

REPUBLIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
(PEV)



Organisation
mondiale de la Santé



**PLAN PLURI ANNUEL COMPLET DU PROGRAMME
ELARGI DE VACCINATION
2012 –2016**

Novembre 2012

Sommaire

Sommaire	2
Avant-propos.....	4
Sigles et abréviations	5
Résumé	8
I- Contexte du pays et son impact sur le PEV	10
1.1. Situation géographique.....	10
1.2. Climat et végétation.....	10
1.3. Hydrographie	10
1.4. Voies de communication	10
1.5. Démographie.....	10
1.6. Organisation administrative :	11
1.7. Situation de l'économie :	11
1.8. Situation sanitaire	12
1.8.1. Etat de santé de la population.....	12
1.8.2. La Politique Nationale de Santé :	13
1.8.3. L'organisation du système de santé :	13
1.8.4. Financement du secteur santé	14
II. Analyse de la situation	15
2.1. Les composantes d'appui.....	16
2.1.1. Coordination/Gestion du programme	16
2.1.2. Renforcement des capacités du personnel	16
2.1.3. Les mécanismes de financement permanent du PEV.....	17
2.2. Des indications plus générales sur le financement	Error! Bookmark not defined.
2.3. Opérations du Programme Elargi de vaccination.....	18
2.3.1. Prestations des services.....	19
2.3.2. Approvisionnement et qualité des vaccins	22
2.3.3. Logistique.....	24
2.3.4. Communication en faveur du PEV	31
2.3.5. Système de surveillance épidémiologique	33
2.4. Introduction des nouveaux vaccins.....	44
2.5. Intégration des activités avec les autres programmes.	45
III- Résumé de l'analyse de la situation.....	46
IV. Analyse : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) du PEV	48
4.1. Environnement interne	48
4.2. Environnement externe	52
V. Vision et objectif.....	57
5.1. Vision.....	57
5.2. Objectifs	57
5.2.1. Objectif général	57
5.2.2. Objectifs spécifiques.....	57
VI. Stratégies	58

VII. Activités/indicateurs.....	60
VIII. Analyse des coûts et du financement du PEV.....	66
<i>8.1- Démarche méthodologique.....</i>	<i>66</i>
<i>8.2- Coûts et financement du programme en 2011.....</i>	<i>66</i>
8.2.1- Indicateurs de base de l'année de référence 2011	66
8.2.2- Détails des coûts du PEV de routine en 2011	68
8.2.3- Financement du PEV de routine en 2011	68
<i>8.3- Analyse des besoins en ressources, financements et détermination du gap financier du PPAC 2012-2016</i>	<i>71</i>
8.3.1- Besoins en ressources pour la période 2012-2016.....	71
8.3.2- Profil des coûts futurs par stratégie	72
8.3.3- Financements assurés et probables	74
<i>8.4- Stratégies de la viabilité financière</i>	<i>77</i>

Avant-propos

Après les troubles sociopolitiques qui ont affecté le secteur santé en général et le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en particulier, le Congo a élaboré en 2003 un premier plan pluriannuel complet (PPAC) couvrant la période 2004-2008 puis un second 2008-2011 afin de redynamiser les activités du PEV. Ces plans ont été élaborés dans l'esprit de la « Vision Globale et stratégies de la vaccination dans le monde 2006-2015 » en sigle GIVS.

La mise en œuvre de ces plans a permis d'augmenter significativement la couverture vaccinale de tous les antigènes dans toutes les circonscriptions socio-sanitaires (CSS) ou districts sanitaires, d'introduire dans le PEV de nouveaux vaccins et d'intégrer d'autres interventions de survie de l'enfant (supplémentation en vitamine A).

Dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, notamment l' OMD 4 , le Congo a introduit en Octobre 2012 le vaccin contre le pneumocoque et envisage l'introduction en 2014 du vaccin contre le rotavirus.

Malgré les progrès substantiels réalisés, le PEV du Congo fait face à une série de défis, notamment :

- 1) l'augmentation des besoins en ressources financières avec la réduction du financement extérieur (retrait de GAVI) ;
- 2) la progression du nombre d'enfants non vaccinés ;
- 3) l'augmentation de l'offre vaccinale de qualité ;
- 4) le développement des capacités organisationnelles et institutionnelles ;
- 5) le développement de la participation communautaire.

Tenant compte de tous ces nouveaux défis, le pays avec l'appui des partenaires techniques et financiers ont élaboré le présent Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) qui couvre la période 2012-2016. Ce PPAC prend en compte aussi bien les nouvelles stratégies et orientations tant nationales que mondiales de vaccination, mais également les conclusions de la dernière revue externe du PEV d'Octobre 2010.

Ce plan met également un accent sur une analyse financière approfondie et la maîtrise des mécanismes permanents de financement du PEV d'autant plus que le Congo n'est plus éligible au soutien de GAVI.

La mise en œuvre du présent plan stratégique nécessitera des ressources financières, humaines et matérielles conséquentes. Le Congo ne ménagera aucun effort pour sa réalisation. Il comptera aussi sur la coopération bi et multilatérale, et saisira toutes les opportunités pour promouvoir ce plan.

Le Ministre de la Santé et de la Population

François IBOVI

Sigles et abréviations

Sigles et abréviations	Signification
ACD	: Atteindre Chaque District
AVS	: Activités de Vaccination Supplémentaires
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agences
CERF	: Central Emergency Response Fund
CFV	: Centre Fixe de Vaccination
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	: Centre de Dépistage et de Traitement
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
CAT	: Centre Anti-Tuberculeux
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
COMEG	: Congolaise des Médicaments Essentiels et Génériques
COSA	: Comité de Santé
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSS	: Circonscription Socio Sanitaire
CV	: Couverture Vaccinale
GAVI	: Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GIVS	: Vision et Stratégies Mondiale pour la vaccination 2006-2015
DSRP	: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTC3	: 3 ^{ème} dose de vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
FRPC	: Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
HepB	: Hépatite B
Hib	: <i>Haemophilus influenza type B</i>
HR	: Hôpital de Référence
IEP	: Initiative d'Eradication de la Poliomyélite
IDH	: Indice du Développement Humain
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
MAPI	: Manifestation Adverses Post Immunisation
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC	: Organisation des Secours
PASCOB	: Projet d'Appui au Système de santé du Congo Brazzaville
PCIME	: Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIC	: Plan Intégré de Communication
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	: Plan Pluriannuel Complet
PTPE	: Pays Pauvre Très Endetté
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLL	: Programme National de Lutte contre la Lèpre
TMN	: Tétanos Maternel Néonatal
USD	: Dollar américain
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise

HPV	: Virus Papilloma Humain
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CENAMES	: Centrale Nationale D'Achats des Médicaments Essentiels
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DCC	: Direction de la Coopération et de la Communication
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
DGS	: Direction Générale de la Santé
DSSS	: Direction des Soins et des Services de Santé
DELM	: Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
DSIR	: Direction des Systèmes d'Information Sanitaire et de la Recherche
DPHM	: Direction des Pharmacies et du Médicament
DL	: Direction des Laboratoires
DHPPS	: Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé
	: Direction Générale de l'Administration et des Ressources
DGAR	
DAF	: Direction de l'Administration et des Finances
DIEM	: Direction des Infrastructures ,de l'Equipement et de la Maintenance
DDS	: Direction Départementale de la Santé
IGS	: Inspection Générale de la Santé
IPHL	: Inspection des Pharmacies et Laboratoires
IFSP	: Inspection des Formations Sanitaires Publiques et Privées
DGPOP	: Direction Générale de la Population
DMC	: Direction de Migration et des Catastrophes
DP	: Direction de la Prospective
DAF	: Direction de l'Administration et des Finances
DRSP	: Direction de la Recherche en Santé de la Reproduction
DERP	: Direction des Etudes, de la Recherche et de la Planification
DDPOP	: Direction Départementale de la Population
CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
FAC	: Forces Armées Congolaises
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PCA	: Paquet Complet d'Activités
DRF	: Direction des Ressources Financières
DARH	: Direction de l'Administration et des Ressources Humaines
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSI	: Règlement Sanitaire International
UE	: Union européenne
AFD	Agence Française de Développement
FNUAP	Fonds des nations Unies pour la Population
PNUD	Programme des nations Unies pour le Développement
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ANR	Agence Nationale de Régulation
SSME	Semaine de Santé de la Mère et de l'Enfant
C4D	Communication pour le développement
PFA	Paralysie Flasque Aigue
SIMR	Surveillance Intégré de la Maladie et de la Riposte

ACD	Atteindre Chaque District
CNCS	Comité National de communication pour la Santé
CDCS	Comité départemental de communication pour la Santé
CNC	Comité National de Certification
ENI	
PNLL	Programme National de Lutte contre la Lèpre/Ulcère de Buruli
FFOM	Force, Faiblesse, Opportunité et Menaces
BCG	Bacille Calmette Guérin
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
RSS	
PDI	Plan de Développement Institutionnel
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
PVS	Polio Virus Sauvage
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
CHPPS	Centre d'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé
CNEP	Comité National des Experts de la Poliomyélite
RDC	République Démocratique du Congo
INRB	

Résumé

Le Congo a connu dans les années 90 des troubles socio-politiques qui ont eu des répercussions négatives sur le système de santé en général et dans l'offre de services de vaccination en particulier. Avec le retour de la paix et la mise en œuvre des divers plans stratégiques, on assiste à une remontée progressive de la couverture vaccinale et une diminution de la morbidité des maladies évitables par la vaccination. Le Congo dispose d'un Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 2007– 2011, le processus d'élaboration d'un nouveau plan 2012-2016 est en cours. Ce plan vise à améliorer l'état de santé de la population en général et celle de la femme et de l'enfant en particulier, ceci dans l'optique de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4 et 5).

Le présent plan pluri annuel complet (PPAC) du PEV qui couvre la période de 2012 à 2016 s'insère dans la période couverte par le PNDS dont il tire son fondement.

En ce qui concerne le PEV, l'analyse de la situation a permis d'identifier les principaux points suivants.

- a. Les couvertures vaccinales brutes (carte ou histoire) obtenues sont généralement satisfaisantes ; tandis que les doses validées (taux de couverture) sont en général plus faibles (sauf pour le BCG), avec des différences plus marquées au penta3 et au VAR ; Ces couvertures restent aussi marquées par (i) des taux non négligeables d'abandons pour les vaccinations infantiles (7% BCG-VAR et 9% pour Penta1-3)
- b. Sur le plan spécifique de la logistique, les seuils minima des critères d'appréciation de la gestion efficace des vaccins, conditions indispensables de garantie de la qualité des vaccins injectés aux enfants congolais, ne sont pas atteints en général.
- c. La communication et mobilisation sociales en faveur des interventions de santé en général et du PEV en particulier, mériteraient d'être mieux renforcée en termes de politique ou d'orientations stratégiques.
- d. Le financement National en constance augmentation connaît cependant des difficultés de décaissement.
- e. La contribution des partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, Union Européenne, Rotary International, CDC, ENI Fondation, etc.) reste décisive à la mise en œuvre du programme. Le Comité de Coordination Inter Agence est fonctionnel et demeure certainement le cadre privilégié de concertation sur les grandes décisions d'appuis du gouvernement et des partenaires en faveur du programme ;

En somme, des acquis sont certains dans le cadre du PEV grâce aux efforts menés en termes de coordination, de micro planification, de disponibilité et de gestion des vaccins, de formation des agents, de monitoring et même de chaîne de froid ; mais il y a surtout des défis à relever pour permettre à ce programme de contribuer effectivement à l'atteinte des OMD.

Au cours des cinq prochaines années, le Congo s'attellera à atteindre les objectifs tant nationaux que mondiaux en matière de vaccination.

De manière spécifique :

- d'ici 2016 la couverture vaccinale en Penta3 au niveau national et dans toutes les CSS devrait être supérieure à 95% au niveau national et les taux d'abandon réduits à moins de 10%.

- En matière de nouveaux vaccins, introduire dans le PEV de routine en 2012 le vaccin contre le pneumocoque, en 2014 celui contre les rotavirus et envisager en 2016, le vaccin contre le virus du papillome humain.

- En matière d'initiatives mondiales :

- Maintenir l'Interruption de la circulation du PVS par des AVS de qualité jusqu'à la certification ;
- Maintenir le statut d'élimination du TMN sur l'ensemble du territoire ;
- Renforcer le Contrôle de la rougeole en vue d'atteindre le stade de pré élimination en 2016 (incidence inférieure à 5 cas pour un million et réduire de 98% la mortalité due à la rougeole) ;
- Maintenir l'absence de circulation du virus de la fièvre jaune au Congo d'ici 2016 ;

- Accroître d'ici 2016, le financement national pour les activités de vaccination afin de réduire la dépendance du PEV par rapport aux financements extérieurs.

Afin d'atteindre les objectifs ci-dessus cités, neuf (9) axes stratégiques ont été retenus :

Renforcement de l'appui institutionnel

Renforcement de la planification, du suivi et évaluation du programme

Renforcement des capacités nationales

Renforcement de l'offre de services de vaccination

Renforcement du système de la logistique

Renforcement du système de surveillance épidémiologique

Renforcement de la communication en faveur du PEV et de la participation communautaire

Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV

Renforcement de l'intégration avec les autres interventions/programmes

Un plan d'action annuel sera produit pour la mise en œuvre et le suivi des activités.

I- Contexte du pays et son impact sur le PEV

1.1. Situation géographique

La République du Congo est située en Afrique centrale ; elle a une superficie de 342.000 km². Elle est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, à l'Est et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République d'Angola (enclave du Cabinda) et à l'Ouest par la République Gabonaise et l'Océan Atlantique.

1.2. Climat et végétation

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides.

La température moyenne se situe autour de 25°C ; le climat se caractérise par une dominance de la saison de pluie (8-9 mois) sur la saison sèche (3-4 mois).

Les 2/3 du territoire national sont couverts par la forêt équatoriale et le tiers restant par la savane. Ces écosystèmes sont propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales.

1.3. Hydrographie

Le réseau hydrographique du Congo est composé de deux principaux bassins fluviaux : le bassin du Congo et le bassin du Kouilou-Niari.

Ces deux bassins constituent d'importants axes de circulation dont les crues et les décrues conditionnent l'accessibilité aux zones riveraines. Les voies navigables desservent en grande partie le nord du pays.

1.4. Voies de communication

Le réseau routier est peu développé au Congo. L'état de dégradation des voies bitumées et des pistes agricoles entrave la mobilité des populations notamment dans les zones rurales, et limite leur accès aux services de base.

1.5. Démographie

En 2007, la population Congolaise était estimée à 3.695.579 habitants, avec une densité moyenne de 10,8 habitants au km² (RGPH 2007). Le taux d'accroissement annuel de la population est estimé à 3,0 %.

Cette population est majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 20 ans est de 55%). Elle est concentrée dans les principales villes (58%), ce qui constitue un atout pour l'atteinte des objectifs du PEV. La population féminine représente 51,7% de la population totale.

Le PEV de routine cible des groupes de populations, notamment les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes qui représentent respectivement 4% et 4,32% de la population totale.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des populations cibles du PEV de 2012 à 2016.

Tableau n°1 : Evolution de la population cible du PEV de 2012à 2016

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Population générale	4 284 189	4 412 715*	4 545 096*	4 681 449*	4 821 892*
Total Naissances	182 397	190 629	196 348	202 239	208 306
Enfants survivants	168 717	176 332	181 622	187 071	192 683
Femmes enceintes	182 397	190 629	196 348	202 239	208 306

* Population calculée sur la base du taux de croissance démographique annuel de 3% à partir de l'année 2013

1.6. Organisation administrative :

L'organisation administrative du Congo est fixée par les lois n°3-2003 du 17 janvier 2003 et la loi n° 8-2005 du 23 mai 2005.

Au terme de ces lois, le Congo comprend 12 départements, 6 communes, 23 arrondissements, 88 districts administratifs, 51 communautés urbaines, les communautés rurales, les quartiers et villages

Les collectivités décentralisées participent à la mise en œuvre du système de santé en général et des activités du PEV en particulier.

1.7. Situation de l'économie :

Depuis le début des années 2000, l'économie du Congo est caractérisée par la consolidation de la conjoncture pétrolière, faisant suite à la bonne orientation du marché pétrolier international et à la hausse de la production locale de pétrole. Sur cette période, l'économie enregistre un taux de croissance positif. Cette croissance reste tributaire de l'évolution de la production et du prix du baril de pétrole. En effet, le secteur pétrolier représente plus de 60% du PIB, réalise 90% des exportations du pays et contribue à plus de 80% des recettes budgétaires de l'Etat. La vulnérabilité de l'Etat oblige à explorer d'autres voies et moyens propres à favoriser la diversification des sources de croissance de l'économie congolaise.

Le PIB par tête d'habitant est passé de 843US\$ en 2000, puis à 2313 US \$ en 2009, et à 3311,4 US\$ en 2011.

La croissance annuelle du PIB est passée de 7,5% en 2009 à 8,8% en 2010 et à 5,3% en 2011.

Le tableau ci-dessous donne la tendance des recettes budgétaires de l'Etat de 2008 à 2012 (en milliards de CFA)

Rubrique	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes pétrolières	2079,0	934,4	1758,3	2223,1	2128,9
Recettes non pétrolières	347,9	389,5	468,8	568,0	651,2
<i>Impôts</i>	251,0	287,3	367,5	420,0	488,6
<i>Douanes</i>	58,9	66,5	77,9	120,0	134,1
<i>Dividendes</i>	34,0	31,8	23,4	28,0	28,5
<i>autres recettes non fiscales</i>	20,0	16,6	5,5	15,0	15,0
Total recettes	2426,9	1323,9	2227,1	2791,1	2780,1

Source : Rapports exécution budgétaire Ministère des Finances

La dette publique ne représente plus que 3,5% du PIB en 2010, contre 7,1% en 2009.

L'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTTE va permettre l'accroissement des fonds destinés aux secteurs sociaux (santé, éducation).

1.8. Situation sanitaire

1.8.1. Etat de santé de la population

Les indicateurs démographiques et de santé du Congo mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population. Il en est ainsi de la mortalité infantile, infanto-juvénile, de la mortalité maternelle qui restent élevés, de la prévalence des malnutritions, notamment celles des enfants¹ et d'autres indicateurs socio-économiques.

Tableau n° 3 illustre les principaux indicateurs sociosanitaires :

Types d'indicateurs	Indicateurs	valeurs
Indicateurs de fécondité	Taux brut de natalité	41 p. mille
	Indice synthétique de fécondité	4,9 enfants/femme
Indicateurs de mortalité	Taux brut de mortalité	13 p. mille
	Taux de mortalité infantile	76,4 p. mille
	Taux de mortalité infanto-juvénile	117 p. Mille
	Taux de mortalité maternelle (TMM)	781 pour 100mille naissances vivantes
Indicateurs socio-économiques	Proportion des moins de 15 ans	40,7%
	Proportion des 60 ans et plus	5,1%
	Indice de vieillesse	12,5%
	Taux net de scolarisation (au primaire)	44%

¹ ECOM 2005

	Taux brut d'activité	49 ,5%
	population vivant sous le seuil de pauvreté	50,7%
Espérance de vie à la naissance		52 ans

Source : RGPH 2007

1.8.2 Système de santé

1.8.2. La Politique Nationale de Santé :

Le Congo dispose d'une politique de santé adoptée par le conseil des Ministres en Juillet 2000. Elle vise l'amélioration de l'état de santé des populations afin de promouvoir leur participation au développement socioéconomique du pays. La Politique Nationale de Santé repose sur quatre fondements majeurs : le droit à la santé, l'équité dans l'offre des soins et des services de santé, la solidarité face à la maladie et à la santé et la démocratie.

Ses axes stratégiques sont les suivants : promotion et protection de la santé, garantie de l'accessibilité aux soins et services, intégration des activités, promotion du secteur privé, renforcement des capacités de gestion du système de santé, décentralisation du système de santé, rationalisation des activités et utilisation rationnelle des ressources ainsi que la participation des collectivités et des individus à l'essor du pays.

L'opérationnalisation se fait par le biais de plans nationaux de développement sanitaire (PNDS).

1.8.3. L'organisation du système de santé :

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la Santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique conformément au Décret n°2011-657 du 24 octobre 2011, portant organisation du Ministère de la Santé et de la Population.

Le système de santé du Congo est pyramidal avec trois niveaux hiérarchiques administratifs et opérationnels.

Tableau n° 6 : Organisation administrative et opérationnelle du système de santé au Congo

• Niveau/Rôle	• Structures administratives et de gestion	• Structures de soins et Etablissements de santé
Central Rôle stratégique et normatif dans la planification, coordination, suivi évaluation, et mobilisation	Cabinet du ministre Directions rattachées (DEP, DCC, DSIR), Inspection Générale de la Santé et Inspections centrales Direction Générale de la Santé, et Directions centrales	CHU, HGL LNSP' CNTS COMEG

allocation des ressources	Direction Générale de la Population et Directions centrales, Programmes CCIA, SEP/CNLS, Comités de Direction, Observatoire Secteurs connexes	
Intermédiaire Appui technique aux CSS, adaptation des normes nationales aux conditions locales, supervision des CSS	Directions départementales de la Santé (DDS), Directions départementales de la Population (DDPop), Inspections régionales, Comités de Direction, UDLS, Comités Départementaux d'audits	Hôpitaux Généraux, Hôpitaux Régionaux des FAC, Cliniques privées, CIDTS.
Périphérique Unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des différents plans d'Action	Circonscriptions socio-sanitaires (CSS) Comités de Gestion Comités de Santé	Hôpitaux de base Officines pharmaceutiques CTA, CAT, CDV et CDT Centre de santé intégré (CSI) Formations sanitaires ambulatoires privées Cabinets de médecine traditionnelle

1.8.4. Financement du secteur santé

Au Congo, le budget de l'Etat constitue la principale source de financement du système de santé. Ces dernières années, le budget du secteur santé a connu une augmentation sensible bien que le pourcentage du budget national consacré à la santé reste en dessous de l'engagement d'Abuja (15%). Cependant, pour les années 2010 et 2011, on note une baisse significative des allocations, pour le secteur santé, inscrites au budget de l'Etat, ainsi que l'indique le graphique ci-dessous.

Tableau n° 7 : Evolution des allocations inscrites au budget de l'Etat pour le secteur santé

Années	2007	2008	2009	2010	2011
Montant (milliard FCFA)	68,170	90,434	111,752	88,202	102,251
Pourcentage Budget secteur	6,9	9,36	11,42	3,13	3,40

Source : Lois de finances des années concernées

Pour la mobilisation d'autres ressources, il est procédé au recouvrement des coûts sous la forme de frais de l'usager. Ces fonds perçus au niveau des hôpitaux et des centres de santé intégrés couvrent les dépenses générales de ces structures.

Ces fonds ne sont pas évalués du fait de l'absence des comptes nationaux de la santé.

L'un des grands problèmes auxquels est confronté le secteur de la santé congolais est l'allocation et la gestion de l'enveloppe des ressources disponibles pour la santé aux divers niveaux de la prestation des soins.

Le financement externe est assuré à travers les dons et les emprunts des partenaires techniques et financiers.

De nouveaux mécanismes financiers ont été développés au cours des dernières années. Ce sont : le Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose ; l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la vaccination (GAVI) ; le Fonds Mondial pour les médicaments anti tuberculeux ; l'initiative PPTE ; le Plan commun des nations unies pour le Congo et le Fonds d'Accélération des Programmes (FAP).

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des contributions de l'Etat et de GAVI dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale 2004-2010

Tableau n° 8 : Evolution des contributions de GAVI et de l'Etat (coût en USD)

ANNEES	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montant alloué par GAVI	246500	948500	1858000	2438000	2108500	1842713
Contribution du Gouvernement (\$)	326027	148211	87369	235585	377843	1628440

En outre, depuis 2008, le Congo met en œuvre avec l'appui de la Banque mondiale et des autres partenaires multi et bilatéraux (UE, AFD, OMS, FNUAP, PNUD, UNICEF), un projet de développement des services de santé (PDSS) d'un montant de 40 millions de dollars US. Ce projet assure la mise en œuvre du PNDS.

II. Analyse de la situation

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), volet important de la Lutte contre la Maladie, a été mis en place en 1981, suite à l'adoption par le Congo en 1979 d'une politique sanitaire accordant la priorité à la médecine préventive et aux soins de santé primaires. L'objectif était d'assurer l'immunisation universelle des enfants et la réduction de l'incidence des maladies cibles du PEV.

A partir de 1986, avec la campagne nationale de vaccination, le PEV a connu une amélioration significative de la couverture vaccinale, a réalisé l'objectif de l'immunisation « universelle des enfants » (80% en DTC3) et la réduction des maladies cibles. Ces acquis ont pu être maintenus de 1988 à 1996, période au cours de laquelle les partenaires ont diminué leurs contributions, sans relais de la part des ressources financières nationales.

Ce retrait a coïncidé avec les troubles sociopolitiques de la fin des années 90 qui ont entraîné une destruction des infrastructures sanitaires et bien entendu une baisse de la couverture vaccinale. Depuis le retour de la paix et la mise en œuvre du plan pluriannuel 2004-2008, Le PEV Congo a réalisé d'énormes progrès. La mise en œuvre dans les districts de l'approche « atteindre chaque district » (ACD) a été la stratégie qui a soutenu cette augmentation. Le renforcement de la stratégie ACD a toujours occupé une place de choix dans les plans pluriannuels élaborés par le programme y compris celui-ci (PPAC 2012-2016).

Les opérations et les composantes d'appui au PEV sont les deux catégories d'interventions principales mises en œuvre au Congo.

2.1. Les composantes d'appui

Les composantes d'appui concernent la gestion du programme, le renforcement des capacités et le financement.

2.1.1. Coordination/Gestion du programme

Le Programme PEV est placé sous la tutelle de la Direction de la Santé Familiale (DSF) au sein de la Direction Générale de la Santé (DGS) en référence au Décret 2009-2 du 12 Janvier 2009. Il est animé par un chef de programme qui a rang de chef de service et a des liens fonctionnels avec la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DELM).

Une telle position hiérarchique du PEV affecte la fonctionnalité à travers la coordination et la gestion du programme, en ce sens que le niveau central qui planifie et coordonne dépend de la DSF alors ceux qui sont chargés de l'exécution des activités de vaccination et de surveillance dépendent de la DELM. Cette situation ne favorise pas l'intégration des activités.

La Coordination stratégique du PEV depuis 1999 est assurée par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) présidée par le Ministre de la santé et de la Population.

La position hiérarchique du programme n'explique pas sa présence au siège du CCIA.

La situation actuelle du PEV ne semble pas être en accord avec l'importance que l'on devrait accorder à ce programme, parce que les interventions du PEV contribuent à la réduction de 40% de la mortalité infantile, par conséquent à l'atteinte des OMD.

En outre le PEV souffre de manque de visibilité du fait de sa position hiérarchique.

Au niveau intermédiaire, la coordination des activités du programme est assurée de manière intégrée par les Direction départementales.

2.1.2. Renforcement des capacités du personnel

▪ Formation

La formation du personnel à tous les niveaux porte sur la gestion des activités, la logistique, la surveillance et sur les aspects de communication/ mobilisation sociale.

De l'analyse des données recueillies de la revue en 2010, 100% des points focaux PEV et surveillance au niveau DDS et CSS sont formés. Cette formation a porté sur (i) la Gestion des vaccins et matériel d'injection, (ii) la conservation et manipulation des vaccins, (iii) logistique et entretien de la chaîne de froid, (iv) la surveillance des maladies cibles du PEV, (v) la sécurité des injections et MAPI, (vi) la communication et mobilisation sociale, (vii) le monitoring du PEV et remplissage des supports, et (viii) la supervision. Ces formations se sont déroulées dans le cadre de la mise en œuvre du cours MLM en 2008-2009, et aussi l'essentiel des techniques de vaccination.

Des formations portant sur la maintenance de la chaîne de froid et sur l'utilisation du vaccin anti-pneumocoque ont été organisées par le PEV en 2011 et 2012.

▪ **Supervision formative**

La supervision formative reste faible à tous les niveaux du système de santé du Congo, tant en qualité qu'en quantité.

Le niveau central réalise en moyenne 50% des supervisions prévues (2 sur 4) tandis que le niveau intermédiaire en réalise rarement.

La supervision des CSS par les DDS et des CSS vers les CSI n'a pas été systématique. Elle s'est souvent limitée aux structures présentes au chef-lieu des DDS et des CSS à cause des moyens de transport. Il apparaît urgent de prendre des mesures adéquates tendant au regroupement des services et locaux, de même que la sécurisation des bâtiments y compris la fourniture régulière en électricité.

Un guide de supervision intégrée a été élaboré pour améliorer la qualité de l'activité.

▪ **Monitoring des activités**

Les réunions trimestrielles sont organisées avec les Directeurs départementaux, les Médecins chefs des secteurs opérationnels et les médecins chefs des CSS pour évaluer les performances de chaque département et trouver des solutions correctrices. D'autres réunions mensuelles sont régulièrement organisées au niveau du PEV central, des Directions Départementales et des équipes de district dans le même but.

Des réunions de monitoring interne organisées à l'échelle départemental et CSS ne sont pas régulières. La surveillance des couvertures vaccinales et des abandons de la vaccination est effective dans la plupart des CSS/CSI.

2.1.3. Les mécanismes de financement permanent du PEV

Trois types de financement des activités du PEV existent : la contribution de l'Etat, celle des partenaires techniques et financiers et enfin celle de la communauté à travers le recouvrement des coûts de soins de santé.

Le budget de fonctionnement du PEV est d'environ 850 millions de FCFA (hors salaires du personnel) par an ces 3 dernières années, et de 100 millions de FFCA pour l'investissement. Malgré ces inscriptions le PEV souffre de problèmes de déblocage effectif des fonds, compensé jusque-là par l'appui des partenaires. Chaque année, le Gouvernement achète sur fonds propres à hauteur de 400 000 USD soit 200 millions FCFA, les vaccins traditionnels et s'acquitte de sa part de cofinancement pour les nouveaux vaccins.

A terme selon la politique du cofinancement GAVI, le Congo devra s'engager progressivement dès 2012 à accroître le budget dévolu au PEV pour faire face au retrait du financement GAVI.

A titre d'exemple, les dépenses de vaccination en 11 étaient chiffrées à **2 769 934 925** FCFA.

Le tableau ci-dessous présente les principales dépenses de vaccination et les sources de financement de la vaccination en 2011.

Tableau n° 9: Répartition des dépenses effectuées en 2011 par source de financement

Rubriques	Total	Sources de Financement			
		Gouvernement	UNICEF	OMS	AUTRES
1. Achat des vaccins traditionnels	43 131 420	43 131 410	0	0	0
2. Achat de vaccins Sous utilisé et nouveaux	873 965 000	32 665 000	0	0	841 300 000 (GAVI)
3. Activités de routine et AVI	240325 151	204 734 681	16 015 635	19 605 835	PM
3. JNV Polio et SSME	1 510 512 384	477 000 000	326 193 390	627 263 366	80 055 628
4. Surveillance	46 900 000	0	0	46 900 000	0
5. Renforcement logistique (CDF)	PM	43 335 800	PM	PM	0
6. Formations et supervisions	55 100 970	13 353 000	41 733 970	0	0
TOTAL	2 769 934 925	814 219 893	383 942 995	693 769 201	921 356 628

Les dépenses du PEV en 2011 ont été orientées en grande partie vers les activités de vaccinations supplémentaires (5 passages de JNV polio, semaines de santé mère et enfant et les AVI).

En ce qui concerne les activités de routine, la contribution du Gouvernement constitue la principale source de financement après celle de GAVI, représentée par la subvention des vaccins sous-utilisés (Pentavalent, Fièvre jaune). Ainsi les coûts opérationnels du programme sont à la charge en grande partie du Budget de l'Etat.

La contribution de l'UNICEF a été orientée vers l'acquisition des équipements CDF (réfrigérateurs et congélateurs), la réalisation de l'inventaire de la chaîne du froid et l'organisation de la formation en maintenance de la chaîne du froid.

L'OMS a contribué en 2011, à la mise en œuvre des activités de surveillance au niveau des départements, à l'organisation des réunions de monitoring des activités du PEV de routine et de surveillance. En outre l'OMS a contribué à la réhabilitation de la CDF par la commande d'une chambre froide de 40m³.

La contribution importante de GAVI est représentée par le cofinancement des vaccins nouveaux et sous-utilisés. Le Congo a aussi bénéficié en 2011, des fonds GAVI de soutien au service de vaccination.

D'autres partenaires, en l'occurrence la Banque mondiale, ENI-Fondation Union Européenne, Rotary Club International, Sociétés de communication téléphonique, etc...), appuient la mise en œuvre des activités vaccinales de routine ou des activités de vaccinations supplémentaires de manière ponctuelle.

2.2. Opérations du Programme Elargi de vaccination

Les opérations concernent les prestations de service, la logistique y compris l'approvisionnement en vaccins, la communication, le plaidoyer et la surveillance des maladies.

2.2.1. Prestations des services

Les prestations de services se font aux travers des activités de vaccinations de routine et des activités de vaccination supplémentaire.

2.2.1.1. Activités vaccinales de routine

Les activités du PEV de routine ciblent les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. Les tableaux ci-dessous représentent le calendrier vaccinal du jeune enfant et celui de la femme enceinte en vigueur au Congo.

Tableau n° 10 : Calendrier de vaccination de l'enfant de 0 à 11 mois

Contact	Vaccin	Voie d'administration	Dose vaccin	de Age recommandé	Sites
1 ^{er} Contact	BCG	Intradermique	0,05ml	Naissance à 1an	Deltoïde gauche
	VPO 0	Orale	2 Gouttes	à la naissance	Dans la bouche
2 ^{ème} Contact	DTC1-HepB1/Hib1	Intramusculaire	0,5ml	2 mois	face antéro-latérale de la cuisse gauche
	VPO 1	Orale	2 gouttes		Dans la bouche
	Pneumo 1	Intramusculaire	0,5 ml		face antéro-latérale de la cuisse droite
3 ^{ème} Contact	DTC2-HepB2/Hib2	Intramusculaire	0,5ml	3 mois	face antéro-latérale de la cuisse gauche
	VPO 2	Orale	2 gouttes		Dans la bouche
	Pneumo 2	Intramusculaire	0,5 ml		face antéro-latérale de la cuisse droite
4 ^{ème} Contact	DTC3-HepB3/Hib3	Intramusculaire	0,5 ml	4 mois	face antéro-latérale de la cuisse gauche
	VPO 3	Orale	2 gouttes		Dans la bouche
	Pneumo 3	Intramusculaire	0,5 ml		face antéro-latérale de la cuisse droite
5 ^{ème} contact	VAR VAA Vit A	Sous-cutané Sous-cutané Orale	0,5ml 0,5ml 100.000 UI	9 mois 9 mois 9 mois	Deltoïde Deltoïde Dans la bouche

Tableau n° 11 : Calendrier de vaccination de la femme enceinte

Dose	Intervalles entre les doses	Durée de protection
VAT 1	1 ^{er} contact ou 1 ^{ère} visite prénatale	0
VAT 2	4 semaines après VAT 1	1-3 ans
VAT 3	6 mois après VAT 2	5 ans
VAT 4	1 an après VAT 3	10 ans
VAT 5	1 an après VAT 4	toute la vie féconde
Vitamine A	<i>Femme post partum immédiat (0 – 8 semaines)</i>	

2.2 Stratégie vaccinale

La stratégie atteindre chaque district (ACD) a débuté au Congo en 2003 par la mise en œuvre du projet de renforcement du PEV de routine dans 5 districts de santé sur les 27 que comptait le pays.

Bien que depuis 2005, la stratégie(ACD) est mise en œuvre dans tous les districts, une évaluation de la mise en œuvre a montré que seules 20% des CSS mettent en œuvre l'ensemble des composantes. Les composantes faiblement mises en œuvre sont le renforcement des liens avec la communauté et la gestion des ressources.

La réalisation des stratégies avancées est la composante la mieux appliquée. La faiblesse de la couverture vaccinale dans certains districts serait due d'une part à la faible mise en œuvre de la stratégie ACD et à d'autre part à l'existence de zones d'accès difficiles.

L'élaboration des micro plans des CSS en fin de chaque année avec la participation des acteurs de terrain, des représentants de la communauté et autorité politico-administratives a permis une amélioration de l'offre des services.

Les couvertures administratives se sont améliorées au fur et à mesure atteignant 91% en 2009 avec des bonnes performances dans toutes les CSS. Les ruptures des stocks de vaccin à tous les niveaux et les activités supplémentaires liées à la riposte des épidémies contre la Poliomyélite à partir du mois de novembre a négativement influencé les performances du PEV vers la fin de l'année 2010.

La revue externe du PEV en 2010 confirme les progrès réalisés en termes d'amélioration de la couverture vaccinale et de la maîtrise de ses déterminants essentiels comme la disponibilité des vaccins, la conservation des vaccins, la mise en œuvre des stratégies vaccinales, le monitoring, la formation et la participation communautaire.

On note seulement 3% de « zéro dose ».

Tableau n° 12 : Evolution de la couverture vaccinale du PEV de routine de 2007 à 2011

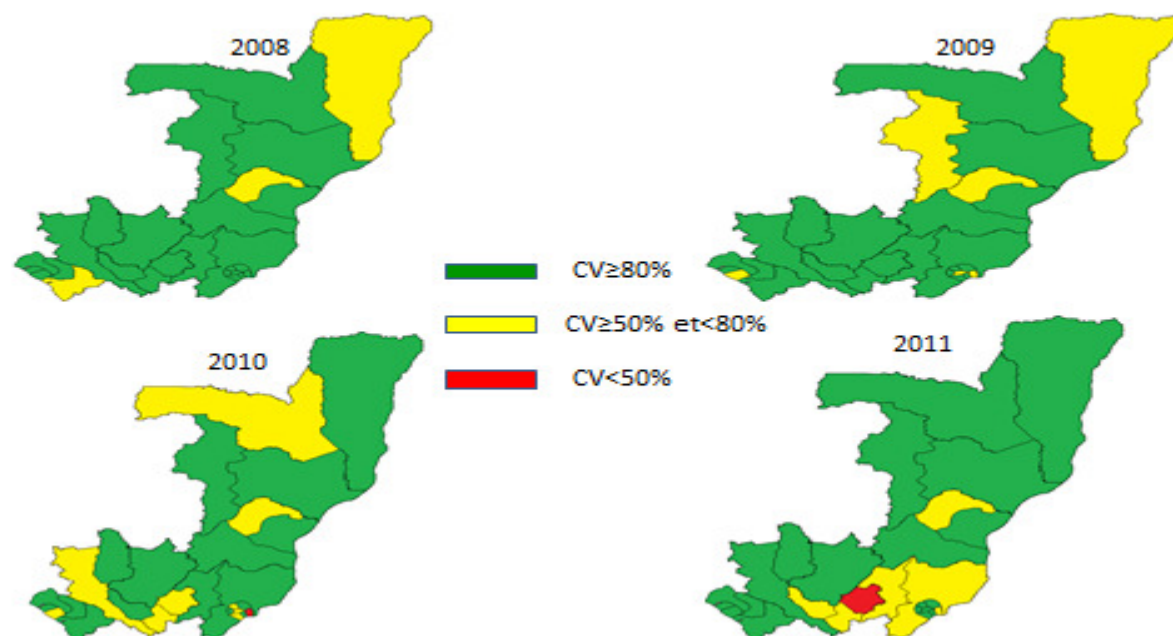
Antigènes	2007	2008	2009	2010	2011	Objectifs nationaux 2011	Objectifs GIVS
	%	%	%	%	%	%	%
Penta3	80,2	89,2	91,1	81	88	90	90
VAR	66,9	79,1	76,0	78	88	90	90
VAT2+	77,7	93,2	90,7	87	83	90	90

Les couvertures vaccinales en DTC3-HepB3 /Hib3 ont été en augmentation de 2007, 2008 et 2009 .Cependant en 2010 pour des raisons liées à la gestion du programme (gestion de l'épidémie de polio et ruptures en vaccin) les couvertures ont sensiblement baissé. Ensuite on a enregistré une nette augmentation des couvertures vaccinales en 2011 avec l'organisation des semaines de santé mère et enfant.

Depuis 2007 toutes les CSS (sauf une) ont atteint un taux de couverture supérieure à 50%. Au même moment, le nombre de CSS avec des couvertures vaccinales Penta3 >80% a augmenté régulièrement de 17 en 2007, 22 en 2008 et 24 en 2009. Cependant en 2010, 19 CSS ont une CV en penta3≥ 80% dont 6 avec une CV≥90% contre 22 CSS avec une CV en penta 3≥ 80% en 2011.

En ce qui concerne la couverture vaccinale au VAR, 21 CSS/30 ont des taux de CV≥ 80% dont 12 avec plus de 90%.

Performances des CSS en Penta 3 de 2008 à 2011



2

■ Taux d'abandon

Nous observons que les taux d'abandon en Penta1/Penta3 sont en diminution au niveau national jusqu'en 2009. Cependant il existe des disparités au niveau des Circonscriptions Socio-Sanitaires. Toutefois il demeure élevé pour le BCG/VAR variant entre 17 et 24%. Une nette réduction du taux d'abandon a été observée en 2011 et obtenue grâce au rattrapage des enfants lors des activités de vaccination intensifiées et le monitoring des taux d'abandon à tous les niveaux, ceci dans le cadre de la mise en œuvre de l'ACD. La moyenne nationale de ces taux d'abandon est illustrée dans le tableau ci-dessous de 2006 à 2011.

Tableau n°13 : Taux d'abandon 2006 – 2011

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux d'abandon DTC1/DTC3 (%)	3,5	0,3	4,5	1,2	5,8	9
Taux d'abandon BCG/VAR (%)	23,8	21,7	15	17	11,7	7

Les raisons de non vaccination évoquées par les parents des 47% d'enfants non vaccinés ou partiellement vaccinés révèlent que (i) 57% le sont pour des raisons d'obstacles à la vaccination (Centre trop éloigné, rupture de stock, voyage, Stratégie Avancée non respectée), (ii) 23% par manque de motivation (négligence de la vaccination) et (iii) 16% par manque d'information (ne sait pas qu'il faut retourner au centre, ne sait pas où aller vacciner, l'enfant a eu une réaction au vaccin, etc.).

Une autre étude qualitative² a révélé d'autres facteurs qui font obstacle à la vaccination :

1. Certains agents de santé ne respectent pas le calendrier de vaccination

² Rapport enquête sur la vaccination de routine dans les CSI de Brazzaville en Mars 2011.

2. Certains agents de santé ne sont pas accueillant envers les parents qui emmènent leurs enfants à la vaccination
3. Certains parents sont absents de leurs maisons lors des campagnes de vaccination
4. Certains ménages ne sont pas visités par les vaccinateurs lors des campagnes de vaccination

b) Activités vaccinales supplémentaires

Les campagnes de vaccination de masse font partie des vaccinations supplémentaires et constituent une approche stratégique complémentaire pour l'atteinte des objectifs mondiaux, régionaux ou nationaux d'éradication, de contrôle et d'élimination des maladies prioritaires.

Conformément au plan de contrôle de la rougeole, le Congo a conduit une campagne de masse contre la rougeole ciblant les enfants de 6 mois à 15 ans en 2004, puis celle de suivi au niveau national en octobre 2007 ciblant électivement les enfants de 6 à 59 mois et celle-ci a été couplée à la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le déparasitage systématique au mébendazole et à la supplémentation en vitamine A.

Afin de consolider les acquis de la réduction de morbidité et mortalité de la rougeole des premières campagnes, une autre campagne de suivi contre la rougeole a été organisée en Décembre 2010 sur l'ensemble du territoire national, au décours des campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

Pour la poliomyélite, le Congo a organisé en riposte à l'épidémie de poliomyélite de 2010, cinq journées nationales de vaccination couvrant toutes les populations et deux passages supplémentaires visant les enfants de moins de 5 ans.

En raison de la persistance de la menace d'une nouvelle importation des campagnes de vaccinations contre la poliomyélite devront se poursuivre pour renforcer l'immunité des enfants des moins 5ans. De même pour faire face à la résurgence des flambées de rougeole, des campagnes de suivi voire de rattrape devront se réaliser de manière cyclique (au moins tous les trois ans) pour réduire le nombre d'enfants susceptibles.

Les résultats relativement faibles constatés dans certains départements au cours des campagnes réalisées ces dernières années doivent conduire à insister sur la qualité des campagnes gage de succès pour l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole.

2.3.2. Approvisionnement et qualité des vaccins

➤ Approvisionnement

Les approvisionnements en vaccins se font uniquement à travers l'UNICEF. Le circuit d'approvisionnement et de distribution des vaccins est décrit ci-dessous :

- Les vaccins sont réceptionnés stockés au niveau de la chaîne de froid centrale au rythme de deux approvisionnements par an.
- La distribution au niveau des départements se fait trimestriellement.
- Les départements à leur tour approvisionnent les CSS trimestriellement.
- Les CSS approvisionnent mensuellement les centres fixes de vaccination.

Niveau Central→Chaîne de froid départemental→CSS→CFV

Rythme d'approvisionnement-→1 fois/trimestre-→1 fois/ trimestre-→ 1 fois/ mois

L'approvisionnement en vaccin se fait en fonction des objectifs de couverture retenus au niveau national et les besoins exprimés par les départements en rapport avec la consommation réelle du terrain, de même au niveau de CSS ou les CSI sur la base des rapports mensuels d'activités réalisées.

On a noté en général jusqu'en 2009, une absence de rupture de vaccin et des réductions progressives du taux de perte bien que des approvisionnements tardifs ont été remarqués dans certaines zones périphériques. Cependant en 2010, le pays a connu des ruptures pour certains antigènes notamment : le BCG et le Pentavalent sur une période de trois mois, depuis le niveau central avec des répercussions sur le niveau opérationnel. .

➤ **Qualité des vaccins**

Du point de vue assurance qualité, l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) n'a pas été mis en place, en dépit des recommandations de l'atelier du plan institutionnel tenu à Pointe-Noire en octobre 2010. Le pays ne dispose pas de laboratoire pour le contrôle de qualité. L'acceptation de vaccins se fait sur base de certificats de libération des lots fournis par les fabricants, le contrôle de la qualité se fait à travers le laboratoire de l'UNICEF à Copenhague.

Dans le cadre de l'indépendance vaccinale et afin de garantir la qualité des vaccins, le Gouvernement commandera les vaccins soit à travers l'UNICEF soit à travers la Centrale des Médicaments Essentiels et Génériques (COMEG).

➤ **Sécurité de la vaccination**

L'administration des vaccins injectables se fait par l'usage de seringues autobloquantes et la collecte des déchets de la vaccination se fait grâce aux réceptacles (boîtes de sécurité) à tous les niveaux.

Le brûlage et l'enfouissement restent les méthodes fréquentes d'élimination des déchets, à défaut d'incinérateurs.

Quelques centres de santé intégrés disposent d'incinérateurs qui devront être améliorés comme le recommande la politique nationale de gestion des déchets biomédicaux. L'incinération demeure ainsi la méthode privilégiée d'élimination des déchets biomédicaux.

➤ **Surveillance des MAPI**

A la faveur des campagnes de vaccination contre la fièvre jaune en 2009 et rougeole en 2010, un système de surveillance des MAPI a été mis en place, avec une description du système, une disponibilité des outils de gestion/médicaments et une formation des agents. Bien que le système ne soit fonctionnel que durant les campagnes, le dernier atelier de renforcement des capacités des Autorités Nationales de réglementation (ANR) en Octobre 2010 à Pointe Noire a créé un cadre de concertation avec la Direction des Pharmacies et Laboratoires pour promouvoir la surveillance des MAPI et la pharmacovigilance.

Avec l'introduction des nouveaux vaccins anti-pneumococcique et rotavirus, un accent

tout particulier sera mis sur la surveillance des MAPI.

2.3.3 Logistique

a) Chaîne de froid (CDF)

Les équipements de la chaîne du froid constituent l'épine dorsale d'un système vaccinal et en ce qui concerne la logistique, le PEV a réalisé, avec le soutien de l'Unicef, un inventaire physique de la chaîne de froid (CDF) sur toute l'étendue du territoire national en Juillet 2011 et qui a permis d'évaluer les capacités réelles de stockage et la qualité de la chaîne de froid au niveau national.

Cet inventaire a débouché sur un plan de réhabilitation de la CDF dont la mise en œuvre a facilité la commande en 2011 et la dotation effective supplémentaire de 40 Frigos solaires, 149 réfrigérateurs et 44 congélateurs horizontaux, la commande de trois chambres froides (2 entièrement positives et 1 mixte), des pièces de rechange, d'instruments de monitoring de la température et du matériel de sécurité électrique par le Gouvernement, l'OMS et l'Unicef dont deux chambres froides sont entièrement montées au PEV Central et une autre qui sera montée sous peu à la Sous base PEV de Pointe-Noire.

D'après la revue externe du PEV réalisée en Octobre 2010, on note 3 niveaux de stockage intermédiaires (dépôts intermédiaires de vaccins) : niveaux national (2), départemental (12) et circonscription socio-sanitaire (30CSS).

Il existe à Pointe Noire un dépôt relais couvrant 5 départements du sud du pays (il est considéré comme un niveau sub-national) doté d'une capacité de 540 litres au positif et de 1080 litres au négatif). Au total il y a 39 dépôts intermédiaires de vaccins (certains dépôts de départements étant combinés aux dépôts de CSS).

- **Au niveau périphérique,**

Il est représenté par les Centres Fixes de Vaccination (CFV) qui stockent et administrent les vaccins. Ils en existent 349 actuellement, dont 261 équipés de réfrigérateurs. Les autres centres fonctionnent avec une chaîne du froid rapide (utilisation des glacières et porte-vaccins) et il en est de même pour la réalisation des stratégies avancées et mobiles.

L'usage des chaînes de froid à base d'énergie solaire serait à encourager pour palier au déficit d'énergie électrique et à l'enchérissement des produits pétroliers.

- **Au niveau central,**

Concernant le stockage des vaccins, à l'heure actuelle, le PEV dispose au niveau central d'une capacité brute de stockage de 70 M³ en positif et de 10 M³ en négatif, lui permettant ainsi de faire face à l'augmentation de la capacité de stockage induite par l'introduction du nouveau vaccin contre le pneumocoque et celle contre les rotavirus en 2014. L'acquisition de trois (03) chambres froides dont deux (02) déjà installées à Brazzaville et une non encore installée à Pointe-Noire d'une capacité brute de 40 m³ en positif a été possible grâce aux efforts du Gouvernement avec l'appui de l'OMS et l'Unicef.

A Pointe-Noire, il existe un dépôt relais couvrant 5 départements Sud du pays (Pointe-Noire, Kouilou, Niari, Bouenza et Lékoumou) doté d'une capacité de 540 litres au positif et de 1080 litres au négatif, en attendant l'installation de sa chambre froide.

Ces nouvelles unités sont implantées présentement dans l'enceinte du bureau du PEV afin de faciliter le suivi.

Les tableaux ci-dessous présentent la capacité de stockage au niveau central, des départements et les besoins en stockage pour l'introduction des nouveaux vaccins.

Tableau n° 14 : Capacité et coûts (pour stockage positif)

		Formules	2011	2012	2013	2014	2015	2016
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	13 855 L	22 403 litre	28 833 litre	30 389 litre	31 694 litre	
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	324 litre	324 litre	324 litre	324 litre	324 litre	
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	<i>A/B</i>	42,76	69,14	88,99	93,79	97,82	
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	
E	Différence (le cas échéant)	<i>((A/D) - B)</i>	3 140 litre	5 277 litre	6 884 litre	7 273 litre	7 599 litre	
F	Estimation du coût de l'expansion	<i>US \$</i>	\$61 736	\$0	\$61 736	\$0	\$0	

Tableau n° 15 : Capacité et coûts (pour stockage négatif)

		Formules	2011	2012	2013	2014	2015	2016
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	786 litre	845 litre	897 litre	941 litre	966 litre	
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	#	3 381 litre	3 381 litre	3 381 litre	3 381 litre	3 381 litre	
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	<i>A/B</i>	0,23	0,25	0,27	0,28	0,29	

D	Nombre annuel d'expéditions	Sur la base du plan national d'expédition des vaccins	4	4	4	4	4	
E	Différence (le cas échéant)	$((A/D) - B)$	- 3 185 litr	- 3 170 litr	- 3 157 litr	- 3 146 litr	- 3 140 litr	
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	

Tableau n°16 : Capacité et coûts (pour stockage positif aux entrepôts intermédiaires)

	A	B	C	D	E	F
	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	Nombre annuel d'expéditions	Différence (le cas échéant)	Estimation du coût de l'expansion
Formules	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	<i>#</i>	<i>A/B</i>	<i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	<i>((A/D) - B)</i>	<i>US \$</i>
Pointe Noire	10 835 litr	558 litr	19,42	4	2 151 litr	\$61 736
Brazzaville	10 801 litr	432 litr	25,00	6	1 368 litr	\$61 736
Makelekele	2 350 litr	163 litr	14,41	12	33 litr	\$6 213
Bacongo	496 litr	163 litr	3,04	12	- 122 litr	\$0
PotoPoto	733 litr	163 litr	4,50	12	- 102 litr	\$0
Moungali	1 313 litr	163 litr	8,05	12	- 54 litr	\$0
Ouenze	1 432 litr	163 litr	8,78	12	- 44 litr	\$1 214
Talangai	2 661 litr	163 litr	16,33	12	59 litr	\$2 428
Mfilou	1 549 litr	163 litr	9,51	12	- 34 litr	\$1 214
Pointe – Noire	5 440 litr	55 litr	98,90	12	398 litr	\$7 283
Lumumba	861 litr	171 litr	5,04	12	- 99 litr	\$0
Mvoumvou	689 litr	163 litr	4,23	12	- 106 litr	\$0
TieTie	2 012 litr	163 litr	12,34	12	5 litr	\$6 213
Loandjili	2 040 litr	163 litr	12,51	12	7 litr	\$6 213
Kouilou	703 litr	326 litr	2,16	4	- 150 litr	\$0

Hinda/Mvouti	533 litr	109 litr	4,89	12	- litr 65	\$0
Madingo Kayes	195 litr	109 litr	1,79	12	- litr 93	\$0
Niari	1 767 litr	326 litr	5,42	4	litr 116	\$6 213
Dolisie	1 095 litr	208 litr	5,26	12	- litr 117	\$0
Kibangou	377 litr	109 litr	3,46	12	- litr 78	\$0
Mossendjo	353 litr	226 litr	1,56	12	- litr 197	\$0
Bouenza	2 358 litr	432 litr	5,46	4	litr 157	\$9 320
Madingou	689 litr	109 litr	6,32	12	- litr 52	\$0
Mouyondzi	475 litr	163 litr	2,92	12	- litr 123	\$0
Loutété	352 litr	109 litr	3,23	12	- litr 80	\$0
Nkayi/Loudima	928 litr	163 litr	5,69	12	- litr 86	\$0
Lékoumou	739 litr	379 litr	1,95	4	- litr 194	\$0
Pool	1 805 litr	271 litr	6,66	4	litr 180	\$9 320
Kinkala/Boko	1 166 litr	1 litr	1165,72	12	litr 96	\$6 213
Mindouli/Kindamba	694 litr	55 litr	12,62	12	litr 3	\$3 107
Plateaux	1 333 litr	163 litr	8,18	4	litr 170	\$9 320
Djambala/Lékana	499 litr	109 litr	4,58	12	- litr 67	\$0
Gamboma	585 litr	208 litr	2,81	12	- litr 159	\$0
Abala	295 litr	55 litr	5,37	12	- litr 30	\$0
Cuvette	1 191 litr	326 litr	3,65	4	- litr 28	\$0
Cuvette- Ouest	558 litr	271 litr	2,06	4	- litr 131	\$0
Sangha	656 litr	271 litr	2,42	4	- litr 107	\$0
Likouala	1 176 litr	622 litr	1,89	4	- litr 328	\$0

Tableau n°17 : Identification et affectation matérielles au niveau intermédiaire

Récapitulatif des besoins de chaîne du froid additionnelle & de transport du vaccin pour la vaccination de routine											
Liste dépôts secondaires et intermédiaires	Population totale	Capacité nette disponible réfrigération	Capacité nette disponible congélation	Nbre livraisons vaccins	Nbre livraisons matériel d'injection	Capacité additionnelle chaîne du froid	Capacité additionnelle chaîne du froid	Equipements additionnels de chaîne du froid positif	Equipements additionnels de chaîne du froid négatif	Coût additionnel chaîne du froid, \$	
Makelekele	411 208	163 litr	252 litr	12	4	242 litr	0 litr	2 TCW3000DC	équipt non requis	\$6 213	
Baongo	86 652	163 litr	492 litr	12	4	- 78 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Poto Poto	128 218	163 litr	336 litr	12	4	- 37 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Moungali	229 685	163 litr	336 litr	12	4	63 litr	0 litr	0 MK404	équipt non requis	\$1 214	
Ouenze	250 804	163 litr	300 litr	12	4	84 litr	0 litr	1 MK404	équipt non requis	\$1 214	
Talangai	465 978	163 litr	444 litr	12	4	296 litr	0 litr	2 MK404	équipt non requis	\$2 428	
Mfilou	271 019	163 litr	492 litr	12	4	104 litr	0 litr	1 MK404	équipt non requis	\$1 214	
Pointe - Noire	953 282	55 litr	36 litr	4	4	882 litr	0 litr	7 MK404	équipt non requis	\$8 497	
Lumumba	150 024	171 litr	384 litr	12	4	- 23 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Mvouvou	120 195	163 litr	228 litr	12	4	- 44 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Tie Tie	351 921	163 litr	492 litr	12	4	183 litr	0 litr	2 TCW3000DC	équipt non requis	\$6 213	
Loandjili	356 884	163 litr	492 litr	12	4	188 litr	0 litr	2 TCW3000DC	équipt non requis	\$6 213	
Kouilou	126 666	326 litr	456 litr	4	4	- 84 litr	- 449 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Hinda/Mvouti	93 285	109 litr	193 litr	12	4	- 17 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Madingo Kayes	33 382	109 litr	193 litr	12	4	- 75 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Niari	318 431	326 litr	555 litr	4	4	283 litr	- 537 litr	3 TCW3000DC	équipt non requis	\$9 320	
Dolisie	191 509	208 litr	300 litr	12	4	- 19 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Kibangou	65 726	109 litr	193 litr	12	4	- 44 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Mossendjo	61 197	226 litr	301 litr	12	4	- 166 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Bouenza	425 569	432 litr	300 litr	4	4	382 litr	- 276 litr	3 TCW3000DC	équipt non requis	\$9 320	
Madingou	120 102	109 litr	193 litr	12	4	10 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Mouyondzi	82 665	163 litr	300 litr	12	4	- 81 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Loutété	61 001	109 litr	193 litr	12	4	- 48 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Nkayi/Loudima	161 801	163 litr	492 litr	12	4	- 3 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Lékoumou	132 749	379 litr	792 litr	4	4	- 124 litr	- 785 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Pool	325 753	271 litr	144 litr	4	4	352 litr	- 126 litr	3 TCW3000DC	équipt non requis	\$9 320	
Kinkala/Boko	204 123	1 litr	193 litr	12	4	200 litr	0 litr	2 TCW3000DC	équipt non requis	\$6 213	
Mindouli/Kindamba	121 630	55 litr	492 litr	12	4	65 litr	0 litr	1 TCW3000DC	équipt non requis	\$3 107	
Plateaux	240 398	163 litr	684 litr	4	4	298 litr	- 670 litr	3 TCW3000DC	équipt non requis	\$9 320	
Djambala/Lékana	87 052	109 litr	193 litr	12	4	- 23 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Gamboma	102 115	208 litr	300 litr	12	4	- 107 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Abala	51 232	55 litr	228 litr	12	4	- 4 litr	0 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Cuvette	214 955	326 litr	456 litr	4	4	85 litr	- 444 litr	1 TCW3000DC	équipt non requis	\$3 107	
Cuvette- Ouest	100 515	271 litr	492 litr	4	4	- 78 litr	- 486 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Sangha	118 169	271 litr	464 litr	4	4	- 45 litr	- 457 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
Likouala	212 227	622 litr	1 144 litr	4	4	- 216 litr	- 1 132 litr	équipt non requis	équipt non requis	\$0	
TOTAL										\$206 382	

b) Gestion efficace de vaccins (GEV) :

En 2010, une évaluation de la gestion efficace des vaccins est menée, il en ressort que les critères d'appréciation n'atteignent pas le seuil exigé de 80% à tous les niveaux. Les résultats par niveau et par critères sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau n°18 : Critères et Scores observés aux différents niveaux:

CRITERES	NIVEAU NATIONAL	NIVEAU INTERMEDIAIRE	NIVEAU OPERATIONNEL
E1. Réception/Arrivage vaccins	68%		
E2 Monitoring Température	41%	60%	52%
E3 Capacité de stockage	76%	60%	60%
E4 Bâtiments, Equipement, Transport	72%	55%	65%
E5 Maintenance	40%	50%	38%
E6 Gestion stock	74%	60%	52%
E7 Distribution	61%	30%	25%
E8 Gestion vaccins	68%	64%	65%
E9 SIG Fonctions d'appui	63%	60%	

Dans l'ensemble, aucun niveau ou maillon du programme n'a réalisé des scores répondant aux seuils souhaités, toutes les moyennes étant en deçà des standards exigés. Cependant, beaucoup d'indicateurs convergent vers des résultats attendus. Les efforts fournis dans certains domaines pourront booster les scores et permettre l'ascension du programme vers la performance attendue.

D'une façon générale, hormis l'introduction du nouveau vaccin contre le pneumocoque en 2012 et la projection de celle contre le rotavirus en 2014, les bâtiments et la capacité de stockage tant au frais qu'en ambiant, sont les deux domaines qui semblent bien se porter. Ces domaines sont suivis de la formation et de l'équipement.

Des efforts sont donc à fournir sur (i) l'informatisation de la gestion au niveau départemental et de district, (ii) les bonnes pratiques d'archivage à long terme et (iii) la sécurisation des données gestionnaires.

Il est souhaitable de dissocier les matériels du niveau de dépôt à ceux de CSI, il est préférable que chaque niveau joue son vrai rôle afin de favoriser la traçabilité de vaccins et matériels et permettre aux superviseurs de ces niveaux de jouer pleinement leur rôle dans l'audit de stocks.

Il y a lieu de songer également aux habits de protection et conditions de travail des agents ; l'usage des indicateurs de congélation devra être encouragé et la pratique du test de congélation promue à travers les gestes quotidiens de gestionnaires PEV à tous les niveaux.

L'identification des besoins devrait être orientée par un suivi systématique de pertes à tous les niveaux et ainsi que celui de l'utilisation effective de l'existant.

Le système électrique devrait être revu de même que les dispositifs anti-incendie ; les groupes électrogènes devraient être rendus fonctionnels et leurs réservoirs adaptés aux fréquentes fluctuations et ruptures.

Des rénovations sur les entrepôts et zones d'emballage devront être faites tenant compte de normes édictées par l'OMS. De même, les entrepôts secs devront satisfaire le système

de manutention et répondre à la demande suscitée par l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelle technologie.

Des plans de contingence devront être élaborés et appliqués à tous les niveaux portant sur (i) la réception des vaccins, (ii) le fonctionnement de la chaîne de froid et (iii) la distribution des vaccins.

Le programme devrait encourager l'enregistrement de température en continu et promouvoir les indicateurs de suivi de température tant dans la conservation que dans le transport des vaccins (achat et disponibilité des thermomètres traceurs, indicateurs de congélation, outils de monitoring de température exemple : freezer-tag...).

En effet, un système d'alarme a été placé au niveau des chambres froides en vue de les sécuriser vis-à-vis des températures extra normes. De même, des enregistreurs automatiques de température ont été placés dans tous les réfrigérateurs des centres fixes de vaccination du pays afin de garantir la conservation du vaccin.

c) Infrastructures et équipements

Depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique il existe des bâtiments pour les services de vaccination. Cependant ils sont vétustes et étroits, notamment au niveau des centres de santé des districts. Ils ont besoin pour la plus part d'être réhabilités.

Avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) le système de communication devrait être renforcé en vue de faciliter la transmission régulière des informations et d'assurer la rétro information.

d) Transport et Communication

Le parc roulant est vieillissant, les véhicules pick-up et motos acquis dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite pour la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) depuis plus de 10 ans ont tous été amortis et retirés de la circulation. Pour les autres motos acquises dans le cadre du PEV, elles sont vieillissantes avec de pannes nécessitant des réparations fréquentes. En 2011, le Gouvernement a entrepris de doter progressivement les Directeurs Départementaux de la Santé en véhicule pick up (une dizaine) et en motos (une trentaine), ce qui devrait renforcer les activités PEV et de surveillance. Toutefois, le Programme gagnerait d'élaborer en collaboration avec la Direction de l'Infrastructure, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) un plan spécifique pour la maintenance tant préventive que curative du parc roulant. Le gouvernement a doté le programme en 2009 d'un véhicule frigorifique qui a permis d'améliorer le transport des vaccins dans le Pool et les départements nord du pays.

2.3.4. Communication en faveur du PEV

L'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) demeure l'une des stratégies importantes de tous les programmes de santé dont le PEV. Celle-ci a pour mission de " concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

2.3.4.1. Les structures organisationnelles

Le service de l'Information, de l'Education et de la Communication (SIEC), créé en 1998 a été rattaché en 2009 à la Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé.

Le SIEC est un service transversal qui intervient dans les directions, programmes et services de la Direction Générale de la Santé.

Au niveau du PEV central, il existe une unité chargée de gérer l'aspect communication. Les activités de communication occupent 10% seulement du budget de fonctionnement de tout le Programme Elargi de vaccination.

Au niveau des départements et des districts sanitaires, il n'existe pas de points focaux d'IEC formels. Cependant, il existe des Centres d'hygiène publique et de promotion de la santé (CHPPS). Ces CHPPS devraient intégrer ou appuyer les activités de communication pour le développement (C4D) dans le cadre du PEV.

2.3.4.2 Le renforcement des capacités en communication

Le renforcement des capacités du personnel du SIEC en communication pour la santé, planification, conception des messages et production des supports didactiques, plaidoyer, et recherche opérationnelle, ainsi que dans le suivi/ évaluation, remonte à plus de 10 ans.

Au niveau du PEV, la dernière formation sur la communication remonte de 4 ans (Formation des gestionnaires Départementaux du PEV au MLM, organisé à Brazzaville en 2008). En ce qui concerne la nouvelle stratégie régionale de communication « communication pour le développement » (C4D), des cadres du ministère ont été formés, cependant leur nombre reste insuffisant.

La nouvelle stratégie de communication C4D a connu un début de mise en œuvre au cours des AVS polio et rougeole.

2.3.4.3. La mise en œuvre de la communication

Il existe une stratégie nationale de Communication au niveau central intégré dans le Plan Pluriannuel Complet (PPAC 2012-2016). Cette stratégie nationale a bien développé les huit (08) principales composantes que sont i) le plaidoyer pour l'adhésion des décideurs, ii) la mobilisation sociale/ partenariat qui vise la sensibilisation et la participation des partenaires sociaux, iii) la communication pour le changement de comportements qui vise la sensibilisation des groupes cibles lors des campagnes de masse et de proximité, iv) la mobilisation communautaire, qui vise l'implication des dirigeants locaux, leaders confessionnels et les organisations communautaires, v) la communication pour le changement social qui permet d'identifier les normes, les valeurs susceptibles de freiner l'acceptabilité des activités de vaccination, vi) la communication en situation d'urgences, qui vise à gérer la communication durant les déclenchements des maladies cibles du PEV, vii) la recherche opérationnelle, qui permet de réaliser les enquêtes CAP, viii) le suivi et l'évaluation, qui vise à déterminer les réactions des groupes cibles face aux séries des messages diffusés sur le terrain.

Ainsi, l'appui au PEV est technique et se fait de façon ponctuelle (à la demande de la section communication du PEV) avec l'appui technique et financier des partenaires comme l'OMS, l'UNICEF, l'UE et autres.

Lors des Activités de vaccination supplémentaires (AVS), il est généralement mis en place, à tous les niveaux, des commissions intersectorielles de Mobilisation Sociale composées de membres de différents Ministères dont ceux de la Communication, de l'Education nationale des Affaires sociales et de la Famille, de l'Intérieur ainsi que les ONG. Un plan de communication et de mobilisation sociale pour les AVS est élaboré et les activités sont mises en œuvre par la sous-commission mobilisation sociale.

Le présent PPAC (2012-2016) intègre les lignes essentielles de la Stratégie Nationale de de communication PEV de routine (2012-2016) qui se repose sur les axes suivants :

- 1-Plaidoyer
- 2-Mobilisation sociale /partenariat
- 3-Communication de proximité
- 4-Renforcement des capacités
- 5-Renforcement des moyens logistiques
- 6- Education environnementale

2.3.5 Système de surveillance épidémiologique

Il existe au sein du Programme Elargi de Vaccination une section surveillance qui a en charge la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Le début de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) remonte à mars 1999. Huit pathologies (rougeole, fièvre jaune, méningite, shigellose, PFA, fièvre hémorragique, choléra, TMN) font l'objet de surveillance hebdomadaire tandis que 25 autres maladies sont suivies mensuellement.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte (SIMR) au Congo, les outils de collecte de données sont disponibles et font partie intégrante du rapport mensuel du Médecin chef de secteur opérationnel au niveau des Districts sanitaires (CSS).

La complétude des rapports varient de 70 à 80% avec des grandes variations pouvant être à l'origine de sous notification ou de notification tardive et la promptitude très faible. Les modules de formations en SIMR ont été adaptés au niveau national et la dernière formation au niveau national a eu lieu en Septembre 2012.

Dans chaque DDS/CSS il existe un point focal surveillance/PEV.

La dernière revue externe de la surveillance épidémiologique (Juillet 2012) montre que :

L'évolution des maladies cibles du PEV de 2006 à 2011 est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 16 : Evolution des maladies cibles du PEV 2007 – 2011

Maladie cible	2007	2008	2009	2010	2011
TMN	1	3	4	2	0
Rougeole (cas confirmés)	40	3	1	4	133
PFA	75	79	72	583	93
PVS	0	0	0	63	1
Fièvre jaune (cas confirmés*)	0	0	1	0	3
Diphtérie	0	0	0	0	0
Coqueluche	55	0	0	35	

*IgM YF (+)

On note une forte diminution des cas de rougeole après la campagne de vaccination de 2007 avec une résurgence des 133 cas de rougeole confirmés en 2011.

Depuis la mise en œuvre de la surveillance de la fièvre jaune, un cas de fièvre jaune a été confirmé en 2009 dans le département de la Cuvette-Ouest et 3 en 2011 dans les départements de la Likouala, des Plateaux et de Brazzaville.

Entre 2000 et 2009 aucun cas de PVS n'a été notifié au Congo. Mais en octobre 2010 une épidémie de grande ampleur de poliomyélite (583 cas de PFA) avec 63 PVS confirmés au laboratoire et 378 compatibles touchant en grande partie les populations adultes (hors cibles PEV)

Des bulletins de surveillance sont produits mais de façon irrégulière. Cependant il sied de noter que les réunions tripartites PEV/LABO/OMS se sont tenues régulièrement.

2.3.5.1 Surveillance des PFA et Initiative d'Éradication de la Poliomyélite

La surveillance des PFA a débuté en 1999 et a atteint en 2009 l'objectif requis pour la certification. Vu l'arrêt de la transmission du PVS (dernier cas de PVS polio notifié en 2000), le Congo a été sélectionné pour préparer les documents de pré certification qui ont été acceptés par la Commission de Certification régionale pour l'Afrique en 2007. Cette certification a été compromise par la survenue de l'épidémie de poliomyélite de 2010 dont le dernier cas remonte au 22 janvier 2011 dans la CSS de Mfilou (Brazzaville).

La circulation du poliovirus dans les pays voisins constitue une menace permanente pour l'importation des cas de poliovirus au Congo.

Le tableau ci-dessous illustre la performance des PFA de 2006 à 2011 (principaux indicateurs)

Tableau 17 : Niveau de performance de la surveillance des PFA au Congo de 2006 à 2011

Année	Population âgée< 15 ans	Nbre de cas de PFA non- polio attendus*	Total de cas de PFA notifiés	No de cas de polio confirmés & Compatibles	Taux de PFA non- polio**	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	
						Nombre	%
2006	1701914	34	145	0	3.3	52	80
2007	1 760 971	35	75	0	3,3	71	95
2008	1 766 770	35	77	0	3 ,3	72	94
2009	1 859 413	37	67	0	3 ,1	54	81
2010	1 881 445	38	583	441	5,2	103	18
2011	1984417	40	93	3	2,9	64	69

Les données ci-dessus montrent que le Congo avait maintenu des bons indicateurs de performance de la surveillance des PFA entre 2007 et 2009.

Bien que le taux de PFA non Polio en 2010 et 2011 ait été performant (supérieur à 2), le pays n'a pas atteint le seuil requis pour le taux d'échantillon prélevé dans conditions adéquates (seuil $\geq 80\%$).

Figure : Cartographie du Taux de PFA non-polio annualisé au Congo de 2006 à 2011

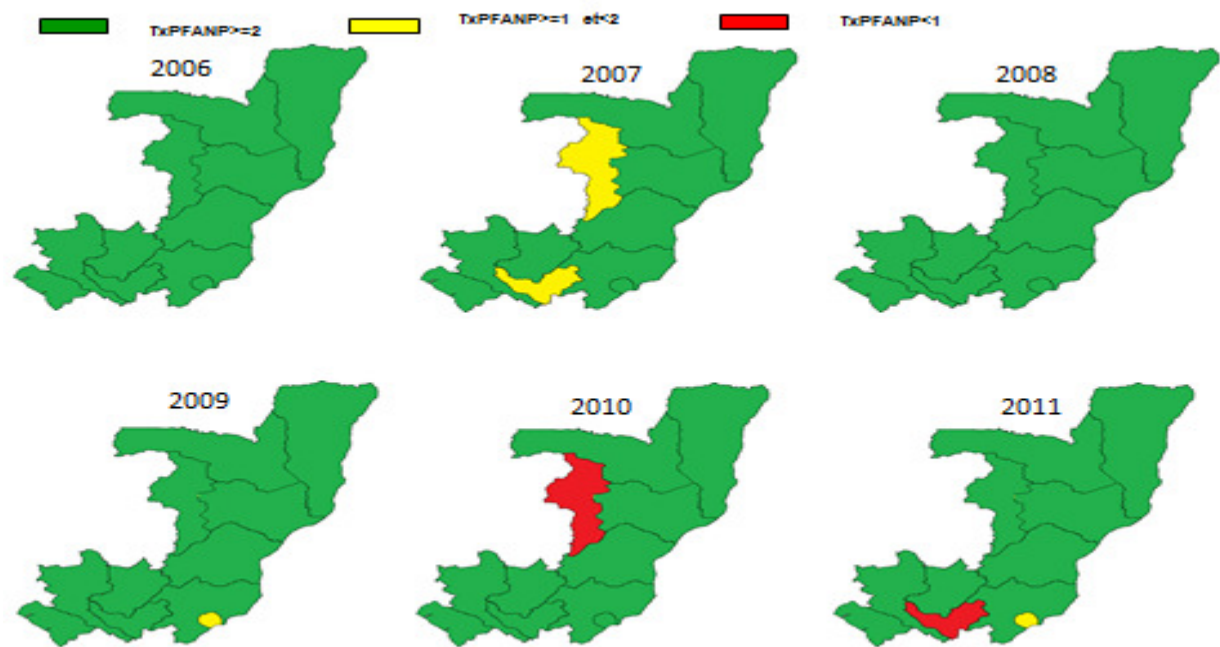
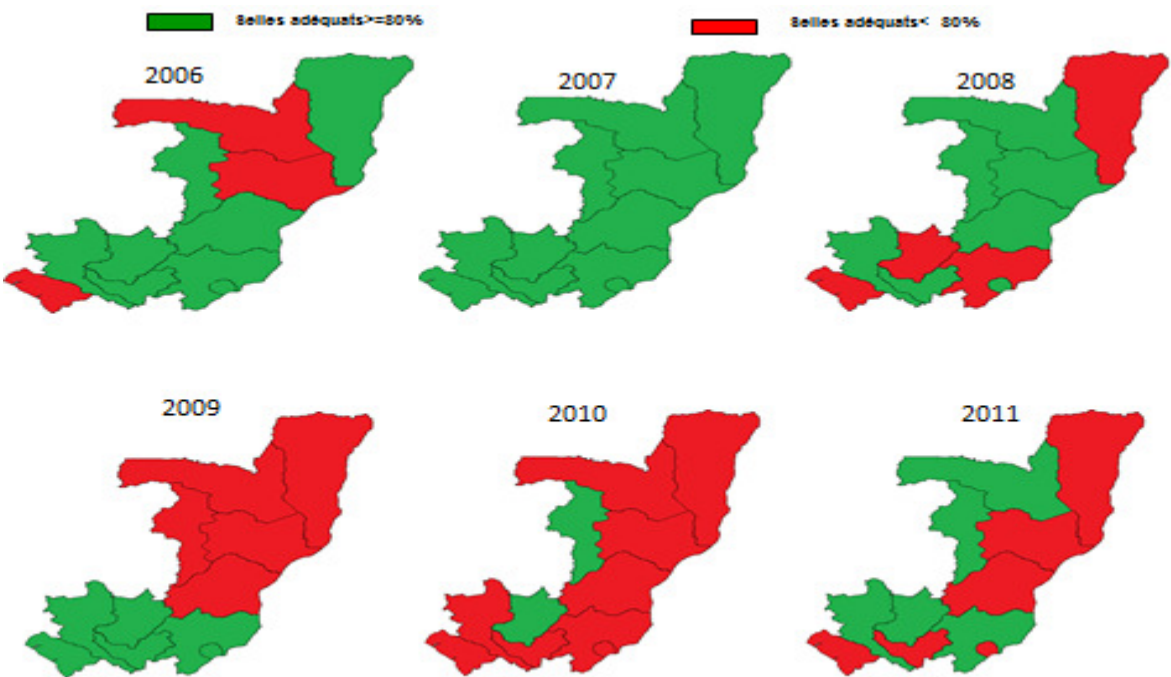
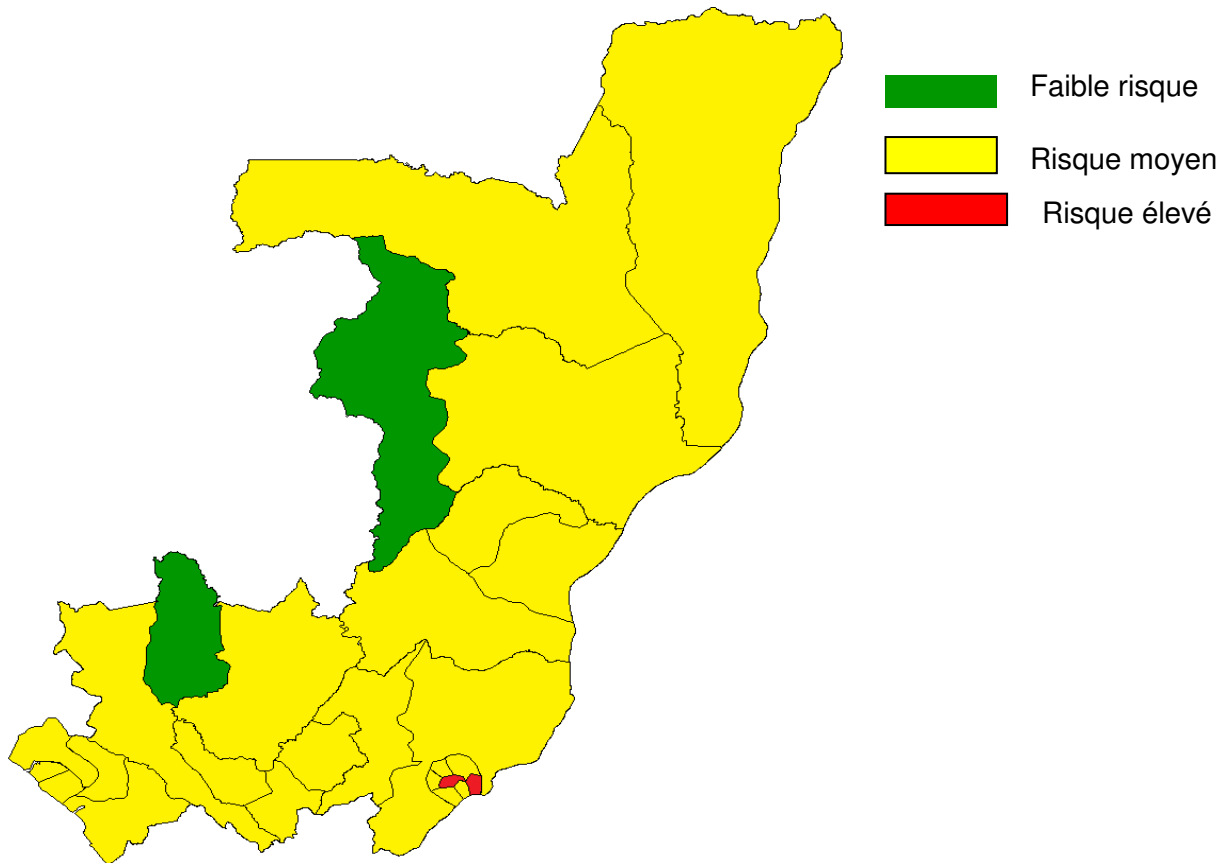


Figure : Cartographie des selles adéquates au Congo de 2006 à 2011



Dans le cadre de la surveillance basée sur les cas, tous les cas de PFA font l'objet d'investigation et de prélèvement de 2 échantillons de selles qui sont envoyés et analysés dans le laboratoire inter-pays accrédité de l'OMS à savoir l'INRB de Kinshasa en RDC. Une base de données est mise à jour et partagée de façon hebdomadaire avec l'OMS et le réseau de laboratoire. L'harmonisation des données PEV-LNSP-DELM-OMS se fait mensuellement.

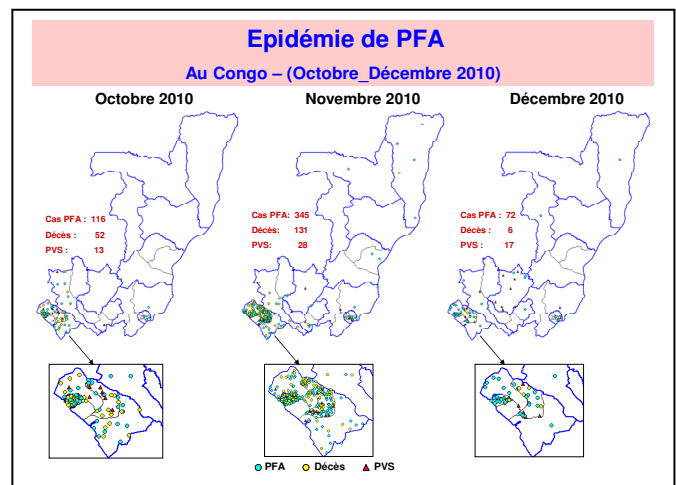
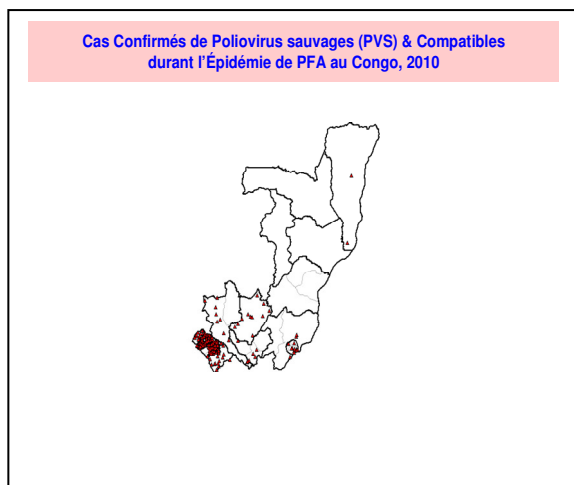
Figure : Cartographie de risque d'épidémie de risque polio au Congo en 2011



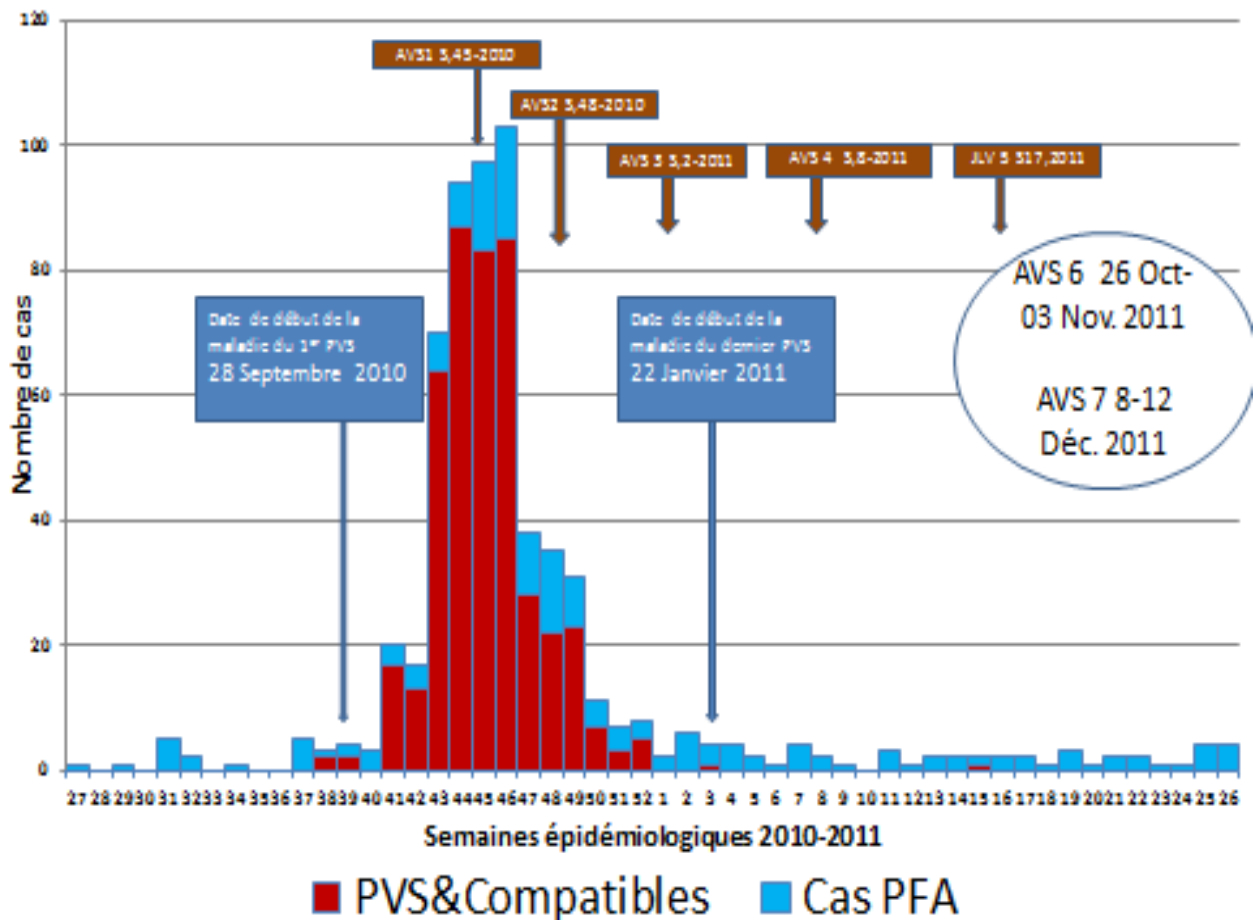
Le Congo a été frappé par une épidémie de poliomyélite sans précédent en Octobre 2010. La surveillance épidémiologique a permis de notifier 583 cas de PFA dont 203 décès avec un taux de létalité de plus de 35 %.

Pointe noire et le Kouilou furent l'épicentre de cette épidémie avec 80% des cas de PFA, et une extension dans les départements du Sud y compris Brazzaville. Tous les groupes d'âges ont été touchés et particulièrement les jeunes adultes entre 15 et 30 ans (70%) ; surtout les hommes (68%).

En réponse à l'épidémie, la mobilisation a été forte et au plus haut niveau sur toute l'étendue du territoire national. L'organisation d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) par des campagnes nationales de vaccination en 4 passages de toutes les tranches de la population et sur toute l'étendue du territoire national. Ceci avec du vaccin monovalent de type 1 - m VPO 1, pour le 1er et le second passage et du bivalent pour le 3ème passage et 4ème passage. Tenant compte du dernier cas de poliovirus sauvage (PVS) découvert en Janvier 2011 et du contexte épidémiologique national, un 5ème passage de Journées locales de vaccination (JLV) à Brazzaville et dans les autres Départements de la Zone Sud, un 6ème et un 7ème passages ont été organisés dans tout le pays..



Courbe épidémique de l'épidémie de poliomyélite au Congo 2010&2011



Les 2 organes indépendants (Comité national des Experts - CNEP et Comité National de Certification – CNC) appuient le PEV Central dans la classification des PFA.

2.3.5.2 Surveillance et Contrôle accéléré de la rougeole

La surveillance de la rougeole basée sur le cas a débuté en 2004 et celle avec confirmation du cas au laboratoire en août 2004, soit trois mois avant la campagne de masse contre la rougeole. Cette surveillance au cas connaît encore des faiblesses en particulier au niveau périphérique car tous les cas notifiés ne sont pas systématiquement investigués.

Le renforcement des capacités par l'OMS du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) du Congo lui a permis de réaliser la recherche des IgM spécifiques. Il est actuellement reconnu et intégré dans le réseau OMS des Laboratoires de rougeole et fièvre jaune au niveau africain.

En 2010, 22 CSS/30 ont notifié 113 cas suspects de rougeole, parmi lesquels 4 cas ont été confirmés positifs. Ces cas sont survenus chez des enfants de moins d'un an non vaccinés, ceci après une campagne nationale de suivi contre la rougeole organisée du 20 au 24 Décembre 2010 sur toute l'étendue du territoire national. En 2011 des flambées épidémiques ont été signalées dans le pays précisément à Pointe-Noire et au sud du Pays avec 1066 cas suspects de rougeole notifiés dont 471 investigués et 133 confirmés.

Les indicateurs de surveillance ont été satisfaisants avec des taux d'investigation non rougeoleux supérieurs à 2 .En 2011 100% des CSS ont notifié au moins un cas suspect de rougeole contre 90% en 2009 et 80% en 2010.

La performance de la surveillance de la rougeole basée sur le cas de 2007 à 2011 est présentée ci-dessous.

Tableau 18 : Performance de la surveillance de la rougeole de 2006 à 2011

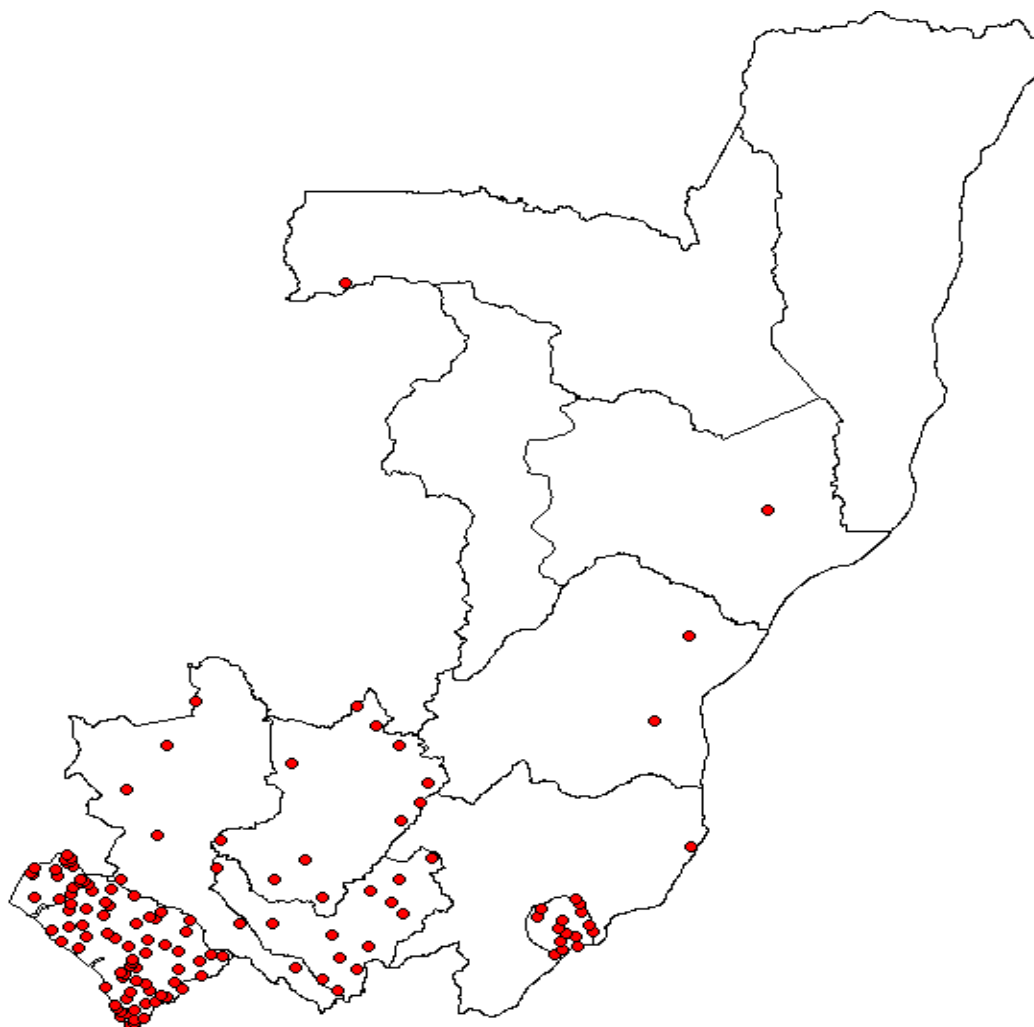
Années	Nbre total district sanitaires	Nbre de cas suspects	Nbre de district notifiant => 1cas		Résultats de labo disponible		Nbre IgM positif
			N	%	N	%	
2007	27	84	17	63	45	53	17
2008	27	116	25	92	116	100	2
2009	27	107	24	89	107	100	1
2010	27	113	19	72	113	100	4
2011**	30	1066	30	100%	171	37%	133

** En 2011, 1066 cas suspects ont été notifiés dont 471 investigués

Conformément au plan de contrôle de la rougeole, le Pays a conduit une campagne de masse contre la rougeole ciblant les enfants de 6 mois à 15 ans en 2004, une campagne de suivi au niveau national en octobre 2007 ciblant les enfants de 6 à 59 mois a été intégrée à la distribution de moustiquaires imprégnée d'insecticide, le déparasitage systématique au mébendazole et de la supplémentation en vitamine A.

Une campagne de suivi contre la rougeole a été organisée sur l'ensemble du territoire en 2007 puis en décembre 2010 au décours des campagnes de vaccination contre la poliomyélite ; afin de consolider les acquis de la réduction de morbidité et mortalité de plus de 90% Les résultats relativement faibles dans certaines DDS et la flambée de rougeole à Pointe noire (40 cas confirmés sur 156 cas suspects jusqu'en Mars 2011) ont amené à entreprendre une stratégie de rattrapage et renforcement du PEV de routine dans ces DDS.

Figure : Distribution géographique des cas confirmés de rougeole au Congo N=133, Année 2011



Graphique n° : Accumulation des susceptibles de rougeole au Congo de 2007 à 2011

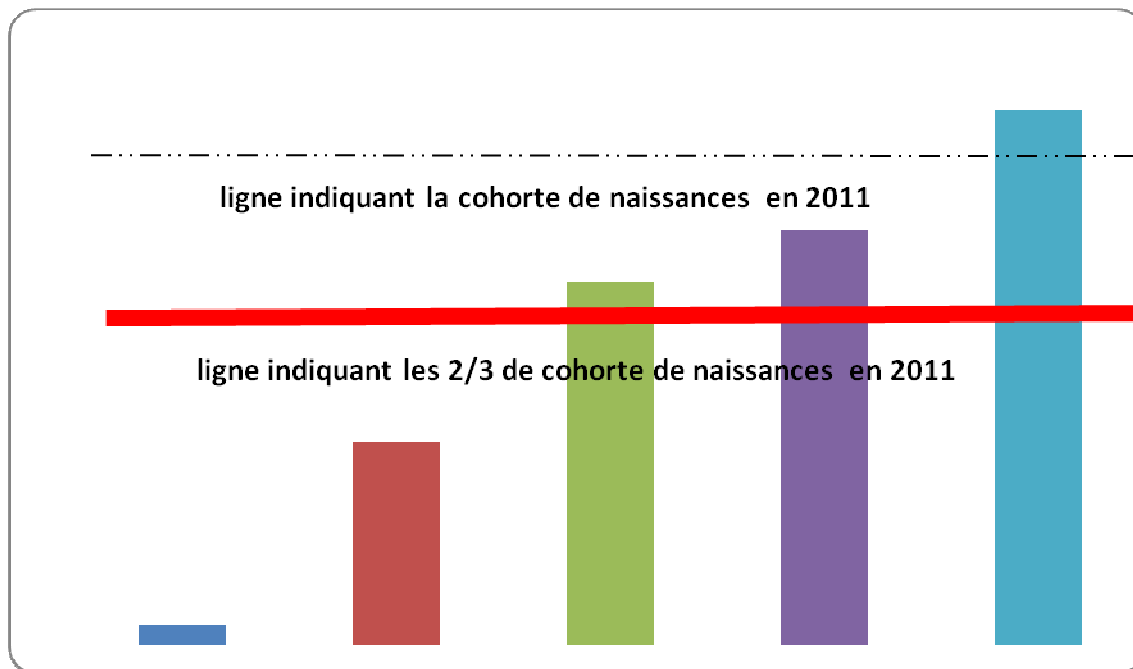
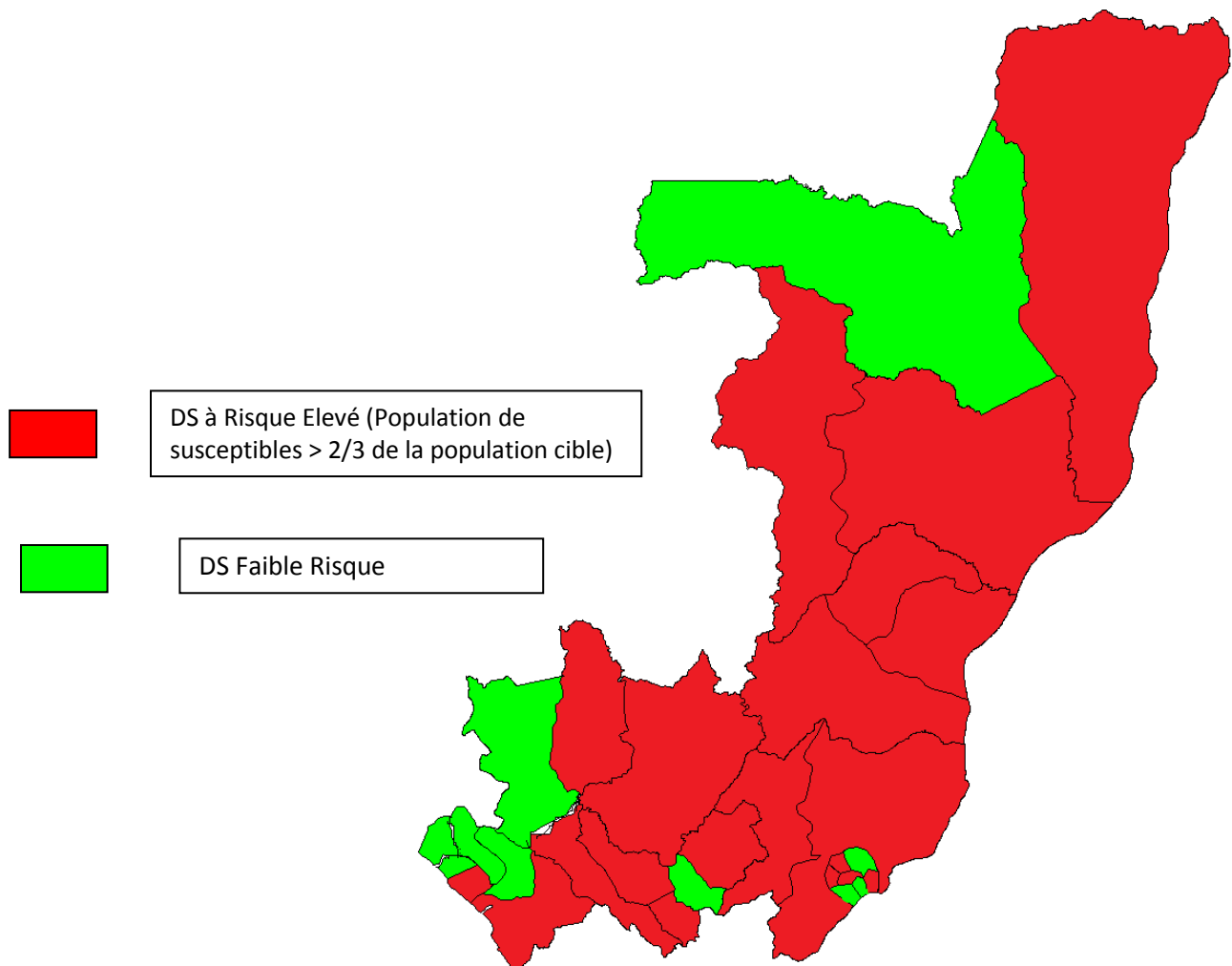
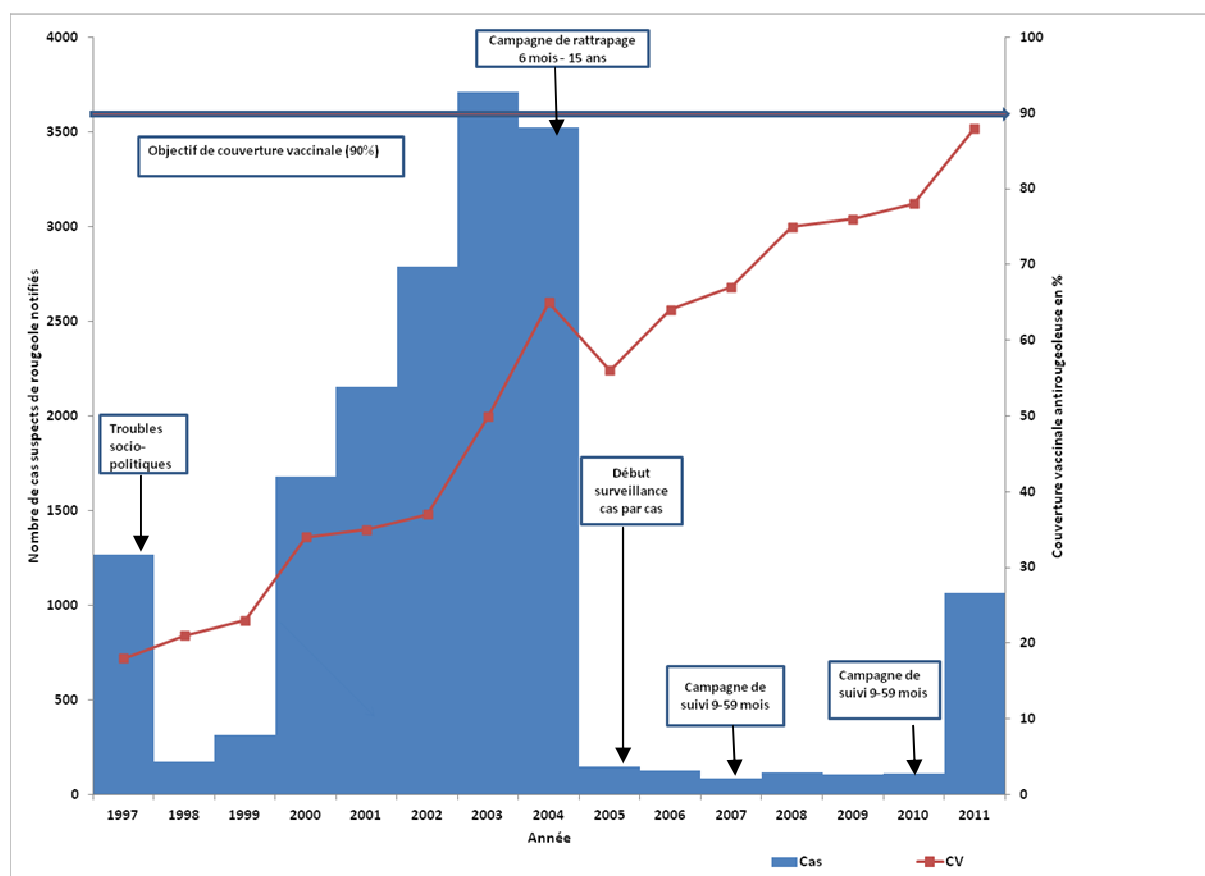


Figure : Cartographie de risque de rougeole au Congo par CSS, Année 2011



Ce graphique illustre les progrès de la vaccination et surveillance sur la rougeole au Congo de 1997 à 2011.

Graphique : Progrès récents dans le contrôle accéléré de la rougeole de 1997 à 2011



2.3.5.3 Surveillance de la fièvre jaune

La surveillance au cas de la fièvre jaune est fonctionnelle depuis 2004. Au total 4 cas ont été confirmés dont 1 en 2009 dans le département de la Cuvette Ouest et 3 dans les départements des Plateaux, de la Likouala et de Brazzaville (notifiés en 2011 et confirmés à titre rétrospectif en juillet 2012). Le cas de la Cuvette-ouest a fait l'objet d'une riposte vaccinale dans tout le Département.

158 cas et 190 cas suspects de fièvre jaune ont été notifiés et investigués respectivement en 2010 et 2011.

Jusqu'en 2010 les échantillons étaient analysés au laboratoire INRB de Kinshasa (RDC). Après cette date le LNSP avec l'appui de l'OMS a pris le relais pour la confirmation des tests au niveau national.

La performance de la surveillance de la fièvre jaune en 2007-2011 est résumée dans le tableau n°19

Tableau 19 Performance de la surveillance de la fièvre jaune en 2007-2011

Année	Nbre CSS	CSS notifiant => 1cas		cas suspect notifiés	Prélè vement		Résultats labo		Nbre IgM +	Lien épid	Total cas confirmés
		N	%		N	%	N	%			
2007	27	19	70	77	77	100	3	100	0	0	0
2008	27	25	92,6	110	110	100	4	100	0	0	0
2009	27	24	88	155	155	100	15	100	1	0	1
2010	27	20	74	158	150	94	150	100	0	0	0
2011	30	30	100	190	190	100	186	98%	3	0	3

3.3.5.4 Surveillance du Tétanos maternel et néonatal (TMN)

Une enquête sur l'élimination du TMN a été menée par les experts de l'OMS en 2009 dans le département de la Likouala considéré comme département à haut risque de TMN conformément au plan. A l'issue de cette enquête le Congo a été déclarée avoir atteint le seuil d'élimination du TMN.

Au cours de l'année 2010, 2 cas de TMN ont été notifiés dans le pays dans les départements de la Likouala et le Kouilou, départements qui ont des couvertures vaccinales en général basses. D'où la nécessité de renforcer le PEV de routine afin de maintenir les acquis de l'élimination

Tableau 20: Performance de la surveillance du tétanos de 2007 à 2011

Années	cas suspects notifiés	Investigation
2007	1	1
2008	13	4
2009	2	2
2010	2	2
2011	0	0

2.3.5.5. Surveillance transfrontalière

La fièvre jaune fait partie des maladies soumises au contrôle sanitaire international conformément au Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 avec vaccination obligatoire pour les voyageurs

2.4. Introduction des nouveaux vaccins

En matière de nouveaux vaccins, le Congo a introduit dans le PEV de routine dès 2004 le vaccin anti-amaril, en 2007 le vaccin contre l'*Hépatite B*, en 2009 le vaccin contre l'*haemophilus influenzae de type B (Hib)* sous forme pentavalente et en Octobre 2012.

le vaccin contre le pneumocoque (PCV13) après la réhabilitation de la chaîne de froid débutée cette année à tous les niveaux et le vaccin contre les Rotavirus en 2014.

Les principales leçons à tirer de l'introduction des nouveaux vaccins :

Points forts :

- Introduction d'emblée à tout le territoire national
- renforcement de l'approvisionnement régulier en vaccins et intrants
- renforcement de capacités du personnel
- disponibilité des outils de gestion et supports de collecte de données

Points faibles :

- non mise en place d'un système de surveillance basée sur le laboratoire des maladies couvertes par ces nouveaux vaccins
- Insuffisance d'évaluation des résultats et de l'impact de l'introduction des nouveaux vaccins
- Insuffisance de la capacité de stockage des vaccins

2.5. Intégration des activités avec les autres programmes.

a) Introduction de la vit A dans le PEV de routine

Depuis 2004, la supplémentation en vitamine A a été intégrée dans les activités du PEV de routine. Les couvertures de vitamine A sont superposables à celles du VAR et du VAA car elle s'administre au même moment (à 9 mois). Depuis 2006, cette supplémentation s'est étendue aux femmes en post partum.

b) Intégration d'autres activités

L'intégration d'autres interventions est faiblement mise en œuvre et se fait parfois à l'occasion des activités de vaccination supplémentaires. Il s'agit de l'administration du mébendazole, la supplémentation en Fer acide folique, la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à longue durée d'efficacité (MILDE) et le traitement du pian dans certaines zones. Cette intégration des activités se fait avec les programmes spécifiques concernés (PNLP, Service Nutrition, etc.).

III- Résumé de l'analyse de la situation

Tableau 21 Résumé de l'analyse de situation du PEV par composante

Composante du système	Indicateurs	Situation nationale					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Couverture de routine	Couverture en DTC3**	77,8%	80,2 %	89 ,2 %	91,1%	81%	88%
	% de districts avec une CV > 80%	37	63	89	80	63	73
	% de districts avec une CV <50%	3,7	3,7	0	0	3,7	3,3
	Taux national d'abandon DTC1 / DTC3	3,5	0,3	4,5	1,2	4	9
	Pourcentage de districts avec un taux d'abandon DTC1/ DTC3>10	22	26	7,4	33 ,3	6,6	33,3
Nouveaux vaccins	Couverture fièvre jaune	63,6%	67,8 %	74%	77,3%	73%	85%
	Couverture en penta3			89 ,2 %	91,1%	81%	88%
Surveillance de routine	% de rapports de surveillance des districts reçus au niveau national par rapport au nombre escompté	100	100	100	100	100	100
Chaîne de froid/ Logistique	Pourcentage de districts suffisamment équipés en matériel de la chaîne de froid en état de fonctionnement	93,2	90	87	80	75	
	Pourcentage des districts ayant connu une rupture de vaccin pendant l'année	0	0	0	0	83	
Sécurité de la vaccination	Pourcentage districts équipés en nombre suffisant de SAB pour la vaccination de routine	100	100	100	100	100	100
Approvisionnement en vaccins	Ruptures de stock s au niveau national au cours de l'année écoulée					OUI	NON

	Durée en mois si c'est le cas					3	NA
	Vaccins concernés si c'est le cas					BCG , Penta	NA
Communication	Existence d'un plan	Non	oui	Oui	Oui	oui	OUI
Viabilité financière	Pourcentage de la vaccination de routine financé par des fonds publics* ?	26%	27%	28%	26%	28%	
Liens avec d'autres interventions sanitaires	Liens systématiques établis entre les services de vaccination et d'autres interventions sanitaires (paludisme, nutrition, PCIME)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Autorité Nationale de Réglementation	Nombre de fonction	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Comité de Coordination Inter Agences	Nombre de réunion en 2006	2	4	4	4	3	4
Gestion des déchets	Existence d'un plan de gestion des déchets	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Efficience du programme	Monitoring au niveau national des pertes de vaccins	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	Versement à temps des fonds au niveau districts	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI

* Y compris les emprunts et à l'exclusion des financements publics extérieurs

** le pays a introduit depuis 2009 le vaccin HiB sous sa forme DTC-HepB/Hib

IV. Analyse : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) du PEV

4.1. Environnement interne

Tableau 22 : Résumé des forces et faiblesses du PEV

	Forces	Faiblesses
Système de santé	<p>Disponibilité du CDMT</p> <p>Recrutement des agents de santé en hausse</p> <p>Dotation en outil de travail : véhicules ; outil informatique ; groupes électrogènes etc</p> <p>Formation des managers pour la mise en place de l'ANR</p> <p>Existence du PDSS (IDA 20 millions USD)</p> <p>Existence d'un PNDS 2007-2011 ayant facilité la décentralisation</p> <p>Concordance avec la planification stratégique du niveau national</p> <p>Existence de la centrale nationale (COMEG) qui conserve les vaccins</p>	<p>Absence de l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) de la qualité de vaccins</p> <p>Faiblesse du SNIS</p> <p>Insuffisance de CSI rationalisés (Faible couverture sanitaire)</p> <p>RSS du GAVI non obtenu</p> <p>Menace de la pérennité financière des formations sanitaire (Absence de mécanisme de compensation des ressources (face à la gratuite de certaines prestations)</p> <p>Absence des comptes nationaux de santé</p> <p>Absence d'analyse économique et financière</p>
Prestation de service de vaccination	<p>Bonnes couvertures vaccinales jusqu' en 2009</p> <p>Utilisation de la Stratégie ACD dans 80% des CSS</p> <p>Introduction dans le PEV de routine de la vitamine A, du VAA, de Hép B et Hib</p> <p>Complétude des rapports > 80% au niveau national</p> <p>Bonnes performances des Taux d'abandon (7% BCG-VAR et 9% pour Penta1-3) en 2011</p>	<p>Augmentation du nombre d'enfants non vaccinés en 2010</p> <p>Existence de zones d'accès difficiles faiblement visitées en stratégies avancées</p> <p>Faible % des CSS ayant des CV en Penta 3 >80%</p> <p>Absence des micro-plans CSS</p> <p>Persistance de districts avec CV < 50% au VAR</p> <p>Très faible promptitude des rapports < 80% au niveau national en 2011.</p> <p>Faiblesse de la qualité des données</p> <p>Persistance de CSS à faible performance et des disparités des performances d'un département à un autre</p>
Approvisionnement et qualité des vaccins	<p>Financement reçu à temps</p> <p>Pas de retard dans la commande des vaccins</p> <p>Pas de rupture</p> <p>Approvisionnement en vaccins par l'UNICEF</p> <p>Existence des plans d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux</p>	<p>Absence de laboratoire national de contrôle de qualité</p> <p>Persistance des taux de perte élevés par rapport aux objectifs nationaux et mondiaux</p>

	Régularité des commandes (semestriellement)	
Logistique - Chaîne de froid - Sécurité des injections - Moyens de transport	<p>La gestion efficace des vaccins reste assez satisfaisante, Evaluation récente de l'efficacité de la gestion des vaccins et des entrepôts centraux du PEV selon les normes d'appréciation Existence d'un plan de réhabilitation de la CDF budgétisé et renforcement du Parc CDF en cours Existence d'un plan de maintenance de la CDF Existence d'une politique nationale et de directives de sécurité des injections Bon usage des SAB et des safety box pour les injections vaccinales Existence d'un véhicule frigorifique au PEV Existence d'une sous base relais du PEV fonctionnel pour la zone sud à Pointe Noire Utilisation des thermomètres traceurs, indicateurs de congélation, outils de monitoring de température exemple : fridge-tag...</p>	<p>Faible intégration des NTIC au niveau départemental et de district Archivages insuffisants, (i) les bonnes pratiques d'archivage à long terme et (ii) la sécurisation des données gestionnaires. Insuffisance des capacités de stockage à tous les niveaux prélué à l'introduction des nouveaux vaccins.</p> <p>Insuffisance de personne maîtrisant l'outil de gestion des stocks de vaccin (2 personnes seulement sur 12) Manque de personnel formé pour la maintenance</p> <p>Personnel de la gestion des chambres froides non protégées</p> <p>Insuffisance de la surveillance des MAPI en PEV de routine Absence d'incinérateurs pour la gestion des déchets vaccinaux Insuffisance de CDF Source d'énergie non fiable (Groupe électrogène, kérosène de mauvaise qualité) Parc roulant vieillissant Véhicules frigorifiques insuffisants Moyen de communication radiophonique insuffisant et vétuste</p>
	Forces	Faiblesses
Surveillance épidémiologique	<p>Existence d'un point focal surveillance à tous les niveaux. Disponibilité des supports de notifications des maladies cibles et des maladies sous surveillance. Réseau de surveillance épidémiologique fonctionnel dans tout le pays Bonnes performances du Taux de PFA non polio Bonnes performances de la surveillance basée sur le cas de la rougeole, la fièvre jaune, le TMN Elimination du TMN dans le pays Surveillance des maladies à potentiel épidémique Régularité des réunions tripartites</p>	<p>Insuffisance des directives sur la définition des cas dans certaines formations sanitaires Existence de zones insuffisamment visitées Ecllosion des flambées épidémiques de rougeole dans districts sanitaires</p> <p>Faible pourcentage des selles adéquates Irrégularité des bulletins épidémiologiques du PEV Faible complétude et promptitude des données de la SMIR Faible analyse locale des données</p> <p>Faible capacité de monitoring des</p>

	<p>PEV-Labo-OMS)</p> <p>La qualité des données est en général bonne, à commencer par la conservation des documents de vaccination, l'estimation des couvertures administratives (en cohérence avec les données de l'enquête),</p> <p>Conduite du monitoring spécifique à différents niveaux.</p> <p>Existence d'un laboratoire national pour la confirmation des cas de rougeole</p>	<p>performances au niveau intermédiaire et périphérique</p> <p>Absence de supervisions à tous les niveaux</p>
Mobilisation sociale/Communication/PI aidoyer	<p>Existence d'une Politique Nationale d'IEC et des directives</p> <p>Reconnaissance de l'IEC dans le PNDS</p> <p>Existence d'un Service National d'IEC et d'une unité de communication pour le PEV</p> <p>Existence d'une Stratégie Nationale de Communication PEV (2012-2016)</p> <p>Existence de ressources humaines au niveau central : au service national IEC et à l'unité communication du PEV</p> <p>Prise en compte des activités de communication pour la vaccination dans le budget du programme PEV ;</p> <p>Appui de la part de l'OMS et l'Unicef ainsi que les autres partenaires</p> <p>Bonne collaboration inter-sectorielle avec les autres ministères et secteurs connexes</p> <p>Existence d'un réseau de relais communautaires qui participe aux activités PEV</p> <p>Forte implication des autorités politico administratives, leaders communautaires dans la mise en œuvre de la stratégie C4D au cours des derniers AVS.</p> <p>L'élaboration d'un plan de communication polio et d'un plan de communication PEV de routine</p> <p>Disponibilité de l'Internet et d'un réseau téléphonique au PEV Central</p>	<p>Inexistence des membres chargés de la communication aux niveaux décentralisés du Ministère (Département, CSS, CSI)</p> <p>Faiblesse dans la structuration du SIEC</p> <p>Absence de supervision et de rapports spécifiques à la communication en faveur du PEV</p> <p>Insuffisance des formations des agents d'IEC au niveau central et du PEV dans le domaine de la communication pour le développement (C4D)</p> <p>Collaboration intersectorielle limitée aux AVS</p> <p>Faible implication des communautés et des organisations à base communautaire des activités du PEV</p> <p>Faible Communication en faveur du PEV dans les médias et organes de presse</p> <p>Insuffisance de ressources financières allouées aux activités de communication</p> <p>Insuffisance des supports communication</p> <p>Manque de moyens roulants pour la supervision des activités de communication</p>

Coordination/ Gestion	CCIA est fonctionnel Intégration de certaines interventions du Service de nutrition dans le PEV de routine (Vitamine A..) Organisation de réunions trimestrielles de suivi et d'évaluation du programme Existence des comités des experts et certification pour la Polio	Position hiérarchique du PEV incohérente Faible intégration des activités avec d'autres intervenants (PALU, PCIME, MSR...) infrastructures du PEV centraInadaptées Insuffisance des réunions de monitoring des activités du PEV à tous les niveaux Faible niveau de fonctionnement du CNC
Développement de capacités)	Disponibilité d'une équipe nationale formée au cours inter pays MLM Existence d'un réseau de superviseurs et points focaux PFA formés Recrutements de nouveaux agents de santé Introduction dans le curricula de formation des écoles de formation para-médicales et médico-sociales des modules de l'IEC	Irrégularité dans la tenue des cours MLM Insuffisance de formation des médecins chefs de CSS en Santé Publique Manque de formation des agents nouvellement recrutés Normes et Standards du PEV non validés par conséquent non vulgarisés Les modules du PEV non encore introduits dans le curricula de formation
Supervision	Existence d'un guide de supervision intégrée	Irrégularité des supervisions formatives à tous les niveaux Mauvaise qualité de supervision Insuffisances des moyens logistiques pour la supervision

4.2. Environnement externe

Tableau 23 : Opportunités et Menaces du PEV

Domaines	Opportunités	Menaces
Niveau National	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte économique favorable avec l'accroissement de la production pétrolière • Engagement politique au plus haut niveau ▪ Appui appréciables des partenaires au développement sanitaire ▪ Accès du Congo à divers mécanismes de financement du secteur GF, GAVI, HMN, CERF, GDF... ▪ Evolution croissante de la part du budget de l'Etat affecté à la santé ▪ L'atteinte du Congo au point d'achèvement dans le cadre de l'Initiative PPTE ▪ Existence des nouveaux partenaires du domaine pétrolier ▪ Existence des données d'un recensement général récent ▪ Paix retrouvé, Stabilité politique ▪ Disponibilité de la fibre optique et autres canaux de communication mobiles ▪ Existence d'un Comité National de Communication pour les gestes qui sauvent en faveur de la santé de la mère et l'enfant ▪ Appui technique et financier des partenaires traditionnels (OMS, UNICEF.....) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population cibles non maîtrisées ▪ Faible couverture en électricité et coupures intempestives ▪ Mauvais état de routes ▪ Faible taux de décaissements des fonds alloués au système de santé dans les départements ▪ L'instabilité institutionnelle du fait des changements fréquents des acteurs au niveau du département ministériel ▪ L'extrême pauvreté ▪ Apparition de catastrophes naturelles ou autres situations d'urgence prioritaires : Ex Evènement du 04 Mars 2012
Niveau Mondial	<ul style="list-style-type: none"> • Financement GAVI et autres • Adoption de la Nouvelle Vision Stratégies Mondiale du PEV (GIVS 2006-2015) • Initiative PPTE, DSRP 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition d'autres fléaux prioritaires (HIV/SIDA, Grippe aviaire, etc....) et autres maladies émergentes • La persistance de la circulation du Poliovirus sauvage dans les pays voisins ▪ le rétablissement de la circulation du poliovirus sauvage ▪ l'émergence d'épidémies/pandémies (grippe pandémique, fièvres hémorragiques virales)

Critères de priorisation

1. Vise directement l'augmentation de la couverture vaccinale
2. Concoure indirectement à l'augmentation de la couverture vaccinale
3. Vise l'amélioration de la qualité du système de vaccination
4. Vise le contrôle de la maladie

Tableau 24: Identification des problèmes et critères de priorité

Domaines	Problèmes listés par ordre de priorité	Priorité
Coordination /Gestion	Basse position hiérarchique du PEV	2
	Sous-estimation du taux d'accroissement moyen de la population	2
	Non maîtrise des populations dans les zones de responsabilité dans les DDS	2
Développement de capacités	Personnel de santé non formé ou non recyclé dans la gestion du PEV	1
	Vétusté/Insuffisance des locaux (Centre fixes de Vaccination) , et ou leur fermeture dans certains districts	1
	Insuffisance des locaux au niveau central (Salle de réunions, magasins, bureau des consultants, archives, etc ...) et à la base relais de Pointe Noire (magasins)	3
Offre de service (Opération de vaccination)	Les couvertures vaccinales sont en dessous des objectifs régionaux	1
	Persistance des districts avec CV en DTCP3 et VAR< 80%	1
	Supervision formative insuffisante	2
	Existence de zones d'accès difficiles faiblement visitées en stratégies avancées	1
Logistique Approvisionnement et qualité des vaccins	Taux de perte en vaccins demeurent élevés par rapport aux objectifs nationaux et mondiaux	1
	Rupture du BCG dans certains districts sanitaires	1
	Insuffisance de véhicules frigorifiques	2
		1
		1
	Inexistence du système de surveillance des MAPI	3
	Parc roulant vieillissant.	2
Surveillance épidémiologique	Persistance des cas de rougeole au niveau des districts sanitaires	1
	Existence de zones insuffisamment visitées	1
		4
		4
	Irrégularité des bulletins épidémiologiques du PEV	4
		4
Communication/Mobilisation	La Stratégie Nationale de Communication du PEV n'est pas vulgarisée	2

sociale	Les médias et autres organes de presses ne participent pas suffisamment à la communication en faveur du PEV	2
	La formation insuffisante des relais communautaires	2
	Inexistence du Plan de Communication pour l'Introduction du Vaccin contre le Rotavirus	2
Financement	Insuffisance dans la maîtrise des coûts et financement du PEV	3
	Difficultés de décaissement des fonds du Gouvernement alloués	1

Tableau 25 : Priorités nationales, objectifs et étapes du programme

Description des problèmes	Objectifs du programme	Etapes du programme	Buts régionaux et mondiaux (d'ici 2015)	Ordre de priorité
77% des districts ont une couverture <90% en DTCP3 CV en VAR <80% au niveau national avec 60% des CSS ayant un CV en VAR <80%	D'ici 2016, la CV en Penta 3 au niveau national est au moins de 95%	2012: 90 % de CV en Penta 3 2013: 93% de CV en Penta 3 2014: 95% de CV en Penta 3 2015: 95% de CV en Penta 3 2016: 95% de CV en Penta 3	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une CV de la vaccination de routine d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts D'ici 2015 tous les pays ont une CV de 90% au VAR dans 80% des CSS	1
	D'ici 2016 la CV en VAR au niveau national est au moins de 95%	2012: 85% de CV en VAR 2013: 90% de CV en VAR 2014: 93% de CV en VAR 2015: 95% de CV en VAR 2016: 95% de CV en VAR		
	D'ici 2016, 90% des districts sanitaires ont des CV >=90% pour tous les antigènes	2012 : Au moins 60% des DS 2013 : Au moins 75% des DS 2014 : Au moins 85% des DS 2015 : Au moins 90% des DS 2016 : Au moins 90% des DS		1
16% des CSS ont des taux d'abandon inférieur <10% pour le Penta1/Penta3 et le BCG/VAR	D'ici 2016, au moins 90% des districts ont les taux d'abandon Penta1/Penta3 < 10% et BCG/VAR <10%	2012 : Au moins 60% des DS 2013 : Au moins 75% des DS 2014 : Au moins 85% des DS 2015 : Au moins 90% des DS 2016 : Au moins 90% des DS	Réduire les taux d'abandon DTC1/ DTC3 et BCG/VAR à moins de 10%	1
Taux de perte en vaccins élevés par rapport aux objectifs régionaux	D'ici 2016, réduire les taux de perte des antigènes : BCG : 32 à 25% Polio : 14 à 10% Penta : 21 à 5% VAR : 15 à 10% VAA : 20 à 10% VAT : 10% PCV 13 Rotavirus	Antigènes 2012 -2013-2014-2015-2016 BCG 30%-30%-30%-30%-25% VPO 10%-10%-10%-10%-10% Penta 5%-5%-5%-5%-10% VAR 25%-20%-20%-20%-10% VAA 25%-25%-20%-20%-10% VAT 15%-15%-15%-15%-10% PCV 13 5%-5%-5%-5%-5% ROTAVIRUS 5%-5%-5%-5%-5%	Réduire le taux de perte de tous les antigènes selon les normes recommandées	
Introduction des nouveaux vaccins	D'ici fin 2012 introduire dans 100% de CSS les vaccins contre le pneumocoque et fin 2014 le rotavirus dans le PEV de routine	2012 : introduction le vaccin contre pneumocoque 2014 : introduction le vaccin contre le rotavirus		1
-Capacité de stockage de vaccins insuffisante à tous les niveaux prélué à l'introduction des nouveaux vaccins	D'ici fin 2015 100% des DDS, CSS et niveau central sont dotés en matériel de CDF fonctionnels	2012 : 50% au niveau central 80% des DDS /CSS 2013 : 60% DDS/CSS 2014 : 80% DDS/CSS 2015 : 100% DDS/CSS		1

- Vétusté de la CDF				
Résurgence des PVS	D'ici fin juin 2013 maintenir l'interruption de la circulation de la polio et réaliser le processus de certification	De 2012 à 2016 , aucun cas de poliovirus sauvage n'est isolé	Eradiquer la polio	1
Résurgence des cas de rougeole	D'ici fin 2016, réduire de 95% la mortalité due à la rougeole	D'ici fin 2015 , atteindre le niveau de pré élimination de la rougeole (taux d'investigation non rougeoleux de 2 pour 100 000 habitants, 80% des CSS ont notifiés au moins 1 cas suspect de rougeole)	Eliminer la rougeole	1
Persistance de quelques cas de TMN	D'ici 2016, réduire le nombre de cas de TMN dans 100% de CSS	2012 à 2016 : 100% de districts avec un taux de TMN < 1 cas pour 1000 NV	Eliminer le TMN	2
Faiblesse dans la surveillance de la fièvre jaune	D'ici 2013, arrêter la circulation du virus amaril et maintenir l'absence de circulation du virus de la fièvre jaune au Congo jusqu'en 2016	De 2012 à 2016 , n'isoler aucun cas de fièvre jaune	Eliminer la fièvre jaune	3
Dépendance de financements extérieurs -Retrait programmé du financement GAVI qui contribue à 95% pour l'achat des vaccins nouveaux et sous-utilisés -Diminution du financement des partenaires	D'ici 2016, accroître le financement national pour les activités de vaccination	En 2015 : 100% du cout des vaccins traditionnels et nouveaux est assuré par le budget national En 2015 : 85% des activités du PEV (hors achat vaccins) sont financées par le budget national et les partenaires locaux	Assurer la pérennité financière pour la vaccination	1

V. Vision et objectifs

5.1. Vision

La vision du PEV est de protéger le plus grand nombre de personnes possible contre le plus grand nombre de maladies évitables par la vaccination tout en intégrant d'autres activités de survie dans un environnement interdépendant et changeant.

5.2. Objectifs

5.2.1. Objectif général

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

5.2.2. Objectifs spécifiques

5.2.2.1. Dans le domaine de couverture vaccinale

D'ici 2016, atteindre les couvertures vaccinales selon les projections reprises dans le tableau ci-après

Tableau 26 : Données de base et objectifs de couverture vaccinale de tous les antigènes

Antigènes	Année de référence 2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	88	93	95	95	95	95
DTCP Hep B Hib3	88	90	93	95	95	95
VAR	88	90	90	93	95	95
VAA	85	90	90	93	95	95
VAT 2+	83	92	95	95	95	95
Pneumocoque		45	93	95	95	95
Rotavirus				75	80	85

- D'ici fin 2016, 90% des districts sanitaires ont des CV > à 90% pour tous les antigènes
- D'ici 2016, 90% des districts sanitaires ont des taux d'abandon DTC1/DTC3 < 10% et BCG/VAR < 10%

5.2.2.2. Dans le domaine de l'introduction de nouveaux vaccins

- D'ici fin 2012, introduire le vaccin anti-pneumococcique dans le PEV de routine
- D'ici fin 2014, introduire le vaccin anti-Rotavirus dans le PEV de routine
- D'ici fin 2013, doter 100% de structures de vaccination en matériel de chaîne de froid recommandé pour le stockage des nouveaux vaccins

5.2.2.3. Dans le domaine de l'accélération des initiatives mondiales

- Interrompre la circulation du PVS à tout prix d'ici fin juin 2013 par des AVS de qualité et maintenir l'interruption de la circulation du polio
- D'ici 2016 maintenir les acquis d'élimination du TMN dans 100% des districts de santé
- Réduire de 95% la mortalité due à la rougeole d'ici 2016

- D'ici 2016 maintenir l'absence de circulation du virus de la fièvre jaune au Congo

5.2.2.4. Dans le domaine de la mise en œuvre du Programme

- D'ici 2016, accroître le financement national pour les activités de vaccination de sorte à réduire complètement la dépendance du PEV du financement extérieur

VI. Stratégies

Afin d'atteindre les objectifs ci-dessus énoncés, les axes stratégiques identifiées sont présentés dans le tableau ci-dessous

Tableau 27 : Répartition des stratégies par objectifs

Objectifs	Stratégies
D'ici fin 2016, 90% des districts sanitaires ont des couvertures vaccinales en Penta3 et VAR supérieur à 95%	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement du suivi et évaluation du programme
	Renforcement des capacités nationales
	Renforcement du système de la logistique
	Renforcement de la communication en faveur du PEV
D'ici 2016, 90% des districts ont les taux d'abandon Penta1/Penta3 et BCG/VAR <10%	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement du suivi et évaluation du programme
	Renforcement des capacités nationales
	Renforcement du système de la logistique
	Renforcement de la communication en faveur du PEV
D'ici fin 2014 introduire dans 100% de CSS le vaccin contre le Rotavirus dans le PEV de routine	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement des capacités nationales
	Renforcement du système de la logistique
	Renforcement de la communication en faveur du PEV
D'ici fin 2016 maintenir l'interruption de la circulation de la polio et réaliser le processus de certification	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement du système de surveillance épidémiologique
	Organisation des activités de vaccination supplémentaires de qualité
	Renforcement de la communication en faveur du PEV
D'ici 2016, réduire le nombre de cas de TMN dans 100% de CSS	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement du système de la logistique
	Renforcement du système de la surveillance

	épidémiologique
	Renforcement des capacités nationales
	Renforcement des liens avec les communautés
D'ici fin 2016 réduire de 95% la mortalité due à la rougeole	Amélioration de l'offre de services de vaccination
	Renforcement du système de la logistique
	Renforcement du système de la surveillance épidémiologique
	Renforcement des liens avec les communautés
	Renforcement des capacités nationales
D'ici 2016, accroître le financement national pour les activités de vaccination	Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV
	Renforcement de la communication et le plaidoyer en faveur du PEV
D'ici 2016 100% de CSS assurent une bonne mise en œuvre du Programme	Renforcement de l'appui institutionnel et communautaire
	Renforcement la planification du suivi et évaluation du programme
	Renforcement de l'intégration des autres interventions/programmes

En conclusion, 10 axes stratégiques ont été retenus :

1. Renforcement de l'appui institutionnel et communautaire
2. Renforcement de la planification, du suivi et évaluation du programme
3. Renforcement des capacités nationales
4. Amélioration de l'offre de services de vaccination
5. Renforcement du système de la logistique
6. Renforcement du système de surveillance épidémiologique
7. Renforcement de la communication en faveur du PEV
8. Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV
9. Renforcement de l'intégration des autres interventions/programmes
10. Organisation des activités supplémentaires de vaccination de qualité

VII. Activités/indicateurs

Les principales activités sont ci-dessous listées, elles seront détaillées annuellement dans les plans de mise en œuvre.

Tableau 28 : Principales activités et indicateurs

Activités	Indicateurs
7.1 Renforcement de l'appui institutionnel et communautaire Plaidoyer pour la transformation du PEV en Direction Aménager et équiper les infrastructures du PEV Construire un magasin à la base relais PEV de Pointe Noire Finaliser, rendre disponible et mettre en œuvre le PDI (plan de développement institutionnel, ANR) Mettre en place un comité national de communication pour la santé Obtenir une plage horaire d'émissions à la radio et TV Congo en faveur du PEV	Disponibilité d'un organigramme révisé Existence de magasins adaptés, de bureaux au PEV central Existence d'un magasin à la base relais PEV de Pointe Noire Existence d'un PDI, Existence d'une ANR Existence d'un CNCS Existence d'un texte d'approbation
7.2 Renforcement de la planification, du suivi et évaluation du programme Organiser les réunions départementales de suivi et évaluation des activités du PEV Organiser chaque année des planifications au niveau départemental et des districts sanitaires Assurer un suivi de la complétude et promptitude des rapports mensuels des districts	% des DDS/CSS ayant conduit des réunions de suivi et d'évaluation % des CSS ayant élaboré un microplan des activités du PEV % de CSS avec un taux de complétude et de promptitude supérieur à 80%
7.3 Renforcement des capacités nationales <ul style="list-style-type: none"> Organiser le cours MLM national Organiser des formations en cascades pour le PEV de routine et la surveillance épidémiologique / SIMR Organiser des formations en cascade en maintenance de la logistique du PEV Réactualiser et vulgariser les normes et 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de la formation MLM % des CSI ayant amélioré la qualité de leurs services % de CSS ayant amélioré la performance dans la notification des cas. % de DDS /CSS/CFV disposant de document des Normes et

standards du PEV <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les supervisions formatives 	Standards du PEV <ul style="list-style-type: none"> % de supervisions formatives réalisées par niveau
7.4 Amélioration de l'offre de services de vaccination <ul style="list-style-type: none"> Appuyer toutes les CSS dans l'introduction de nouveaux vaccins Assurer le monitoring de la mise en œuvre de la stratégie ACD dans tous les districts avec un accent dans les zones d'accès difficiles Organiser des journées de vaccination accélérée dans les districts de faibles de couverture vaccinales persistante en particulier lors des Journées de santé de l'enfant Célébrer chaque année la semaine africaine de vaccination (SAV) Apporter un appui spécifique aux districts de faible couverture vaccinale persistante et dans les zones d'accès difficile (Mise en œuvre ACD, rattrapage des abandons vaccinaux, AVI, SSME) Réhabiliter les centres fixes de vaccinations 	<ul style="list-style-type: none"> Données de couverture vaccinale en pneumocoque et rotavirus disponibles Nombre d'enfants non vaccinés par CSS % des CSS avec des CV > à 90% pour tous les antigènes % des CSS ayant un taux d'abandon DTC1/DTC3 et BCG/VAR <10% % des CSS avec un taux de complétude et promptitude >80% % de cas d'abandon vaccinal rattrapés dans chaque CSS (Penta) Nombre de centre réhabilité par rapport au nombre prévu
7.5 Renforcement du système de la logistique <ul style="list-style-type: none"> Procéduraux inventaires physiques réguliers du matériel de la chaîne de froid dans tout le pays Procéder aux inventaires physiques mensuels du vaccin au niveau de chaque dépôt et entrepôt Commander un véhicule frigorifique pour la sous base PEV Pointe - Noire Poursuivre la mise en œuvre du plan de réhabilitation de la CDF 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un fichier fiable de la CDF pour tout le pays % des structures sanitaires ayant des CDF fonctionnels Nbre de chambre froide disponible et fonctionnelle par rapport aux attendues Nombre de jours de ruptures en vaccins et autres intrants Nbre de matériels de la CDF rattrapé Nombre de véhicules frigorifiques

<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan de maintenance logistique du PEV • Elaborer un plan NTIC • Commander et doter les structures opérationnelles des véhicules, des motos, des bicyclettes et des hors bords pour les activités PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan • % de structures sanitaires disposant de véhicules, motos, bicyclettes et hors bords disponibles pour les activités PEV
<p>7.6 Renforcement du système de surveillance épidémiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités nationales des Laboratoires National et périphériques pour le suivi de l'introduction des nouveaux vaccins • Elaborer des plans spécifiques de surveillance active dans les zones d'accès difficiles et insuffisamment visitées • Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans spécifiques • Organiser régulièrement les réunions tripartites PEV/DELM/LNSP /OMS pour s'assurer de la mise en œuvre des directives de surveillance basée sur le cas avec confirmation au laboratoire et celle de la surveillance du TMN • Rendre disponible le matériel de prélèvement et de transport des échantillons • Impliquer la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PEV • Assurer régulièrement la rétro information à tous les niveaux • Produire mensuellement les bulletins épidémiologiques du PEV et les diffuser • Vulgariser les définitions de cas à tous les niveaux • Organiser régulièrement les réunions de comité national d'experts de la Poliomyélite et du comité national de certification • Renforcer le système de surveillance des MAPI • Assurer régulièrement la supervision formative • Dotation d'un véhicule et de 2 réfrigérateurs • Dotation d'une photocopieuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan disponible • Rapport de l'atelier • Bases disponibles au PEV • Ressources mobilisées • Structures mises en place • Structures mises en place • Structures fonctionnelles • Nombre de cliniciens sensibilisés • Nombre de superviseurs formés • Nombre de Data Mangers formés • Nombre de formations appuyées • Nombre d'échantillons PFA analysés au Laboratoire National de Santé Publique • Existence de plans spécifiques de zones d'accès difficiles • Nombre de zones d'accès difficiles visités régulièrement • % d'échantillons de mauvaise qualité notifiée • % de résultats de labo diffuse auprès des DDS • Nombre de cas suspects de rougeole ou de fièvre jaune prélevés • Nombre d'échantillons de fièvre jaune analysés au Laboratoire National de Santé Publique • % de CSS ayant amélioré leurs performances après l'analyse locale des données et l'utilisation des données pour action

	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas suspect de maladies sous surveillance notifié par la communauté • Nombre de réunions de CNEP et CNC • Nombre de MAPI déclarés • Nombre des supervisions réalisées • Nombre de véhicule doté et nombre de réfrigérateurs dotés • Nombre de photocopieuse dotée
7.7 Renforcement de la communication en faveur du PEV <ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès des décideurs pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV • Plaidoyer pour l'obtention d'une plage horaire d'émissions à la radio/TV Congo • Concevoir un logo vaccination un slogan met jingle/ radio/TV spécifique vaccination • Produire et diffuser les supports de communication • Assurer le développement des activités de Communication dans les plans d'action des départements et des CSS • Produire des émissions/articles/spots dans les médias internationaux et locaux • Assurer la formation des acteurs d'IEC a tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) • Renforcer le lien établi avec les leaders communautaires dans la mise en œuvre du C4D pendant les AVS • Assurer à travers les CSS la formation et le suivi des relais communautaires • Organisation des activités de communication avec la communauté version "communication pour le Développement" • Dotation d'un vidéoprojecteur pour la communication' • Former 100 professionnels de média et autres organes de presse sur la communication en faveur du PEV • Elaborer un plan de communication en faveur de l'introduction du vaccin contre le 	<ul style="list-style-type: none"> • %des ressources allouées • Existence d'un texte d'approbation • Existence d'un logo, slogan et jingle PEV • Nombre de supports produits • *Nombre de supports diffusés par département • Nombre de DDS ayant développé es activités de communication dans leur plan d'action • Nombre de medias diffusant des émissions /articles/ spots sur la vaccination • Nombre de diffusions d'émissions/articles/ spots réalisés par type de media • Nombre d'acteurs formés en C4D par niveaux • Nombre de relais communautaires formes par CSS • Nombre de réunions communautaires organisées • Nombre de vidéoprojecteur doté

<p>Rotavirus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser les campagnes de sensibilisation de proximité et de masse sur la vaccination • • Réaliser une enquête CAP sur l'acceptation de la vaccination • Organiser des visites de supervision et/ou monitoring d'activités de communication • Elaborer un plan de contingence de communication en cas d'épidémies liées aux Maladies cibles du PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnel de média et autres organes de presse formés • Existence d'un plan de communication dd' introduction du vaccin contre le Rotavirus • Existence du rapport d'activités • Existence d'un rapport d'enquête • • Existence d'un rapport des visites de supervision et/ou monitoring des activités de communication • Existence d'un plan
<p>7.8 Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le plaidoyer pour rendre disponible les ressources inscrites dans le budget de l'Etat • Plaidoyer vers de nouveaux partenaires locaux pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV • Utiliser de la semaine africaine de la vaccination pour mieux mobiliser les ressources pour le PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • • Document d'analyse de coûts et financement du PEV disponible • Disponibilité au niveau intermédiaire et périphérique des ressources inscrites dans le budget de l'Etat • Proportion des fonds alloués pour les activités du PEV dans les départements et districts • Nombre de nouveaux partenaires mobilisés
<p>7.9. Renforcer l'intégration des autres interventions/programmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la participation des autres programmes aux réunions trimestrielles d'évaluation • Intégrer de toutes les actions de la survie de l'enfant (moustiquaire imprégnée, Vitamine A, mébendazole et la PCIME) dans le PEV de routine et les AVS. • Associer des autres programmes dans la planification des ressources (Programme National de Lutte contre le Sida, Centre National de Transfusion Sanguine, Hôpitaux) dans le cadre de la sécurité des injections et la destruction des déchets biomédicaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions tenues avec les autres programmes • Taux de couverture des autres activités intégrées • Pourcentage d'activités intégrées dans le cadre de la survie de l'enfant • Résultats des activités intégrées réalisées • Nombre de réunions conjointes avec le LNSP • Existence de plan d'action

	intégré
7.10. Organisation des activités de vaccination supplémentaire de qualité <ul style="list-style-type: none"> • Organiser d'une riposte en cas de découverte de PVS ou Fièvre jaune • Organiser les stratégies adaptées aux zones d'accès difficile • Renforcer la coopération avec les programmes de vaccination des autres pays. 	<ul style="list-style-type: none"> • % de personnes vaccinées en cas de riposte • Nombre de réunions inter programme tenues

VIII. Analyse des coûts et du financement du PEV

Ce chapitre présente les principaux résultats de l'analyse des coûts et du financement du Plan Pluri-Annuel Complet (PPAC) 2012-2016 du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

8.1- Démarche méthodologique

La méthodologie utilisée pour l'analyse financière du PPAC s'est reposée sur la collecte des données et l'organisation d'ateliers et réunions de compilation et de validation des coûts.

La collecte des données a permis de recenser les coûts récurrents, en capital et coûts partagés repartis par niveaux du système de santé. Cette collecte des données a été réalisée auprès des ministères impliqués dans la mise en œuvre du programme, notamment le ministère en charge des finances, du plan et de l'économie, ainsi qu'auprès des partenaires du programme (GAVI, OMS, UNICEF). Les partenaires ont été contactés pour donner, vérifier et valider les données fournies.

Des ateliers et réunions, associant les autres ministères impliqués dans les questions de vaccination, ont également été organisés pour valider les mêmes coûts.

Un consultant a été recruté par l'OMS pour appuyer l'équipe PEV dans la finalisation des documents du PPAC.

Les données collectées ont ensuite été saisies dans les outils de prévision logistique (EPI Log Forecasting Tool) et planification stratégique (cMYP) afin de générer les différents tableaux et graphiques ayant permis d'analyser les coûts et le financement du programme.

8.2- Coûts et financement du programme en 2011

8.2.1- Indicateurs de base de l'année de référence 2011

Les indicateurs de base du PEV pour l'année de référence 2011 sont présentés dans le tableau ci-après.

Ce tableau montre que le coût total du PEV en 2011 est estimé à 5 292 718 USD. Ce coût comprend 84% des dépenses en vaccination (4 444 385 USD) et 16% des coûts partagés (848 333 USD).

Tableau 29 : Indicateurs de base de l'année de référence (2011)

Indicateur pour l'Année de Référence	2011
Dépenses Total en Vaccination	\$4 444 385
Campagnes de vaccination	\$1 192 154
Vaccination de routine	\$3 252 231
par habitant	\$0,8
par enfant DTC3	\$22,8
% vaccine et matériel d'injection	54,1%
% financement du gouvernement	73,8%
% dépenses totales de santé	1,5%
% dépenses totales de santé du Gouv.	2,4%
% PIB	0,04%
Total des coûts partagés	\$848 333
% des coûts partagés dans le total	16%
TOTAL	\$5 292 718

Le niveau élevé des dépenses en vaccination s'explique par le fait que l'année 2011 a été marquée par des AVI dans les départements à faible performance.

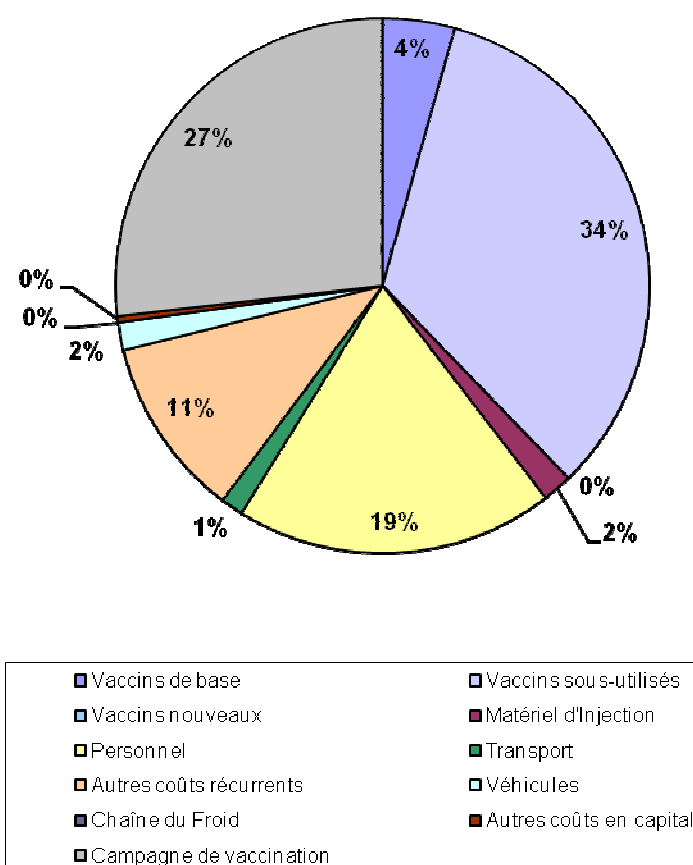
En 2011, la vaccination de routine a coûté 3 252 231 USD, soit 0,8 USD par habitant et l'équivalent de 0,04% du PIB pour la même année.

Le coût de vaccination d'un enfant au DTC3 a représenté 22,7 USD.

8.2.2- Détails des coûts du PEV de routine en 2011

Le graphique ci-après donne les détails des coûts du PEV de routine en 2011. Il montre que le poste vaccins nouveaux et sous-utilisés a coûté 34% du coût total du PEV de routine, 19% pour le personnel, 4% pour les vaccins de base, 2% pour le matériel d'injection, 1% pour le transport (stratégie fixe et livraison des vaccins, stratégies avancée et mobile), 2% pour les véhicules, 0% pour la chaîne du froid et 11% pour les autres coûts récurrents.

Profile des Coûts (Année de base - Routine)*

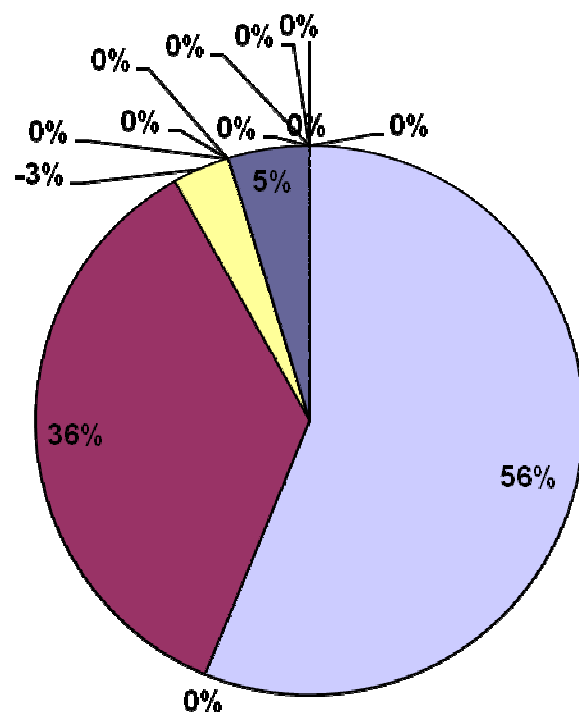


8.2.3- Financement du PEV de routine en 2011

Le PEV de routine en 2011 a été financé par GAVI, le Gouvernement, l'OMS et l'UNICEF, respectivement à hauteur de 36%, 56%, 3% et 5%.

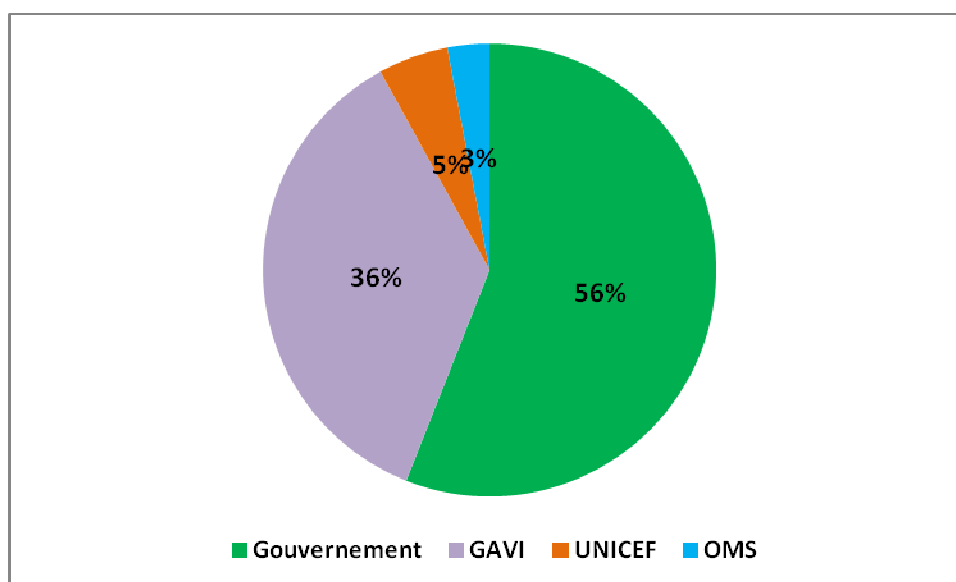
Graphique

Profile du Financement (Année de base - Routine)*



- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| ■ Gouvernement national | ■ Gouvernement local |
| ■ GAVI Vaccine Fund | ■ OMS |
| ■ Croix Rouge Congolaise | ■ Fondation Congo Assistance |
| ■ MSF | ■ UNICEF |
| ■ Union Européenne | ■ ENI Fondation |

Profile du Financement (Année de base - Routine)*



La contribution de GAVI a porté sur l'achat des vaccins sous-utilisés et les matériels d'injection.

Les fonds du Gouvernement ont essentiellement été utilisés pour l'achat des vaccins (vaccins traditionnels), le personnel (paiement des per diem pour la stratégie avancée et mobile) et la gestion du programme.

La contribution de l'OMS a essentiellement porté sur le personnel (per diem pour la surveillance et le monitoring), le contrôle et la surveillance de la maladie.

L'UNICEF, quant à elle, a pris en charge l'achat des vaccins (pour la campagne de vaccination), le personnel et le transport pour les stratégies avancée et mobile, la formation et la mobilisation sociale/IEC.

8.3- Analyse des besoins en ressources, financements et détermination du gap financier du PPAC 2012-2016

8.3.1- Besoins en ressources pour la période 2012-2016

a) Méthode d'estimation des ressources

Les projections des coûts et besoins futurs du PEV ont été estimées à l'aide des outils de prévision logistique (EPI Log Forecasting Tool) et planification stratégique (cMYP) sur la base des données ci-après :

- taux d'inflation général : 4,7%
- taux de croissance de la population : 3%³
- taux de natalité (% de la population totale) : 4,32% ;
- taux de mortalité infantile : 75 pour 1000 naissances ;
- femmes enceintes en facteur des naissances : 1 ;
- femmes en âge de procréer (% de la population totale) : 20% ;
- campagnes de vaccination supplémentaire : polio 2011-2015 et rougeole (2013) ;
- couverture vaccinale du DTC3 (86%, 90%, 93%, 95% et 95%) ;
- nouveaux vaccins PCV13 en 2012 et Rota virus en 2014

b) Besoins en ressources

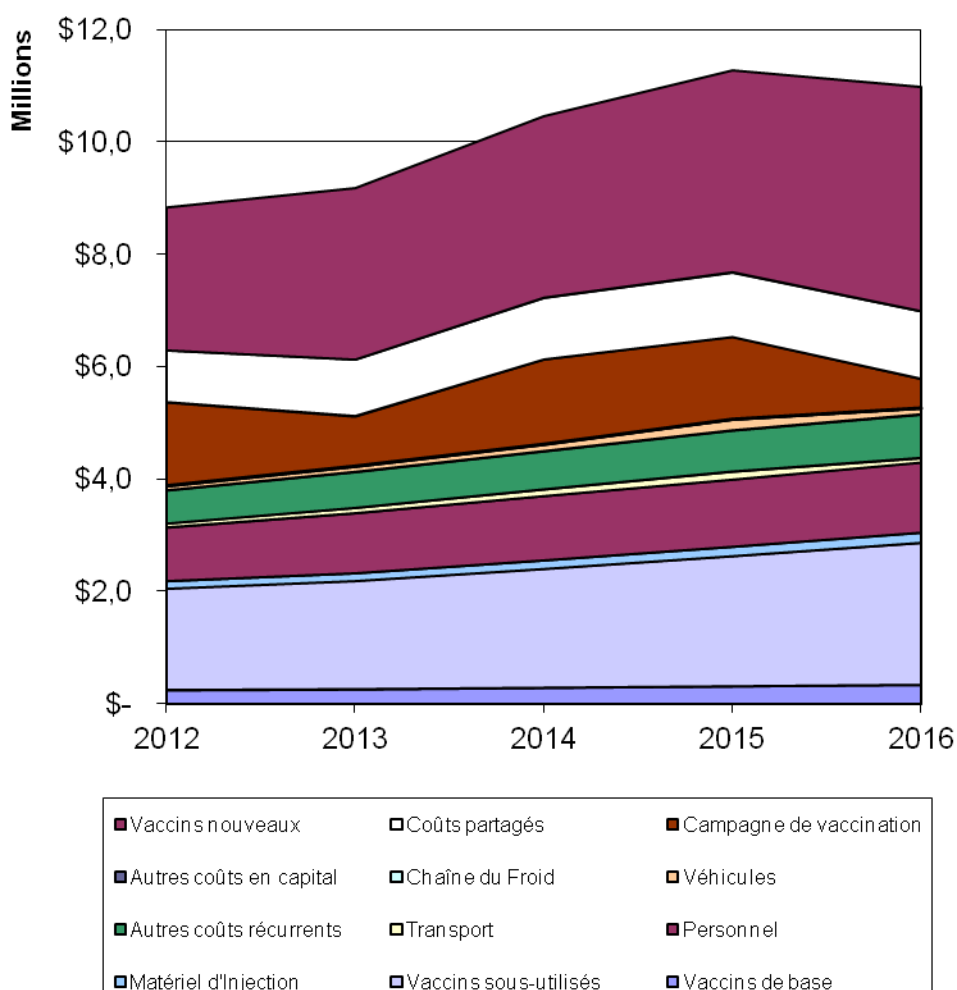
Les besoins en ressources requis pour le PPAC 2012-2016 sont estimés à 50 699 469 USD, avec une moyenne annuelle de 10 139 894 ± 1 085 213 USD sur la période. Sur cette période, les besoins en ressources par habitant représentent 2 USD tandis que ceux par enfant vacciné au DTC3 sont estimés à 22,8 USD.

Le coût total des besoins en ressources sur la période 2012-2016 du PPAC se décompose ainsi qu'il suit :

- coûts récurrents courants : 76,5% ;
- coûts en capital : 1,4% ;
- campagnes de vaccination : 11,4% ;
- coûts partagés : 10,7%.

³Sous instruction des services de la statistique du Ministère en charge du plan, le taux d'accroissement a utilisé dorénavant est de 3% contre 2,7 qui était utilisé jusque-là par le PEV

Projection des Besoin en Ressources**



La forte variation de la moyenne annuelle des besoins en ressources s'expliquent par le niveau relativement élevé des coûts des vaccins nouveaux et sous-utilisés. En effet, le Congo, en dehors des vaccins sous-utilisés (DTC-HepB-Hib et fièvre jaune), a introduit en 2012 le vaccin contre le pneumo (PCV13) et envisage d'introduire en 2013 les nouveaux vaccins, notamment le vaccin contre le Rota virus 2 doses.

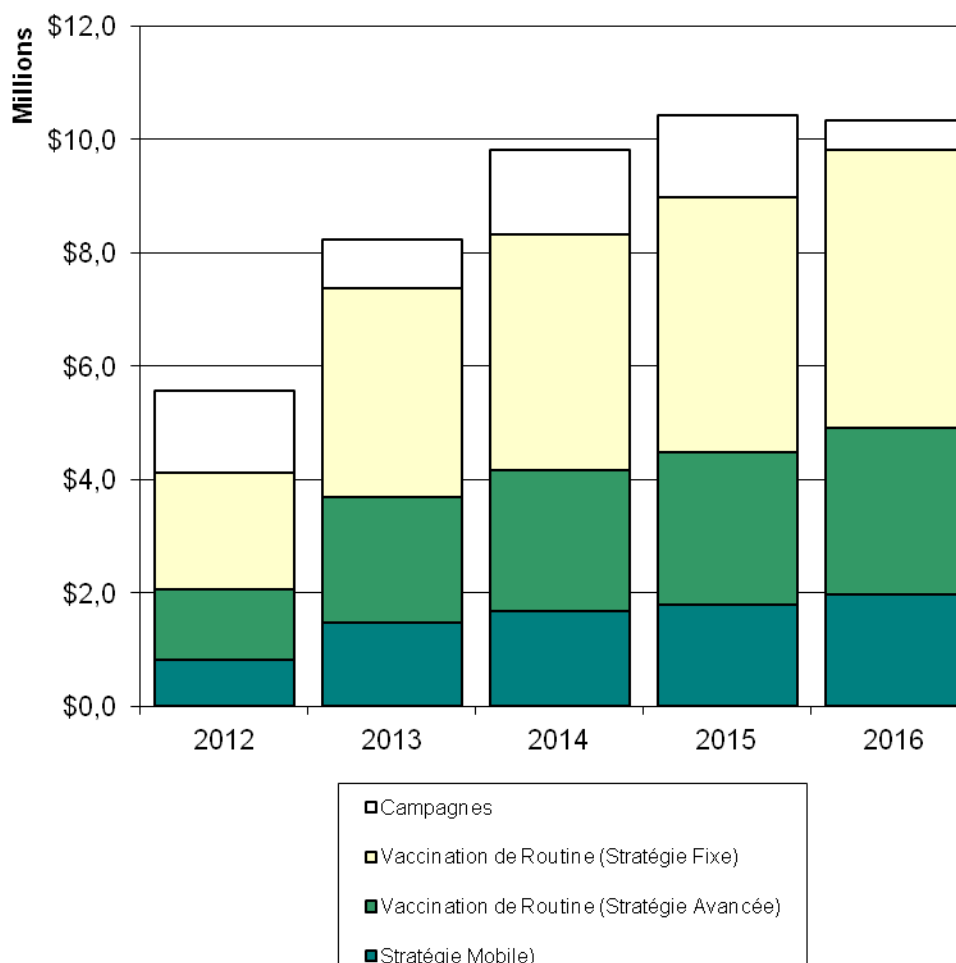
8.3.2- Profil des coûts futurs par stratégie

L'analyse des coûts futurs par stratégie montre que :

- les campagnes de vaccination captent très peu de ressources. Les niveaux de ressources les plus élevés pour la campagne de vaccination sont obtenus entre 2011 et 2013.
- la vaccination de routine en stratégie fixe occupe une place prépondérante avec la campagne de vaccination de la Poliomyélite et de la rougeole.
- la stratégie mobile connaît une évolution graduelle de 2012 à 2016 où les ressources affectées atteignent leur niveau le plus élevé.
- la vaccination de routine en stratégie avancée connaît également une évolution graduelle de 2012 à 2016 où les ressources engagées atteignent le niveau le plus élevé.
- la vaccination de routine en stratégie fixe capte davantage de ressources.

La rationalité de ces différentes stratégies permettra d'augmenter les chances de capter toutes les cibles possibles. Compte tenu du taux de perte de vaccins observé lors des stratégies avancées et mobiles, (politique des flacons entamés, conservation difficile des vaccins), il est plus efficace de privilégier la stratégie de vaccination de routine fixe soutenue par la mobilisation sociale pour amener les cas de réticence, les perdus de vue ou autre à se faire vacciner.

Coûts par Stratégie**



8.3.3- Financements assurés et probables

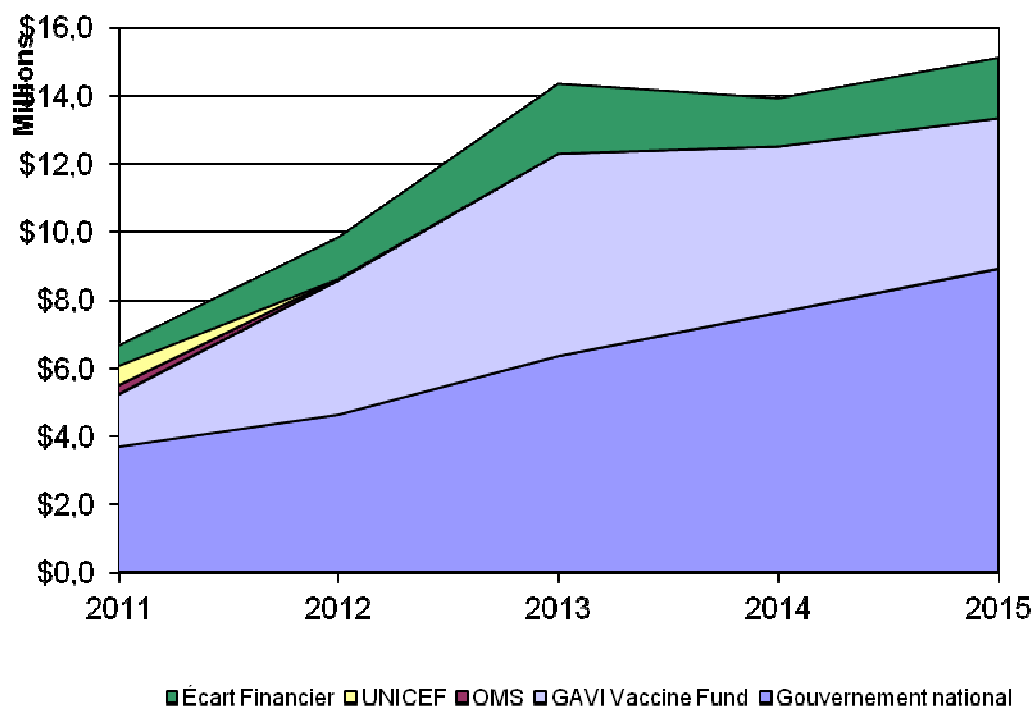
Les financements assurés sont des financements dont les conventions de financement sont signés ou en voie d'être signées.

Tableau 30 : Financements assurés

	Total 2012-2016		Déficit (%)
	Besoins en ressources	Financement assuré	
Total des coûts récurrents	38 786 997	53 180 267	37
Total des coûts en capital	725 531	660 426	-9
Total des coûts en campagne	5 776 018	966 893	-83
Total des coûts partagés	5 410 922	5 390 129	-0,4
Total général	50 699 469	60 197 714	19
PEV de routine	44 923 450	59 230 821	31,9
Campagne de vaccination	5 776 018	966 893	-83,3

Les financements assurés représentent un excédent de 19% des besoins en ressources. Ils sont principalement garantis par le Gouvernement, GAVI et dans une moindre mesure par l'OMS et l'UNICEF.

Projection du Financement Assuré**



Le financement du PEV de routine enregistre un excédent de 31,9% par rapport à ses besoins, tandis que les campagnes de vaccination enregistrent un déficit de 83,3%.

Tableau 31 : Besoins en ressources, financements et écarts

Besoins en Ressources, Financement et Ecart*		2012	2013	2014	2015	2016	Avg. 2012 - 2016
Besoins en Ressources		\$8 830 128	\$9 175 269	\$10 453 241	\$11 268 278	\$10 972 553	\$50 699 469
Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)		\$7 368 435	\$8 308 305	\$8 961 719	\$9 817 760	\$10 467 232	\$44 923 450
par habitant		\$1,7	\$1,9	\$2,0	\$2,1	\$2,2	\$2,0
par enfant DTC3		\$45,3	\$49,6	\$51,9	\$55,2	\$57,2	\$52,0
Total du Financement Assuré		\$8 680 919	\$12 292 475	\$12 513 154	\$13 355 583	\$13 355 583	\$60 197 714
national	Gouvernement	\$4 697 904	\$6 359 567	\$7 642 889	\$8 944 954	\$8 944 954	\$36 590 268
	Gouvernement local						
	GAVI Vaccine Fund	\$3 933 015	\$5 932 908	\$4 870 265	\$4 410 629	\$4 410 629	\$23 557 446
	OMS	\$50 000					\$50 000
	Croix Rouge						
	Fondation Congo						
	MSF						
	UNICEF						
	Union Européenne						
	ENI Fondation						
Écart Financier (Fin. Assuré)		\$149 209	-\$3 117 206	-\$2 059 913	-\$2 087 305	-\$2 383 031	-\$9 498 245
% des besoins en ressources		2%	-34%	-20%	-19%	-22%	-19%
Total du Financement Probable (Non-Assuré)		\$1 058 950	\$620 387	\$931 987	\$1 628 370	\$1 628 370	\$5 868 065
national	Gouvernement	\$90 712			\$553 207	\$553 207	\$1 197 126
	Gouvernement local						
	GAVI Vaccine Fund						
	OMS	\$436 226	\$150 000	\$454 485	\$426 500	\$426 500	\$1 893 711
	Croix Rouge						
	Fondation Congo						
	MSF						
	UNICEF	\$516 228	\$470 387	\$477 502	\$648 663	\$648 663	\$2 761 443
	Union Européenne						
	ENI Fondation	\$15 785					\$15 785
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)		-\$909 741	-\$3 737 593	-\$2 991 900	-\$3 715 675	-\$4 011 401	-\$15 366 310
% des besoins en ressources		-10%	-41%	-29%	-33%	-37%	-30%

Le tableau ci-après montre également que les financements assurés du PPAC 2012-2016 enregistrent un excédent de 19% par rapport aux besoins en ressources. Ce financement sera garanti par les mêmes acteurs à savoir le Gouvernement, GAVI, OMS et l'UNICEF. ENI Fondation est également envisagé en financement probables en 2012 en ce qui concerne les stratégies avancée et mobile.

8.4- Stratégies de la viabilité financière

Le PPAC a été élaboré sur la base d'un environnement macro-économique favorable. En effet le PIB global est en constante amélioration ; cela a pour conséquence une augmentation du PIB par habitant qui est passé de \$1100 en 2006 à 2 161 en 2010 2465 en 2011. Ces indicateurs devraient se consolider au cours des prochaines années aux regards de bonnes perspectives de croissance (2 465 en 2012 et 3 207 en 2016 selon les prévisions).

Le Congo a signé depuis quelques années avec la Banque Mondiale et le FMI une Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC). A cet effet un Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté a été élaboré. Ce document fixe un cadre de développement au cours des prochaines années. Dans ce document, le pays s'engage à réduire la pauvreté en augmentant entre autres, les dépenses en direction des secteurs sociaux dont la santé.

Suite à l'amélioration des performances macroéconomiques, une réduction de la dette a été accordée au Congo au niveau du club de Paris à son accession au point de décision dans le cadre de l'Initiative PPTTE. L'accession au point d'achèvement, impliquera également une réduction plus importante de la dette. Tout comme pour le point de décision, les ressources issues doivent particulièrement aider à lutter contre la pauvreté.

Ainsi, une plus grande mobilisation des ressources de l'Etat est nécessaire au regard du besoin en financement important. En outre, les prévisions laissent entrevoir l'extinction progressive des ressources apportées par les bailleurs à la fin du PPAC. Il est vital de mener un plaidoyer en direction du Gouvernement à ce propos pour la pérennisation des activités du PEV.

Le programme Elargi de vaccination constitue le projet n° 5 de l'axe stratégique n° 4 : Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Dans le Cadre des Dépenses à Moyen Terme – Santé (CDMT Santé), il est prévu un accroissement des dépenses des secteurs sociaux, notamment dans le domaine de la santé, conformément à la stratégie de réduction de la pauvreté.

Pour assurer sa participation au financement le Congo à travers son Ministère en charge de la santé va mettre en place les stratégies suivantes :

- 1) La stratégie de l'amélioration de l'efficacité des ressources disponibles. Il s'agit d'atteindre de meilleurs résultats par une gestion rationnelle et efficiente des ressources qui seront rendues possibles, on pourrait citer entre autre : la réduction du taux de perte des vaccins, le renforcement de la coordination à tous les niveaux, la réalisation des contrôles réguliers et la formation/recyclage des gestionnaires
- 2) La stratégie d'amélioration de la fiabilité des ressources mobilisables. En ce qui concerne ce volet, Il est important de veiller à ce que les fonds qui sont inscrits dans le budget soient décaissés entièrement dans les délais raisonnables pour réaliser les tâches planifiées. L'établissement du plan d'un programme d'activités avec un plan de trésorerie mensuelle est nécessaire pour être cohérent avec les règles et la cadence d'exécution du budget sur le plan national.
- 3) La stratégie de mobilisation des ressources supplémentaires. Elle s'applique au gouvernement, à la communauté internationale et aux bailleurs.

En ce qui concerne ce point spécifique, cette mobilisation de ressources supplémentaires se fera au niveau national et international.

Au niveau national, la part du budget consacrée à la santé sera augmentée, en particulier celle relative à la vaccination pour être en adéquation avec l'objectif de réduction de la pauvreté. En plus il est prévu de faire des actions de marketing en direction du secteur privé et de la population afin de contribuer à la vaccination. Il ne s'agira nullement pour la communauté, de payer pour la vaccination, par contre elle payera pour les services de santé soutenus par le recouvrement de coûts.

Au niveau international, le gouvernement s'engage à mener un plaidoyer auprès des partenaires en vue de solliciter un accroissement de leur financement aux activités de vaccination. Il est prévu d'étendre le partenariat à d'autres à travers l'organisation des tables rondes pour identifier de nouveaux partenaires susceptibles d'intervenir dans le financement du PEV et le renforcement de la coordination des partenaires qui interviennent dans certains départements.

Le présent document sera également utilisé comme outil de mobilisation de ressources.

Tableau 32 : Données macroéconomiques et viabilité financière

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Donnée de Référence							
PIB par habitant (\$)	\$2 161	\$2 465	\$2 633	\$2 812	\$3 003	\$3 207	
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$53,0	\$60,5	\$64,6	\$69,0	\$73,6	\$78,7	
Population	4 003 076	4 111 159	4 222 160	4 336 159	4 453 235	4 573 472	
PIB (\$)	\$8 650 646 956	\$10 133 548 193	\$11 114 840 466	\$12 191 157 157	\$13 371 700 051	\$14 666 561 997	
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$212 163 021	\$248 532 186	\$272 599 049	\$298 996 450	\$327 950 071	\$359 707 444	
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$121 993 737	\$152 598 762	\$178 824 976	\$209 297 515	\$245 306 653	\$287 406 248	
Besoin en ressources pour la vaccination							
Routine et campagne de vaccination	\$5 473 106	\$5 607 946	\$8 825 886	\$13 154 851	\$12 934 888	\$13 820 342	
Routine seulement	\$4 144 591	\$4 388 319	\$8 024 329	\$11 408 561	\$12 055 361	\$12 756 358	
par enfant DTC3	\$32,0	\$31,1	\$52,8	\$70,8	\$71,3	\$73,5	
% des dépenses totales de santé							
Besoin en ressources pour la vaccination							
Routine et campagne de vaccination	2,6%	2,3%	3,2%	4,4%	3,9%	3,8%	
Routine seulement	2,0%	1,8%	2,9%	3,8%	3,7%	3,5%	
Écart Financier							
Avec financement assuré		0,0%	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%	
Avec financement assuré et probable		0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	
% des dépenses totales de santé du gouvernement							
Besoin en ressources pour la vaccination							
Routine et campagne de vaccination	4,5%	3,7%	4,9%	6,3%	5,3%	4,8%	
Routine seulement	3,4%	2,9%	4,5%	5,5%	4,9%	4,4%	
Écart Financier							
Avec financement assuré		0,0%	0,6%	0,8%	0,6%	0,5%	
Avec financement assuré et probable		0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	
% PIB							
Besoin en ressources pour la vaccination							
Routine et campagne de vaccination	0,06%	0,06%	0,08%	0,11%	0,10%	0,09%	
Routine seulement	0,05%	0,04%	0,07%	0,09%	0,09%	0,09%	
par habitant							
Besoin en ressources pour la vaccination							
Routine et campagne de vaccination	\$1,37	\$1,36	\$2,09	\$3,03	\$2,90	\$3,02	
Routine seulement	\$1,04	\$1,07	\$1,90	\$2,63	\$2,71	\$2,79	

Chronogramme des activités

Stratégies/Activités	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Renforcement de l'appui institutionnel						
Plaidoyer pour la transformation du PEV en Direction			X	X		
Aménager et équiper les infrastructures du PEV			X	X	X	
Finaliser et mettre en œuvre le plan de développement institutionnel			X	X		
Construire un magasin à la base relais PEV de Pointe Noire			X			
Renforcement du suivi et évaluation du programme						
Vulgariser les résultats de la revue externe du PEV de 2010		X				
Organiser les réunions départementales de suivi et évaluation des activités du PEV	X	X	X	X	X	X
Organiser les réunions trimestrielles des points focaux PEV			X	X	X	X
Editer et diffuser le bulletin trimestriel du PEV			X	X	X	X
Elaborer le micro plan niveau départemental et des districts sanitaires	X	X	X	X	X	
Renforcement des capacités nationales						
Organiser le cours MLM national		X	X			
Organiser des formations en cascades pour le PEV de routine et la surveillance			X	X		
Réactualiser et vulgariser les normes et standards du PEV			X	X		
Renforcer les supervisions formatives	X	X	X	X	X	
Amélioration de l'offre de services de vaccination						
Apporter un appui aux CSS dans l'introduction de nouveaux vaccins		X	X	X	X	X
Assurer le monitoring de la mise en œuvre de la stratégie ACD dans tous les districts avec un accent dans les zones d'accès difficiles	X	X	X	X	X	X
Organiser des semaines de vaccination dans les districts de faible couverture vaccinale persistante en particulier lors des Journées de santé de l'enfant	X	X	X	X	X	X
Utiliser chaque année la semaine africaine de vaccination (SAV) pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X	X	x
Apporter un appui spécifique aux districts de faible couverture vaccinale persistante et dans les zones d'accès difficile (Mise en œuvre ACD, rattrapage des abandons)	X	X	X	X	X	x

vaccinaux, AVI, SSME)						
Réhabiliter les centres fixes de vaccinations	X	X	X	X	X	x
Renforcement du système de la logistique						
Procéder aux inventaires physiques réguliers du matériel de la chaîne de froid dans tout le pays	X	X	X	X	X	x
Procéder aux inventaires physiques mensuels du vaccin au niveau de chaque dépôt et entrepôt	X	X	X	X	X	x
Commander et doter en CDF toutes les formations sanitaires	X	X	X	X	x	x
Commander un véhicule frigorifique	X		X			
Poursuivre la mise en œuvre du plan de réhabilitation de la CDF	X	X	X			
Mettre en œuvre le plan de maintenance logistique	X	X	X			
Construire des incinérateurs pour la destruction des déchets biomédicaux PEV		X	X	X	X	X
Elaborer et mettre en œuvre un plan NTIC		X	X			
Renforcement du système de surveillance épidémiologique						
Elaborer un plan d'appropriation de la surveillance	X	X				
Organisation d'un atelier de validation du plan d'appropriation de la surveillance épidémiologique		X				
Transférer les bases des données au PEV Central		X				
Faire le plaidoyer de sensibilisation auprès des autorités et des partenaires pour le financement des activités		X	X			
Mettre en place les structures organisationnelles de la surveillance		X				
Mise en place des sites sentinelles pour la surveillance des maladies des méningites et infections à rotavirus		X	X			
Rendre fonctionnelles les activités de surveillance au PEV Central		X				
Sensibiliser les cliniciens des hôpitaux de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie et Nkayi sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination		X	X			
Organiser un atelier national de formation des superviseurs sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination			X			

Organiser un atelier national de formation des Data Managers départementaux sur la gestion des données des maladies évitables par la vaccination			X			
Appuyer les formations des Points Focaux au niveau des départements		X	X	X	X	
Doter 2 réfrigérateurs à la section surveillance épidémiologique			X			
Doter la section surveillance épidémiologique d'un véhicule pour la supervision			X			
Assurer la maintenance du véhicule			X	X	X	
Doter la Section en matériel pour la gestion des données (ordinateur portable, photocopieuse, imprimante et autres fournitures de bureau)			X			
Organiser 4 réunions trimestrielles des Points focaux par an		X	X	X	X	
Organiser 2 réunions d'évaluation nationales par an		X	X	X	X	
Organiser des supervisions trimestrielles au niveau des départements		X	X	X	X	
Organiser des réunions mensuelles de coordination et de monitoring		X	X	X	X	
Renforcer les capacités nationales des Laboratoires National et périphériques pour le suivi de l'introduction des nouveaux vaccins		X	X	X	X	X
Elaborer et mettre des plans spécifiques de surveillance active dans les zones d'accès difficiles et insuffisamment visitées		X	X	X	X	X
Organiser régulièrement les réunions tripartites PEV/DELM / LNSP/OMS pour s'assurer de la mise en œuvre des directives de surveillance basée sur le cas avec confirmation au laboratoire et celle de la surveillance du TMN		X	X	X	X	X
Rendre disponible le matériel de prélèvement et de transport des échantillons		X	X	X	X	X
Impliquer la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PEV et dans la riposte communautaire		X	X	X	X	X
Produire trimestriellement les bulletins épidémiologiques de rétro-information du PEV et les diffuser	X	X	X	X	X	X
Vulgariser les définitions de cas à tous les niveaux			x	x		
Organiser régulièrement les réunions de comité national d'experts de la Poliomyélite et du comité national de certification		X	X	X	X	X
Mettre en place un système de surveillance des MAPI			X			
Renforcement de la communication en faveur du PEV						
Mettre en œuvre le Plan de Communication PEV de routine 2012- 2016			X			

Assurer le développement du volet Communication dans les plans d'action des départements et des CSS	X	X				
Plaidoyer auprès des décideurs pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV	X	X	X	X		X
	X	X				
Renforcer le lien établi avec les leaders communautaires dans la mise en œuvre du C4D	X	X	X	X		X
Renforcement des capacités des agents d'IEC au niveau central m/DDS/CSS/CSI			X	X	X	X
Concevoir un logo vaccination mun slogan met jingle/ radio/tV spécifique vaccination			x			
Renforcement des activités de communication pour l'augmentation de la demande en vaccination	X	X X	X	X	X	X
Mettre en place le CNCS, les CCS/DDS/CSS/CSI			X	X		
Renforcement de la supervision et/ou MONITIRAGE des activités de communication		X	X	X	X	X
”						
Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV						
Renforcer le plaidoyer pour améliorer le décaissement des ressources inscrites dans le budget de l'Etat		X	X	X	X	
Plaidoyer vers de nouveaux partenaires locaux pour la mobilisation des ressources en faveur du PEV		X	X	X		X
Utiliser la semaine africaine de la vaccination pour mieux mobiliser les ressources pour le PEV		X	X	X		X
Renforcer l'intégration des autres interventions/programmes						
Promouvoir la participation des autres programmes aux réunions trimestrielles d'évaluation		X	X	X	X	X

.						
Intégrer toutes les actions de la survie de l'enfant (moustiquaire imprégnée, Vitamine A, mébendazole et la PCIME) dans le PEV de routine et les AVS.		X	X	X	X	X
Associer les autres programmes dans la planification des ressources (Programme National de Lutte contre le Sida, Centre National de Transfusion Sanguine, Hôpitaux) dans le cadre de la sécurité des injections et la destruction des déchets biomédicaux			X	X		
Organisation des activités de vaccination supplémentaire de qualité			X	X	X	X
Organiser une riposte en cas d'épidémie de PVS ou de Fièvre jaune		X	X	X	X	X
Renforcer la coopération avec les programmes de vaccination des autres pays		X	X	X	X	X