gouvernement en faveur des activités de la vaccination.

Tableau XV : EVOLUTION DU BUDGET DE L'ETAT ET DU SECTEUR DE LA SANTE, RDC, 1998-2014

Années	Prévision Budget global en Fc	Exécutions Budget global en Fc	Taux d'exécution	Prévisions Budget Santé	Exécutions Budget Santé	Taux d'exécution Budget Santé	Taux Santé Budget global
1998	680 848 463,00	572 001 443,00	84,00%	12 304 616,00	10 967 616,00	89,00%	1,81%
1999	739 692 508,00	739 692 508,00	100,00%	125 234 333,00	125 234 333,00	100,00%	1,69%
2000	1 108 269 326,00	1 025 704 800,00	92,55%	10 469 422,00	1 782 044,00	17,00%	0,94%
2001	328 830 688,00	498 628 088,00	151,64%	10 978 871,00	3 600 861,00	33,00%	3,34%
2002	580 188 092,00	527 957 268,00	91,00%	4 725 654,00	944 010,00	20,00%	0,81%

Années	Prévision Budget global en Fc	Exécutions Budget global en Fc	Taux d'exécution	Prévisions Budget Santé	Exécutions Budget Santé	Taux d'exécution Budget Santé	Taux Santé Budget global
2003	905 342 872,00	709 608 221,00	78,38%	23 911 701,00	22 768 880,00	95,00%	2,64%
2004	1 168 244 552,00	183 971 355,63	14,49%	84 175 668,00	22 653 576,00	27,00%	7,21%
2005	1 791 487 613,00	1 375 620 715,00	76,79%	79 858 697,00	51 219 329,00	64,00%	4,46%
2006	2 178 731 940,00	1 397 559 718,00	64,15%	96 019 449,00	45 198 481,00	47,00%	4,41%
2007	2 446 981 439,00	1 625 249 346,00	66,42%	88 589 100,00	96 407 247,00	109,00%	3,62%
2008	3 562 830 326,00	2 762 935 307,00	77,55%	107 581 930,00	107 235 491,00	99,00%	3,02%
2009	4 995 544 984,00	2 783 606 796,00	55,72%	264 049 473,00	390 917 761,00	148,00%	5,29%
2010	5 898 924 484,30	1 067 015 954,50	18,00%	342 752 070,19	31 135 042,90	9,08%	5,81%
2011	6 746 324 098 494	3 533 846 450 078	52,4%	291 069 470 465	137 415 557 665	47,2	4,31%
2012	6 609 171 209 773	3 613 940 279 859	54,7%	517 182 641 387	141 630 237 928	27,4	7,83%
2013	6 434 664 545 870	3 696 456 659 467	57,4%	294 055 967 259	202 169 509 037	68,8	4,57%
2014	7 468 013 380 919			804 768 819 396			10,78%

Source : Ministère du Budget, des Finances et PEV

III. En considérant la part des budgets de santé dans les prévisions globales de l'Etat de 2005 à 2013, il est noté que l'évolution se fait à dents de scie à part les trois dernières années (2008-2013). Cependant, l'utilisation des fonds alloués reste un grand problème à cause des difficultés de décaissement. D'autre part, l'évolution du budget de santé dans le budget global en pourcentage a aussi gardé le même rythme (dents de scie) pour atteindre 10.78% en 2014.

Tableau XVI : Evolution des dépenses gouvernementales allouées aux activités de vaccination
RDC, 2004-2014

Années	Prévisions en CDF	Exécutions en CDF	Prévisions en USD	Exécutions en USD	Taux d'exécution
2004	1 465 595	1 465 595	3 856,83	3 856,83	100%
2005	ND	ND	ND	ND	ND
2006	1 858 140	1 858 140	4 039,43	4 039,43	100%
2007	52 980 140	2 980 140	94 607,39	5 321,68	5,63%
2008	102 980 140	2 980 140	205 960,28	5 960,28	2,89%
2009	438 938 600	106 037 600	750 322,39	124 901,88	16,65%
2010	4 519 943 000	2 018 800	4 754 831,69	2 123,71	0,04%
2011	3 025 729 660	1 047 554 506	3 253 473	1 126 403	35%
2012	5 360 521 146	4 710 826 399	5 764 001	5 065 405	88%
2013	6 645 079 420	1 868 641 641	7 145 246	2 009 292	28 1%
2014	12 065 300 000	3 039 999 869	12 973 441	3 268 817	25,2%

Source : Ministère du Budget, des Finances et PEV

Le tableau XVI montre que de 2004 à 2006, les seules dépenses consenties par le gouvernement ne concernaient que les salaires des agents du PEV, aucune dépense relative au fonctionnement n'a été prévue au budget. Toutes fois, en 2007-2008 il a été introduit les interventions sociales pour le programme et en 2009 les salaires, le fonctionnement, vaccins et appui à la campagne de vaccination ont été inscrits dans le budget. Avec l'appui des parlementaires regroupés au sein du Réseau des Parlementaires Acquis à la Vaccination (REPACAV), le plaidoyer actuel est que la vaccination fasse partie des dépenses contraignantes du gouvernement.

Il convient de relever que le problème de décaissement effectif des fonds inscrits au budget s'améliore d'année en année comme le démontre la dernière colonne du tableau XVI.

III.1.1 Renforcement des capacités

Le ministère de la santé publique collabore avec les établissements d'enseignement supérieur et universitaire qui forment des médecins, infirmiers et autres professionnels de santé. La mise en œuvre progressive des plans de formation sectorielle intégrant dans leur programme de formation des modules sur la vaccination ainsi que l'appui des partenaires au renforcement des capacités du personnel constituent les forces du système de vaccination en particulier et du système de santé en général.

Eu égard à la mobilité du personnel formé, la formation professionnelle en management des SSP et MLM doit être régulièrement organisée pour accroître les capacités des agents et cadres impliqués dans la gestion du programme. Cette formation nécessite des ressources additionnelles qui doivent être mobilisées à tous les niveaux, il reste un grand nombre des agents et cadres du central et opérationnel qui ne sont pas formés en MLM et SSP.

IV. 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.

Forces

- Mise en œuvre intégrale de l'ACZ par l'approche Antenne financé par la fondation Bill et Melinda Gate, GAVI et autres partenaires visant le renforcement du PEV de routine.
- Renforcement du PEV Systématique pendant les AVS
- Engagement du Gouvernement pour l'achat des vaccins traditionnels ainsi que le cofinancement pour les nouveaux vaccins
- Disponibilité de financement pour assurer les expéditions des intrants vers les Provinces
- Organisation de la GEV assorti d'un plan d'amélioration
- Personnels formés en CCL au niveau national et intermédiaire
- Existence du contrats de maintenance des équipements de CdF au niveau central et dans certaines Provinces
- Les coordinations et les antennes ont bénéficiés des véhicules pour la distribution des intrants et la supervision .
- Existence d'une cartographie des groupes réfractaires/résistants à la vaccination (Sinaï à Malemba Nkulu, Apostolots dans le Haut Katanga, Kitawala à Kabondo Dianda et Antenne de Kalemie, Wash Tower Bible à Ankoro, ...).
- Existence d'une Task force en communication en faveur de la vaccination

Faiblesses

- Rupture fréquente/Faible disponibilité des vaccins (surtout VAA et PCV-13) et autres intrants
- Faible pourcentage des CS qui mettent en œuvre la stratégie avancée (33%: Revue externe 2012)
- Retard dans le décaissement des fonds du Gouvernement destinés à l'achat des vaccins traditionnels et co-financement
- Faible disponibilité des vaccins et matériel d'inoculation à tous les niveaux (Rupture de stock en vaccins et matériels d'injection à tous les niveaux)
- Non respect du principe de bundling
- Insuffisance des capacités d'entreposage des Vaccins à tous les niveaux
- Insuffisance en maintenance des équipements de CdF niveau intermédiaire et opérationnel
- Mécanismes TROP lourds pour les procédures de passation de marché au CAG-KPMG (rupture des stocks)
- Non respect des engagements des gouvernements provinciaux dans le transport des vaccins et autres intrants
- Insuffisance des supervisions formatives à tous les niveaux
- Faible analyse des données sur la gestion des vaccins au niveau intermédiaire et opérationnel (taux de perte etc..)

-
- Lourdeur dans le décaissement des fonds du gouvernement alloués pour la vaccination
 -

Opportunités

- Existence d'un Réseau des Parlementaires Congolais pour l'Appui à la Vaccination (REPACAV)
- Existence d'un consortium des ONG
- Disponibilité des fonds GAVI-RSS2;
- Approche taillée sur mesure de GAVI Alliance pour la RDC
- Extension du Projet de capitalisation des acquis de la Polio Bill & Melinda Gates pour le renforcement de PEV de routine dans les autres antennes ;

Menaces

- Instabilité du personnel formé
- Persistance des Zones insécures dans certaines provinces
- Persistance des sectes réfractaires à toute forme de modernisation y compris la vaccination
- Grève du personnel de santé (Cas du Nord Kivu)
- Peu des fabricants pour certains antigènes traditionnels (BCG et VAA)
- Persistance de la circulation du PVS dans les pays d'Afrique centrale

V. PROBLEMES PRIORITAIRES

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

4.1.Prestations de services

- Persistance d'un grand nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés au DTC-HepB-Hib3
- Faible qualité des données de vaccination

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

- Faible disponibilité des vaccins à tous les niveaux (stock zéro :BCG 48jrs,VAA 21jrs,SAB BCG : 78jrs DIL 2ml 128jrs; Stock de réserve: PC13 224jrs, VAT 126 jrs, VPO 135 jrs).
- 38 % des entrepôts n'assurent pas le monitoring de température de qualité
- Insuffisance de fonctionnement des matériels de chaîne du froid
- 100 % des entrepôts des vaccins sans équipements de protections (anti-incendie, Protection individuelle des agents)

4.3.Surveillance

- Les deux principaux indicateurs de surveillance PFA ne sont pas atteints dans certaines zones de santé.
- La faible proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement
- La faible proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de fièvre jaune avec prélèvement
- Le faible taux d'investigation des cas de TNN dans toutes les provinces
- La sous notification des cas de MAPI

4.4.Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

- Persistance d'une proportion élevée d'enfants non vaccinés pendant les AVS selon le MI (>5%),
- Proportion élevée des Zones mal couvertes selon le MI (>20%), Proportion élevée des parents non informés avant les AVS selon le MI (>10%) :

4.5.Communication pour le PEV

- 25 % des parents et gardiens d'enfants de moins d'un an ne demandent pas les services de vaccination de routine ;
- 16% des parents des enfants non vaccinés refusent la vaccination lors des campagnes polio ;
- 10% des femmes en âge de procréer refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN;
- Faible participation de la population à la surveillance des maladies.

4.6.Financement et Management

- Inadaptation du cadre légal et institutionnel du PEV ;
- Forte dépendance du PEV vis-à-vis des partenaires extérieurs pour son financement ;
- Faible financement interne (niveaux central et provincial).

VI. OBJECTIFS DU PEV

5.1. Objectif général

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

5.2. 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 XVII : Projection des objectifs de couverture vaccinale et de réduction des taux de perte en vaccins de 2015 à 2019

Antigènes	Année de base (2014)	2015	2016	2017	2018	2019
Vaccins de routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Vaccins traditionnels						
BCG	80%	92%	93%	94%	95%	95%
DTC-HepB-Hib1	91%	92%	93%	94%	95%	95%
DTC-HepB-Hib3	85%	91%	91%	92%	92%	93%
VPO1	90%	92%	93%	94%	95%	95%
VPO3	84%	91%	91%	92%	92%	93%
Pneumo1	75%	92%	93%	94%	95%	95%
Pneumo3	62%	91%	91%	92%	92%	93%
VAR1	81%	90%	90%	91%	93%	93%
VAA	66%	90%	90%	91%	93%	93%
VAT2+	81%	90%	90%			
Vaccins sous-utilisés et nouveaux						
VPI		47%	91%	92%	92%	93%
HPV1			92%*		50%	80%
HPV2			90%*		30%	75%
Rota1				50%	95%	95%
Rota2				40%	94%	94%
Rota3				35%	92%	93%
VAR2					50%	80%
RR**				95%		
Td			90%	91%	92%	93%

Objectifs spécifiques

a) Prestation des services

- D'ici fin 2019, atteindre un taux de CV d'au moins 93 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3.
- D'ici fin 2019, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et celles estimées par l'OMS et l'Unicef à moins de 10%
- D'ici fin 2019, Introduire le VPI, Rota virus, le VAR2/RR, le Td et le HPV.

b) Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

- D'ici 2019, assurer à 100% la disponibilité de vaccins de qualité et autres intrants à tous les niveaux ;
- D'ici fin 2019, renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique par la dotation en équipement et la formation du personnel
- D'ici 2019, augmenter la couverture en chaîne de froid fonctionnel de 16% à XXX % au niveau des Aires de Santé ;

c) AVS

D'ici 2019 :

Réaliser 100% des AVS de qualité dans le délai

d) Surveillance

- Atteindre les indicateurs de surveillance de PFA au niveau de standard de certification dans les 26 DPS d'ici 2019
- Mettre en place un système de surveillance environnementale du PVS d'ici 2018
- Porter de 60 à au moins 80% la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement d'ici 2019
- Porter de 50,59 à 100% des cas de fièvre jaune notifiés et investigués d'ici 2019
- Porter de 14,6 à 60% le taux d'investigation des cas de TNN d'ici 2019
- Porter de 1 à 50% la notification des cas de MAPI d'ici 2019
- Assurer un fonctionnement optimal de 100% des sites sentinelles d'ici 2019.

e) Communication

D'ici à fin 2019 :

- 95% des parents auront demandé la vaccination complète de leurs enfants de 0- 11 mois y compris pour les nouveaux vaccins
- Réduire de 16 % à moins de 5 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus.
- Améliorer le niveau d'information des parents de 89 % à 95 % avant la campagne de masse
- Réduire de 10% à moins de 7 % la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN.
- Au moins 20% des cas des maladies évitables par la vaccination seront détectés par la Communauté.

- 90% des APA et les leaders de base s'engageront et appuieront les activités de vaccination
- 90 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination
- 90% des acteurs de la communication renforceront leurs capacités

f) Gestion du Programme

D'ici 2019 :

- D'ici 2019, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme
- D'ici 2019, accroître le budget de l'Etat en faveur de la vaccination,

VII. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC

Les Principales approches pour la mise en œuvre de ce plan sont reprise dans le PSRV2014-2020 à savoir :

- Encourager la mise en œuvre de l'approche ACZ
- Garantir l'accès équitable aux nouveaux vaccins
- Assurer un financement viable de la vaccination
- Intégrer la vaccination dans les PAO des zones de sabbé
- Améliorer le suivi et la qualité des données
- Renforcer les capacités humaines et institutionnelles
- Améliorer la sécurité et la réglementation des vaccins
- Promouvoir la recherche sur la mise en œuvre et l'innovation

Dans ce PSRV 2014 – 2020 les rôles et responsabilités de chaque partie prenante sont définis de la manière suivante :

- Les gouvernements :
 - élaborer des plans pluriannuels complets pour la vaccination.
 - mobiliser et allouer des ressources nationales suffisantes pour mettre en œuvre les plans de vaccination
 - mobiliser, impliquer et habiliter les communautés à demander et à utiliser efficacement les services de vaccination;
- Les communautés

-
- promouvoir la vaccination et collaborer étroitement avec les personnels de santé locaux dans le cadre des services fixes ou mobiles planifiés;
 - comprendre les risques et les avantages liés à la vaccination, demander des programmes de vaccination alliant sécurité et efficacité et participer aux processus de prise de décisions et de prestation de services.
- Les partenaires

Apporter un appui technique, financier et matériel pour l'élaboration des plans pluriannuels complets et des plans opérationnels intégrés annuels.

Pour chaque composante du PPAc , il a été retenu les stratégies ci-après :

6.1. PEV de Routine

- a. Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ
- b. Recherche et développement
- c. Atteindre et vacciner les personnes se trouvant en situation d'urgence (déplacés, réfugiés, retournés, refoulés, ...)
- d. Amélioration de la qualité des données de vaccination
- e. Recherche et développement pour l'introduction des nouveaux vaccins
- f. Mobilisation des ressources pour l'introduction des nouveaux vaccins
- g. Communication en faveur de l'introduction des nouveaux vaccins
- h. Formation en faveur de la vaccination, y compris l'introduction des nouveaux vaccins
- i. Suivi et Evaluation

6.2. Logistique

- a. Optimisation de la chaîne logistique en vaccins en redéfinissant le circuit
- b. d'approvisionnement en faisant appel au secteur privé et en mutualisant les moyens logistique
- c. Amélioration du système de distribution et transport pour assurer la disponibilité ininterrompue des vaccins jusqu'au dernier kilomètre
- d. Renforcement de la gestion efficace à travers le développement des ressources humaines pour la logistique des vaccins et de vaccination
- e. Réhabilitation de la chaîne du froid avec des options à énergie solaire, suivi en continu de températures et maintenance des équipements
- f. Modernisation du système d'information pour une traçabilité des vaccins et des équipements de bout en bout.

6.3. AVS

- a. Renforcement de l'immunité collective contre le PVS, la rougeole, la Fièvre Jaune, Tétanos et la - Méningite à méningocoque ;
- b. Amélioration de la qualité des AVS.

6.4. Surveillance

- Le renforcement de la recherche active de cas et de la surveillance à base communautaire
- Le partenariat élargi aux acteurs d'appui globale afin de mobiliser les ressources financières et l'appui logistique efficace pour pérenniser les activités
- Le renforcement de l'accompagnement des antennes et des zones de santé
- Le renforcement du fonctionnement des comités polio
- La mise en place d'un système de surveillance environnemental
- Le renforcement de l'intégration, de la surveillance rougeole, TNN, fièvre jaune dans la SIMR en vue d'une mise en commun de charge logistique
- le renforcement de la recherche active couplée à celle des PFA
- Le renforcement de la SBC
- La formalisation du cadre institutionnel de gestion des MAPI
- Le renforcement des capacités
- Le renforcement du partenariat pour le fonctionnement durable des sites
- L'extension de la couverture en sites sentinelles.

6.5. Communication

- Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administrative et des partenaires en faveur de la vaccination
- Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat
- Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination
- Renforcement de capacité des acteurs en communication pour la vaccination
- Renforcement du suivi, supervision et recherche opérationnelle des interventions de la communication
- Renforcement de la coordination des interventions de la communication

6.6. Gestion du Programme

- Collaboration intra et intersectorielle;
- Elaboration/actualisation des textes législatifs, règlementaires, stratégiques et normatif
- Renforcement de la coordination du programme;
- Renforcement du suivi et évaluation à tous les niveaux,
- Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources,
- Renforcement de capacités institutionnelles ;
- Augmentation de l'accès au financement mobilisé,
- Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources

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

Tableau XVIII : Objectifs et jalons de 2015 à 2019

Objectifs	2015	2016	2017	2018	2019
D'ici fin 2019, atteindre un taux de CV d'au moins 93 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3	91%	91%	92%	92%	93%
D'ici 2018, Finaliser l'interruption de la circulation du PVS en RDC	0 cas de PVS	0 cas de PVS	0 cas de PVS	0 cas de PVS	0 cas de PVS
D'ici 2019, arrêter la circulation de cVDPV en RDC	0 cas de cVDPV	0 cas de cVDPV	0 cas de cVDPV	0 cas de cVDPV	0 cas de cVDPV
D'ici 2019, Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur l'élimination de la rubeole et du syndrome rubeoleux congénital	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000000 de la population	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000000 de la population	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000000 de la population	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000000 de la population	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000000 de la population
Surveillance PFA : porter de 5 provinces à 11 avec 2 indicateurs majeurs (Tx PFA NP et proportion de 2 Ech prélevés dans les 14 jours)	5 provinces	9/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces
Surv Rougeole : Porter de 4 prov à 11 notifiant au moins dans 80% des ZS les cas suspects	4 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces
Sur FJ : Porter de 5 prov à 11 qui notifiant au moins 1 cas suspects dans 80% des ZS	5 provinces	7/11 prov	9 prov /11	11 /11 provinces	11 /11 provinces
D'ici 2019, éliminer le TMN	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000 NV	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000 NV	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000 NV	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000 NV	XXX ZS ayant mois 1 cas / 1000 NV
Atteindre les critères de performances pour la détection des germes au niveau des sites sentinelles (Hib 5%, pneumo 10% et Neisseria Meningitidis 5%, Rotavirus 30%)	ND	600 cas suspects de MBP	700 cas de MBP	750 cas de MBP	750 cas de MBP
	ND	Détection Hib: 2,5%	Détection Hib: 3,5%	Détection Hib: 5%	Détection Hib: 5%
	ND	Pneumo: 5%	Pneumo:7,5%	Pneumo:10%	Pneumo:10%
	ND	Méningocoque: 3%	Méningocoque: 4%	Méningocoque: 5%	Méningocoque: 5%
Etendre la surveillance pour les nouveaux vaccins aux HPV d'ici 2019	NA	Mettre en place un dépistage passif en CPN à 4 sites pilotes à	Elargir à Kisangani, Goma et Lubumbashi	Consolider et maintenir le fonctionnement des	Consolider et maintenir le fonctionnement des

Objectifs	2015	2016	2017	2018	2019
		Kinshasa		sites	sites
D'ici fin 2019, 90% des APA et les leaders de base s'engageront et appuieront les activités de la vaccination	50%	60%	70%	80%	90%
D'ici fin 2019, 90 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination	50%	60%	70%	80%	90%
D'ici fin 2019, 95% des mères / gardiens d'enfants demanderont les services de la vaccination	40%	60%	75%	80%	95%
D'ici fin 2019, 90% des acteurs de la communication renforceront leurs capacités en technique de communication	60%	70%	80%	85%	90%
Réduire de 16 % à moins de 5 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus.	16%	10%	7%	6%	5%
Améliorer le niveau d'information des parents de 89 % à 95 % avant la campagne les AVS	89%	90%	92 %	93 %	95%
Réduire de 10% à moins de 7 % la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN.	10%	9%	8%	7%	7%
Au moins 20% des cas des maladies évitables par la vaccination seront détectés	5%	10%	15%	20%	20%

Objectifs	2015	2016	2017	2018	2019
par la Communauté.					
D'ici 2019, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme	65%	100%	100%	100%	100%
D'ici 2019, accroître le budget en faveur de la vaccination	25%	50%	75%	100%	100%

Tableau XIX : Stratégies et activités par objectif

Prestation des services de vaccination

Objectifs	Stratégies	Actions
D'ici fin 2019, atteindre un taux de CV d'au moins 93 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3	Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planifier les activités de vaccination à tous les niveaux 2. Atteindre toutes les cibles à vacciner où qu'elles soient par des stratégies traditionnelles et novatrices 3. Renforcer les capacités à travers la supervision, la formation et la mise à dispositions des directives 4. Intégrer les interventions à haut impact
	Recherche et développement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conduire des recherches 2. Mettre en place le groupe technique consultatif pour la vaccination
	Atteindre et vacciner les personnes se trouvant en situation d'urgence (déplacés, réfugiés, retournés, refoulés, ...)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer et vulgariser les directives en rapport avec la vaccination des urgences et des populations déplacées et réfugiées 2. Etablir des liens de collaboration avec les services en charge des déplacés et réfugiés 3. Prévoir un stock d'urgence des vaccins pour les déplacés et réfugiés 4. Appuyer la vaccination multi-antigènes dans les situations d'urgence
D'ici fin 2019, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et les enquêtes de couvertures vaccinales (estimations OMS-Unicef) à moins de 10%	Amélioration de la qualité des données de vaccination	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standardiser/vulgariser les normes, directives, instructions, fiches techniques et outils 2. Renforcer les capacités des différents acteurs dans la chaîne de production, de gestion et de rapportage des données du PEV 3. Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du programme 4. Evaluer les performances du programme 5. Mettre en place les mécanismes pour maîtriser le dénominateur au niveau opérationnel 6. Améliorer la capacité de la chaîne du froid et du transport des vaccins et autres intrants
D'ici fin 2019, Introduire le VPI, Rota virus, le VAR2/RR, le Td et le HPV	Formation en faveur de l'introduction des nouveaux vaccins	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les capacités des acteurs

Objectifs	Stratégies	Actions
	Suivi et Evaluation	1. Supervision formative 2. Evaluation post introduction

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 en vaccins I</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 	<ol style="list-style-type: none"> Acquérir les quantités des doses requises de vaccins et consommable Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020 Organiser des missions d'appui d'assistance technique dans la mise en place des Hubs (Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) Construire un entrepôt central à Kinshasa et 3 dépôts déconcentrés (Kisangani, Lubumbashi et Ilebo) pour les vaccins et les intrants secs
	<p>Amélioration du système de distributions 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 	<ol style="list-style-type: none"> 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, Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les DPS via les dépôts déconcentrés; et des DPS vers les ZS Sous-traiter les activités de la manutention <p>Assurer le transport des Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies</p>
Renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique d'ici 2019	<p>Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous le niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les capacités en ressources humaines 	<ol style="list-style-type: none"> 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 Organiser des formations spécifiques en logistique et chaîne du froid : 125

	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies • Améliorer la logistique de la surveillance 	<p>en logistique de santé,35 ingénieurs maintenancier des pools et autres formations logistiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.)Octroyer une prime de performance à 82 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid au niveau central et intermédiaire 4. Réaliser les supervisions formatives deAcquérir les équipements de protections (extincteurs,EPI) 5. Réaliser les supervisions formatives des activités logistiques dans les 26 DPS et suivi MEO PA GEV 2014 6. Organiser une évaluation efficace des vaccins "GEV" 7 Acquérir des kits de prélèvement PFA,Rougeole,FJ et porte échantillons
	<p>Réhabilitation de la chaine du froid, Bâtiments et Maintenance1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en oeuvre le plan de réhabilitation de la chaine du froid • Améliorer la maintenance des équipements et batiments • Améliorer la sécurité des injections 	<ol style="list-style-type: none"> 1 •Solariser les chambres froides positives des 26 DPS 2.Acquérir les équipements de protections (extincteurs,EPI) 3 • Assurer la maintenance,le fonctionnement et réhabilitation des matériels de transport (Bateau,véhicules,moto),de chaine du froid et batiments 4.Acquérir et installer 15 chambres froides positives,88 congélateur de grande capacité,8830 réfrigérateurs, rayonnages,5000 Glacières et 13000 portes vaccins 5 • Acquérir et installer 516 incinérateurs pour la gestions des déchets au niveau des ZS 6.Acquérir des kits de pièces détachées des matériels de chaines du froid et des kits d'outillage pour les pools de maintenance 7 •Réaliser les inventaires des matériels de chaine 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1.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 (groupe GP)

	<ul style="list-style-type: none"> Suivre et évaluer les activités logistiques 	
		<ol 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 de 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 2019	Renforcement de la gestion effective des vaccins au travers le développement des ressources à tous les niveaux	<ol 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 2018, Finaliser l'interruption de la circulation du Polio virus (PVS et cVDPV) en RDC	Amélioration de la qualité des AVS contre la polio	<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 de JNVs et JLVs de prévention</p>

		Organiser des AVS de riposte à tout nouveau cas de PVS et de cVDPV Organiser les enquêtes indépendantes dans les Zones identifiées (Monitoring indépendant et LQAS) Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de PFA lors des AVS Introduire le VPI en routine (Cfr groupe prestation)
D'ici 2019, Eliminer 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	Organiser la microplanification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les MP lors de l'élaboration des PAO Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 Organiser les AVS de riposte à toute épidémie confirmée par le laboratoire dans le délai Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de MEV lors des AVS Organiser les enquêtes post-campagnes dans le délai (1 mois après) Introduire le vaccin contre la rubeole ou le vaccin combiné RR selon le plan stratégique d'élimination de la 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 2019, Contrôler la fièvre jaune par l'augmentation de la CV à au moins 90%	Organisation des AVS de qualité contre la Fièvre-jaune	Réaliser l'analyse de risques FJ (Cfr Surveillance) 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 2019, 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 2018, Finaliser l'interruption de la circulation du Polio virus (PVS et eVDPV) en RDC	<ul style="list-style-type: none"> •Atteindre et maintenir les indicateurs de surveillance de PFA au niveau de standard de certification dans les 26 DPS d'ici 2019 Mettre en place un système de surveillance environnementale du PVS d'ici 2018 fonctionnement optimal de 100% des sites sentinelles d'ici 2019 	<p>Elaboration et mise 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, systèmes et équipement informatique pour la gestion des données, le suivi,évaluations et la supervision, etc.</p> <p>Elaboration d'un plan demise en œuvre de la surveillance environnementale</p> <p>Elaboration et mise en œuvre d un plan de Confinement des poliovirus en laboratoire</p> <p>Elaboration et mise en œuvre d'un plan de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite</p>

		Introduire le VPI en routine (Cfr goupe prestation)
D'ici 2019, Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur l'élimination de la rubeole et du syndrome rubeoleux congénital	Porter d Porter de 60 à au moins 80% la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement d'ici 2019	Intégrer les activités de lutte contre la rougeole dans les activités de renforcemnt de la surveillance PFA 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 2019, Contrôler la fièvre jaune par l'augmentation de la CV à au moins 90%		Réaliser l'analyse de risques FJ (Cfr Surveillance) 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 2019, 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

Communication

Objectifs	Stratégies	Activités Principales
	Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administrative 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 de fonds en faveur de la vaccination
		Mener le plaidoyer auprès du gouvernement central pour le décaissement régulier de fonds alloués à la vaccination
		Mener le plaidoyer auprès des assemblées

D'ici fin 2019, 90% des APA et les leaders de base s'engageront et appuieront les activités de la vaccination		provinciales pour l'inscription d'une ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de la vaccination
		Mener le plaidoyer auprès des APA de base, chefs traditionnels et de leaders d'opinion pour un engagement communautaire en faveur de la vaccination
		Organiser un plaidoyer auprès des partenaires pour augmenter le nombre de mobilisateurs dans les aires de santé à problème lors des AVS
		Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...)
		Renforcer le plaidoyer auprès des leaders des groupes réfractaires : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires
D'ici fin 2019, 90 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination	Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat	Renforcer les alliances avec les Confessions Religieuses, les OSC et les organisations professionnelles (médias,...)
		Développer le partenariat avec le ministère de l'EPSP et communication et médias pour la promotion de la vaccination
		Développer le partenariat avec les compagnies de téléphonies cellulaires (Vdc, Airtel, Tigo,...) pour diffuser les messages sur la vaccination
		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)
		Redynamiser les commissions de communication (Task Force Communication) à tous les niveaux
D'ici fin 2019, 95% des mères / gardiens d'enfants demanderont les services de la vaccination d'ici fin (CCC)	Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination	Assurer une large diffusion de messages sur base d'une synergie de canaux efficaces de communication
		Promouvoir les approches communautaires en faveur de la vaccination (cfr récupération des enfants par les OSC...)
		Développer et mettre en œuvre les stratégies pour assurer la promotion de nouveaux vaccins

		Développer et mettre en œuvre les stratégies pour réduire le nombre de groupes résistants : Maintenir un dialogue permanent avec les leaders de groupes réfractaires, actualiser la cartographie de groupes réfractaires,...
D'ici fin 2019, 90% des acteurs de la communication renforceront leurs capacités .	Renforcement de capacité 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,...
		Doter les Reco de guides, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication (vélos, motos, mégaphones,...)
		Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication
	Renforcement du suivi, supervision et recherche opérationnelle des intervention communication	Développer la composante communication dans le cadre du suivi et évaluation (élaboration des indicateurs supplémentaires, outils, plan de suivi et évaluation,...
		Réaliser 2 enquêtes CAP nationale et appuyer la réalisation de diagnostics communautaires
AVS D'ici fin 2019, Réduire de 16 % à moins de 5 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus. D'ici fin 2019, porter de 89 % à 95 % la proportion des parents informés avant la campagne	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 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
		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 2019, 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 515 zones de santé
		Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants

Gestion Programme

Objectifs	Stratégies	Activités Principales
D'ici 2019, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme	Collaboration intra et intersectorielle	<p>1.1.1. Participer aux réunions de la sous commission du CNP de la lutte contre les maladies</p> <p>1.1. 2. 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.</p> <p>1.1.3. Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires (Vodacom, Airtel, TIGO et</p>

		<p>Orange) pour la vaccination</p> <p>1.1.4. Organiser le cadre de concertation avec les acteurs humanitaires et les services transfrontaliers pour faciliter la vaccination dans les camps des déplacés et réfugiés .</p> <p>1.1.5. Participer a la fonctionnalité de l'ANR</p>
	Elaboration/actualisation des textes législatifs, règlementaires, stratégiques et normatifs	1.2.1. 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	<p>1.3.1. 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.</p> <p>1.3.2. Apporter un appui technique et financier au fonctionnement des CCIA Techniques à tous les niveaux</p> <p>1.3.3. 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	<p>1.4.1. Organiser les activités de suivi et évaluation (validation, revues périodiques, recherches, enquêtes, missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les niveaux)</p> <p>1.4.2. Mettre en place le groupe technique consultatif pour la vaccination</p> <p>1.4.3. Réaliser l'évaluation périodique des performances du programme</p> <p>1.4.4. Réaliser l'évaluation post introduction des nouveaux vaccins</p> <p>1.4.5. Organiser une évaluation de la gestion efficace des vaccins « GEV »</p> <p>1.4.6. Améliorer le suivi de la qualité des vaccins par les nouvelles technologies</p> <p>1.4.7. Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin, documentaire,...)</p>
	Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources	<p>1.5.1. Organiser des missions d'audit aux différents niveaux</p> <p>1.5.2. Réaliser périodiquement les inventaires des matériels</p> <p>1.5.3. Octroyer une prime de performance aux personnels du niveau central et intermédiaire</p>
	Renforcement de capacités institutionnelles	<p>1.6.1. Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,...)</p> <p>1.6.2. 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</p>

		<p>fonctionnement du charroi et groupes électrogènes des structures de vaccination</p> <p>1.6.3. Renforcer les capacités du personnel à travers la supervision, la formation et la mise à dispositions des directives</p> <p>1.6.4. 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>1.6.5. Renforcer les capacités des différents acteurs dans la chaîne de production, de gestion et de rapportage des données du PEV</p> <p>1.6.6. Sous-traiter les activités de la manutention</p> <p>1.6.7. Acquérir les équipements de protections individuelles et anti incendie (extincteurs, EPI)</p> <p>1.6.8. Assurer la réhabilitation des matériels de la chaîne du froid et des bâtiments</p> <p>1.6.9. Poursuivre le renforcement de capacités de cadres du niveau central, des équipes provinciales et celles de Zones de santé en communication</p> <p>1.6.10. Appuyer la participation de cadres du niveau central aux cours internationaux et fora sur la communication</p> <p>1.6.11. Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens</p> <p>1.6.12. Assurer la formation en Suivi et évaluation des 10 agents du niveau central et de 26 agents des DPS.</p>
D'ici 2019, accroître le budget en faveur de la vaccination	Mobilisation des ressources adéquates	2.1.1. Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination
	Augmentation de l'accès au financement mobilisé	<p>2.2.1. 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>2.2.2. Assurer le suivi de l'avant projet de la loi cadre sur la Santé incluant la vaccination en vue de renforcer la viabilité financière</p>
	Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources	2.3.1. Renforcer le suivi budgétaire

Tableau XX : Chronogramme PPAC 2015 – 2019

Prestation

Stratégies	Activités principales	2015	2016	2017	2018	2019
Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ	Elaborer le PAO annuel pour le niveau central	X	X	X	X	X
	Harmoniser avec la DEP sur le canevas de PAO des ZS pour l'intégration des composantes de l'ACZ	X				
	Elaborer le PAO annuel des 26 DPS	X	X	X	X	X
	Elaborer le PAO annuel des 516 ZS *(50ZS)	X	X	X	X	X
	Micro-planifier annuellement les activités de vaccination dans les 8687 aires de santé *(750 AS)	X	X	X	X	X
	Mobiliser les fonds additionnels pour la réalisation des stratégies traditionnelles et novatrices au niveau opérationnel	X				
	Elaborer et vulgariser les directives et normes en rapport avec les stratégies de vaccination	X				
	Mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre de l'ACZ	X				
	Apporter un appui technique du niveau intermédiaire vers les ZS dans la mise en œuvre de l'approche ACZ	X	X	X	X	X
	Suivre la mise en œuvre des différentes stratégies de vaccination au sein des aires de santé	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre les stratégies spécifiques pour atteindre les populations cibles	X	X	X	X	X
	Elaborer et vulgariser les outils et normes en rapport avec la supervision intégrée	X				
	Superviser chaque semestre les 26 DPS	X	X	X	X	X
	Superviser chaque trimestre les 516 ZS	X	X	X	X	X
	Superviser chaque mois les 8687 aires de santé *(750 AS)	X	X	X	X	X
	Développer les outils d'auto formation/auto apprentissage en gestion PEV adapté à chaque niveau	X				
	Former les cadres au niveau central en MLM			X		X
	Former les cadres au niveau intermédiaire en MLM			X		X
	Former les cadres au niveau opérationnel (MCZ, IS et AC des 516 ZS)	X		X		X
	Former les cadres au niveau opérationnel (IT et ITA des 8687 AS)	X		X		X
	Former les cadres du PEV central en vaccinologie	X	X	X	X	X
	Introduire les cours PEV dans le cursus de formation de base des écoles médicales, Instituts Supérieurs des Sciences Médicales, Faculté de Médecine et Ecole de Santé		X			
	Mener le plaidoyer auprès du Secrétariat Général afin d'intégrer le PEV et les autres programmes au sein du Cadre d'Accélération des OMD (CAO) pour l'intégration des interventions	X				
	Appuyer l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant (JSE)	X	X	X	X	X
	Appuyer la révision des outils et système d'information intégrés	X				
	Organiser la SAV avec l'intégration des autres interventions à haut impact sur la Santé de la Mère et la Survie de l'Enfant	X	X	X	X	X
	Recherche et développement	Définir un agenda de recherche au cours d'un forum du comité élargi de recherche	X			
Organiser des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) et des couvertures vaccinales sur l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination (RO) * (RSS: 10 Prov)		X	X	X		
Organiser les enquêtes de couverture vaccinale ** (RSS dans 26 DPS)				X		
Organiser un voyage de partage d'expérience avec un pays ayant 1 GTCV (Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination) fonctionnel		X				
Faire le plaidoyer auprès du Minisanté pour la mise en place du comité consultatif de vaccination		X				
Appuyer l'élaboration de mise en œuvre du plan de travail	X					
Atteindre et vacciner les personnes se trouvant en situation d'urgence (déplacés, réfugiés, retournés, refoulés, ...)	Elaborer et vulgariser les directives en rapport avec la vaccination des urgences et des populations déplacées et réfugiés	X				
	Etablir des liens de collaboration avec les services en charge des déplacés et réfugiés	X				
	Prévoir un stock d'urgence des vaccins pour les déplacés et réfugiés	X	X	X	X	X
	Appuyer la vaccination multi-antigènes dans les situations d'urgence	X	X	X	X	X
Amélioration de la qualité des	Réviser les outils de gestion et de collecte des données	X				

Stratégies	Activités principales	2015	2016	2017	2018	2019
	Elaborer et vulgariser le manuel d'utilisation des outils de gestion et de collecte du PEV	X				
	Reproduire les outils, normes et directives couvrant les besoins annuels	X	X	X	X	X
	Rendre disponible aux DPS les outils, normes et directives, fiches techniques, le manuel d'utilisation des outils en conformité avec les Zones de Santé desservies** (Cfr RSS)	X	X	X	X	X
	Former les personnes impliquées dans la gestion des données du PEV identifiées et responsabilisées à tous les niveaux.	X				
	Mener un plaidoyer pour la désignation d'une personne chargée de la gestion des données sanitaires y compris celles de la vaccination au niveau de chaque BCZS	X				
	Organiser la supervision formative mensuelle des acteurs chargés de la gestion des données au niveau des centres de santé, Bureaux Centraux des Zones de Santé dans les DPS	X	X	X	X	X
	Doter les Bureaux Centraux de 516 ZS en Matériels informatiques (Ordinateurs)	X			X	
	Doter les 516 ZS en modems pour l'accès à l'internet	X		X		X
	Organiser les réunions de validation des données à tous les niveaux selon les documents des normes et directives élaborés.	X	X	X	X	X
	Organiser les réunions de revue mensuelle (monitorage) des activités de vaccination à tous les niveaux selon les documents des normes et directives élaborés.	X	X	X	X	X
	Organiser les revues semestrielles au niveau central et revues trimestrielles au niveau des DPS	X	X	X	X	X
	Organiser des missions de vérification de la qualité (DQS, RDQA, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et triangulation entre OG) des données ** (RSS) (Niveau central)	X	X	X	X	X
	Organiser des missions de vérification de la qualité (DQS, RDQA, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et triangulation entre OG) des données ** (RSS) (Niveau provincial)	X	X	X	X	X
	Mettre en œuvre les DQS, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et la triangulation entre OG * (466 ZS)	X	X	X	X	X
	Assurer un feed back systématique et régulier	X	X	X	X	X
	Produire et diffuser un bulletin d'information mensuel sur la qualité des données du PEV	X	X	X		
	Organiser une enquête de collecte les données de base sur la qualité des données du PEV dans les Zones de Santé des 10 autres provinces (échantillon de CS et de BCZS ; Antennes et Coordination du PEV)			X		
	Organiser une enquête de collecte de données sur la qualité des données du PEV dans tout le pays, un an après la mise en œuvre	X				
	Elaborer le guide de dénombrement	X	X	X	X	X
	Conduire le dénombrement dans les AS des Zones de Santé.	X	X	X	X	X
	Superviser les acteurs durant le processus	X	X	X	X	X
	Valider les données du dénombrement	X	X	X	X	X
	Elaborer le rapport du dénombrement	X	X	X	X	X
	Actualiser les chiffres de dénombrement des aires des Zones de Santé.	X	X	X	X	X
Formation en faveur de l'introduction des nouveaux vaccins	Elaborer les modules de formation, les fiches techniques et feuillet de sensibilisation pour l'introduction des nouveaux vaccins	X				
	Réviser les outils de gestion et de collecte en rapport avec les vaccins introduits	X	X	X	X	X
	Reproduire les outils révisés	X	X	X		
	Assurer la formation des acteurs à tous les niveaux	X	X	X		
Suivi et Evaluation	Elaborer les outils de suivi et évaluation pré et post introduction	X	X	X		
	Organiser l'évaluation pré-introduction des nouveaux vaccins	X	X	X		
	Assurer le suivi post-introduction des nouveaux vaccins	X	X	X		
	- Organiser l'évaluation post-introduction des nouveaux vaccins	X	X	X		
	- Elaborer un plan de correction pour les prochaines introductions	X	X	X		

Logistique

Stratégies	Activités principales	2015	2016	2017	2018	2019
Optimisation de la chaîne logistique en vaccins	Acquérir les quantités des doses requises de vaccins et consommables	X	X	X	X	X
	Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020	X	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	X	X			
	Organiser des missions d'appui d'assistance technique dans la mise en place des Hubs (Kinshasa, Kisangani, Lubumbashi et Ilebo)	X	X			
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
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, 35 ingénieurs maintenance 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
	Réaliser les supervisions formatives des activités logistiques dans les 26 DPS et suivi MEO PA GEV 2014					
	Organiser une évaluation efficace des vaccins "GEV"		X			
	Acquérir des kits de prélèvement PFA, Rougeole, FJ et porte échantillons	X				
Réhabilitation de la chaîne du froid, Bâtiments et Maintenance	Solariser les chambres froides positives des 26 DPS	X	X	X	X	X
	Acquérir les équipements de protections (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
	Acquérir et installer 15 chambres froides positives, 88 congélateur de grande capacité, 4600 réfrigérateurs, rayonnages, 5000 Glacières et 13000 portes vaccins	X	X	X	X	X
	Acquérir et installer 516 incinérateurs pour la gestions 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'outillage 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					
	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 circuit de livraisons en vaccins du niveau intermédiaire au travers de technologies GPS passif	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	X	X			

Stratégies	Activités principales	2015	2016	2017	2018	2019
	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

AVS

Stratégies	Activités principales	2015	2016	2017	2018	2019
Organisation des AVS de qualité contre la polio	Organiser la micro planification intégrée à la base selon l'approche village par village intégrant les MP lors de l'élaboration des PAO	X	X	X	X	X
	Organiser des JLV de nettoyage			X		
	Organiser un passages (50%) en 2015 et 1 passage (50%) en 2016 des JLVs de prévention	X	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 (Monitorage indépendant et LQAS)	X	X	X	x	
	Renforcer les couvertures vaccinales de routine et la recherche active des cas de PFA lors des AVS	X	X	X	X	
	Introduire le VPI en routine (Cfr goupe prestation)	X				
Organisation des AVS de qualité contre la rougeole	Organiser des AVS de suivi selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020		X			
	Organiser des AVS de rattrapage contre la rubéole-rougeole selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole et le plan stratégique régionale 2012-2020 : : 42% soit 5 prov 2015 et 58% soit 6 prov			X	X	
	Organiser les 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		
Organisation des AVS de qualité contre le TMN et FJ	Réaliser l'analyse de risques TMN	X				
	Organiser les AVS préventives 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 le PEV de routine lors des AVS et la recherche active des cas		X	X		
	Organiser les AVS préventives dans les Zones à haut risque FJ identifiées : au Katanga et K Orientale en 2015 et à l'Equateur et Province Orientale en 2016	X	X			
	Organiser les ripostes de qualité à temps dans toutes les ZS en épidémie	X	X	X	X	X
	Renforcer le PEV 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)				

Communication

Stratégies	Activités Principales	2015	2016	2017	2018	2019
Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administrative et des partenaires en faveur de la vaccination	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 du parlement pour le maintien de la ligne budgétaire et le suivi de décaissement de fonds en faveur de 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			
	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
Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat	Développer le partenariat avec le ministère de l'EPSP et communication et médias pour la promotion de la vaccination	X	X			
	Développer le partenariat avec les compagnies de téléphonies cellulaires (Vodacom, Airtel, Tigo,...) pour diffuser les messages sur la vaccination	X	X			
	Célébration des événements spéciaux permettant de sensibiliser la communauté et récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés (SAV , Journée mondiale de la pneumonie)	X	X	X	X	X
	Célébration des personnes qui se sont distinguées par leur contribution à l'amélioration de la couverture vaccinale appelées « champions de la vaccination »	X	X	X	X	X
Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination	Produire et distribuer les supports actualisés: Cartes MERCI, Affiches calendrier vaccinal, dépliants, Boîte à images, jeton pour la récupération,...	X	X	X	X	X
	Assurer une large diffusion des messages sur base d'une synergie de canaux efficaces de communication	X	X	X	X	X

	Développer et mettre en œuvre les stratégies pour assurer la promotion de nouveaux vaccins	X	X	X	X	X
	Promouvoir les approches communautaires et participatives en faveur de la vaccination	X	X	X	X	X
	Appuyer la mise en œuvre des approches communautaires et participatives pour assurer la promotion de la vaccination dans au moins 50% des ZS : suivi communautaire des enfants non et insuffisamment vaccinés par les RECO et autres leaders communautaires	X	X	X	X	X
Renforcement de capacité des acteurs en communication pour la vaccination	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
	Doter les Reco de guides, directives, outils, kits d'information et les matériels de communication (vélos, motos, mégaphones,...)	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
	Organiser de visites d'échanges d'expériences avec d'autres pays	X	X	X	X	X
	Renforcer la supervision formative de tous les acteurs de la communication (actualiser les aspects de la communication dans les outils de supervision	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
	Documenter les expériences de la vaccination (article, vidéo, bulletin , documentaire,...)	X	X	X	X	X
	Réaliser 2 enquêtes CAP nationale et appuyer la réalisation de diagnostics communautaires	X				X
Renforcement de la coordination des interventions de la communication	Redynamiser les commissions de communication (Task Force Communication) à tous les niveaux	X	X			
	Disséminer les directives consensuelles sur le financement des activités des AVS	X	X			

Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico	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
administrative et des partenaires en faveur de des campagnes de masse	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 nationales et provinciales	X	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	X	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	X	X	X	X	X
	Développer les alliances et le partenariat avec les OSC, les CR et les autres réseaux	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			
Communication de proximité	Disséminer le guide actualisé de	X	X			

	surveillance à base communautaire dans les 515 zones de santé					
	Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants	X	X			

Gestion Programme

Stratégies	Activités Principales	2015	2016	2017	2018	2019
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 refugies	X	X	X	X	X
	Participer a la fonctionnalité de l'ANR	X	X	X	X	X
Elaboration/actualisation des textes législatifs, règlementaires, 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 des différents revues (à mi-parcours et annuelle) dans l'esprit des CNP	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 sante 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, enquetes, missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les	X	X	X	X	X

	niveaux)					
	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 des 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 Tradipraticiens	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
	Assurer le suivi de l'avant projet 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

VII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME

Comment [w2]: Attendu du groupe Costing

7.1. 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 récurrents⁷, les coûts en capital⁸ ainsi que les coûts partagés⁹ 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.

La sous-estimation des coûts du Programme est liée entre autre à la non-consolidation des informations financières du niveau opérationnel. Cette situation est due essentiellement à la multiplicité de partenaires agissant directement sur le terrain et sans représentation au niveau central. Avec la perspective de la redynamisation des CCIA provinciaux, les structures PEV des provinces pourront s'informer sur les paquets d'activités PEV planifiées et exécutées par les partenaires lors des réunions mensuelles de ces comités.

7.2. Données quantitatives sur les coûts et financements relatifs à l'année de base (2013)

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

Tableau XXI: Les dépenses effectuées en 2013

Catégorie de coût	Dépenses
	2013
Vaccins (vaccins de routine seulement)	
<i>Traditionnel</i>	\$ 5 810 529
<i>Sous utilisé</i>	\$ 2 538 000
<i>Nouveau</i>	\$ 42 870 500
Matériel d'injection	\$ 1 892 528
Personnel	
<i>Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)</i>	\$ 696 552

⁷ 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

⁸ ils comprennent les équipements de la chaîne de froid et de transport ainsi que les équipements informatiques et de communication

⁹ 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.

<i>Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée /équipes mobiles</i>	\$ 2 225 160
<i>Per diem pour supervision et monitoring</i>	\$ 6 471 888
Transport	
<i>Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)</i>	\$ 805 873
<i>Stratégie avancée + Stratégie mobile</i>	\$ 644 698
Entretien et frais généraux	
<i>Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :</i>	\$ 952 113
<i>Entretien et d'autre équipement d'investissement</i>	\$ 131 075
Formation de courte durée	\$ 1 702 122
IEC/ mobilisation sociale	\$ 971 578
Surveillance des maladies	\$ 2 606 730
Gestion du programme	\$ 3 991 491
Sous-total	\$74 310 837
Coûts d'investissement pour la vaccination systématique	
<i>Véhicules</i>	\$ 768 000
<i>Équipements de la chaîne du froid</i>	\$ 1 304 852
<i>Autres biens d'équipement</i>	\$ 130 506
Sous-total	\$2 203 358
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)	
VAR	
<i>Vaccins et matériel d'injection</i>	\$ 4 710 540
<i>Coûts opérationnels</i>	\$ 7 265 106
VPO	
<i>Vaccins et matériel d'injection</i>	\$ 3 321 936
<i>Coûts opérationnels</i>	\$ 9 382 537
VAA	
<i>Vaccins et matériel d'injection</i>	\$ 532 131
<i>Coûts opérationnels</i>	\$ 126 748
TMN	
<i>Vaccins et matériel d'injection</i>	\$ 128 400
<i>Coûts opérationnels</i>	\$ 503 820
Sous-total	\$25 971 218
Coûts partagés du système de santé	
<i>Coûts partagés du personnel</i>	\$ 5 980 115
<i>Coûts partagés du transport</i>	\$ 3 135 360
Sous-total facultatif	\$9 115 475
Total global	\$111 600 887
Vaccination systématique	\$85 629 669
Activités de vaccination supplémentaire	\$25 971 218

Il ressort du tableau XXI que le coût total du programme en 2011 s'est élevé à 164.653.722 USD dont 114.415.093 USD, soit 69,5% pour les activités liées à la vaccination de routine et 50.238.629 USD, soit 30,5% pour les campagnes de vaccination.

Du coût global du Programme, les coûts récurrents représentent un montant de 108.340.946 USD (65,8%), les coûts en capital sont de 3.956.481 USD (2,4%), les coûts partagés sont 2.117.666 USD (1,3%) et les activités de vaccination supplémentaire ont coûté 50 238.629 USD (30,5%).

Les coûts engagés dans les activités de vaccination supplémentaires ont été évalués à 50.238.629 USD dont 45.302.277 USD pour la campagne polio, 4.071.404 USD pour la campagne rougeole, 864.948 USD pour la campagne TMN.

Les moteurs des coûts pour l'année 2011 sont expliqués dans les lignes ci-dessous :

Les coûts directs de la vaccination de routine sont évalués à \$ 112.297.427 U SD répartis en coûts récurrents 108.340.946 \$ soit 96,4% et coût en capital 3.956.481 \$ soit 3,6 %.

- Les coûts de personnel, influencés par les salaires, les primes, les per-diems pour la supervision et pour la stratégie avancée, et per-diem pour la surveillance et monitoring représentent 9.054.600 USD soit 5,5 % des coûts totaux.
- Les activités liées au contrôle et à la surveillance des maladies ont coûté 4.501.903 USD (2,7%).
- Le transport (incluant le transport aérien des vaccins et intrants, la livraison de vaccins pour les sites fixes et avancés) représente 1.526.693 USD soit 0,9% des coûts totaux. Les activités de vaccination sont réalisées en stratégie fixe, avancée et mobile au niveau des centres de santé.
- La supervision et le monitoring se réalisent à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) alors que la stratégie avancée n'est réalisée qu'au niveau périphérique (CS). Cela explique la différence de coûts entre ces deux activités dans les proportions générées par l'outil.
- Le coût de gestion du programme comprend l'appui technique des partenaires, l'évaluation, la planification au niveau central, intermédiaire et périphérique, les équipements informatiques et de communication, les fournitures de bureau ainsi que la coordination avec les différents partenaires.

Tableau XXII : Indicateurs de base pour l'année 2013

Indicateur pour l'Année de Référence	2013
Dépenses Total de Vaccination	\$102 485 412
Activités de vaccination supplémentaire	\$25 971 218
Vaccination systématique uniquement	\$76 514 194
par habitant	\$0,89
par enfant contre le DTC	\$24,59
% vaccine et matériel d'injection	69%
% ressources financières du gouvernement	3%
% dépenses totales en santé	30%
% dépenses publiques de santé (DPS)	78%
% PIB	0,47%

Total coûts partagés	9 115 475
% coûts partagés – synthèse de snaté	8%
Total	111 600 887

Au cours de l'année 2011, le coût de vaccination de routine a été évalué à 1,5 USD par habitant, ce qui équivaut à 0,75% du PIB pour la même année.

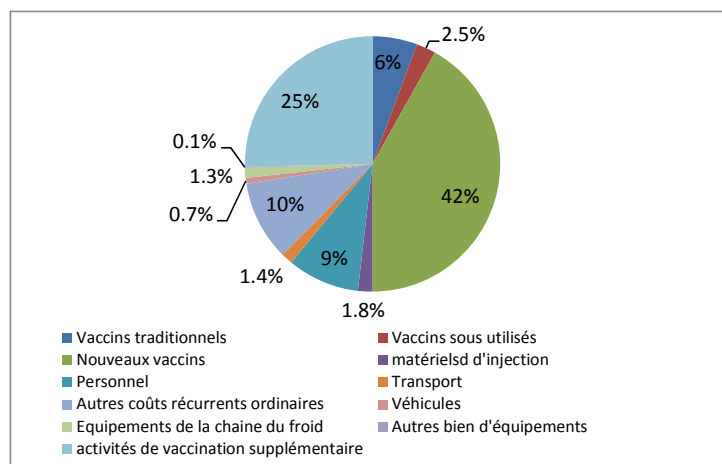
Le coût par enfant vacciné pour trois doses de DTC s'élève pour cette période à 53,3 USD. Ce qui est normal car ce coût varie entre 50 et 60 USD dans la région africaine.

7.2.2. 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 2013

Il ressort du graphique 11 que les coûts des vaccins nouveaux 41.185.835 USD soit 25%, les coûts récurrents 28.694.564 USD soit 18%, les coûts des vaccins sous-utilisés 21.628.832 USD soit 13% et les coûts des campagnes de vaccination 50.238.629 USD soit 31% ont le plus pesé

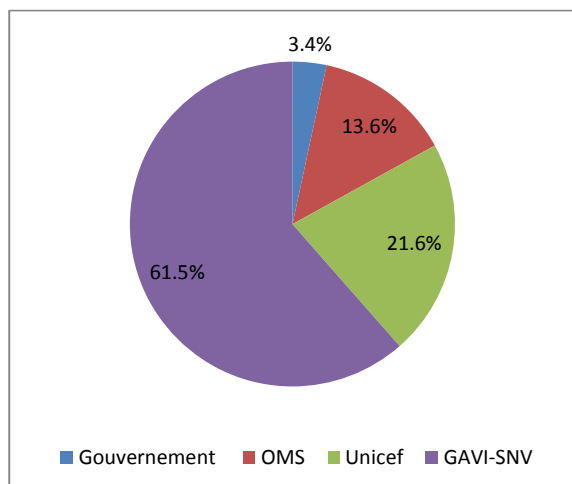


sur la gestion du programme. Il sied de noter que ces campagnes de vaccination étaient organisées dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite, la rougeole et le tétanos néonatal. Mis en ensemble, ces coûts à eux seuls ont représenté 86 % de la charge du programme soit 141.747.860 USD sur 164.653.722 USD.

Les autres coûts ont représenté successivement, coûts du personnel 9.054.600 USD soit 6%, coûts de vaccins de base 4.371.170 USD soit 3%, coût du matériel de la chaîne du froid 3.648.681 USD soit 2%, le matériel d'injection a coûté 1.879.252 USD soit 1% et le coût lié au transport 1.526.693 USD soit 1% de la charge du programme.

Graphique 16 : Profil de financement (Année de base 2013 : Routine seulement)

Au vu de ce graphique, la part du Gouvernement dans le financement global du programme a été de 2.322.635 USD, soit 2,65% couvrant essentiellement les rémunérations des agents et le fonctionnement du programme. GAVI SNV prend la part la plus grande du financement du programme pour les achats des vaccins et



et seringues 64.441.379 USD, soit 73,5%. GAVI-RSS a financé pour 7.503.121 USD soit 8,56% pour les activités liées au renforcement de la chaîne de froid et du fonctionnement du programme. Il est suivi de l'UNICEF 4.565.460 USD soit 5,21% pour les achats vaccins, seringues et autres intrants. OMS a financé le programme avec un montant de 3.310.188 USD soit 3,78% pour les activités liées à la surveillance et autres. La Banque Mondiale a contribué avec 2.625.114 USD soit 2,99%. L'USAID a contribué à travers PROSANI pour un montant de

2.184.128 USD soit 2,49% pour l'appui au fonctionnement du Programme.

Il est à noter que l'USAID contribue aussi aux activités de vaccination à travers les autres partenaires (OMS, Unicef, MCHIP).

7.3. Besoins en ressources futures et financement du Programme

7.3.1 Coûts et besoins futurs en ressources

Sur le plan méthodologique, l'estimation des ressources s'appuie essentiellement sur le plan stratégique PEV 2013-2015. L'année 2011 a été considérée comme l'année de référence pour la projection des activités de moyen terme (2013,2014 et 2015). Les documents ci-après ont servi à l'élaboration des estimations des besoins futurs :

- PPAC-RDC 2011-2015 ;
- Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 ;
- Documents sur le GIVS ;
- Documents de DSRP ;
- Documents de soumission d'introduction des vaccins contre le Pneumocoque ;
- Rapport de la revue externe PEV 2012 ;
- Rapport d'enquête de couverture vaccinale RDC 2012 ;
- Rapport de la première réunion du groupe de travail GAVI en RDC ;
- Rapport de la revue à mi-parcours du PEV, de juillet 2012 ;
- Plan de contrôle de la rougeole ;
- Analyse du risque pour l'introduction du MenAfriVac en RDC ;
- Rapport de l'évaluation post introduction du PCV-13 dans les 4 premières provinces en RDC ;

Les activités de vaccination supplémentaire, particulièrement celles de la polio, de la rougeole, du TMN et de la méningite 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. Ce changement de type de matériels aura un impact sur les coûts de maintenance et de frais généraux pour les équipements de la chaîne du froid qui augmenteront proportionnellement.

Les projections de ressources prennent aussi en compte un nombre plus élevé des campagnes de vaccination des masses contre la polio, la rougeole, le Tétanos et la méningite.

Tableau XXIII: Les projections des besoins en ressources de 2015-2019

Catégorie de coût	Besoins en ressources					
	2015	2016	2017	2018	2019	Total 2015-2019
Coûts récurrents de la vaccination systématique	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccins (vaccins de routine seulement)						
<i>Traditionnel</i>	\$ 4 348 219	\$ 4 519 067	\$ 3 898 171	\$ 3 605 051	\$ 3 705 232	\$ 20 075 741
<i>Sous utilisé</i>	\$ 34 162 295	\$ 47 466 579	\$ 47 231 551	\$ 48 260 384	\$ 50 709 112	\$ 227 829 921
<i>Nouveau</i>	\$ 33 208 851	\$ 34 666 331	\$ 47 849 734	\$ 58 230 014	\$ 58 041 024	\$ 231 995 954
Matériel d'injection	\$ 2 423 100	\$ 2 626 179	\$ 2 244 863	\$ 2 386 507	\$ 2 624 605	\$ 12 305 253
Personnel						
<i>Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)</i>	\$ 1 311 234	\$ 1 950 226	\$ 2 614 252	\$ 3 304 059	\$ 4 020 413	\$ 13 200 184
<i>Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles</i>	\$ 4 539 326	\$ 6 945 169	\$ 9 445 430	\$ 12 042 924	\$ 14 740 539	\$ 47 713 389
<i>Per diem pour supervision et monitoring</i>	\$ 13 068 624	\$ 19 926 640	\$ 27 053 749	\$ 34 457 972	\$ 42 147 543	\$ 136 654 527
Transport						
<i>Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)</i>	\$ 1 374 571	\$ 1 601 575	\$ 1 875 984	\$ 1 404 579	\$ 1 432 536	\$ 7 689 245
<i>Stratégie avancée + Stratégie mobile</i>	\$ 1 099 657	\$ 1 281 260	\$ 1 500 788	\$ 1 123 663	\$ 1 146 029	\$ 6 151 396
Entretien et frais généraux						
<i>Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :</i>	\$ 4 560 566	\$ 3 183 105	\$ 3 230 228	\$ 1 760 628	\$ 1 981 301	\$ 14 715 827
<i>Entretien et d'autre équipement d'investissement</i>	\$ 609 519	\$ 1 032 261	\$ 1 365 611	\$ 1 697 638	\$ 1 997 308	\$ 6 702 338
<i>Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)</i>	\$ 465 120	\$ 474 422	\$ 483 911	\$ 493 589	\$ 503 461	\$ 2 420 503
Formation de courte durée	\$ 14 599 075	\$ 2 908 391	\$ 9 452 010	\$ 77 935	\$ 9 833 871	\$ 36 871 283
IEC/ mobilisation sociale	\$ 17 479 725	\$ 15 177 074	\$ 13 006 409	\$ 13 241 643	\$ 13 627 926	\$ 72 532 776
Surveillance des maladies	\$ 2 840 700	\$ 2 737 553	\$ 2 509 969	\$ 2 516 871	\$ 2 567 209	\$ 13 172 302
Gestion du programme	\$ 75 222 256	\$ 26 899 230	\$ 14 866 781	\$ 12 044 547	\$ 11 386 717	\$ 140 419 531
Autres coûts récurrents ordinaires	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Sous-total	\$211 312 838	\$173 395 063	\$188 629 442	\$196 648 005	\$220 464 822	\$990 450 170

Coûts d'investissement pour la vaccination systématique						
Véhicules	\$ 1 629 144	\$ 2 494 047	\$ 2 831 515	\$ 2 404 948	\$ 2 453 047	\$ 11 812 701
Équipements de la chaîne du froid	\$ 740 867	\$ 974 452	\$ 781 939	\$ 867 942	\$ 984 428	\$ 4 349 628
Autres biens d'équipement	\$ 521 977	\$ 891 188	\$ 1 200 564	\$ 1 518 607	\$ 1 825 812	\$ 5 958 147
Sous-total	\$2 891 988	\$4 359 686	\$4 814 018	\$4 791 497	\$5 263 287	\$22 120 476
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)						
VAR						
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	\$ 3 381 701	\$ 15 837 538	\$ 2 152 598	\$ 3 325 740	\$ 24 697 576
Coûts opérationnels	\$ -	\$ 7 886 161	\$ 15 467 872	\$ 22 102 747	\$ 7 886 161	\$ 53 342 941
VPO						
Vaccins et matériel d'injection	\$ 3 300 000	\$ 2 891 491	\$ 2 978 241	\$ -	\$ -	\$ 9 169 731
Coûts opérationnels	\$ 8 667 680	\$ 4 463 701	\$ 9 195 223	\$ -	\$ -	\$ 22 326 604
MenA						
Vaccins et matériel d'injection	\$ 26 085 391	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 26 085 391
Coûts opérationnels	\$ 28 767 381	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 28 767 381
VAA						
Vaccins et matériel d'injection	\$ 27 972 645	\$ 27 706 376	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 55 679 020
Coûts opérationnels	\$ 19 485 317	\$ 18 782 203	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 38 267 520
HPV						
Vaccins et matériel d'injection	\$ -	\$ 279 037	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 279 037
Coûts opérationnels	\$ -	\$ 12 750	\$ 12 750	\$ -	\$ -	\$ 25 500
Sous-total	\$114 278 413	\$65 403 419	\$43 491 623	\$24 255 345	\$11 211 901	\$258 640 701
Coûts partagés du système de santé						
Coûts partagés du personnel	\$ 12 178 938	\$ 18 623 323	\$ 25 320 611	\$ 32 278 341	\$ 39 504 253	\$ 127 905 466
Coûts partagés du transport	\$ 3 198 067	\$ 3 262 029	\$ 3 327 269	\$ 3 393 814	\$ 3 461 691	\$ 16 642 870
Construction de nouveaux bâtiments	\$ 157 824	\$ 160 980	\$ 164 200	\$ 167 484	\$ 170 833	\$ 821 321
Sous-total facultatif	\$15 534 829	\$22 046 331	\$28 812 080	\$35 839 640	\$43 136 777	\$145 369 657
Total global	\$344 018 069	\$265 204 499	\$265 747 163	\$261 534 486	\$280 076 788	\$1 416 581 005
Vaccination systématique	\$229 739 655	\$199 801 081	\$222 255 539	\$237 279 142	\$268 864 886	\$1 157 940 303
Activités de vaccination supplémentaire	\$114 278 413	\$65 403 419	\$43 491 623	\$24 255 345	\$11 211 901	\$258 640 701

En tenant compte du coût global des besoins en ressources de 2013 (182 037 803 USD), il ressort du tableau XXIII que les besoins en ressources du programme diminuent progressivement à partir de 2014 et 2015 soit 161 431 208 USD pour l'année 2014 et 164 104 246 USD en 2015, portant ainsi à 507 573 257 USD le coût global du programme pour les 3 années de projection. Les besoins décroissent car des gros investissements ont été planifiés en 2013.

Les coûts récurrents constituent le gros de cette charge. Ils sont de 130.736.365 USD en 2013 et décroissent à 129.001.251 USD en 2014 et 123.965.736 USD en 2015 et donnent ainsi un total de 383.703.353 USD pour toute la période soit 93% du coût du PEV de routine et 76% du coût global du programme. Les vaccins et matériels d'injection représentent un montant de 175.747.711\$ soit 46% des ces coûts récurrents.

Graphique 17 : Projection des besoins en ressources

Les projections des besoins en ressources pour le programme diminuent progressivement, passant de 180 millions en 2013 à 165 millions en 2015. Cette situation est due au fait que le coût des campagnes de vaccination diminue selon le profil épidémiologique de la poliomyélite et celui de la formation du personnel qui sera concentrée à la première année de mise en œuvre du PPAC.

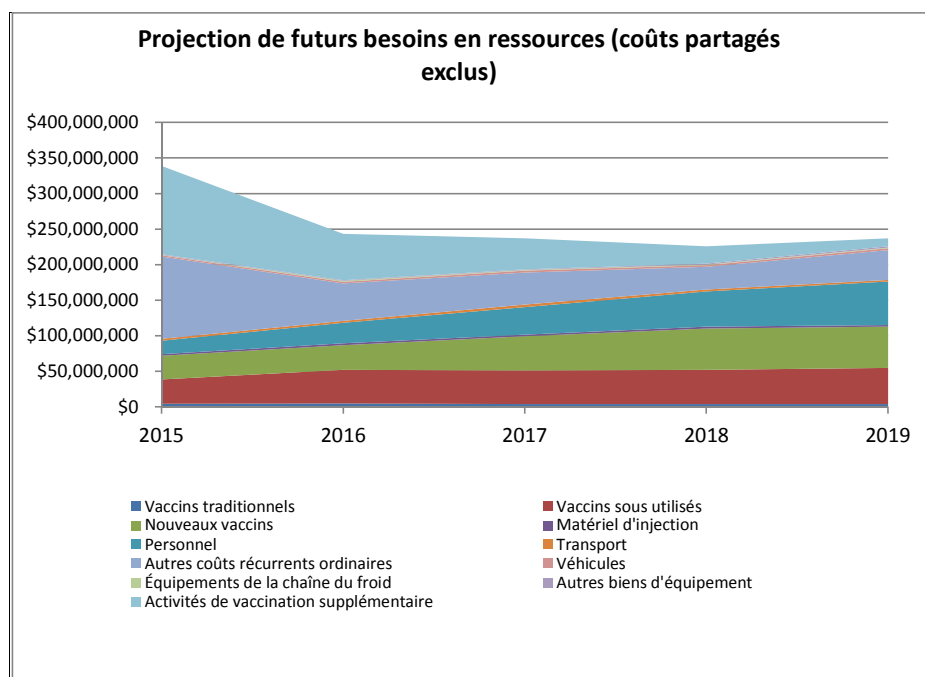


Tableau XXIV: Indicateur Macroéconomique et de viabilité financière 2015-2019

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2013	2015	2016	2017	2018	2019
	Référence					
PIB par habitant (SÉ-U)	\$ 187	\$ 273	\$281	\$289	\$297	\$305
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$3	\$3	\$3	\$3	\$3	\$4
Population	86 453 301	91 718 307	94 469 856	97 303 952	100 223 070	103 229 763
PIB (SÉ-U)	\$ 16 166 767 287	\$ 25 039 097 819	\$26 546 029 604	\$ 28 120 842 108	\$29 766 251 935	\$ 31 485 077 593
Dépenses totales de santé (DTS SÉ-U)	\$ 259 359 903	\$ 275 154 921	\$283 409 569	\$291 911 856	\$ 300 669 211	\$ 412 919 050
Dépenses publiques de santé (DPS SÉ-U)	\$ 98 556 763	\$ 112 813 518	\$ 121 866 115	\$128 441 217	\$138 307 837	\$ 198 201 144
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$112 473 581	\$ 359 192 434	\$ 273 364 569	\$ 274 285 165	\$ 270 172 884	\$288 788 826
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 86 502 363	\$ 234 782 366	\$ 207 961 151	\$ 230 793 541	\$245 917 539	\$ 277 576 925
Par enfant vacciné contre la DTC	\$ 28	\$ 67	\$ 57	\$ 62	\$ 63	\$ 69
% dépenses totales en santé						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	43,37%	130,54%	96,46%	93,96%	89,86%	69,94%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	33,35%	85,33%	73,38%	79,06%	81,79%	67,22%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		52,59%	42,67%	46,43%	41,91%	35,41%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		5,51%	1,91%	2,66%	2,87%	2,11%
% Dépenses publiques de santé (DPS)						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	114,12%	318,39%	224,32%	213,55%	195,34%	145,70%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	87,77%	208,12%	170,65%	179,69%	177,80%	140,05%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		128,26%	99,24%	105,51%	91,10%	73,78%

Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		13,45%	4,43%	6,04%	6,25%	4,40%
% PIB						
Besoins en ressources : vaccination						
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0,70%	1,43%	1,03%	0,98%	0,91%	0,92%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0,54%	0,94%	0,78%	0,82%	0,83%	0,88%
Par habitant						
Besoins en ressources : vaccination						
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ 1,30	\$ 3,92	\$ 2,89	\$ 2,82	\$ 2,70	\$ 2,80
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 1,00	\$ 2,56	\$ 2,20	\$ 2,37	\$ 2,45	\$ 2,69

Se référant au tableau ci-dessus, les coûts par habitant pour le financement des activités de vaccination liées au PEV de routine et campagne sont respectivement de 2,25 USD en 2013, de 1,90 USD en 2014 et de 1,89 USD en 2015. Si l'on considère le PIB par habitant qui est de 211 USD en 2013, de 217 USD en 2014 et de 224 USD en 2015, on pourra couvrir tous les besoins liés aux activités de PEV de routine et aux campagnes de vaccination pour les 3 années de projection si chaque habitant contribuait chaque année avec respectivement 2,25 USD en 2013, 1,94 USD en 2014 et 1,89 USD en 2015.

Tableau XXV : Cofinancement du Gouvernement pour l'achat des vaccins 2015-2019

a. Nombre de doses pour appliquer le niveau de cofinancement

Vaccins	Classification	2015	2016	2017	2018	2019	Total 2015-2019
		Doses	Doses	Doses	Doses	Doses	Doses
DTC-HepB-Hib	Underused	10 198 840	10 504 806	11 111 845	11 537 147	11 853 196	55 205 834
VAA	Underused	3 325 709	3 425 480	3 576 894	3 774 688	3 867 885	17 970 655
PCV13	New	10 226 354	10 646 502	11 083 505	11 537 147	11 853 196	55 346 705
Rota	New			4 864 915	8 547 656	7 902 131	21 314 703

b. Cofinancement de Gouvernement

Vaccins	Classification	2015	2016	2017	2018	2019	Total 2015-2019
		\$É-U	\$É-U	\$É-U	\$É-U	\$É-U	
DTC-HepB-Hib	Underused	\$2 039 768	\$2 100 961	\$2 222 369	\$2 307 429	\$2 370 639	\$11 041 167
VAA	Underused	\$665 142	\$685 096	\$715 379	\$754 938	\$773 577	\$3 594 131
PCV13	New	\$2 045 271	\$2 129 300	\$2 216 701	\$2 307 429	\$2 370 639	\$11 069 341
Rota	New		\$ -	\$972 983	\$1 709 531	\$1 580 426	\$4 262 941

Il ressort de ces deux tableaux que les coûts de cofinancement des nouveaux vaccins (PCV-13) et des vaccins sous utilisés (VAA et DTC-HepB-Hib) sont respectivement de 4 629 969 USD pour 2013, de 4 511 350 USD en 2014 et de 4 749 916 USD pour 2015 soit au total pour les 3 années de projection de 13 891 235 USD.

Ce montant représente une proportion de 9% en 2013 et de 8% en 2014 et en 2015 mais reste une condition incontournable pour la poursuite de l'appui de GAVI dans ce domaine.

Tableau XXVI : Besoin en ressources, Financement et Ecart 2015-2019

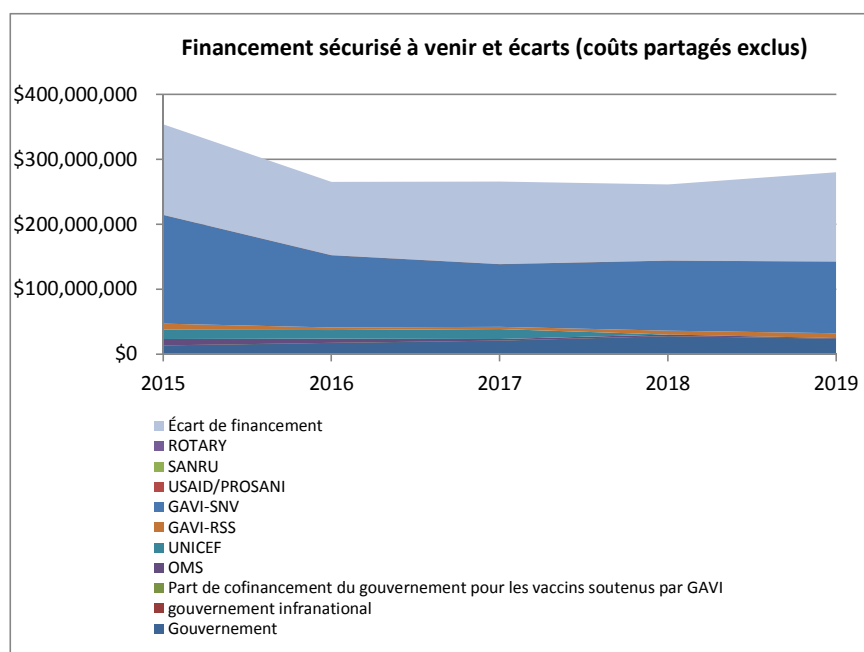
Besoins en ressources : financement et écarts*	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne. 2015 - 2019
Total : ressources nécessaires	354 149 723	265 204 499	265 747 163	261 534 486	280 076 788	1 426 712 659
Total : ressources nécessaires (systématique seulement)	229 739 655	199 801 081	222 255 540	237 279 142	268 864 886	1 157 940 303
<i>Par habitant</i>	3	2	2	2	3	2
<i>Par enfant ciblé vacciné contre la DTC</i>	66	55	59	61	67	62
Total financement sécurisé	214 499 812	152 429 840	138 761 929	144 172 821	142 564 918	792 429 320
Gouvernement	13 515 344	17 620 091	20 932 572	27 689 160	23 771 576	103 528 743
gouvernement infranational	0	0	0	0	0	0
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par GAVI	0	0	0	0	0	0
OMS	9 708 380	6 201 254	2 509 969	2 594 806	1 250 000	22 264 409
UNICEF	14 500 000	13 500 000	15 300 000	0	0	43 300 000
GAVI-RSS	9 171 108	3 554 322	3 489 503	5 975 357	7 370 106	29 560 396

GAVI-SNV	167 604 980	111 554 173	96 529 885	107 913 498	110 173 236	593 775 772
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	\$139 649 911	\$112 774 659	\$126 985 234	\$117 361 665	\$137 511 870	\$634 283 340
% des besoins totaux	39%	43%	48%	45%	49%	44%
Financement probable	129 518 257	115 534 093	127 760 959	117 361 664	137 511 874	627 686 847
Gouvernement	10 585 695	17 476 957	25 303 561	34 469 674	41 203 929	129 039 816
gouvernement infranational	1 078 938	1 979 394	7 892 378	6 766 947	4 493 894	22 211 552
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par GAVI	0	0	0	0	0	0
OMS	680 000	1 705 000	9 296 178	500 000	7 999 253	20 180 431
UNICEF	1 100 000	11 549 919	24 995 779	0	0	37 645 697
GAVI-RSS	116 073 624	50 167 452	48 141 232	40 235 817	44 131 154	298 749 279
GAVI-SNV	0	23 782 203	0	0	0	23 782 203
USAID/PROSANI	0	5 123 168	4 355 558	10 376 160	9 569 549	29 424 435
SANRU	0	1 750 000	3 987 348	10 595 456	7 500 000	23 832 804
ROTARY	0	500 000	2 262 975	6 005 741	10 519 548	19 288 264
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	10 131 654	-2 759 434	-775 724	1	-4	6 596 493
% des besoins totaux	3%	-1%	0%	0%	0%	0%

Les besoins en ressources pour la vaccination de routine dans PPAC pour les 3 années sont respectivement de 178 264 441 USD en 2013, de 157 582 379 USD en 2014 et de 160 178 439 USD en 2015, soit un total de 496 025 259 USD. Le total de financement probable et assuré s'élève à 349 535 014 USD, ce qui donne un écart financier global de 146 490 246 USD.

L'écart financier est respectivement de 32% en 2013, 28% en 2014 et 27% en 2015. Cette situation traduit l'hésitation constatée pour le positionnement des fonds par les parties prenantes dès la première année de mise en œuvre.

Graphique 18 : Projection du Financement Assuré 2015-2019



Le financement assuré pour les 3 années du PPAC est respectivement de 28% en 2013, 34% en 2014 et 33% en 2015.

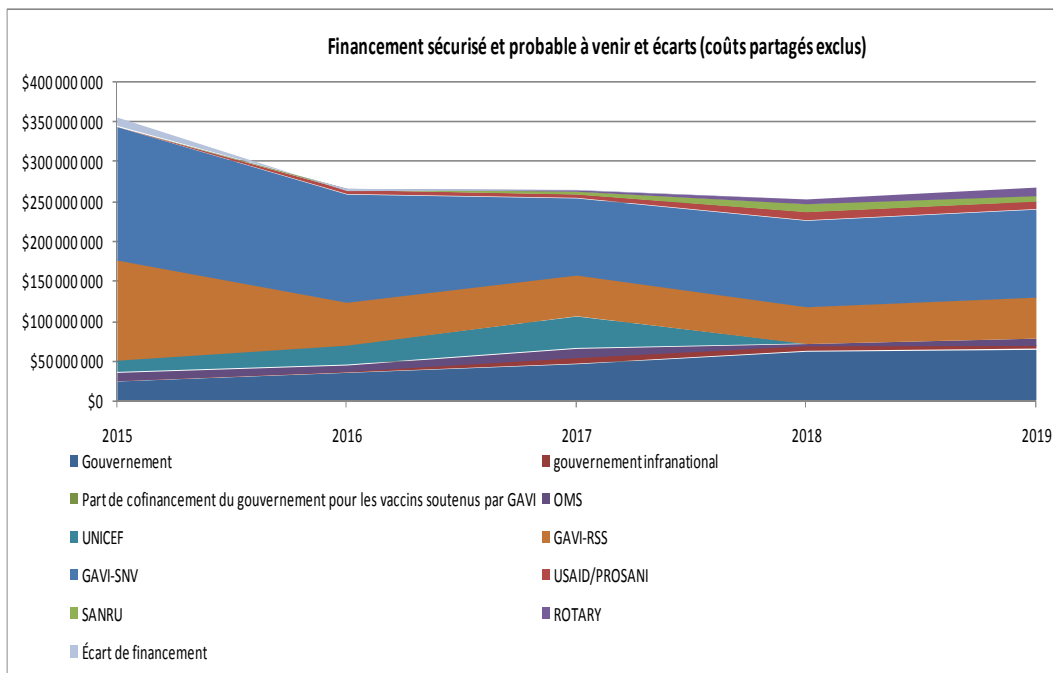
La variation dans le temps est légère entre les 3 années alors qu'on s'attendait à un niveau élevé de financement sécurisé à la 1^{ère} année de mise en œuvre. Cette situation est due au fait que la plus part des

partenaires n'ont pas encore l'assurance de mobiliser les ressources inscrits dans leurs plans d'action. Il en est de même pour le Gouvernement qui n'a pas encore voté le budget de l'année 2013.

Graphique 19 : Projection du Financement Assuré et Probable 2015-2019

Le financement assuré et probable mis ensemble pour les 3 années du PPAC est respectivement de 68% en 2013, 72% en 2014 et 73% en 2015.

La variation dans le temps reste toujours légère entre les 3 années. Cette situation est toujours due au fait que le Gouvernement et les partenaires ne connaissent d'avance avec certitude pas la hauteur de leurs contributions.



VIII. STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

Depuis 4 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...).

En outre, depuis 2010, la RDC a vu une grande partie de sa dette extérieure annulée dans le cadre de l'initiative PPTTE, permettant de ce fait au Gouvernement dans les années qui suivent de disponibiliser plus de moyens pour faire face aux besoins des secteurs sociaux de la population parmi les quels la vaccination des enfants et femmes enceintes en vu de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

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

8.1. Description des stratégies de viabilité financière

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

- Mobilisation des ressources adéquates ;
- 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 de 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 par dose de pneumo à partir de 2011.

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 et dans le cadre de l'Initiative PPTE. A cet effet, une séance de plaidoyer a été organisée par le Ministre de la santé de la RDC à l'intention des membres du Parlement et ceux du Gouvernement Central, sur la situation du PVS en RDC et le financement du PEV, séance au cours de laquelle le représentant du gouvernement central a réaffirmé son engagement en faveur de la vaccination.
- Un plaidoyer pour la création d'une ligne spécifique « Achat vaccin et matériels d'inoculation » dans la nomenclature budgétaire du pays a été réalisé et une ligne budgétaire spécifique pour l'achat de vaccins et matériels d'inoculation est créée tant dans le budget 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.
- -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 ; 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 ;
- Signature du mémorandum d'entente tant au niveau national que provincial sur le PEV comprenant des indicateurs de suivi de performance à l'instar du niveau central

8.2. 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.

8.2.1. 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
Crédits alloués/IPPTE	Forte : les fonds IPPTE sont déjà alloués et utilisés pour le PEV	Moyenne	Forte	Forte : il y a déjà des discussions très prometteuses pour un accroissement des montants et crédits PPTE
Décassements 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				
Elément 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

8.2.2. 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

8.2.3. 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 ;
- Augmentation des crédits alloués dans le cadre de l'IPTE ;
- 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.

IX. 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 2015-2019 ; 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.

X. ANNEXES

10.1. LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2015)

Stratégies	Activités	Responsable	CHRONOGRAMME			
			T1	T2	T3	T4
Mise en œuvre intégrale de la stratégie ACZ	Pas besoin, c'est en titre !!!il faut aller de l'avant	PEV et Partenaires	X			
	Harmoniser avec la DEP sur le canevas de PAO des ZS pour l'intégration des composantes de l'ACZ	PEV et Partenaires	X			
	Elaborer le PAO annuel des 26 DPS	PEV et Partenaires	X			
	Elaborer le PAO annuel des 516 ZS * (50ZS)	PEV et Partenaires	X			
	Microplanifier annuellement les activités de vaccination dans les 8687 aires de santé* (750 AS)	PEV et Partenaires	X			

	Mobiliser les fonds additionnels pour la réalisation des stratégies traditionnelles et novatrices au niveau opérationnel	PEV et Partenaires	X			
	Elaborer et vulgariser les directives et normes en rapport avec les stratégies de vaccination	PEV et Partenaires	X			
	Mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre de l'ACZ	PEV et Partenaires	X			
	Apporter un appui technique du niveau intermédiaire vers les ZS dans la mise en œuvre de l'approche ACZ	PEV et Partenaires	X			

	Suivre la mise en œuvre des différentes stratégies de vaccination au sein des aires de santé	PEV et Partenaires	X			
	Mettre en œuvre les stratégies spécifiques pour atteindre les populations cibles	PEV et Partenaires	X			
	Elaborer et vulgariser les outils et normes en rapport avec la supervision intégrée	PEV et Partenaires	X			
	Superviser chaque semestre les 26 DPS	PEV et Partenaires	X			
	Superviser chaque trimestre les 516 ZS	PEV et Partenaires	X			
	Superviser chaque mois les 8687 aires de santé * (750 AS)	PEV et Partenaires	X			

	Développer les outils d'auto formation/auto apprentissage en gestion PEV adapté à chaque niveau	PEV et Partenaires	X			
	Former les cadres au niveau opérationnel (MCZ, IS et AC des 516 ZS)	PEV et Partenaires	X			
	Former les cadres au niveau opérationnel (IT et ITA des 8687 AS)	PEV et Partenaires	X			
	Former les cadres du PEV central en vaccinologie	PEV et Partenaires	X			

	Introduire les cours PEV dans le cursus de formation de base des écoles médicales, Instituts Supérieurs des Sciences Médicales, Faculté de Médecine et Ecole de Santé	PEV et Partenaires	X			
	Mener le plaidoyer auprès du Secrétariat Général afin d'intégrer le PEV et les autres programmes au sein du Cadre d'Accélération des OMD (CAO) pour l'intégration des interventions	PEV et Partenaires	X			
	Appuyer l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant (JSE)	PEV et Partenaires	X			

	Appuyer la révision des outils et système d'information intégrés	PEV et Partenaires	X			
	Organiser la SAV avec l'intégration des autres interventions à haut impact sur la Santé de la Mère et la Survie de l'Enfant	PEV et Partenaires	X	X		
Recherche et développement	Definir un agenda de recherche au cours d'un forum du comité élargi de recherche	PEV et Partenaires		X		

	Organiser des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) et des couvertures vaccinale sur l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination (RO) * (RSS: 10 Prov)	PEV et Partenaires			X	
	Organiser un voyage de partage d'expérience avec un pays ayant 1 GTCV (Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination) fonctionnel	PEV et Partenaires			X	
	Faire le plaidoyer auprès du Minisanté pour la mise en place du comité consultatif de vaccination	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Appuyer l'élaboration de mise en œuvre du plan de travail	PEV et Partenaires	X	X	X	X
Atteindre et vacciner les personnes se trouvant en situation d'urgence (déplacés, réfugiés, retournés, refoulés, ...)	Elaborer et vulgariser les directives en rapport avec la vaccination des urgences et des populations déplacées et réfugiées	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Etablir des liens de collaboration avec les services en charge des déplacés et réfugiés	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Prévoir un stock d'urgence des vaccins pour les déplacés et réfugiés	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Appuyer la vaccination multi-antigènes dans les situations d'urgence	PEV et Partenaires	X	X	X	X

Amélioration de la qualité des données de vaccination	Reviser les outils de gestion et de collecte des données	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Elaborer et vulgariser le manuel d'utilisation des outils de gestion et de collecte du PEV	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Reproduire les outils, normes et directives couvrant les besoins annuels	PEV et Partenaires	X			
	Rendre disponible aux DPS les outils, normes et directives, fiches techniques, le manuel d'utilisation des outils en conformité avec les Zones de Santé desservies** (Cfr RSS)	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Former les personnes impliquées dans la gestion des données du PEV identifiées et responsabilisées à tous les niveaux.	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Mener un plaidoyer pour la désignation d'une personne chargée de la gestion des données sanitaires y compris celles de la vaccination au niveau de chaque BCZS	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Organiser la supervision formative mensuelle des acteurs chargés de la gestion des données au niveau des centres de santé, Bureaux Centraux des Zones de Santé dans les DPS	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Doter les Bureaux Centraux de 516 ZS en Matériels informatiques (Ordinateurs)	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Doter les 516 ZS en modems pour l'accès à l'internet	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Organiser les réunions de validation des données à tous les niveaux selon les documents des normes et directives élaborés.	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Organiser les réunions de revue mensuelle (monitorage) des activités de vaccination à tous les niveaux selon les documents des normes et directives élaborés.	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Organiser les revues semestrielles au niveau central et revues trimestrielles au niveau des DPS	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Organiser des missions de vérification de la qualité (DQS, RDQA, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et triangulation entre OG) des données ** (RSS) (Niveau central)	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Organiser des missions de vérification de la qualité (DQS, RDQA, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et triangulation entre OG) des données ** (RSS) (Niveau provincial)	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Mettre en oeuvre les DQS, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et la triangulation entre OG * (466 ZS)	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Assurer un feed back systématique et régulier	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Produire et diffuser un bulletin d'information mensuel sur la qualité des données du PEV	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Organiser une enquête de collecte des données de base sur la qualité des données du PEV dans les Zones de Santé des 10 autres provinces (échantillon de CS et de BCZS ; Antennes et Coordination du PEV)	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Organiser une enquête de collecte de données sur la qualité des données du PEV dans tout le pays, un an après la mise en œuvre	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Elaborer le guide de dénombrement	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Conduire le dénombrement dans les AS des Zones de Santé.	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Superviser les acteurs durant le processus	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Valider les données du dénombrement	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Elaborer le rapport du dénombrement	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Actualiser les chiffres de dénombrement des aires des Zones de Santé.	PEV et Partenaires	X	X	X	X

Formation en faveur de l'introduction des nouveaux vaccins	- Elaborer les modules de formation, les fiches techniques et feuillet de sensibilisation pour l'introduction des nouveaux vaccins	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	- Reviser les outils de gestion et de collecte en rapport avec les vaccins introduits	PEV et Partenaires	X			
	- Reproduire les outils révisés	PEV et Partenaires	X			
	- Assurer la formation des acteurs à tous les niveaux	PEV et Partenaires	X	X	X	X
Suivi et Evaluation	- Elaborer les outils de suivi et évaluation pré et post introduction	PEV et Partenaires	X			
	- Organiser l'évaluation pré-introduction des nouveaux vaccins	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	- Assurer le suivi post-introduction des nouveaux vaccins	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	- Organiser l'évaluation post-introduction des nouveaux vaccins	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	- Elaborer un plan de correction pour les prochaines introductions	PEV et Partenaires	X	X	X	X
Optimisation de la chaîne logistique en vaccins	Aquerir les doses requises de vaccins et des consommables	Gouvernement et Partenaires	X			
	Organiser une réunion d'orientation stratégique logistique avec les logisticiens de 26 DPS sur la vision 2020	Gouvernement et Partenaires	x			

	Organiser des missions d'assistance technique internationale pour les études de faisabilité du dépôt central et des 3 dépôts déconcentrés de Kisangani, Lubumbashi et Ilebo	PEV et Partenaires	x			
	Construire un entrepôt central moderne a l'aéroport avec une capacité brute de 2.200 mètre cube positives et 140 mètre cube négative pour le stockage des vaccins	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Construire à l'aéroport un entrepôt pour les intrants secs d'un volume brut de 10.000 mètre cube	PEV et Partenaires	x	x	x	x

	Acquérir à Kisangani un sous entrepôt déconcentré moderne des capacités brutes de 480 mètre cube positives et 20 mètre cube négative pour le stockage des vaccins devant servir les DPS de l'Est du pays (8 DPS)	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Construire à Kisangani un entrepôt sec d'un volume brut de 6.200 mètre cube pour les intrants secs des 13 DPS	PEV et Partenaires	x	x	x	x

	Acquérir à Lubumbashi un sous entrepôt déconcentré moderne des capacités brutes de 160 mètre cube positives et 20 mètre cube négative pour le stockage des vaccins devant servir les DPS du Katanga	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Construire à Lubumbashi un entrepôt sec d'un volume brut de 3.030 mètre cube pour les intrants secs des DPS du Katanga	PEV et Partenaires	x	x	x	x

	Acquérir à Ilebo un sous entrepôt déconcentré moderne des capacités brutes de 320 mètre cube positives et 20 mètre cube négative pour le stockage des vaccins devant servir les DPS des Kasai Occidental et Oriental	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Construire à Ilebo un entrepôt sec d'un volume brut de 4.294 mètre cube pour les intrants secs des DPS des Kasai Occidental et Oriental	PEV et Partenaires	x	x	x	x

Amélioration du système de distributions et transport	Acquérir 2 bateaux frigorifiques de 480 mètres cubes positives, 20 mètres cubes négatives et d'un volume sec d'environ 1.000 mètre cube chacune	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Acquérir 5 véhicules frigorifiques et 16 camions pour le transport des vaccins et intrants secs des dépôts centraux et déconcentrés vers les 26 DPS; y compris des 26 DPS vers les ZS	PEV et Partenaires	x	x	x	

	Acquérir 40 véhicules 4 x 4 en titre de complémentarité au transport des vaccins, médicaments et autres intrants des DPS vers les ZS	PEV et Partenaires	x	x	x	
	Acquérir 50 motos type 125 pour les ZS ciblées	PEV et Partenaires	x	x	x	
	Acquérir 100 hors bord de 15 CV et pirogues pour la vaccination des enfants riverains en stratégies spécifiques	PEV et Partenaires	x	x	x	
	Acquérir 550 motos type 100 pour les stratégies avancées dans les Aires de Santé à accessibilité réduite	PEV et Partenaires	x	x	x	

	Acquérir 1000 pirogues pour les stratégies avancées dans les Aires de Santé à accessibilité réduite	PEV et Partenaires	x	x	x	
	Sous-traiter les activités de la manutention	PEV et Partenaires	X			
	Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les DPS	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer le transport des vaccins de DPS vers les ZS	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer le rapatriement des glacières des aires de santé-ZS-Antenne-Coordination-niveau central	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 et installer des systèmes de suivi en continue des températures (avec alarmes par SMS) pour les chambres froides positives de 44 entrepôts des DPS (Antennes)	PEV et Partenaires	X	X		
	Acquérir 10,000 « Freeze-Tag », 100 libero, 10000 fridge-tag 2 pour le suivi de la qualité des vaccins	PEV et Partenaires	X	X		
	Réaliser une supervision MEO PA GEV 2014	PEV et Partenaires				X
	Former les 35 ingénieurs maintenancier des pools de maintenance du niveau central et DPS	PEV et Partenaires		X	X	

	Former 25 logisticiens intégré en santé (niveau Licence professionnelle) pour les 26 DPS et ZS ciblées	PEV et Partenaires				X
	Organiser un atelier sur l'élaboration des PON sur la logistique PEV et mécanisme actualisation inventaire	PEV et Partenaires	X			
	Former les logisticiens sur les outils et les support pour les inventaires (mécanisme d'update) et formation SMT et DVD MT	PEV et Partenaires		X	X	
	Organiser une formation en CCL et en gestion logistique en faveur des Prestataires dans les ZS	PEV et Partenaires		X	X	

	Organiser une formation sur la sécurité au travail en faveur des cadres des Zones de santé et du niveau central	PEV et Partenaires				
	Octroyer une prime de performance à 12 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid au niveau central	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Octroyer une prime de performance à 70 personnels de gestion logistique et maintenance de la chaîne de froid (44 logisticiens et 26 maintenanciers) des DPS	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Acquérir des kits de prélèvement PFA,Rougeole,FJ	PEV et Partenaires	X			
	Acquérir des porte échantillons	PEV et Partenaires	X	X		
	Réaliser l'étalonnage des chambres froides par l'Office Congolais de Contrôle (OCC)	PEV et Partenaires		x		
Solarisation des chambres froides positive pour les 44 Dépôts Antennes et Dépôt Relais	Acquérir les matériels de solarisation d'une puissance de 40.000 watt pour le fonctionnement des matériels de la chaîne du froid du dépôt déconcentré de Ilebo	PEV et Partenaires				X
	Acquérir les rayonnages supplémentaire des chambres	PEV et Partenaires	X	X		
	Acquérir les équipements de protections (extincteurs,EPI)	PEV et Partenaires	X	X		

	Acquérir 88 congélateur de grande capacité pour les DPS pour le recyclage des accumulateurs	PEV et Partenaires	X	X		
	Doter le dépôt central et les dépôts de Kananga des générateurs de secours pour leur chambre froide	PEV et Partenaires	X	X		
	Acquérir et installer 300 réfrigérateurs et congélateurs solaires sans batteries pour les ZS	PEV et Partenaires	X	X		
	Acquérir et installer 2000 réfrigérateurs solaires sans batterie (PQS) de 40 litre pour toutes les Aires de Santé	PEV et Partenaires	X	X		

Acquérir et installer 50 incinérateurs pour la gestions des déchets au niveau des ZS	PEV et Partenaires			X	X
Acquérir 1500 Galcières et 6500 Portes vaccins	PEV et Partenaires	X	X		
Assurer la maintenance des chambre froide des DPS en contractualiser le secteur privé	PEV et Partenaires	X	X	X	X
Acquérir des kits de pièces détachées (bruleurs,mèches et verres) pour les réfrigérateurs	PEV et Partenaires	X	X		
Acquérir le petrole pour le fonctionnements des réfrigérateurs	PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Réaliser une étude pilote sur la solarisation des chambres froides	PEV et Partenaires	X	X		
	Acquérir des kit d'outillage pour les pools de maintenance de CdF de 26 DPS	PEV et Partenaires	X	X		
	Réproduire les outils de gestion	PEV et Partenaires	X			
Modernisation du système d'information logistique	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		

	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		
	Acquérir les équipements pour le suivi de l'utilisation des véhicules avec le GPS	PEV et Partenaires			X	X
	Acquérir les équipements pour la gestion de stocks avec code-barres	PEV et Partenaires			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		
	Acquérir les équipements de suivi de stocks en temps réels par SMS de Katanga et les 2 Kassai	PEV et Partenaires	X	X		
Amélioration de la qualité des AVS polio	Réaliser la Microplanification intégrée à la base des AVS selon l'approche village par village lors de l'élaboration des PAO des ZS	PEV/Partenaires	X			
	Commander les vaccins et marqueurs indélébiles	PEV/Partenaires	X	X		

	Reviser et reproduire les outils de gestion	PEV/Partenaires	X			
	Distribuer les vaccins, marqueurs et les outils de gestion	PEV/Partenaires	X	X		
	Actualiser et diffuser les instructions et directives pour la mise en œuvre des AVS de qualité à différents niveaux	PEV/Partenaires	X			
	Tenir les réunions de coordination à différents niveaux	PEV/Partenaires	X		X	
	Former les prestataires à différents niveaux par catégorie	PEV/Partenaires	X		X	
	Vacciner les cibles	PEV/Partenaires	X		X	
	Superviser les AVS au niveau intermédiaire et opérationnel y compris le monitoring interne	PEV/Partenaires	X		X	

	Réaliser les évaluations indépendantes et les enquêtes LQAS	PEV/Partenaires	X		X	
	Evaluer les différents passages des AVS à tous les niveaux	PEV/Partenaires	X		X	
	Organiser les riposte autour de tout cas de cVDPV/PVs	PEV/Partenaires	X	X	X	X
	Elaborer le rapport final de la campagne	PEV/Partenaires		X	X	
Amélioration de la qualité des AVS contre la rougeole	Appuyer techniquement et financièrement l'organisation des campagnes de suivi dans 5 provinces selon le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020,	PEV/Partenaires			X	X

	(Maniema,Nord Kivu,Sud Kivu, Province Or,et Equateur)					
	Commander les vaccins et matériels d'inoculation	PEV/Partenaires	X	X		
	Reviser et reproduire les outils de gestion	PEV/Partenaires		X	X	
	Distribuer les vaccins, matériels d'inoculation et les outils de gestion	PEV/Partenaires			X	X
	Organiser les supervisions pre campagnes (au moins une supervision par mois)	PEV/Partenaires			X	X
	Tenir les réunions de coordination à différents niveaux	PEV/Partenaires			X	X
	Former les prestataires à différents niveaux par categorie	PEV/Partenaires			X	X

	Vacciner les cibles	PEV/Partenaires			X	X
	Superviser les AVS au niveau intermediaire et operationnel y compris le monitoring interne	PEV/Partenaires			X	X
	Realiser les enquêtes post-campagne avant la fin du mois qui suit les AVS	PEV/Partenaires			X	X
	Appuyer l'organisation des ripostes dans le delai dans les ZS en epidemie	PEV/Partenaires	X	X	X	X
	Documenter et partager les meilleures pratiques identifiées pendant la mise en œuvre des AVS.	PEV/Partenaires				X
	Elaborer le rapport final de la campagne	PEV/Partenaires			X	X
Organisation des AVS de qualité contre la Fièvre-jaune	Evaluer le risque fièvre jaune	PEV/Partenaires	X			

	Appuyer techniquement et financièrement l'organisation des campagnes preventives dans 4 provinces	PEV/Partenaires		X		
	Commander les vaccins	PEV/Partenaires	X			
	Reproduire les outils de gestion	PEV/Partenaires		X		
	Distribuer les vaccins, matériels d'inoculation et les outils de gestion	PEV/Partenaires		X		
	Actualiser et diffuser les instructions et directives pour la mise en œuvre des AVS de qualité à différents niveaux	PEV/Partenaires	X			
	Tenir les réunions de coordination à différents niveaux	PEV/Partenaires		X		
	Former les prestataires à différents niveaux par catégorie	PEV/Partenaires		X		

	Vacciner les cibles	PEV/Partenaires		X		
	Superviser les AVS au niveau intermediaire et operationnel y compris le monitoring interne	PEV/Partenaires		X		
	Realiser les enquetes post-campagne avant la fin du mois qui suit les AVS	PEV/Partenaires		X	X	
	Appuyer l'organisation des ripostes dans le delai dans les ZS en epidemie	PEV/Partenaires	X	X	X	X
	Elaborer le rapport final de la campagne	PEV/Partenaires			X	
Organisation des AVS preventives de qualite contre la meningite	Réaliser une microplanification en vue d'une campagne Contre la meningite à meningocoque	PEV/Partenaires	X			

	Appuyer techniquement et financièrement l'organisation des campagnes preventives dans 5 provinces	PEV/Partenaires		X		X
	Tenir les réunions de coordination à différents niveaux	PEV/Partenaires		X		X
	Former les prestataires à différents niveaux par categorie	PEV/Partenaires		X		X
	Vacciner les cibles	PEV/Partenaires		X		X
	Superviser les AVS au niveau intermediaire et opérationnel y compris le monitoring interne	PEV/Partenaires		X		X
	Elaborer le rapport final de la campagne	PEV/Partenaires		X		X
Mise en œuvre des stratégies spécifiques appropriées de lutte contre le TMN	Réaliser l'évaluation de risque TMN (Cfr Surveillance)	PEV/Partenaires	X			
		PEV/Partenaires	X	X	X	X

	Organiser la riposte autour du cas TMN					
	Renforcer le PEV systématique (Cfr Prestation des services)	PEV/Partenaires	X	X	X	X
1, Le renforcement de la recherche active de cas et de la surveillance à base communautaire 2, Partenariat élargi aux acteurs d'appui globale afin de mobiliser les ressources financières et l'appui logistique efficace pour pereniser les activités 3. Le renforcement de l'accompagnement des antennes et des zones de santé 4. Le renforcement du fonctionnement des comités polio et du laboratoire INRB 5. La mise en place d'un système de surveillance environnemental	Reproduire les outils de gestion de la surveillance (PFA, rougeole, fièvre jaune,TNN,MAPI,SBC, sites sentinelles)	PEV et partenaires				
			X	X		
	Vulgariser les directives en matière de SIMR, recherche active des cas et SBC	DLM				
			X			

Organiser des missions de supervision	PEV et partenaires		X	X	X
Organiser le suivi et l'évaluation	DLM, PEV et partenaires		X		X
Organiser des missions de recherche active	DPS, antennes, BCZS	X	X	X	X
Doter les ZS en kits de prélèvement et matériel de transport des échantillons	PEV et partenaires	X	X		
Appuyer l'investigation et le transport des échantillons vers le laboratoire nationale	PEV et partenaires	X	X	X	X
Envoyer les instructions par la Direction PEV aux coordinations et antennes pour leur engagement dans le suivi de la recherche active des zones de santé	Direction du PEV	X			

Reproduire les outils de gestion	PEV et partenaires	X	X		
Organiser des missions de supervision	DLM, PEV et partenaires		X	X	X
Organiser le suivi et l'évaluation	DLM, PEV et partenaires	X	X	X	X
Organiser des missions de recherche active	DPS, antennes, BCZS	X	X	X	X
Appuyer le fonctionnement des comités polio	PEV et partenaires	X	X	X	X
Appuyer le fonctionnement des Laboratoires polio, rougeole, fièvre jaune, rubéole, HPV, Méningites de l'INRB	PEV et partenaires	X	X	X	X
Mener un plaidoyer auprès des autorités pour l'affectation d'un gestionnaire des données au niveau de chaque BCZS	SG, DLM, PEV	X			

	Doter l'INRB d'un local, des matériels et consommables pour la surveillance environnementale	SG, PEV, INRB et partenaires	X	X	X	X
	Former les personnels en surveillance environnementale	DLM, PEV, INRB et partenaires	X			
	Organiser des missions de plaidoyer auprès des autorités politico administratives pour obtenir les autorisations et choix des sites de prélèvement	Minisanté	X	X		
	Organiser des missions de formation des prestataires dans les sites de collecte des échantillons	INRB	X	X	X	X

<p>3. Le renforcement de l'intégration, de la surveillance rougeole, TNN, fièvre jaune dans la SIMR en vue d'une mise en commun de charge logistique</p>	<p>Cfr PFA</p>					
<p>1, Le renforcement de l'intégration, de la surveillance rougeole, TNN, fièvre jaune dans la SIMR en vue d'une mise en commun de charge logistique 2, renforcement de la recherche active intégrée à celle des PFA 3, Partenariat élargie aux acteurs d'appui globale dans les ZS afin de mobiliser les ressources financières et l'appui logistique efficace pour pereniser les activités</p>	<p>Cfr PFA</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
			<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

<p>1, Le renforcement de l'intégration, de la surveillance rougeole, TNN, fièvre jaune dans la SIMR en vue d'une mise en commun de charge logistique</p> <p>2, le renforcement de la recherche active couplée à celle des PFA</p> <p>4, Le renforcement de la SBC</p>	Cfr PFA					
			X	X	X	X
<p>1. Formalisation du cadre institutionnel de gestion des MAPI</p> <p>2. Renforcement des capacités</p>	<p>Obtenir de l'autorité un arrêté portant création et organisation du comité d'expert MAPI</p>		X			
	<p>Reproduire les outils de gestion de MAPI</p>		X	X	X	X
	<p>Former les prestataires en surveillance MAPI</p>		X	X	X	X

	Enquêter les cas de MAPI		X	X	X	X
	Organiser les réunions de classement des cas de MAPI		X	X	X	X
	Publier/ diffuser les rapports de classement des cas de MAPI		X	X	X	X
1. Renforcement du partenariat pour le fonctionnement durable des sites 2. Extension de la couverture en sites sentinelles	Elaborer les documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources		X			
	Doter les sites sentinelles en outils de gestion et réactifs		X	X	X	X
	Implanter 2 nouveaux sites sentinelles à Kisangani et Kananga			X	X	

	Mettre en place la surveillance du syndrome du rubéole congénitale		X	X	X	X
	Mettre en place la surveillance en site du cancer du col utérin (HPV)		X	X	X	X
1. Le renforcement de la surveillance à base communautaire	Vulgariser le guide de la surveillance à base communautaire		X			
	Reproduire les outils de gestion		X	X	X	X
	Former les cadres de 26 DPS et les ECZ sur la SBC		X	X		
	Organiser des missions de supervision formative		X	X	X	X
	Organiser le suivi et l'évaluation			X	X	X
	. Participer aux réunions de la sous commission du CNP de la lutte contre les maladies	PEV et Partenaires			X	X
Collaboration intra et intersectorielle			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 services transfrontaliers pour faciliter la vaccination dans les camps des déplacés et réfugiés	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	Participer a la fonctionnalité de l'ANR	PEV et Partenaires	X	X	X	X
	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				
Elaboration/actualisation des textes législatifs, réglementaires, stratégiques et normatifs			X	X	X	X

Renforcement de la coordination du programme	Diffuser les TDR et directives actualisés des différents revues (à mi-parcours et annuelle) dans l'esprit des CNP	PEV et Partenaires	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 à 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 des nouveaux vaccins	PEV et Partenaires	X	X	X	X
. Organiser une évaluation de la gestion efficace des vaccins « GEV »	PEV et Partenaires			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
	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				
Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources			X	X	X	X
	Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..)	PEV et Partenaires		X	X	X
Renforcement de capacités institutionnelles			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	PEV et Partenaires				
	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
			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 maintenance	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
	Mener le plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination					
Mobilisation des ressources adéquates		PEV et Partenaires	X	X	X	X

	Assurer le suivi de l'avant projet 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 Bondo MISO	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 Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA	Ministre de la Santé
PARTENAIRES		
1	Dr Joseph KABORE	Représentant, OMS
2	Mr Pascal VILLENEUVE	Représentant, UNICEF
3	Stephen M. HAYKIN	Directeur, USAID
4	Ambroise TSHIMBALANGA	Président, ROTARY
GROUPE DE TRAVAIL PPAC		
MINISANTE		
1	Dr Audry MULUMBA WA KAMBA	Médecin Directeur du PEV
2	Dr Guylain KAYA MUTENDA SHERIA	Médecin Directeur Adjoint PEV
3	AG.NGUMBU MABANZA	Directeur de la 1ère DIR
4	Dr Patrick KAYEMBE	Ecole de Santé Publique / UNIKIN
5	Dr Eric MAFUTA MUSALU	Ecole de Santé Publique / UNIKIN
6	Dr Paul LAME ONADIKONDO	Chef de Bureau DLM
7	Dr Guillaume NGOIE MWAMBA	Chef de Division Appui
8	Mme KAWENDE FATUMA	Chef de Div. Adm. et Financière
9	Dr Norbert YOLOYOLO	Chef de Division Technique
10	Ir Serge KABEYA	Chef de Division Logistique
11	Dr Crispin KAZADI	Chef de Service Nouveaux vaccins
12	Dr Elisabeth MUKAMBA	Chef de Service PEV Systématique
13	Dr Michel NYEMBWE KALALA	Chef de Service Surveillance

14	Dr Stanislas MAKONGOTE	Chef de Service AVS
15	Dr Calixte SHIDI	Point Focal Rougeole
16	Dr Bertin LORA	Chef de Service Suivi et Evaluation
17	Dr Jacky MATONDO	Chef de Service Communication
18	Dr Augustin MILABYO	Chargé d'echo rougeole PEV
19	Dr Germain KAFFEKE	Chef de Service Audit PEV
20	Dr Denis YOKA EBENGO	CB /DLM
21	Dr Jean Pierre MPUTU	Chef de Section Surveillance PEV
22	Ir Pascal MUKENYI	Chef de Service Statistique et informatique
23	AG. Maron KIMBULU	Chef du Personnel PEV
24	Mr Jean Paul MAKALA	DATA MANAGER PEV
25	Mme Thérèse KANIONGA	Chef de Service Gestion Vaccin et autres intrants
26	Mme Blandine MBOMBO	Chef de Section MOSO
27	Mr Patrice TSHEKOYA AKETE	Chef de Section Suivi et Evaluat.
28	Mr Eric LUMBALA	Chef de Services Généraux
29	AG. Jean de Dieu SANGO WIYAKA	Chef de Section Charroi
30	Mr Joel MULUBU	Chef de Service Budget a.i
31	Mr Didier MAHUNDE	Logisticien PEV
32	Mme Fideline MAPITSHI	Chef de Section formation
33	Mr Jules BAGANDA	Ministère du Budget
34	Dr Bruno BINDAMBA	AT/SG Santé
35	Mr Jean Léon MOFUMUNGI MAFA	DD SSP D5
36	Mr YOGOLELO RIZIKI	Chef d' unité Polio/INRB
37	Mr Valentin AKARASIS MAKSAS	Chef de Section
38	Mme Solange MUKANDILA	Chef de Service Expédition
39	Mr Benjamin MATATA	Chef de Service Finances/PEV
40	AG. Philippe HIOMBO	CB /GL D1

41	Mr Bonaventure BWANAMDOGO	Chef de Section Evaluation PEV
42	Mr Patrice TSHEKOYA AKETE	Chef de Section Suivi et Evaluat.
COORDINATIONS PEV		
42	Dr Jean Baptiste MABUNDA	Médecin Coordonnateur Provincial
43	Dr Jean MUKENDI	Médecin Coordonnateur Provincial
44	Mr Jean Louis KAMBA KAMBA	Logisticien PEV Matadi
OMS		
45	Karen WILKINS	Routine Immunization
46	Dr Berthe NKUKU OKUNI AFUL'AMUR	OMS
47	Dr YAPI Moïse	MO-PME/OMS
48	Dr Renée NSAMBA	NPO AVS / OMS
49	Dr Richard LETSHU	MEP
50	Mme Yolande MASEMBE	NPO Routine Immunization / OMS
51	Mr Thierry TONDUANGU	Logisticien OMS
52	Mr Honoré MBAYA	Logisticien OMS
53	Dr Léon KINUANI	NPO Nouveaux Vaccins/RI
54	Dr AISSATA C. DIAHA	Epidémiologiste OMS
55	Dr MAYENGA MAY MAKITU	SO IVE OMS
56	Mme Mary ALLEMAN	CDC Atlanta
57	Mme Marie Claire Thérèse FUELO MWANZA	Promotion de la Santé OMS /RDC
AMP		
58	Mr Claude MANGOBO	Consultant Technique/Logistique
UNICEF		
59	Dr Rija ANDRIAMIHANTANIRINA	Immunization Manager
60	Dr Sylvie LUKETA	Spécialiste Immunisation
61	Dr Mireille META	Specialist Immunisation Unicef
62	Mr Médard MOKE	C4D Specialist /Unicef

63	Khady NIMAGA OUATTERA	Consultant C4D Polio
64	Mr Nahari NDOLDE	Logisticien /UNICEF
65	Mme Astrid NSUKA	C4D/UNICEF
ROTARY		
66	Dr Valentin MUTOMBO	ARCC
BMGF		
67	Dr Ado BWAKA MPIA	Consultant
68	Dr Enrique PAZ	Consultant
PATH		
69	Dr Anselme MANYONG	Responsable communication & plaidoyer
SANRU		
70	Dr Assy LALA	SANRU
71	Dr Benoit MIBULUMUKINI	SANRU
72	Mme Juliette ZUILA	SANRU
CROIX ROUGE		
73	Dr BALELIA WERA	Chef de DIV Santé /Croix Rouge
PROSANI		
74	Dr Joseph KONGOLO	IHP/USAID
SAVE THE CHILDREN		
75	Dr Ezekiel MILOWAYI	SAVE THE CHILDREN
76	Mme Ethel MBUY	Chargé des approvisionnement SAVE THE CHILDREN
CNOS		
77	Mr Charles TCHILUMBA	Conseiller CNOS
78	Mr Claude BUEYA MVUBU	CC CNOC /BC