

---

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



**Plan Pluri Annuel Complet du PEV de la  
République Démocratique du Congo,  
2013-2015 révisé**

Août 2012

---

**TABLE DES MATIERES**

<b>LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES</b> -----	3
<b>AVANT PROPOS</b> -----	8
<b>I. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC</b> -----	13
1.1 Situation géographique , démographique et sociopolitique -----	13
1.2 Contexte épidémiologique -----	15
1.3 Organisation du système de santé-----	16
1.4 Personnel de santé et infrastructures -----	17
1.5 Décentralisation et déconcentration -----	18
1.6 Financement du secteur de la santé -----	19
<b>II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV</b> -----	20
II.1 Prestations de service-----	20
II.1.1 PEV de Routine -----	20
II.1.2 Activités de Vaccination Supplémentaire -----	26
II.1.3 Intégrations des interventions -----	30
II.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux vaccins -----	31
II.2 Approvisionnement et qualité des vaccins-----	31
II.3 Logistique-----	34
II.4 Surveillance et lutte contre les maladies évitables par la vaccination -----	38
II.5 Communication pour le PEV -----	44
II.6 Management et gestion des ressources -----	50
II.6.1 Financement-----	51
II.6.2 Renforcement des capacités -----	52
<b>III. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS</b> -----	53
<b>IV. PROBLÈMES PRIORITAIRES</b> -----	54
4.1. Prestations de services -----	54
4.2. L'approvisionnement, la qualité des vaccins et logistique-----	54
4.3. Surveillance -----	54
4.4. Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)-----	54
4.5. Communication pour le PEV-----	54
4.6. Financement et Management-----	55
<b>V. OBJECTIFS DU PEV</b> -----	55
5.1. Objectif général-----	55
5.2. Objectifs spécifiques -----	55
<b>VI. STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PEV</b> -----	58
6.1. PEV de Routine -----	58
6.2. AVS-----	58
6.3. Surveillance-----	58
<b>VII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME</b> -----	69
7.1. Méthodologie-----	69
7.2. Données quantitatives sur les coûts et financements relatifs à l'année de base (2011)-----	69
7.3. Besoins en ressources futures et financement du Programme-----	73
<b>VIII. STRATÉGIES DE VIABILITÉ FINANCIÈRE</b> -----	78
8.1. Description des stratégies de viabilité financière-----	78
8.2. Priorités des stratégies de viabilité financière-----	80
<b>IX. MÉCANISMES DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET ÉVALUATION DU PPAC</b> -----	83
<b>X. ANNEXES</b> -----	87
10.1. LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIÈRE ANNÉE (2013)-----	88

---

**LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

ACZ	: Atteindre Chaque Zone de santé (Approche RED)
APA	: Autorité Politico Administrative (Chef du village, quartier, rue, ...)
AS	: Aires de Santé
ANR	: Autorité Nationale de Régulation
AVI	: Activités de Vaccination Intégrées
AVS	: Activités de Vaccination Supplémentaires
BAD	: Banque Africaine de Développement
BASICS	: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de l'USAID pour l'Institutionnalisation de la survie de l'enfant)
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
BM	: Banque Mondiale
BTP	: Bureau Technique Provincial
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agences
CDC	: Center for Diseases Control
CdF	: Chaîne du Froid
CDF	: Francs Congolais Démocratique
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDSMT	: Cadre des Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CF	: Chambre Froide
CFC	: Chloro-Fluoro Carbone
CNC	: Comité National de Certification
CNEP	: Comité National d'Experts pour la Polio
CNP	: Comité National de Pilotage pour le renforcement du système de santé
CODESA	: Comité de Développement de Santé
COGE	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatale
CPP	: Comité Provincial de Pilotage pour le renforcement du système de santé
CPS	: Consultation préscolaire
CRS	: Catholic Relief Services
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
CV	: Couverture Vaccinale
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DPSB	: Direction de la Préparation et du Suivi du Budget
DSCRP	: Document de Stratégie, de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	: Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
DVD-MT	: Data Vaccine District Management Tool
ESB	: Etat de Suivi Budgétaire
FED 10	: Fonds Européens de Développement 10 <sup>ème</sup> round
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FJ	: Fièvre Jaune

---

FMI	: Fond Monétaire International
FMV	: Fond Mondial pour les Vaccins
FPS	: Fonds de Promotion pour la santé
FV	: Facteur de Vérification
GARSS	: Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination)
GEV	: Gestion Efficace des Vaccins
GIBS	: Groupe Inter bailleur Santé
GIVS	: Global Immunization vision and stratégies (Vision et stratégies mondiales pour la vaccination)
Hep B	: Vaccin contre l'Hépatite B
HGR	: Hôpital Général de Référence
Hib	: Haemophilus influenzae du type b
HPV	: Human Papilloma Virus
IEM	: Institut d'Enseignement Médical
IEP	: Initiative pour l'Eradication de la Polio
IgM	: Immuno-globuline M
IM	: Intra-Musculaire
INRB	: Institut National des Recherches Biomédicales
INS	: Institut National des Statistiques
IQ	: Indice de Qualité
IRA	: Infections Respiratoires Aigües
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
ITM	: Institut des Techniques Médicales
JLV	: Journées Locales de Vaccination
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
JSNV	: Journées Sous Nationales de Vaccination
LQAS	: Lot Quality Assurance Sampling (Contrôle de qualité sur un échantillon des produits dans un lot)
MAPI	: Manifestations Adverses Post Immunisation
MBP	: Méningite Bactérienne en milieu Pédiatrique
MCA	: Médecin Chef d'Antenne
MCD	: Médecin Chef de District
MCP	: Médecin Coordonnateur Provincial
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MCHIP	: Maternal and Children Health Integrated Program
MEDUNSA	: Medical University of South Africa
MERCI	: Maladies, Effets secondaires, Rendez-vous, Calendrier et Immunisation complet
MICS II	: Multiple Indicators Cluster Survey II
MILD	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
MOSO	: Mobilisation Sociale
MSF	: Médecins Sans Frontière
MSP	: Ministère de la santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement

---

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PARSS	: Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de Santé
PCA	: Paquet Complet d'activités
PCV	: Pastille de Contrôle de Vaccin
PCV-13	: Pneumo-Conjugated Vaccine
PDI	: Plan de Développement Institutionnel
PEG	: Programme Economique du Gouvernement
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PMURR	: Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de construction
PNDS	: Plan National du Développement Sanitaire
PNLO	: Programme National de lutte Contre l'Onchocercose
PNLP	: Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNPMS	: Programme National pour la Promotion des Mutuelles de Santé
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PPAC	: Plan pluriannuel complet
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PROSANI	: Projet Santé Intégré
PVS	: Polio Virus Sauvage
PVDV	: Poliovirus Dérivé du Vaccin anti polio
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RRV	: Rapport de Réception de Vaccins
RTNC	: Radio Télévision Nationale Congolaise
RTV	: Radio Télévisée
SA	: South Africa
SAB	: Seringues Auto Bloquantes
SANRU III	: Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (Phase 3)
SAV	: Semaine Africaine de la Vaccination
SC	: Sous Cutanée
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SIS	: Système d'Informations Sanitaires
SMT	: Soft Management Tool
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
TMN	: Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	: Tétanos Néo Natal
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

---

USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
USD	: Dollars américains
VAA	: Vaccin Anti Amaril (vaccin contre la fièvre jaune)
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux (vaccin contre la rougeole)
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VIH-SIDA	: Virus Immuno Déficience humaine-Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
VIT A	: Vitamine A
VPO	: Vaccin Polio Oral
ZS	: Zone de Santé
ZSHR	: Zone de Santé à Haut Risque

## PREAMBULE

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

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

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

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

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

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

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

A titre de rappel, le PPAC qui couvrait initialement une période de 5 ans, soit de 2011-2015, vient d’être mis à jour et couvre désormais la période 2013-2015. Il répond aux questions fondamentales suivantes : Quels sont les axes prioritaires du programme élargi de vaccination ? Quels sont les objectifs et les stratégies critiques ? Quelles sont les activités majeures par composantes du programme pour espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ? Quel budget sera nécessaire pour l’expansion de la couverture vaccinale et l’amélioration de la qualité des vaccins et celle des services de vaccination ? Comment le programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur ? Comment se présente l’écart dans le financement des services ? Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre ?

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

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

**Comment [m1]:** Quelque chose manque ici

## AVANT PROPOS

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

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

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

### 1. Pour le Gouvernement de la RDC

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministre des Finances	M. Kibadi Ministre délégué		
Ministre du Budget	Prof Mukoko Samba Vice 1 <sup>er</sup> Ministre et Ministre		
Ministère de la Santé	Dr Felix Kabange Numbi Mukwampa Ministre		

### 2. Pour le CCIA

Ministère de la Santé Publique	Dr Felix Kabange Numbi Mukwampa Ministre		
OMS	Dr Léodegal Bazira Représentant		
UNICEF	Mme Barbara Bentein Représentante		
ROTARY	M. Ambroise Tshimbalanga Président Comité National Polio Plus		
USAID	M. Stephen M. Haykin Directeur		

---

## RESUME

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

Les 7 étapes qui ont concouru à l'élaboration de ce PPAC se résument comme suit:

### 1. Du contexte général du pays

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

### 2. De l'analyse de la situation du PEV

L'analyse retrace le cadre institutionnel pour le fonctionnement du PEV au sein du Ministère de la Santé et rappelle les performances réalisées par le Programme lors des activités systématiques ou en campagne dans l'administration de différents antigènes. Il fixe également les stratégies d'intégration des autres activités de survie de l'enfant dans l'optique d'un système de santé fonctionnel. A ce jour, le programme comprend 11 coordinations correspondant aux 11 provinces et 44 antennes situées dans 48 districts administratifs. Chaque antenne prend en charge environ une dizaine de zones santé (districts sanitaires, au sens de l'OMS).

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

### 3. Les problèmes prioritaires

L'analyse faite a permis de dégager quelques problèmes prioritaires en fonction de différentes composantes du programme, à savoir : la prestation des services, l'approvisionnement et la qualité des vaccins, la logistique, la surveillance et la lutte contre la maladie et la communication pour le PEV. Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Parmi ces principaux problèmes il y a lieu de citer : la disponibilité non permanente des vaccins au niveau opérationnel, l'absence de l'ANR, l'insuffisance des moyens de transport au niveau intermédiaire et opérationnel, la persistance du risque de circulation interne du PVS et du Poliovirus Dérivé du Vaccin (PVDVc), de la circulation de virus de la rougeole, l'absence de la stratégie nationale pour l'intégration des interventions.

#### 4. Les objectifs

Les principaux objectifs poursuivis à travers ce document sont les suivants:

1. Déterminer les priorités et les responsabilités du Gouvernement et de ses partenaires au développement pour améliorer les performances du PEV ;
2. Mobiliser les ressources internes et externes et en assurer une utilisation efficiente ;
3. Mettre à la disposition du Ministère de la Santé un outil de plaidoyer en vue de mieux négocier avec le Ministère du Budget, des Finances et les partenaires au développement pour améliorer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.
4. Constituer, à tous les niveaux, un cadre d'intégration des activités de vaccination fondées sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (RSS).

Au delà des objectifs généraux du programme qui consistent entre autres à augmenter la couverture vaccinale Penta (DTC-Hep B-Hib)<sup>3</sup> à 90% d'ici à 2015, le PPAC dégage des objectifs stratégiques pour chacune des composantes du PEV, notamment élaborer la stratégie nationale pour l'intégration des interventions d'ici fin 2015, réduire dans 100% des ZS le taux d'abandon Penta1- Penta 3 à < 5% d'ici fin 2015, rendre fonctionnel l'ANR d'ici 2015, atteindre une couverture nationale pour tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans toutes les zones de santé d'ici 2015, maintenir l'interruption de la circulation du PVS d'ici fin 2015.

#### 5. Les stratégies

Le document détermine les différentes stratégies qui permettront au programme d'atteindre les objectifs poursuivis en relation avec le GIVS. Ces stratégies sont notamment la poursuite de la mise en œuvre de l'approche ACZ, l'amélioration de la gestion du programme, le renforcement de la logistique, le renforcement de la communication pour le PEV, l'intégration des interventions et le renforcement de la surveillance.

#### 6. Les activités

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

#### 7. L'analyse des coûts et financements du programme

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

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

Comparé au coût total du programme, la proportion de financement sécurisé pour la période allant de 2013 à 2015 reste faible (23%). Au cours des trois prochaines années les besoins du programme sont couverts à hauteur de 85% lorsqu'on met ensemble les financements sécurisés et

---

probables. Trois axes stratégiques ont été identifiés pour réduire le gap observé dans le financement de la vaccination. Il s'agit de la mobilisation des ressources adéquates, de la facilitation à l'accès au financement et de la gestion rationnelle des ressources.

## INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo, avec une superficie de 2.345.000 Km<sup>2</sup> et une population de près de 75 millions<sup>1</sup>, est parmi les pays où les indicateurs de santé restent préoccupants (taux de mortalité infantile : 97 pour mille naissances vivantes, taux de mortalité maternelle : 1 289 pour cent mille naissances vivantes, ...). Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a développé une nouvelle stratégie de renforcement de son système de santé qui met le développement de la zone de santé au centre de ce système.

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

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

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

Par ailleurs, la grande volonté politique et la détermination de la part du Gouvernement (inscription d'une ligne budgétaire en faveur de la vaccination dans le budget de l'Etat et la signature d'un engagement des gouverneurs des provinces en faveur de la vaccination) sont les éléments en faveur d'une redynamisation des activités de vaccination dans le pays.

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

Tenant compte des orientations de la Vision et Stratégie Mondiale pour la vaccination en vue d'atteindre les OMD, le Plan National de Développement Sanitaire et la nécessité de vacciner un plus grand nombre d'enfants contre un plus grand nombre des maladies, il s'avère nécessaire de réviser le Plan Pluri Annuel Complet du PEV couvrant la période allant de 2013 à 2015.

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

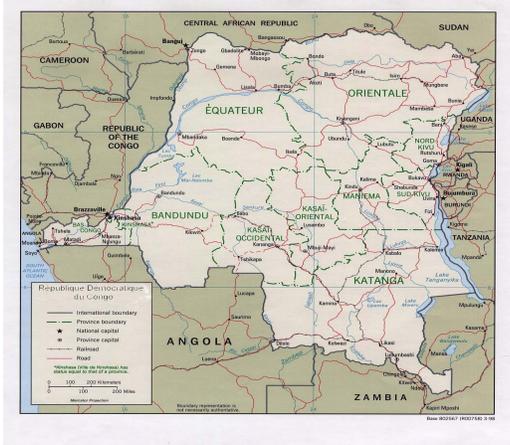
---

<sup>1</sup> Source : PEV 2011

## I. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC

### 1.1 Situation géographique , démographique et sociopolitique

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



Avec une superficie de 2.345.000 km<sup>2</sup>, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus vastes territoires des pays de l'Afrique avec une population estimée à 75 millions d'habitants en 2011 selon des projections faites sur la base des données des Journées Nationales de Vaccination.

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

**Sur le plan administratif,** Le Pays est actuellement divisé en 11 Provinces subdivisées à leur tour en 45 districts et villes et 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoyait dès 2009, une réorganisation spatiale en 26 provinces (non encore opérationnelle).

**Sur le plan démographique,** Le taux de croissance démographique (3,1%) conduit à un quasi-doublement de la population de la population de la RDC presque tous les 25 ans. Le dernier recensement qui remonte à 1984 a évalué la population de la RDC à 30.729.443 Habitants<sup>2</sup>. C'est sur cette base que l'Institut National des Statistiques (INS) estime la population de la RDC à 64.420.000 d'habitants pour l'année 2010. Cette population a été prise en compte dans le PNDS 2011-2015.

Etant donné que le recensement scientifique n'a pas eu lieu depuis plus de 30 ans, le PEV/RDC a utilisé une population de 73.510.526 habitants en 2010, estimée à partir des projections faites sur les données des Journées Nationales de Vaccination qui ont permis d'atteindre une population supérieure à celle estimée par l'INS. Les naissances vivantes représentent 4% de la population, les nourrissons survivants représentent 3,49% de la population totale.

Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en RDC

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

Source : MICS2010\_RDC

<sup>2</sup> INS, volume II, Totaux définitifs par groupements/quartiers, 1992

<sup>3</sup> Source : MICS2010

<sup>4</sup> Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

<sup>5</sup> Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

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

A l'exception de grandes villes et des régions à forte concentration, conséquence des déplacements consécutifs aux conflits armés qu'a connus le pays, la densité moyenne de la population est estimée à 22 habitants au Km<sup>2</sup>. En 2010, suite aux efforts consentis par le gouvernement en matière de gestion macro-économique, le pays a atteint le point d'achèvement de l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTÉ). Le secteur de la santé y compris la vaccination devrait bénéficier des retombées financières en rapport avec l'allègement de la dette extérieure. Un plaidoyer s'impose auprès des autorités des ministères du budget et des finances.

La politique de décentralisation actuelle, telle que stipulée dans la constitution adoptée en 2006, donne la responsabilité de la gestion du secteur santé y compris la vaccination aux provinces.

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

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

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

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

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

**En terme de perspective**, un nouveau plan national de développement sanitaire couvrant la période de 2011-2015 a été adopté par le gouvernement et est en cours de mise en œuvre. Ce plan définit la stratégie d'intervention comprenant quatre axes qui sont :

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

## 1.2 Contexte épidémiologique

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

Il sied de noter que le pays a mis en place depuis 2000 la surveillance au cas par cas de la poliomyélite (PFA), rougeole, Fièvre jaune et le tétanos néonatal. Cette surveillance au cas par cas a été une opportunité pour le renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et riposte. Par ailleurs depuis août 2009, un système de surveillance en sites sentinelles des méningites bactériennes en milieu pédiatrique pour la recherche des infections à *Haemophilus Influenza du type b*, à *Streptococcus pneumoniae* et à *Neisseria meningitidis* couplée à celle des gastro-entérites à Rota virus a été mis en place. Cette dernière a pour but de mesurer le poids de ces infections parmi les méningites bactériennes et les gastroentérites sévères en milieu pédiatrique, dans le but de l'introduction et du suivi des nouveaux vaccins. Le pays entend implanter un système de surveillance basé sur le dépistage actif des lésions précancéreuses du col utérin en vue de la recherche de Human papilloma virus, une des maladies pouvant être également prévenue par la vaccination.

Les appuis des partenaires de la RDC dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont permis la mise en place d'un système décentralisé qui couvre tout le pays avec implication des équipes des bureaux centraux des zones de santé dans la surveillance des PFA et des autres maladies. Depuis février 2006, le pays a fait face à une résurgence des cas de PVS avec une notification consécutive de 13 cas de type 1 en 2006, 41 cas de type 1 en 2007, 4 cas de type 1 et 1 cas de type 3 en 2008 ; 3 cas de type 3 en 2009, 100 cas de type 1 en 2010 et 93 cas en 2011. Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2012, aucun nouveau cas de PVS n'a été détecté. Cependant, 17 cas de cVDPV2 ont été enregistrés dans la province du Katanga précisément dans l'antenne PEV de Kabondo Dianda.

Les tableaux II et III ci-dessous reprennent à titre illustratif quelques indicateurs de morbidité et mortalité pour les années 2007 à 2009

Tableau II : Nombre de cas et décès pour quelques maladies prioritaires en RDC, 2008 à 2011

Maladies	2008			2009			2010			2011		
	Cas	Décès	Létalité (%)	Cas	Décès	Létalité (%)	Cas	Décès	Létalité (%)	Cas	Décès	Létalité (%)
Tétanos néonatal	737	438	59,40 %	731	431	59,00 %	987	478	48,43%	965	396	41,04%
Méningite	9.545	1.081	11,30 %	9.371	1.105	11,80 %	8.176	921	11,26%	9705	897	9,24%
Choléra	30.150	548	1,80%	22.899	237	1,00%	16.745	225	1,34%	14264	205	1,44%
Rougeole	12.483	250	2,00%	3.503	74	2,10%	5.031	79	1,63%	134041	1652	1,23%
Coqueluche	3.320	45	1,40%	2.611	19	0,70%	2.134	14	0,66%	2467	14	0,57%
Paludisme	5.540.948	12.993	0,20%	7.371.814	16.066	0,20%	8.309.298	16.044	0,19%	8851129	4796	0,05%

Il ressort de ce tableau que certaines maladies évitables par la vaccination ont connu une augmentation des cas comme la rougeole en 2010 et 2011, suite au retard de l'organisation des

campagnes de suivi prévues à partir de 2010 et à des ripostes de faible qualité. Le tétanos néonatal demeure pour sa part un problème préoccupant de santé publique. Par contre, le paludisme qui en dépit de l'augmentation du nombre des cas, la létalité a sensiblement baissé entre 2010 et 2011. Ceci est à mettre entre autres à l'actif de la distribution des MILDA et de l'amélioration de la prise en charge des cas dans les zones de santé.

La morbidité et la mortalité observées ci-dessus se greffent sur un terrain fragilisé par le VIH/SIDA et la malnutrition, comme le montre le tableau III.

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

Indicateurs	Fréquence	Source
Prévalence du VIH/SIDA	4,2%	UNAIDS-WHO Epidemiological Factsheet, 2004
Prévalence de la malnutrition aiguë globale	10,7%	MICS 2010
Carence en Vitamine A	61,1% des enfants de 6 à 36 mois	PRONANUT - 1998
Anémie carencielle	71,4 % des enfants de moins de 5 ans	EDS 2007
Taux de mortalité infantile	97 pour 1000 naissances vivantes	MICS 2010
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	158 pour 1000 naissances vivantes	MICS 2010
Taux de mortalité maternelle	549 décès pour 100.000 naissances vivantes	EDS 2007

### 1.3 Organisation du système de santé

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

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

La période de 1987 à 1991 qui a connu l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en Zones de santé fonctionnelles renforcées par la formation des cadres des ZS. La période de 1993 à nos jours caractérisée par des aides humanitaires et plusieurs opportunités dont l'organisation des états généraux de la santé en 1989, du colloque SANRU en 2003 et la table ronde de la santé en 2004 ainsi que le découpage des ZS de 306 à 515, et surtout l'adoption d'une stratégie sectorielle, la SRSS.

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

Cette stratégie repose sur 6 axes à savoir :

1. la revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique ;
2. la réorganisation du niveau intermédiaire et central ;
3. la rationalisation du financement de la santé ;
4. le renforcement du partenariat intra et intersectoriel ;

5. le développement des ressources humaines pour la santé ;
6. le renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

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

#### **Le niveau central**

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

Les programmes de lutte contre la maladie sont placés sous la coordination de la Direction de la lutte contre la maladie (4<sup>e</sup> Direction).

#### **Le niveau intermédiaire**

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

Chaque district de santé comprend trois cellules chargées des services généraux et études, de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et du service d'hygiène. Ces cellules sont supervisées par le Médecin Chef de District. Un district supervise environ une dizaine de zones de santé.

#### **Le niveau périphérique**

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

Sur recommandation des états généraux de la santé tenus en février 2000, le Ministère de la Santé a initié le processus de révision de la carte sanitaire du pays, en vue de rapprocher la population des services de santé et d'éviter le chevauchement d'une zone de santé entre deux entités administratives décentralisées. Ainsi, le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 515 en 2005.

### **1.4 Personnel de santé et infrastructures**

#### ***Le personnel de santé***

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

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

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

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

### ***Les infrastructures***

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

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

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

### **1.5 Décentralisation et déconcentration**

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

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

pour les ZS afin de faciliter le suivi des flux financiers et des dépenses à tous les niveaux du système de santé.

### 1.6 Financement du secteur de la santé

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

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

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

Parmi les problèmes prioritaires, il sied de noter que :

1. **Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%).** Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'Etat et son taux de décaissement est en moyenne de 70% (exercice 2008 et 2009). Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur ;
2. **L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée.** Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les ZS. En plus cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités de gestion et comités de pilotage. Les coûts de transaction sont très importants, celui de l'Assistance Technique avoisine 39% dans certains projets et la coordination des interventions très complexe.
3. **Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification ne sont pas encadrées.** Elles constituent dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires. Là où existent d'autres sources de financement, la contribution de la communauté est la principale source de financement des charges récurrentes des formations sanitaires.
4. **Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires.** Près des  $\frac{3}{4}$  des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté. On note par ailleurs des expériences pilotes de partage de risque dans certaines provinces qui méritent d'être encadrées et documentées.

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

niveau du premier contact avec la communauté (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires, etc.).

## II. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV

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

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

Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Un point spécial a été fait sur l'introduction des nouveaux vaccins.

Cette analyse fait ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de chacune d'elles.

### II.1 Prestations de service

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

#### II.1.1 PEV de Routine

Dans le cadre de la vaccination en RDC, l'approche ACZ demeure la base de l'organisation du système de vaccination. Le PEV RDC compte à ce jour 10 antigènes dans son programme de routine. A part les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC, VAT, VAR) administrés depuis sa création, le programme a progressivement introduit le vaccin anti amaril (VAA) en 2003, le vaccin contre l'Hépatite virale B en 2007, le vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* du type b en 2009 et le vaccin contre les infections à pneumocoque en avril 2011.

Tableau IV : Calendrier vaccinal actuel en RDC

## a. Calendrier vaccinal actuel en RDC pour les enfants

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

## b. Calendrier vaccinal actuel en RDC pour les femmes enceintes

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

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

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

- La stratégie fixe : il s'agit des vaccinations effectuées dans les centres fixes pour atteindre la population cible se trouvant dans un rayon de moins de 5 Km autour du centre de santé.

Cette stratégie couvre près de 72% de la population cible, essentiellement dans les zones urbaines.

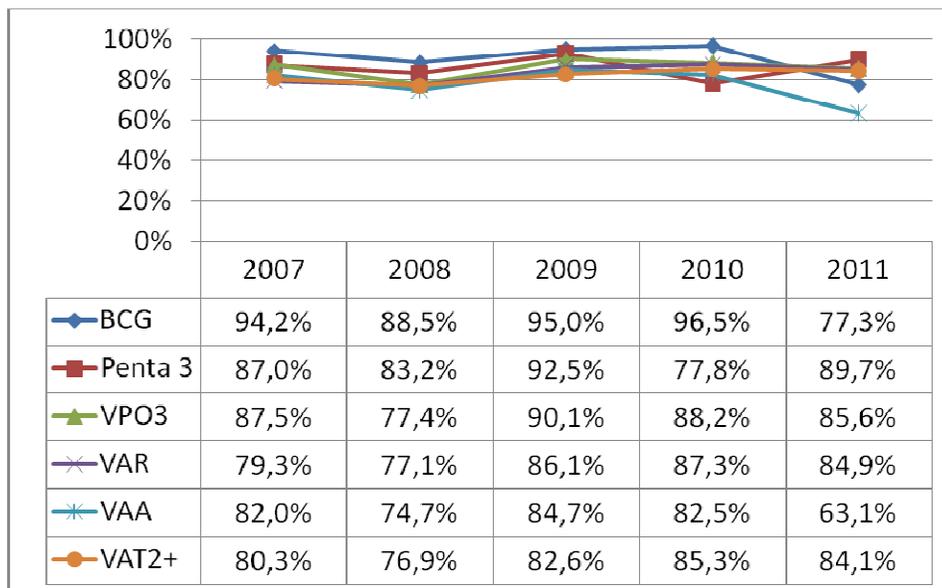
- La stratégie avancée : il s'agit des sorties effectuées à partir du centre fixe pour couvrir la population cible pour rapprocher les services de vaccination des populations ayant des problèmes d'accès géographique (5 à 15 Km ou obstacles naturels) ou socio-culturels. Elle couvre près de 27% de la cible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

En plus de ces stratégies, des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI) sont organisées régulièrement dans les ZS à faibles performances et d'accès difficile en vue de récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés. Les AVS constituent également une opportunité pour renforcer la vaccination systématique.

#### L'évolution de couvertures vaccinales du PEV de routine de 2007 à 2011

Les graphiques et tableaux présentés ci-dessous, montrent l'évolution des couvertures vaccinales réalisées en RDC au cours de la période allant de 2007 à 2011 par source.

Graphique 1 : Evolution de la CV par antigène, de 2007 à 2011, en RDC



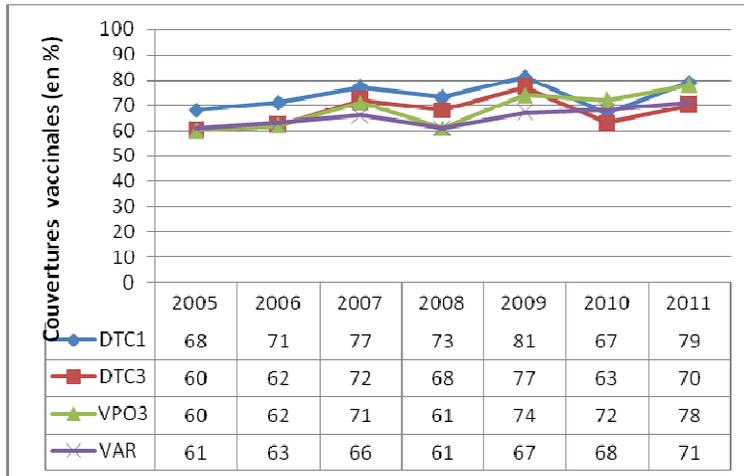
Source : Données de couvertures administratives du PEV, 2007-2011

D'une façon générale, on note une évolution de la couverture vaccinale en dents de scie pour tous les antigènes entre 2007 et 2011. Cette évolution montre que le programme n'arrive pas encore à maintenir le niveau de performance atteint.

Par conséquent, le nombre d'enfants non vaccinés demeure important soit 607.771 non atteints en Penta3 en 2012 (selon l'enquête de couverture vaccinale 2012).

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

Graphique 2 : Evolution de la couverture vaccinale de routine par antigène selon les estimations OMS-UNICEF en RDC, 2005-2011



Source : Estimation OMS-UNICEF, 2005-2011

Ces taux estimés de l'OMS-UNICEF sont relativement bas comparés aux données administratives rapportées par le pays.

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

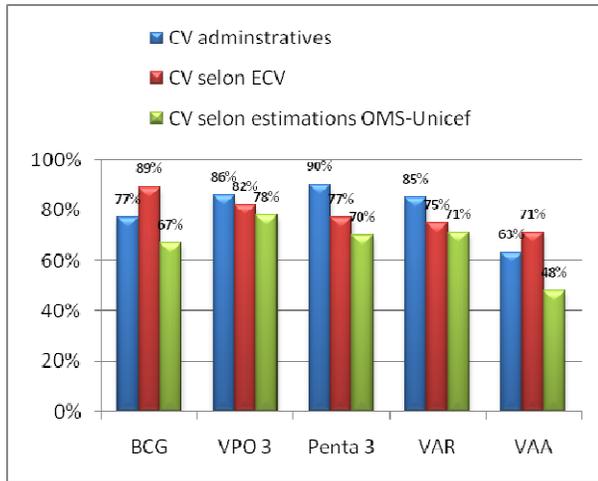
Tableau V : Résultats de couverture selon l'ECV (selon la carte de vaccination et l'histoire), RDC 2012

Antigène	RDC	URB	RUR	KIN	BCG	BDD	EQT	ORT	MNA	KOR	KOC	NKV	SKV	KTG
BCG	89,4	91,1	88,4	96,3	90	91,4	93,3	78,3	89,8	88,6	73,2	97,3	96,7	89,1
VPO_0	83,5	87,1	81	96,3	78,4	77,6	88,6	80	88,3	84,4	69,7	80,3	91,3	85,1
VPO_1	88,8	89,1	88,5	95,5	88,1	97,8	90,6	86,7	88,3	80	71,7	96,5	94,4	86,7
VPO_2	85,9	86,7	85,3	94,6	86,3	97,1	88,7	80,3	80,8	76,8	66,7	94,6	91,6	85,1
VPO_3	81,9	82,8	81,3	94,2	83,9	94,8	86,8	72,6	71,8	69	61,7	92,5	87,3	82,6
DTC-Hep-Hib_1	85,5	87,6	84,1	94,1	87,1	94,6	82,4	76,5	80,3	79,8	68,9	95,9	94,3	84,9
DTC-Hep-Hib_2	82,1	85,1	80	93,9	85,4	92,1	79,5	70	74,3	76	58,9	94,4	92,4	83,1
DTC-Hep-Hib_3	77,4	81	75	93,9	83,6	87,3	77,9	60,5	65,5	68,1	50,2	92,9	88,1	79,9
VAR	74,6	74,8	74,4	88	77,7	88,3	73,7	61,6	67,2	62,1	54	87,8	85,6	71,8
VAA	71,4	72,8	70,4	87,1	75,7	85,1	71,9	56,6	63,1	60,6	44,8	87,3	82,7	67,7
PCV13_1				86,3	80							45,6	57,9	
PCV13_2				85,8	79,3							44,9	53,8	
PCV13_3				84,8	77,4							44,6	51,9	
<b>Tous les vaccins</b>	66,3	68,8	64,6	85	71,1	78,4	69,2	47,1	48,5	57,6	37,9	85,2	76,5	66,7
<b>Enfants n'ayant reçu aucun vaccin</b>	5,2	4,1	5,9	0,5	5,6	0,6	2,1	5,9	4,4	9,2	17,6	0,5	2,5	7,8
Effectifs	6 694	2 726	3 968	626	629	630	630	631	412	630	630	630	630	616

Il ressort du tableau ci-dessus qu'en moyenne 66,3% d'enfants ont été complètement vaccinés sur le plan national. Par contre, plus de 5% d'enfants n'ont reçu aucun vaccin. Par rapport au PCV-13, les résultats obtenus traduisent le fait que le vaccin a été introduit en deux temps, en avril à Kinshasa et au Bas Congo et en septembre au Nord Kivu et au Sud Kivu.

Les résultats obtenus sur base de la carte de vaccination relève que seulement 27,3% d'enfants ont été complètement vaccinés. La Couverture la plus basse a été observée au Kasai-Occidental avec 10% et la plus élevée a été de 45,8% à Kinshasa. Cette situation dénote la problématique de l'approvisionnement des cartes de vaccination dans les ZS.

Graphique 3 : Comparaison des couvertures vaccinales par source, RDC 2011



En comparant les couvertures administratives, celles de l'enquête de couverture vaccinale 2012 selon la carte et l'histoire et les estimations de l'OMS-UNICEF, on note que les couvertures administratives sont supérieures à celles de l'enquête de couverture vaccinale et les estimations de l'OMS-UNICEF excepté pour le BCG et le VAA pour lesquels les données de l'enquête de couverture vaccinale sont supérieures aux autres sources.

Par ailleurs, la revue externe a relevé les résultats ci-après :

- 75% des CS pratiquent la stratégie fixe et 62% pratiquent la stratégie avancée.
- 32% des CS ont eu à interrompre la vaccination les 6 derniers mois pour plusieurs raisons;
- Dans les ZS où la stratégie avancée (SA) n'est pas pratiquée, les raisons évoquées sont diverses. Le « manque de moyens de transport » (41%) et le « manque de vaccin » (26,7%) constituent des causes importantes de non mise en œuvre de la SA les 6 derniers mois dans les ZS;
- 96% des CS possèdent un registre de vaccination;
- Lors des AVS, des enfants non ou insuffisamment vaccinés dans le cadre du PEV de routine sont récupérés dans 97% des ZS et dans 97% des CS. Cependant, il convient de noter qu'au moins un aspect du PEV de routine a été interrompu par les dernières AVS dans 19% des ZS et 18% des CS ;
- 74% des ZS et des CS ont une population d'accès difficile au plan géographique. A tous ces niveaux, des stratégies sont mises en œuvre pour atteindre les populations d'accès difficile. L'augmentation des sites de vaccination (25%) et l'utilisation de différents moyens de transport pour atteindre la population (23%), constituent les dispositions les plus utilisées pour atteindre la population d'accès difficile au niveau des ZS.

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

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

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

De manière générale, la majorité des indicateurs sont en dessous de la moyenne, ce qui démontre que les préparatifs de l'introduction n'ont pas été satisfaisants. Jusqu'à présent, le PCV-13 n'a été introduit que dans 5 provinces (Kinshasa, Bas Congo, Nord Kivu, Sud Kivu et Bandundu). Le processus est en cours pour son introduction dans les 6 autres provinces.

## II.1.2 Activités de Vaccination Supplémentaire

### a) AVS Polio

La RDC a connu une importation du Polio Virus Sauvage (PVS) de type 1 en 2006 et de type 3 en 2007. Puis une circulation interne du PVS s'est établie avec 13 cas en 2006, 41 cas en 2007, 5 cas en 2008, 3 cas en 2009, 100 cas en 2010, 93 cas de PVS en 2011. La date du début de paralysie du dernier cas remonte au 20/12/2011 dans la zone de santé de Lusangi au Maniema.

En ce qui concerne la circulation du Polio Virus dérivé du vaccin (cVDPV2), l'Antenne PEV de Kabondo Dianda dans la province du Katanga a notifié respectivement 13 cas en 2011 et 17 Cas en 2012 dont la date du début de paralysie du dernier cas remonte au 04 avril 2012 à Kabondo Dianda.

De nombreuses campagnes de vaccination préventives et de riposte contre le PVS et le cVDPV ont été organisées. Et la synthèse des résultats de différents passages de campagnes organisées en 2011 ainsi qu'au premier semestre 2012 sont résumées dans les tableaux VII et VIII.

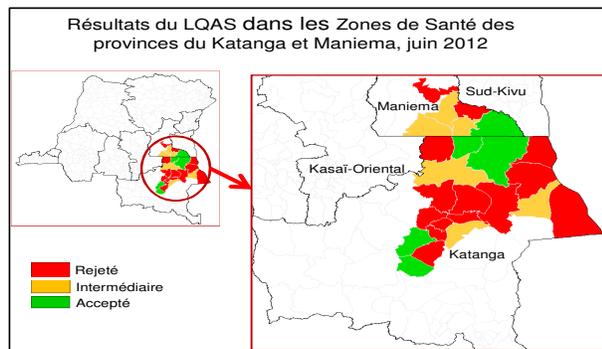
**Tableaux VII : Résultats des passages des JNV contre la poliomyélite, RDC 2011**

Période	Cible attendue	Enfants/Personnes vaccinés	CV (%)
8 - 30 Avril	21 595 294	24 365 915	113%
26 - 30 Mai	21 595 294	24 873 502	115%
20- 22 Octobre	15 666 793	16 588 260	106%

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

Le monitoring indépendant conduit au cours de toutes les phases des JNV organisées en 2011 a révélé la persistance d'un nombre élevé d'enfants non atteints dont la proportion est supérieure à 5% de la cible enquêtée dans certaines provinces. L'absence des enfants lors de passage des vaccinateurs, la non révisitation des ménages par les équipes de vaccination et l'insuffisance de communication en sont les principales causes.

**Figure 2 : Résultats du LQAS dans les ZS du Katanga et Maniema**



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

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

#### **b) Campagne de vaccination contre la rougeole**

Dans le cadre du contrôle de la rougeole, les campagnes de suivi ont été réalisées dans les provinces ciblées du pays au cours de l'année 2011 et 2012. Des flambées épidémiques ont été observées dans toutes les provinces et les ripostes ont été organisées.

Tableau VIII: Synthèse des résultats de suivi des AVS Rougeole, par province, RDC 2011

Provinces	AVS	Période	Population ciblée	Nb ZS	Enfants vaccinés	CV
Sud-Kivu	Suivi	juil.-11	91 558	4	95 955	104,8%
Kasaï Oriental	Suivi	juil.-11	708 887	31	729 336	102,9%
Katanga	Suivi	juil.-11	556 621	17	585 633	105,2%
Orientale	Suivi	sept-11	1 512 571	76	1 456 498	96,3%
Équateur	Suivi	sept-11	1 516 706	66	1 419 411	93,6%
Kinshasa	Suivi	déc.-11	1 075 523	25	1 089 048	101,3%
<b>Total Suivi</b>			<b>5 461 866</b>	<b>219</b>	<b>5 375 881</b>	<b>98,4%</b>

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

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

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

Tableau IX : Résultats de l'enquête post campagne VAR 2011

## a) Province du Sud Kivu

Zones de Santé	Enfants cibles	Enfants Vaccinés	% Enfants Vaccinés
Nyatende	715	679	95%
Nyangezi	780	772	99%
Kaziba	801	793	99%
Mwana	944	916	97%
Walungu	1594	1578	99%
Mwenga	1291	1175	91%
Kamituga	1075	1043	97%
Kadutu	789	694	88%
Kabare	1176	1129	96%
Miti Murhesa	1455	1353	93%
Bunyakiri	1038	955	92%
Minova	784	541	69%
Minembwe	667	567	85%
Itombwe	466	275	59%
<b>Total</b>	<b>13575</b>	<b>12470</b>	<b>92%</b>

## b) Province du Maniema

Zones de Santé	Enfants cibles	Enfants Vaccinés	% Enfants Vaccinés
Alunguli	46	46	100%
Kabambare	102	95	93%
Kailo	93	93	100%
Kalima	84	82	98%
Kampene	99	93	94%
Kasongo	165	153	93%
Kibombo	38	33	87%
Kindu	145	144	99%
Kunda	146	131	90%
Lusangi	84	84	100%
Samba	103	92	89%
Saramabila	81	81	100%
Tunda	54	53	98%
Pangi	22	22	100%
<b>Total</b>	<b>1262</b>	<b>1202</b>	<b>95%</b>

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

## c) Campagne de vaccination contre le TMN

Au cours des années 2011 et 2012, les 80 Zones de Santé à haut risque TMN identifiées en 2010 ont organisé deux passages de campagne.

Tableau X : Synthèse des résultats des AVS TMN, par province, RDC 2011-2012

Provinces	ZS Phase 1	Cible Femmes en âge de procréer Phase 1	TMN Phase 1		ZS Phase 2	Cible Femmes en âge de procréer Phase 2	TMN Phase 2		
			Femmes en âge de procréer vaccinées	CV/VAT1			1ère dose	2ème dose	CV/TT2
Bas C	2	32 353	32 912	101,7%	2	32 353	2 937	29 941	92,5%
Kinshasa	3	105 939	106 344	100,4%	3	105 939	12 144	93 921	88,7%
Equateur	3	40 252	36 811	91,5%	2	40 252	4 171	22 241	55,3%
Maniema	1	14 700	14 496	98,6%	1	14 700	801	14 327	97,5%
Kasai Or	12	391 613	392 567	100,2%	12	391 613	34 818	363 550	92,8%
Prov Or	21	209 956	422 253	201,1%	10	203 841	37 125	192 335	94,4%
Bandundu	12	315 986	370 016	117,1%	10	298 075	58 899	296 170	99,4%
Ksai Occ	3	75 213	77 075	102,5%	3	75 213	6 555	71 884	95,6%
Katanga	14	360 230	523 006	145,2%	11	352 710	53 352	332 098	94,2%
Sud Kivu	8	247 621	242 530	97,9%	8	247 621	23 319	220 416	89,0%
Nord Kivu	1	31 612	31 978	101,2%	0	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>1 825 475</b>	<b>2 249 988</b>	<b>123,3%</b>	<b>62</b>	<b>1 762 317</b>	<b>234 121</b>	<b>1 636 883</b>	<b>92,9%</b>

Il ressort du tableau ci-dessus que la moyenne de CV au VAT2 pour toutes les ZS des différentes provinces est supérieure à 90%, excepté pour les provinces de l'Equateur, de Kinshasa et du Sud Kivu. Ces résultats sont à mettre à l'actif de "l'approche vaccination par village". Le nombre de femmes vaccinées au 1er passage est supérieur à la cible attendue. Ceci peut s'expliquer par la non maîtrise du dénominateur, les erreurs de pointage ainsi que le mouvement des populations entre les ZS voisines. De manière générale, le taux d'abandon demeure élevé entre la 1ère et la 2ème dose.

### c) Campagne de vaccination contre la fièvre jaune

Toutes les provinces présentent un risque élevé de transmission de la FJ sauf le Katanga qui est une province à faible risque. La RDC a enregistré 1 cas confirmé de FJ en 2010 dans la ZS de Titule (Province Orientale) et une riposte a été organisée ciblant toute la population de la ZS à partir de 9 mois. Cette riposte n'a couvert qu'une seule ZS sur les 4 planifiées à cause de la faible disponibilité des vaccins VAA au niveau global et le manque de financement. La CV atteinte lors de cette riposte dans la ZS de Titule a été de 87%.

Les défis liés aux campagnes de vaccination sont :

- La faiblesse de la qualité des campagnes ;
- Le non respect de la riposte ;
- La faiblesse de la préparation des campagnes

### II.1.3 Intégrations des interventions

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

Pour la routine, quelques zones de santé administrent la vitamine A et distribuent les MILD aux enfants pendant les séances de vaccination. Cependant, ces interventions ne sont pas systématiquement planifiées et documentées. Les efforts doivent être faits par toutes les parties prenantes pour rendre effective cette intégration.

L'approche utilisée est de saisir l'opportunité offerte par les AVS contre la polio et la rougeole pour intégrer les autres interventions à haut impact telles que la supplémentation en Vitamine A (enfants de 6 à 59 mois), le déparasitage au Mébendazole (enfants de 12 à 59 mois) et la distribution des MILD.

Le pays a organisé la 2<sup>ème</sup> Semaine Africaine de Vaccination (SAV) à la même période que les Journées Nationales de Vaccination en mai 2012. Au cours de cette semaine, les interventions suivantes ont été menées : l'administration du VPO en campagne, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage au Mébendazole, la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés en PEV de routine.

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

### II.1.4 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux vaccins

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

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

#### 1) Vaccination contre la Méningite à Méningocoque (MenAfriVac)

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

#### 2) Vaccination contre les infections à Rotavirus

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

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

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

## II.2 Approvisionnement et qualité des vaccins

Le Programme Elargi de Vaccination élabore, en collaboration avec l'UNICEF, des prévisions pluri annuelles en vaccins dont les quantités requises sont par la suite consolidées avec les données de micro planifications des zones de santé. Etant donné la non fonctionnalité de l'ANR, les besoins ainsi estimés font l'objet des commandes à travers l'UNICEF, quelle que soit la source de financement.

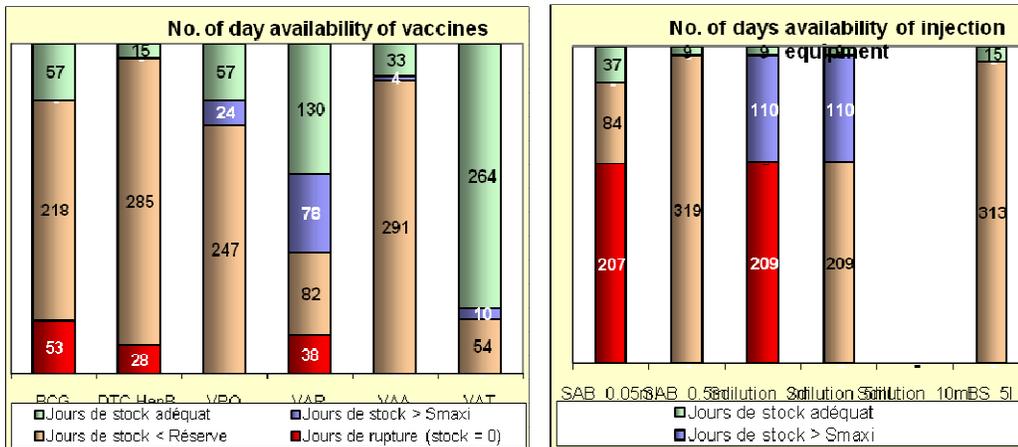
Ce chapitre passe en revue la gestion et la qualité des vaccins ainsi que leur distribution à différents niveaux du système de santé.

### □ Gestion des vaccins

La gestion des stocks se fait par respect des lots dont le suivi est aisé grâce au logiciel de gestion des vaccins. L'utilisation de ce logiciel a été vulgarisée dans tous les dépôts disposant d'un outil informatique.

Cependant, vu l'immensité du territoire national, la disponibilité des vaccins en tout temps et à tous les niveaux constitue un grand défi pour le programme comme l'illustre le graphique sur la disponibilité en vaccins et des matériels d'inoculation ci-dessous.

Graphique 4 : Situation de la disponibilité des vaccins et des matériels d'inoculation au niveau central en 2011

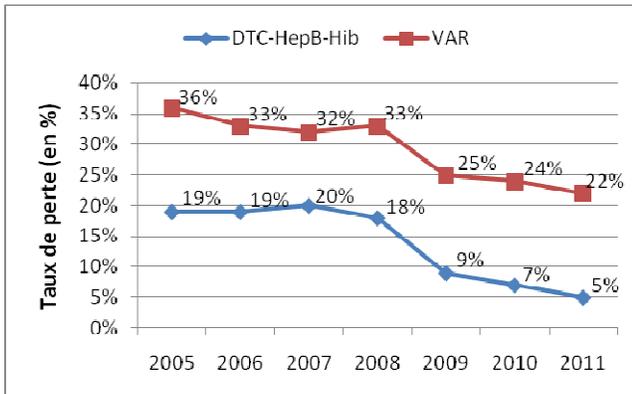


Malgré des taux de disponibilité brute satisfaisants, le PEV central n'a pas été à l'abri de ruptures de stocks de vaccins ; les approvisionnements ont en général été irréguliers dans le temps et en terme de quantités reçues ; les antigènes n'ont pas toujours été reçus au moment requis et en quantités requises. La gestion des stocks au niveau central a généralement été une gestion à flux tendu ; dès que les stocks sont reçus ils sont immédiatement préparés pour être redistribués aux niveaux intermédiaires laissant ainsi l'entrepôt central avec des stocks souvent en deçà du niveau de stock de réserve si ce n'est pas simplement la rupture de stock. L'entrepôt central dans sa planification devait pouvoir disposer de stocks de vaccins pouvant couvrir les besoins du pays pour 6 mois.

En ce qui concerne les matériels d'injection, l'année 2011 a été caractérisée par une précarité de la disponibilité des stocks de SAB 0,05 ml et de SAB 0,5ml. Le taux de couverture des besoins annuels a été de 65% pour les SAB 0,05, de 89% pour les SAB 0,5 et de 57% pour les Boîtes de sécurité ; ils n'ont donc pas été satisfaisants.

Pour assurer un bon suivi des pertes des vaccins, la RDC dispose d'un système qui consiste à l'utilisation des formulaires à différents niveaux. Il s'agit du formulaire 1 pour le centre de santé et le formulaire 3 pour la zone de santé. Le formulaire 1 remonte les informations relatives aux vaccinations effectuées et à l'utilisation des vaccins au niveau opérationnel. Ces informations sont agrégées sur le formulaire 3 au niveau de la zone de santé et transmises aux antennes qui les saisissent dans la base des données y relative avant d'être transmises à la coordination provinciale puis à la direction nationale du PEV.

Graphique 5 : Evolution de taux de pertes des vaccins (DTC-HepB-Hib et VAR) de 2005-2011



Le graphique 5 montre que les moyennes nationales des taux de perte de vaccins sont relativement basses. Ceci serait dû, entre autres, au passage du conditionnement multidose en monodose pour le DTC-HepB-Hib en 2009, à la formation des logisticiens PEV et aux supervisions formatives.

Malgré cette amélioration, les prestataires de ZS ne sont pas suffisamment formés en gestion

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

#### ❑ Qualité des vaccins

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

- Tous les vaccins reçus en 2011 étaient au stade 1 et qu'aucun indicateur de congélation (pour les vaccins sensibles à la congélation) n'a montré à la réception d'alarme activée pour raison de congélation.
- La durée de validité des lots (durée qui reste au lot avant que soit atteinte sa date de péremption) a été au moins de 15 mois, ce qui est jugé satisfaisant en raison du parcours long qu'un vaccin reçu au niveau central doit suivre avant son utilisation (soit une possibilité de 6 mois à l'entrepôt central, 3 mois au niveau coordination, 3 mois au niveau antenne et 3 mois au niveau périphérique).
- Le PEV a géré en 2011 plus de 220 lots pour ses 7 vaccins du PEV systématique. C'est une situation assez préoccupante au vue des risques relevés d'erreur de gestion de ces lots. Il est à noter que les nouveaux vaccins : pentavalent (63 lots), PCV-13 (53 lots) raflent la palme de la diversité de lots reçus souvent dans des quantités relativement petites pour certains lots.

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

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

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

#### □ Distribution des intrants :

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

Les périodes d'approvisionnement établies par niveau sont : Dépôt Central 6 mois, Dépôt de Provinces/antennes 3 mois, Zone de santé et Centres de Santé 1 mois.

Ces périodes ne sont pas toujours respectées car l'inadéquation de la disponibilité des vaccins et matériels d'injection ainsi que des difficultés liées au transport n'ont pas permis d'assurer une distribution à temps et en quantité conforme à ces périodes d'approvisionnement établies.

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

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

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

### II.3 Logistique

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

#### □ Bâtiments

Au niveau national, le Programme dispose de 2 parcelles de 1 500 m<sup>2</sup> abritant les bureaux et les entrepôts. Au niveau des Provinces, les Coordinations et les Antennes PEV sont dans la plupart de cas, logées au sein des bâtiments des inspections médicales de la santé ou hôpitaux. Dans la majorité des cas, ces espaces sont exigus et défectueux. Cette situation nécessite d'être améliorée dans l'optique du développement des infrastructures prôné par le PNDS.

La capacité de stockage total requise des intrants secs est de 891 m<sup>3</sup> au niveau central et 1425 m<sup>3</sup> au niveau intermédiaire. Cependant, la capacité disponible au niveau central et intermédiaire reste très précaire, soit respectivement de 420 m<sup>3</sup> niveau central et 925 m<sup>3</sup> au niveau intermédiaire. Pour remédier à cette insuffisance, le PEV sous-traite, au niveau central, le dépôt de l'HGR de Kinshasa dont le volume est de 297m<sup>3</sup>. En outre, les entrepôts de l'Unicef sont généralement utilisés pour un stockage temporaire des intrants en attendant leur acheminement vers les différentes destinations.

Le pays envisage la création des entrepôts délocalisés dans 3 provinces en vue de permettre la déconcentration de l'entrepôt du niveau central et rapprocher ainsi les vaccins des zones de santé.

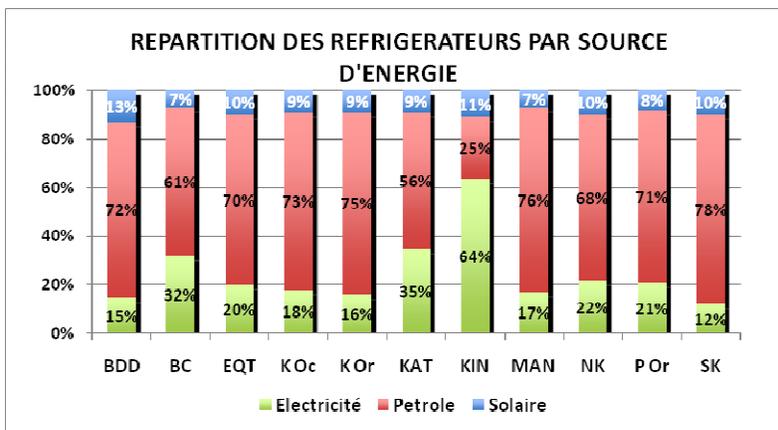
#### □ Chaîne du froid :

La chaîne du froid dans le pays se répartit aux niveaux national, provincial, des antennes PEV, des BCZS et des Centres de Santé. Un inventaire exhaustif de la chaîne du froid du PEV avait été effectué en 2011. A la suite de cet inventaire, un plan de réhabilitation a été élaboré et est en cours de mise en œuvre.

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

- 32% des congélateurs et 29% des réfrigérateurs inventoriés ne fonctionnent plus. 31% des réfrigérateurs solaires et électriques à compression et 28% des systèmes à kérosène ne fonctionnent plus.
- La répartition moyenne nationale des réfrigérateurs par source d'énergie se présente de la manière suivante : 25% électriques, 65% à pétrole et 10% solaires.

Graphique 6 : Répartition des réfrigérateurs par source d'énergie



Le taux moyen d'acquisition de nouveaux matériels est estimé à 500 unités par an au cours des 5 dernières années, alors qu'auparavant il était d'environ 300 unités par an. Au cours des 5 dernières années, environ 10% d'équipements de la chaîne du froid ont été remplacés par an.

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

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

d'approvisionnement en carburant pour le fonctionnement de ces groupes dans certaines provinces.

Sur 44 Antennes, 22 ne disposent pas de chambre froide. Leur dotation en chambres froides est prévue dans le cadre du financement de la Banque Mondiale

Au niveau opérationnel, chacun de 515 BCZS possède au moins 1 réfrigérateur de 55 litres net par unité. 95% de ces BCZS disposent d'un congélateur de 172 litres net.

Les résultats de l'analyse des inventaires des matériels de la chaîne du froid au niveau des zones de santé démontrent que les capacités de stockage cumulées sont au-dessus des capacités requises. Néanmoins pour des raisons d'accessibilité et du fait que ces capacités ne sont pas équitablement réparties dans les zones de santé, il y a nécessité de faire un redéploiement géographique des équipements afin de garantir l'accès aux vaccins à toutes les populations dans le respect de la politique nationale. En outre, le besoin de rendre autonome chaque CS en équipement de CdF reste une nécessité.

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

Le pays a organisé en 2011 l'évaluation de la chaîne d'approvisionnement en vaccins en utilisant l'outil de la GEV qui se base sur les 9 critères mondiaux retenus par l'OMS et l'Unicef. Tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ont été ciblés et les résultats repris dans le tableau ci-dessous fait un résumé de la faible performance réalisée par le pays.

Tableau XI : Scores par critère et catégorie aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement, GEV 2011

	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement				
	national	Coord provinciales	Antennes	Zones de santé	Centre de santé
<b>CRITERES</b>					
E1: Arrivage /Reception vaccins	90%				
E2/ Température	58%	68%	63%	66%	55%
E3: Capacité de stockage	72%	52%	41%	54%	48%
E4: Bâtiments, équipements, transport	73%	67%	59%	50%	57%
E5: Maintenance	59%	57%	53%	45%	26%
E6: Gestion des stocks	74%	63%	55%	48%	33%
E7: Distribution	58%	56%	44%	53%	56%
E8: Gestion des vaccins	72%	63%	58%	56%	70%
E9: SIG, fonctions d'appui	55%	88%	80%	69%	
<b>CATEGORIES</b>					
B: Bâtiments	80%	70%	58%	53%	63%
C: Capacités	80%	54%	42%	59%	53%
E: Equipements	60%	68%	63%	57%	53%
M: Management	64%	57%	46%	50%	40%
R: Réparation/maintenance	59%	57%	53%	45%	26%
T: Formation	88%	83%	75%	70%	69%
V: Véhicule	100%	39%	22%	25%	

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

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

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

Le pays a organisé en 2009 une évaluation de la Gestion des déchets biomédicaux dans 60 formations sanitaires, en collaboration avec l'OMS. Cette évaluation a révélé qu'aucune de formations sanitaires visitées ne dispose d'un équipement de traitement des déchets biomédicaux répondant aux normes de l'OMS. Elle a également noté que, dans la majorité de cas, les personnels impliqués sur le terrain ont des connaissances limitées dans la sécurité des injections et la gestion des déchets biomédicaux. Tenant compte de cette insuffisance, le pays a élaboré un manuel de formation dans le domaine de la sécurité des injections et de gestion des déchets biomédicaux au cours de troisième trimestre 2010, avec l'aide d'un noyau d'experts multisectoriels dans l'optique du renforcement du système de Santé. Cependant, le manque de financement bloque la poursuite de la formation à grande échelle dans ce domaine.

Pour mémoire, la RDC s'est dotée, en 2008, d'une politique Nationale de la sécurité des injections et de gestion des déchets biomédicaux, couplé d'un document des normes et directives et d'un plan national stratégique, dans le cadre du renforcement du système de Santé. Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des déchets Biomédicaux, la RDC a gagné au Round 9 du fond mondial, toujours dans le cadre du renforcement du système de santé, un financement pour la construction des incinérateurs préfabriqués West Disposal Unit dans 256 ZS, en raison de 6 incinérateurs par ZS. Cependant, le reste des ZS manquent encore un financement afin de couvrir les 100% des ZS.

Pour aider les zones de santé non planifiées à améliorer la gestion des déchets, en attendant leur dotation en incinérateurs, il est préconisé dans ce plan leur dotation en ôte aiguille afin de réduire le risque de contamination

#### □ Transport

##### a. Niveau central

La direction du PEV dispose à ce jour de 8 véhicules et 3 qui servent principalement pour le transport du personnel et autres activités du programme. Le manque d'un camion de transport pour les intrants secs constitue une difficulté dans la mise en œuvre des opérations logistiques.

##### b. Niveau provincial

Chaque coordination dispose d'un véhicule 4X4 qui sert principalement aux activités de supervision et la distribution des intrants. A ce jour 5 coordinations du PEV sont dépourvues de moyens de transport appropriés en vue d'assurer l'organisation de service au niveau de la province

##### c. Niveau antennes

Sur 44 antennes, seulement 5 disposent de moyen de transport appropriés, lesquels sont destinés à assurer l'appui logistique aux zones de santé et ainsi organiser les activités de supervision.

##### d. Niveau zones de santé

Les inventaires de la logistique organisés en 2011 ont révélé l'existence de matériels suivant :

- Vélos : 2.585 fonctionnels et 1.242 non fonctionnels
- Motos : 1.094 fonctionnelles et 485 non fonctionnelles
- Hors bord : 85 fonctionnels
- Véhicules : 209 fonctionnels et 119 non fonctionnels.

## □ Fonctionnement et Maintenance

A ce jour, le pays ne dispose pas encore d'une politique structurée de maintenance des équipements. Cependant, en ce qui concerne les matériels de chaîne du froid au niveau national et dans quelques provinces, il existe des contrats de maintenance pour l'entretien des équipements existants pour l'entrepôt central et seulement 5 entrepôts du niveau intermédiaire sur 8 existants avec le financement de l'Unicef.

Au niveau des antennes PEV, on fait recours à des techniciens pour une maintenance curative ponctuelle. En dehors de 11 zones de santé de Kinshasa où sont déployés les réfrigérateurs solaires qui bénéficient de la maintenance financée par le Rotary, pour le reste des ZS la maintenance de l'équipement est assurée par l'équipe cadre du BCZS. Par rapport aux pièces de rechange (mèches, brûleurs, carottes, ...) les besoins sont identifiés annuellement et financés par le gouvernement, UNICEF et divers partenaires.

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

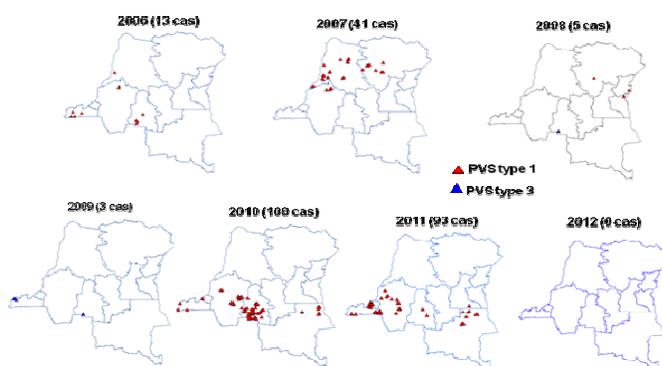
## II.4 Surveillance et lutte contre les maladies évitables par la vaccination

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

### 2.4.1. Surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA)

La RDC a connu une réimportation des poliovirus sauvages en 2006 avec une circulation rétablie qui a persistée jusqu'en 2011.

Figure 3 : Cas de PVS de 2006 à 2012



Aussi le pays a eu la confirmation de 13 PVS de type 1 en 2006, 41 PVS de type 1 en 2007, 3 PVS de type 1 et 2 de type 3 en 2008, 3 PVS de type 3 en 2009, 100 PVS de type 1 en 2010 et 93 PVS de type 1 en 2011. Le dernier cas de PVS confirmé dans la ZS de Lusangi au Maniema date du 20 décembre 2011.

Aucun cas de PVS n'a été confirmé en 2012. Le pays a eu à faire face à la circulation des poliovirus dérivés du poliovirus vaccinal avec 19 cas en 2010 dans les provinces de l'Equateur, Maniema, Province Orientale et Kasai Occidental ; 13 cas en 2011 et 17 cas en 2012 dans l'antenne PEV de Kabondo Dianda au Nord Katanga.

Les principaux indicateurs de la surveillance PFA pour l'ensemble du pays sont depuis quelques années au niveau des standards de certification mais des gaps subsistent au niveau de quelques provinces et zones de santé. En ce qui concerne la satisfaction pour les deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA à savoir le taux de PFA non polio et la proportion de 2 selles prélevées

dans les 14 jours à partir du début de la paralysie, la situation est résumée dans le tableau ci-dessous pour la période de janvier 2010 à juin 2012.

**Tableau XII : Indicateurs de performance de la surveillance des PFA, 2010-2012**

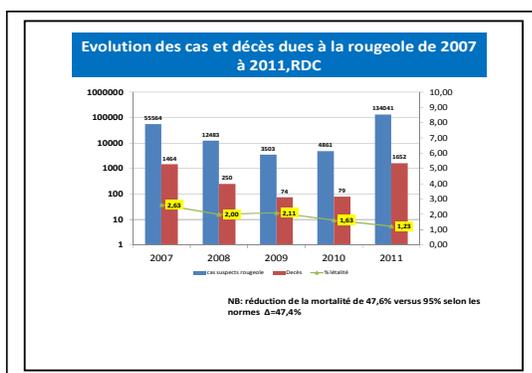
Provinces	2010			2011			De Janvier - Juin 2012		
	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS	Taux de PFA Non Polio	% 2 selles < 14J	Nbre de PVS
Bandundu	6,1	88	23	4,8	81	22	2,3	86	0
Bas Congo	4,7	93	3	7,3	80	22	2,1	83	0
Equateur	4,1	80	0	5,6	80	0	3,4	79	0
Kasai Occ	6,6	79	65	4,7	81	2	3,9	88	0
Kasai Or	6,4	87	0	5,9	89	0	2,7	85	0
Katanga	5,5	78	8	6,2	75	12	5,3	76	0
Kinshasa	3,7	83	1	6,6	83	33	2,1	86	0
Maniema	7	84	0	5,6	77	2	4,9	77	0
Nord Kivu	2,9	83	0	2,9	88	0	1,5	83	0
Orientale	6,5	91	0	7,6	90	0	4,4	82	0
Sud Kivu	6,5	82	0	6,2	82	0	4,8	79	0
RDC	5,4	84	100	5,8	83	93	3,5	81	0

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

- Un nombre insuffisant de personnel de zones de santé formés en surveillance
- La faible recherche active des cas de PFA dans les sites prioritaires.
- Insuffisance de la documentation à différents niveaux
- Une insuffisance de financement pour la surveillance active
- L'insuffisance des moyens de déplacement et de communication

### 1.1.3.2 Surveillance de la Rougeole

**Graphique 7 : Evolution des cas et décès de rougeole, 2007 - 2011**



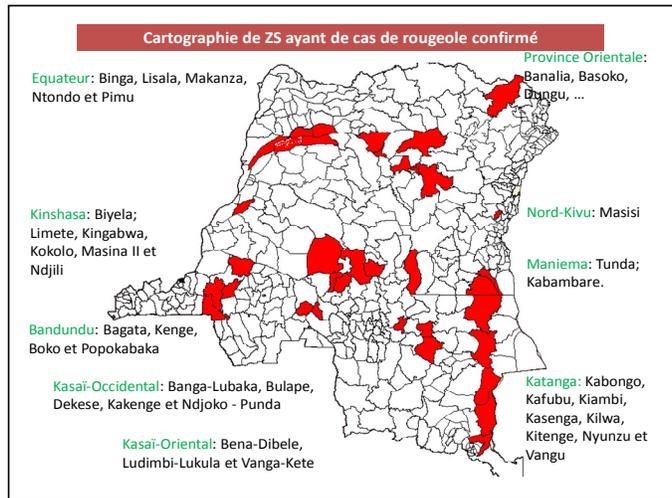
La mise en œuvre des campagnes de suivi a permis de réduire le nombre des cas suspects de rougeole par année, notifiés dans le cadre de la surveillance intégrée, qui est passée de 55 564 en 2007 à 3 503 en 2009, soit une réduction de 94%. Cependant, une augmentation des cas a été encore noté à partir de 2010 et s'est poursuivi jusqu'en 2012. Le non respect du calendrier de la mise en œuvre des campagnes de suivi en 2010 serait à la base de l'écllosion des épidémies de rougeole dans toutes les provinces du pays, dans le

contexte de faible couverture vaccinale de routine.

La réduction de la létalité due à la rougeole n'a été que de 47,6%, alors que l'objectif fixé pour le contrôle de la rougeole est d'au moins 90% (critères d'élimination de l'OMS-Unicef).

Cette contre performance est due à l'insuffisance des kits de prise en charge des cas dans les foyers des épidémies. Néanmoins, la disponibilité des paquets minima d'appui dans certaines ZS et la présence de certains partenaires de terrain (MSF), ont permis d'améliorer tant soit peu la prise en charge des cas.

**Figure 4 :** Représentation des ZS en épidémie de rougeole confirmées, S1 à S24, 2012.



La figure ci contre montre les ZS où les épidémies rougeole ont été confirmées par le Laboratoire (616 cas IgM+) en 2012 (De janvier à juin 2012).

Par ailleurs, la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole reste inférieure à 80% pour la majorité des provinces. Cette situation est due aux raisons évoquées ci-dessus qui sont pratiquement communes à toute la surveillance au cas par cas. Mais de façon spécifique pour la surveillance rougeole,

Source : PEV/DLM

il se pose un problème d'insuffisance de kit de prélèvement. Néanmoins la proportion des échantillons qui arrivent au laboratoire dans le délai de 30 jours est satisfaisante au niveau national.

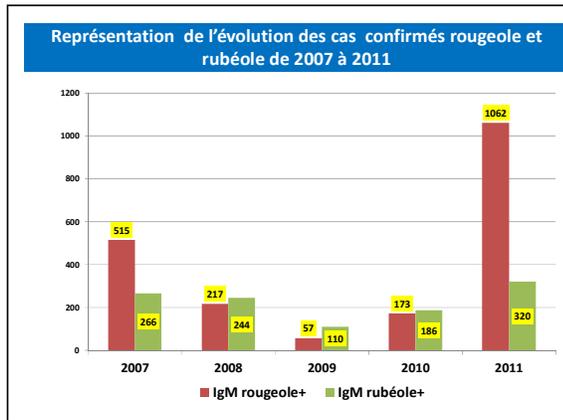
**Tableau XIII :** Indicateurs de performances de la surveillance rougeole en RDC de 2007-2011

Indicateurs	2007	2008	2009	2010	2011
Population totale des ZS concernées	67 272 544	69 290 721	71 369 442	73 510 526	75 715 842
Nombre total de ZS concernées	515	515	515	515	515
Nombre des cas suspects notifiés de rougeole	55 520	12 483	3 503	5031	134 041
Pourcentage de cas suspects prélevés dans les 30 jours	99	100	100	100	99
Pourcentage des cas de rougeole IgM positifs	25	18,2	7	12,8	43
Proportion des ZS ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole	70	71	62	58	72
Pourcentage de ZS avec au moins 1 cas de prélèvement	54%	ND	ND	ND	ND
Taux annualisés des cas suspects de rougeole avec prélèvement de sang	3%	ND	ND	1,9	ND
Taux d'investigation non rougeoleux	ND	78,0	80,4	ND	64,7

Dans ce tableau XIII, nous notons que la proportion des ZS qui notifient au moins un cas suspect de rougeole reste encore faible. Néanmoins la proportion des échantillons de sang qui arrivent

dans un délai de 30 jours au laboratoire national de référence est restée pendant plusieurs années au dessus de 90 %.

**Graphique 8 : Evolution des cas confirmés de rougeole et rubéole, 2007-2011**



En comparant les cas confirmés de rougeole et rubéole au cours de 5 dernières années, nous constatons que quand il y a diminution des cas confirmés de rougeole, les cas résiduels de rubéole deviennent plus importants que les cas de rougeole.

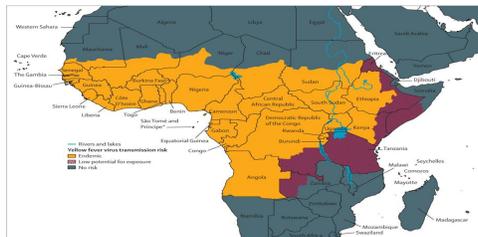
Etant donné cette situation et dans la perspective d'une introduction éventuelle du vaccin contre la rubéole, le pays envisage de mettre en place une surveillance sentinelle des malformations fœtales au sein des grandes maternités.

Source : PEV/DLM

❑ Surveillance de la Fièvre Jaune

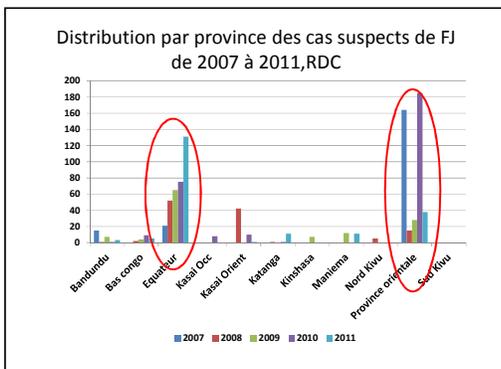
Selon la classification de l'OMS, la RDC n'est pas un pays holo endémique pour la fièvre jaune. Une grande partie du pays du pays comporte un risque élevé de transmission de la fièvre jaune excepté la province du Katanga.

**Figure 5 : Répartition géographique des pays à risque pour la Fièvre Jaune en Afrique (OMS)**



Comme on peut le remarquer sur la carte ci contre l'écosystème favorable pour la transmission de la fièvre jaune couvre une majeure partie des pays de la région équatoriale et subéquatoriale de l'Afrique. Plusieurs provinces de la RDC se trouvent dans cette zone.

**Graphique 9 : Distribution par province des cas suspects de FJ en RDC, 2007-2011**



En 2010, 289 cas suspects ont été notifiés parmi lesquels 1 cas confirmé IgM+ par le laboratoire régional de référence basé à Dakar et une riposte a été organisée autour de ce cas (ZS Titule, Province Orientale).

Depuis 2007, 10 provinces de la RDC à l'exception de la province du Sud Kivu, ont

notifié les cas suspects de la fièvre jaune. Toutefois, la province de l'Equateur et la Province Orientale ont rapporté plus de cas suspects de fièvre jaune.

Dans l'ensemble par rapport aux indicateurs de la surveillance FJ, on note une faible proportion des ZS notifiant au moins un cas suspect de FJ par rapport à la norme de 80% pendant la période. Les raisons de cette faiblesse sont une fois de plus attribuables à l'insuffisance de la formation en surveillance et des difficultés d'ordre logistiques pour le prélèvement et le transport des spécimens.

#### □ Surveillance du TNN

Le pays est en retard de l'élimination du tétanos néonatal. En 2010, 80 ZS avaient été identifiées comme ZS à haut risque. Malgré les différentes campagnes organisées, les résultats de la surveillance montrent que le tétanos néonatal demeure un problème majeur dans le pays. Les difficultés d'utilisation du formulaire 4 seraient à la base de la sur notification (la tranche d'âge ciblée de 0-28 jours n'y figure pas). La létalité reste élevée. Le problème majeur constaté est en rapport non seulement avec la sous notification des cas mais aussi la faible investigation des cas et riposte autour du cas. La cause de la faible performance est toujours attribuable à l'insuffisance de formation formelle des prestataires en surveillance et au faible accompagnement du niveau opérationnel. Une nouvelle classification faite en octobre 2012 a permis d'identifier 87 ZS à haut risque TMN.

**Tableau XIV : Données comparatives des cas et décès de TNN par province de la RD Congo de 2006 à 2011**

Année	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Bandundu	51	21	93	49	54	20	81	36	70	39	56	29
Bas-Congo	6	4	9	4	15	10	13	8	17	13	5	2
Equateur	100	39	70	27	274	130	344	120	203	62	220	53
Kasaï-Occ.	169	20	68	30	88	40	63	28	71	45	67	29
Kasaï-Or.	170	79	191	96	189	85	122	62	154	71	130	47
Katanga	127	60	168	78	153	67	156	70	148	72	141	70
Kinshasa	30	8	41	6	55	11	29	1	40	8	25	5
Maniema	164	71	126	61	85	34	92	42	79	26	90	37
Nord-Kivu	32	12	33	10	24	7	33	12	16	3	7	4
Orientale	424	283	305	180	328	202	199	130	225	139	202	116
Sud-Kivu	63	35	43	22	39	17	21	7	15	5	22	4
<b>Total</b>	<b>1336</b>	<b>632</b>	<b>1 147</b>	<b>563</b>	<b>1304</b>	<b>623</b>	<b>1153</b>	<b>516</b>	<b>1038</b>	<b>483</b>	<b>965</b>	<b>396</b>

Source : 4<sup>ème</sup> direction (Direction de la Lutte contre la maladie)

#### □ Surveillance sentinelle pour les nouveaux vaccins :

Cette surveillance a été lancée en août 2009 par le réseau de surveillance des nouveaux vaccins de l'OMS AFRO. Elle a démarré dans trois hôpitaux dont deux dans la ville province de Kinshasa (Hôpital Pédiatrique de Kalembelembe et Centre Hospitalier de Kingasani) et à Lubumbashi dans la province du Katanga (Hôpital Provincial Sendwe). Ces trois sites ont mis en place concomitamment la surveillance des gastroentérites à Rotavirus et celle des méningites

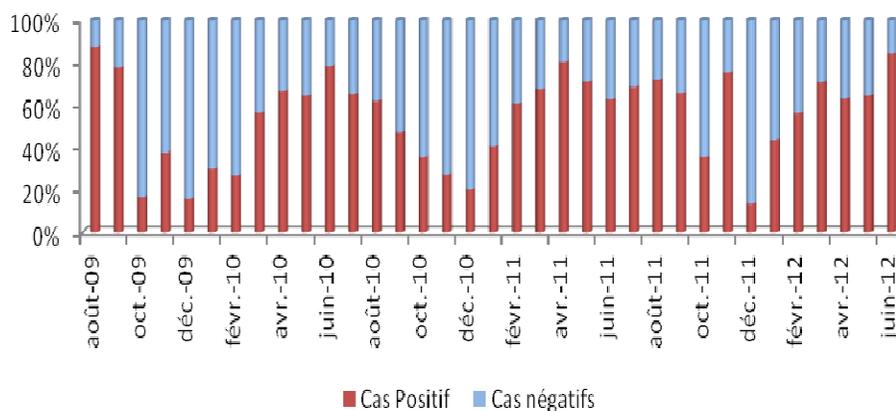
bactériennes en milieu pédiatrique pour la recherche des infections à *Haemophilus influenzae* de type b, à *Streptococcus pneumoniae* et à *Neisseria meningitidis*. Ci-dessous les résultats de cette surveillance d'août 2009 à juin 2012.

#### □ Surveillance des gastroentérites à Rotavirus :

Un total de 1 551 cas de gastroentérite sévères chez les enfants de moins de cinq ans ont été enregistrés. Sur 1 529 échantillons examinés, 931 ont été positifs au Rotavirus par Elisa, soit 61%.

Une saisonnalité de l'apparition de cette maladie a été mise en évidence, relevant que la période d'octobre à janvier est celle de la faible transmission de l'infection à Rotavirus dans les sites de Kinshasa et de Lubumbashi.

**Graphique 10 : Evolution mensuelle des cas de gastroentérites à Rotavirus, d'août 2009 à juin 2012, RDC**



Cette surveillance utilise les laboratoires de référence de MEDUNSA, SA et de CDC Atlanta, USA, pour le génotypage et le contrôle de qualité.

La surveillance des MBP a connu un certain nombre de problèmes à son démarrage liés à la faible implication des cliniciens des sites, la difficulté de conservation des échantillons et d'isolement des germes.

#### □ Autres maladies

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

#### □ Surveillance des MAPI

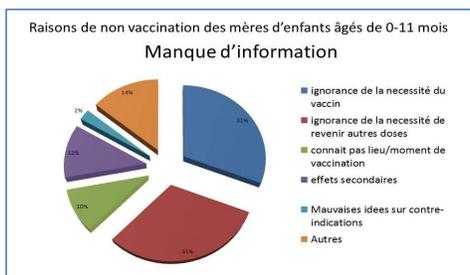
Avec l'introduction du nouveau vaccin (PCV-13) le Comité de surveillance des manifestations adverses post immunisation (MAPI) a été redynamisé grâce notamment à l'appui du centre national de pharmacovigilance de la faculté de pharmacie de l'Université de Kinshasa. Les différents outils ont été produits et diffusés dans les Zones de Santé. Le comité de surveillance des MAPI travaille dans le cadre du renforcement de l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) conformément aux activités reprises dans le plan de développement institutionnel (PDI). La grande difficulté pour la surveillance des MAPI est l'absence d'un outil permettant une collecte systématique de ces données par les structures qui vaccinent.

## II.5 Communication pour le PEV

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

### Analyse de la communication pour la vaccination de routine

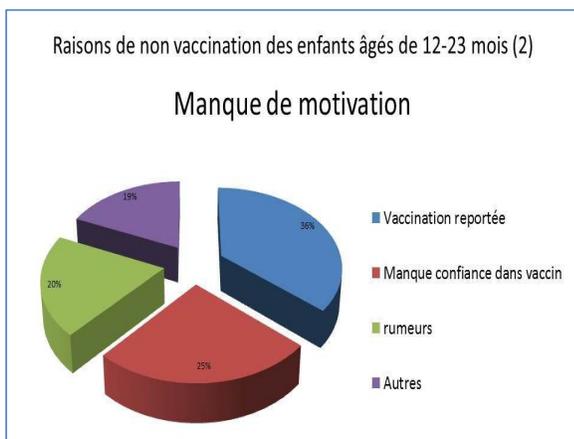
Graphique 11 : Raisons de non vaccination des mères d'enfants âgés de 0-11 mois



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

Source: Enquête de couverture vaccinale, 2012

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



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

Source : Enquête de couverture vaccinale, 2012

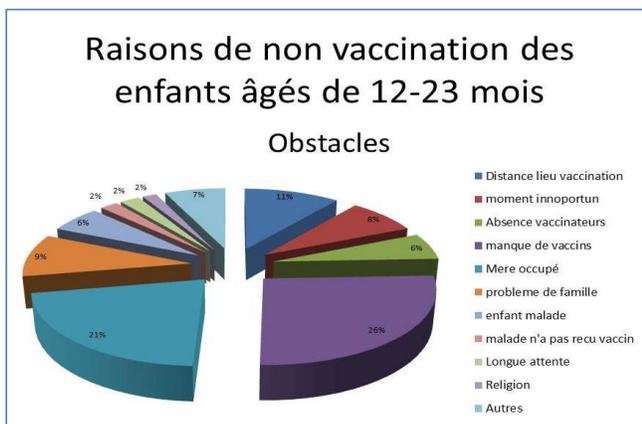
### Obstacles liés à la qualité des services de vaccination

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

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

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

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



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

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

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

En effet, le Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé (PNCPS), qui a en charge l'orientation stratégique et la coordination des activités de communication sur la santé en RDC connaît un faible niveau de fonctionnement. Au niveau provincial, il existe des points focaux communication au sein des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et la quasi-totalité des zones de santé disposent d'animateurs communautaires, responsables des activités de communication et de participation communautaire. Si des efforts sont en cours pour renforcer les capacités en communication de ces cadres des niveaux provincial et opérationnel, la quasi-totalité des relais communautaires et des agents de santé pourtant chargés d'assurer la communication avec les familles ne sont pas formés. La revue externe du PEV montre que près de 90% des structures visitées (à différents niveaux) souffrent de manque de matériels et de supports de vaccination. Les seuls supports présents dans les zones de santé sont la boîte à images (BI) du PEV et la Carte Merci (Aide-mémoire de l'agent de santé). En outre, il convient de signaler que les

supports actuellement disponibles n'ont pas encore intégré les informations sur les nouveaux vaccins (Penta, PCV-13).

La revue a noté l'inexistence de plans de communication basés sur les données sociales dans plus de trois quart des zones de santé du pays. La nouvelle politique du ministère de la santé publique instaure l'élaboration des Plans d'Action Opérationnels dans les zones de santé. Cependant, dans la majorité de ces zones, la composante communication (liens avec la communauté) n'est que faiblement intégrée dans les plans d'action. Et quand bien même elle y est intégrée, sa mise en œuvre est très souvent sujette à caution. Pour parer à cette insuffisance, 102 zones de santé sur 515 ont pu, avec l'appui de l'UNICEF, développer et mettre en œuvre des micros plans de communication pour le PEV en 2011. Dans bon nombre des autres zones, les agents chargés de la communication ne travaillent que sur la base d'activités ponctuelles et événementielles, notamment lors des campagnes.

Par ailleurs, la politique nationale du PEV prône l'implication de la communauté dans les activités de vaccination et de surveillance des maladies, depuis la planification jusqu'à l'évaluation, à travers les comités de santé (CODESA). Dans la pratique, la situation est bien différente. La revue externe souligne que l'apport des CODESA et des ReCo a été accru dans les localités visitées. Mais, avec le désengagement progressif des ReCo pour manque de motivation dans certaines zones de santé, la question de la durabilité et de la pérennité de la participation reste pleinement posée.

Dans le même cadre, un partenariat tripartite a été institué entre le gouvernement de la RDC, l'UNICEF et les 5 principales confessions religieuses du pays, à savoir l'Eglise catholique, l'Eglise du Réveil, l'Eglise Protestante, l'Eglise Kimbanguiste et la Communauté Islamique au Congo, pour assurer la promotion des pratiques familiales essentielles au sein desquelles figure la vaccination. Cependant, il est important de consolider ce partenariat en renforçant les capacités de ces églises en approches communautaire plus participatives.

En ce qui concerne les ONGs, la revue externe du PEV fait ressortir que la plupart des ONG sont implantées au niveau central plutôt qu'au niveau opérationnel. Parmi celles impliquées au niveau opérationnel et qui opèrent à travers tout le pays, on retrouve notamment « RDC Compétences », la Croix-Rouge, CARITAS ou encore SANRU. Elles organisent localement des journées de mobilisation communautaire et peuvent être des leviers très intéressants pour les actions de communication.

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

Les efforts de plaidoyer en direction des autorités commencent à porter des fruits : inscription de la vaccination dans le budget de l'état, début d'achat de vaccins, décaissement d'une partie de la contrepartie gouvernementale dans le cofinancement de la vaccination. En province, certains gouvernements provinciaux (Katanga, Equateur, Bandundu et au Nord-Kivu) ont également contribué à l'achat du pétrole, à l'achat des seringues BCG, au transport des intrants de Kinshasa vers la province et de la province vers les zones de santé. Ces efforts doivent être poursuivis et renforcés.

#### **Pour les Activités de vaccination supplémentaire**

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

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

Le monitoring indépendant des JNV de Juin 2012 chiffre à 19%, la proportion des enfants non vaccinés dû au refus. Lors des AVS TMN, la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner est estimée à environ 10 %.

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

Les rapports d'évaluations de différentes campagnes et l'étude sur les enfants manqués fustigent également le mauvais recrutement des vaccinateurs (trop jeunes, extérieurs à la communauté), la faible implication de la communauté dans la planification des AVS, la mauvaise communication autour des effets secondaires et des actions insuffisantes pour prévenir et lutter contre les rumeurs. Parmi les rumeurs les plus répandues, on peut citer entre autres : les vaccins sont considérés comme étant dangereux pour la santé, ils engendrent de nombreux effets secondaires (dont les diarrhées), ils sont un poison introduit par l'homme blanc, etc.

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

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

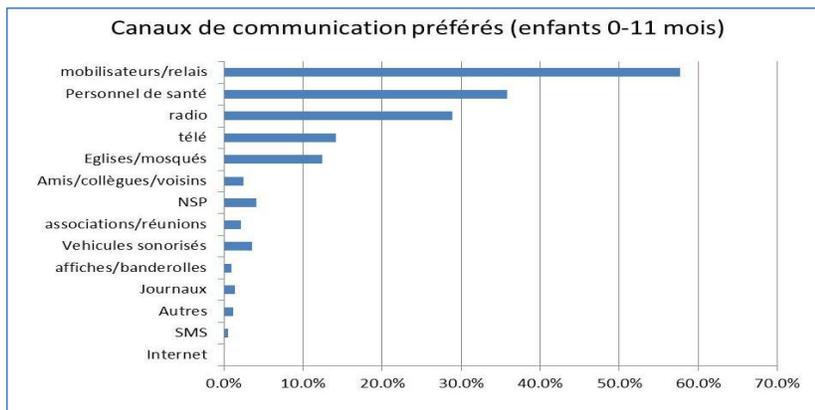
#### **Analyse de la communication pour la Surveillance des maladies**

Contrairement aux activités supplémentaires de vaccination, la surveillance communautaire des maladies semble ne pas bénéficier de beaucoup d'appui de la communication. Ainsi, le principal problème de la communication demeure la faible participation de la communauté dans la surveillance des maladies. Outre les raisons évoquées ci-haut dans l'analyse de la communication

pour la vaccination de routine, cette faiblesse est notamment due à la faible vulgarisation des définitions profanes des maladies évitables par la vaccination, au manque de formation des relais communautaires et non motivés et à la non diversification des canaux de communication.

### Les atouts de la communication pour la vaccination

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



Source: Enquête de couverture vaccinale, 2012

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

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

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

---

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

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

Dans le domaine de la communication pour le PEV, il faut noter aussi d'autres atouts tels que :

- 55 gestionnaires provinciaux du PEV et de la communication (MCP, Logisticiens provinciaux, Data Manager, Chargé de communication de la DPS, Présidents des commissions MOSO) formés en planification stratégique, mise en œuvre et évaluation de la communication en 2012 ;
- Equipes cadre de 221 Zones de santé sont formés en planification stratégique et en approches communautaires pour la promotion de la vaccination, en 2012 ;
- 150 délégués de 5 confessions religieuses de la ville province de Kinshasa, de Goma dans la province du Nord Kivu et de Lubumbashi dans la province du Katanga et plus de 2500 animateurs de base des confessions religieuses formés sur la promotion de 5 pratiques familiales essentielles dont la vaccination ;
- 600 boîtes à image et 2.200 cartes MERCI produites au bénéfice des Zones de santé appuyées par SANRU/AXxès.

## II.6 Management et gestion des ressources

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

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

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

Un mémorandum d'entente définissant les engagements de chaque partenaire ainsi que ceux du Gouvernement, est signé chaque année au regard du plan d'action annuel produit par le programme avec ses partenaires. Cependant il se pose un problème de la concrétisation des engagements pris par les différentes parties prenantes.

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

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

Dans le domaine de la planification, le PEV se réjouit de voir ses activités prises en compte par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré par le Ministère de la Santé Publique qui couvre une période de cinq ans. Le présent PPAC s'aligne dans la logique du PNDS que le Gouvernement doit financièrement appuyer pour une meilleure mise en œuvre des activités sur

terrain. Dans cette optique, les structures PEV réalisent chaque année à tous les niveaux avec la participation de tous les partenaires et de la communauté un exercice de planification.

A ce jour, il est incertain d'avancer des effectifs corrects du personnel employé dans le programme du fait des affectations multiples des autorités à plusieurs niveaux (central et provincial). Toutefois, la Direction utiliserait près de 119 agents tandis que le niveau intermédiaire en utiliserait près de 325. Soit un total provisoire de 444 agents. La gestion de la carrière publique n'est pas assurée et l'on assiste à la démotivation provoquant la fuite des cadres. Il y a lieu d'espérer qu'avec l'atteinte du point d'achèvement PPTE et de l'austérité budgétaire, que les secteurs sociaux bénéficieront d'une attention particulière du Gouvernement.

## II.6.1 Financement

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

Tableau XV : EVOLUTION DU BUDGET DE L'ETAT ET DU SECTEUR DE LA SANTE, RDC, 1998-2010

Années	Prévision Budget global en Fc	Exécutions Budget global en Fc	Taux d'exécution	Prévisions Budget Santé	Exécutions Budget Santé	Taux d'exécution Budget Santé	Taux Santé Budget global
1998	680 848 463,00	572 001 443,00	84,00%	12 304 616,00	10 967 616,00	89,00%	1,81%
1999	739 692 508,00	739 692 508,00	100,00%	125 234 333,00	125 234 333,00	100,00%	1,69%
2000	1 108 269 326,00	1 025 704 800,00	92,55%	10 469 422,00	1 782 044,00	17,00%	0,94%
2001	328 830 688,00	498 628 088,00	151,64%	10 978 871,00	3 600 861,00	33,00%	3,34%
2002	580 188 092,00	527 957 268,00	91,00%	4 725 654,00	944 010,00	20,00%	0,81%
2003	905 342 872,00	709 608 221,00	78,38%	23 911 701,00	22 768 880,00	95,00%	2,64%
2004	1 168 244 552,00	183 971 355,63	14,49%	84 175 668,00	22 653 576,00	27,00%	7,21%
2005	1 791 487 613,00	1 375 620 715,00	76,79%	79 858 697,00	51 219 329,00	64,00%	4,46%
2006	2 178 731 940,00	1 397 559 718,00	64,15%	96 019 449,00	45 198 481,00	47,00%	4,41%
2007	2 446 981 439,00	1 625 249 346,00	66,42%	88 589 100,00	96 407 247,00	109,00%	3,62%
2008	3 562 830 326,00	2 762 935 307,00	77,55%	107 581 930,00	107 235 491,00	99,00%	3,02%
2009	4 995 544 984,00	2 783 606 796,00	55,72%	264 049 473,00	390 917 761,00	148,00%	5,29%
2010	5 898 924 484,30	1 067 015 954,50	18,00%	342 752 070,19	31 135 042,90	9,08%	5,81%

Source : Ministère du Budget, des Finances et PEV

En considérant la part des budgets de santé dans les prévisions globales de l'Etat de 2005 à 2010, il est noté que l'évolution se fait à dents de scie à part les trois dernières années (2008-2010). Cependant, l'utilisation des fonds alloués reste un grand problème à cause des difficultés de décaissement. D'autre part, l'évolution du budget de santé dans le budget global en pourcentage a aussi gardé le même rythme (dents de scie) pour se stabiliser les deux dernières années.

Tableau XVI : Evolution des dépenses gouvernementales allouées aux activités de vaccination  
RDC, 2004-2010

Années	Prévisions en CDF	Exécutions en CDF	Prévisions en USD	Exécutions en USD	Taux d'exécution
2004	1 465 595	1 465 595	3 856,83	3 856,83	100%
2005	ND	ND	ND	ND	ND
2006	1 858 140	1 858 140	4 039,43	4 039,43	100%
2007	52 980 140	2 980 140	94 607,39	5 321,68	5,63%
2008	102 980 140	2 980 140	205 960,28	5 960,28	2,89%
2009	438 938 600	106 037 600	750 322,39	124 901,88	16,65%
2010	4 519 943 000	2 018 800	4 754 831,69	2 123,71	0,04%

Source: Ministère du Budget, des Finances et PEV

Le tableau XVI montre que de 2004 à 2006, les seules dépenses consenties par le gouvernement ne concernaient que les salaires des agents du PEV, aucune dépense relative au fonctionnement n'a été prévue au budget. Toutes fois, en 2007-2008 il a été introduit les interventions sociales pour le programme et en 2009 les salaires, le fonctionnement, vaccins et appui à la campagne de vaccination ont été inscrits dans le budget. Cependant, il est à déplorer que la ligne budgétaire « cofinancement » dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins ne soit toujours pas inscrite au budget.

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

## II.6.2 Renforcement des capacités

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

Eu égard à la mobilité du personnel formé, la formation professionnelle en management des SSP et MLM doit être régulièrement organisée pour d'accroître les capacités des agents et cadres impliqués dans la gestion du programme. Cette formation nécessite des ressources additionnelles qui doivent être mobilisées à tous les niveaux.

### III. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS

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

#### Forces

- L'inscription dans le budget de l'Etat consacré à la Santé d'une ligne sur l'achat des vaccins, intrants spécifiques ;
- Existence d'un plan d'extension et de réhabilitation de la logistique
- Intégration de la vaccination dans plus de 90% de structures de santé ;
- Existence des plans des campagnes (préventives et ripostes aux épidémies)
- Maintien des principaux indicateurs de la surveillance PFA au niveau de standard de certification ;
- Existence d'une cartographie des groupes réfractaires/résistants à la vaccination (Sinaï à Malemba Nkulu, Apostolots dans le Haut Katanga, Kitawala à Kabondo Dianda et Antenne de Kalemie, Wash Tower Bible à Ankoro, ...).

#### Faiblesses

- Rupture de stock en vaccins et matériels d'injection à tous les niveaux
- Persistance d'un grand nombre d'enfants non vaccinés : 607 771 enfants non vaccinés au DTC-HepB-Hib3 en 2011;
- Disparité des indicateurs de surveillance entre les différentes provinces (Equateur, Maniema, Katanga, Sud Kivu et Nord Kivu)
- Faible qualité des données de vaccination
- Retard d'introduction du nouveau vaccin PCV -13 dans les autres provinces (6 provinces sur 11) lié au cofinancement et à l'insuffisance de la chaîne de froid
- Insuffisance de la qualité des AVS menées (polio et rougeole)
- Persistance des épidémies de rougeole qui affectent surtout les enfants de moins de 5 ans
- Insuffisance des ressources matérielles et financières pour la mise en œuvre de toutes les stratégies de vaccination
- Retard dans la décentralisation du dépôt de Kinshasa en dépôts déconcentrés de Lubumbashi, Kisangani et Goma
- Insuffisance d'outils de gestion actualisés à tous les niveaux;
- Faible fonctionnalité du Programme National de Communication pour Promotion de la Santé à tous les niveaux
- Non réalisation des recherches opérationnelles en rapport avec les activités de vaccination
- Insuffisance de capacité de stockage nette en positif au niveau de l'entrepôt national
- Inexistence de plan d'urgence au niveau de l'entrepôt national

#### Opportunités

- Disponibilité des fonds GAVI-RSS et appui Banque Mondiale;
- Opportunités des financements : Financement USAID/PROSANI, FED 10, etc.
- Existence des appuis de différents partenaires sur terrain (PARSS, BAD).
- Existence d'un réseau des parlementaires nationaux pour l'appui à la vaccination
- Existence de plus de 320 radios communautaires à travers le pays en appui à la vaccination
- RDC, sélectionné parmi les 6 pays éligibles par GAVI pour bénéficier un appui pour les activités de vaccination supplémentaires anti rougeoleuses

### Menaces

- Libération partielle de la quote part du gouvernement comme prévu dans le PPAC ;
- La persistance des foyers d'insécurité dans certaines provinces (Sud Kivu, Nord Kivu, Province Orientale et Equateur) ;
- La circulation du PVS dans les pays d'Afrique centrale;
- L'instabilité du personnel formé

## IV. PROBLEMES PRIORITAIRES

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

### 4.1. Prestations de services

- Persistance du grand nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés (607 771 au DTC-HépB-Hib3)
- Faible qualité des données de vaccination (FV en DTC3 de 56,6%, IQ de 26,1%) ;
- Retard dans le processus d'introduction du vaccin contre les infections à Pneumo (5/11 provinces)

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

- Faible disponibilité des vaccins et des matériels d'inoculation à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement d'injection ;
- Faible suivi de qualité des vaccins et de la vaccination à tous les niveaux.

### 4.3. Surveillance

- Faible performance du système de surveillance dans certaines provinces
- (Fonctions de la surveillance : Détection, notification et rapportage, analyse, investigation et confirmation biologique, riposte, retro information, évaluation, préparation);
- Faible connaissance du poids des maladies éligibles pour les nouveaux vaccins ;
- Faible allocation des ressources à la surveillance et urgences PEV.

### 4.4. Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

- Risque de la circulation du Poliovirus sauvage dans le pays (23 ZS à haut risque, 384 ZS à risque moyen et 107 ZS à risque bas)
- Circulation du poliovirus dérivé (13 cas en 2011 et 17 Cas en 2012)
- Flambée des épidémies de la rougeole (515 cas confirmés 2007, 217 cas en 2008, 57 cas en 2009, 173 cas en 2010, 1062 cas en 2011, 616 cas jusqu'en août 2012)
- Flambée des épidémies de la fièvre jaune (2 cas confirmés dans la province Orientale en 2010);
- Persistance des ZS à haut risque TMN (87 ZS)
- Risque d'épidémie à Méningite à méningocoque (les provinces Orientale et de l'Equateur);

### 4.5. Communication pour le PEV

- 20% des parents et gardiens d'enfants de moins d'un an ne demandent pas les services de vaccination de routine ;

- 46% des parents n'ont pas été informés sur l'introduction du nouveau vaccin au niveau opérationnel dans les provinces ayant introduit le PCV13 ;
- 19% des parents des enfants non vaccinés refusent la vaccination lors des campagnes polio ;
- 10% des femmes en âge de procréer refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN;
- Faible participation de la population à la surveillance des maladies.

#### 4.6. Financement et Management

- Inadaptation du cadre légal et institutionnel du PEV ;
- Faible capacité de pilotage du programme ;
- Faible capacité managériale en gestion du PEV à tous les niveaux ;
- Forte dépendance du PEV vis-à-vis des partenaires extérieurs pour son financement ;
- Faible financement interne (niveaux central et provincial).

### V. OBJECTIFS DU PEV

#### 5.1. Objectif général

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

#### 5.2. Objectifs spécifiques

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

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

Tableau XVII : Projection des objectifs de couverture vaccinale et de réduction des taux de perte en vaccins de 2011 à 2015

Type de Vaccins	Objectifs de la Couverture Vaccinale				Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin			
	2011*	2013	2014	2015	2011	2013	2014	2015
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Vaccins Traditionnels</b>								
BCG	89%	93%	94%	95%	30%	30%	28%	26%
TT - Femmes enceintes	62%	85%	88%	90%	20%	20%	20%	18%
Rougeole	75%	85%	88%	90%	20%	20%	18%	15%
Polio (VPO) (1)	89%	89%	91%	93%	14%	14%	14%	14%
Polio (VPO) (3)	82%	85%	88%	90%				
<b>Vaccins sous-utilisés et nouveaux</b>								
Fièvre Jaune	71%	85%	88%	90%	20%	20%	18%	15%
DTC-HepB-Hib (1)	85%	89%	91%	93%	5%	10%	10%	10%
DTC-HepB-Hib (3)	77%	85%	88%	90%				
Pneumo-13 (1)**	%	89%	91%	93%	5%	5%	5%	5%
Pneumo-13 (3)**	%	85%	88%	90%				

Type de Vaccins	Objectifs de la Couverture Vaccinale				Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin			
	2011*	2013	2014	2015	2011	2013	2014	2015
Rota virus								
Rougeole (2)								
<b>Campagne de Vaccination</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Polio	100%	100%	100%	100%	10%			
Rougeole	100%	100%	100%	100%	15%			
Tétanos néonatal	100%	100%	100%	100%	15%			
Vitamine A	100%	100%	100%	100%	10%	10%	10%	10%
Mébéndazole	100%	100%	100%	100%	10%	10%	10%	10%
MII	100%	100%	100%	100%	2%	2%	2%	2%

\*Résultats de l'ECV selon la carte et l'histoire

\*\*Couverture vaccinale pour 5 provinces

## Objectifs spécifiques

### a) Prestation des services

- Réduire la proportion d'enfants non ou insuffisamment vaccinés de 23% à moins de 10% d'ici 2015.
- Porter de 26% à 80% la proportion des ZS avec indicateurs de qualité des données à leurs valeurs maximales (Facteur de Vérification à 100% et Indice de Qualité à au moins 80%) d'ici 2015. Porter de 26% à 80% la proportion des ZS avec indicateurs de qualité des données à leurs valeurs maximales (Facteur de Vérification à 100% et Indice de Qualité à au moins 80%) d'ici 2015.
- Augmenter de 5 à 11 la couverture des provinces qui ont introduit le vaccin contre les infections à pneumocoque d'ici 2013.

### b) Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

- D'ici 2015, porter à 100% le taux de disponibilité de vaccins de qualité et matériels d'injections dans les 515 zones de santé du pays ;
- D'ici 2015, assurer le suivi de la qualité de vaccins et de la vaccination à tous les niveaux.

### c) AVS

D'ici 2015 :

- Eradiquer la polio en RDC ;
- Arrêter la circulation de cVDPV en RDC ;
- Contrôler la rougeole;
- Eliminer le TNN en RDC ;
- Contrôler la fièvre jaune ;
- Contrôler la méningite.

#### d) Surveillance

- Accroître et maintenir d'ici 2015 les indicateurs de la surveillance cas par cas au standard de la certification ;
- Atteindre les critères de performances pour la détection des germes au niveau des sites ; sentinelles (Hib 5%, pneumo 10% et Neisseria Meningitidis 5%, Rotavirus 30%)
- Étendre la surveillance pour les nouveaux vaccins aux HPV d'ici 2015.

#### e) Communication

D'ici à fin 2015 :

- Réduire de 20% à moins de 10 % la proportion de parents et gardiens d'enfants de moins d'un an qui ne demandent pas les services de vaccination de routine.
- Réduire de 19 % à moins de 10 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus.
- Maintenir à plus de 90 % le niveau d'information de la population lors des AVS.
- Réduire de 10% à moins de 7 % la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN.
- Au moins 20% des cas des maladies évitables par la vaccination seront détectés par la Communauté.
- 100% des parents réclament la vaccination complète de leurs enfants
- D'ici à fin 2013, susciter la demande du nouveau vaccin dans les 6 provinces devant introduire le PCV 13.

#### f) Gestion du Programme

D'ici 2015 :

- Rendre fonctionnel le CCIA stratégique au niveau central et provincial ;
- Assurer régulièrement le suivi et l'évaluation des activités de vaccination dans les provinces ;
- Assurer la pérennité financière du Programme ;
- Réaliser à 100% les audits dans les structures du PEV ;
- Chaque année, assurer le paiement à 100% du cofinancement du Gouvernement dans le budget de l'Etat.

## VI. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE DU PEV

### 6.1. PEV de Routine

- a. Renforcement de la mise en œuvre de 5 composantes de l'approche ACZ ;
- b. Amélioration de la qualité des données ;
- c. Introduction des nouveaux vaccins ;
- d. Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination ;
- e. Renforcement de l'assurance qualité de vaccins.
- f. Plaidoyer pour un engagement plus important des autorités et des partenaires en faveur de la vaccination ;
- g. Mobilisation sociale et partenariat ;
- h. Communication pour le changement social et de comportement.
- i. Redynamisation des organes de coordination

### 6.2. AVS

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

### 6.3. Surveillance

- a. Renforcement de la surveillance au cas par cas pour les maladies à éradiquer, à contrôler et à éliminer ;
- b. Renforcement de la surveillance sentinelles des maladies concernées par les nouveaux vaccins (gastroentérite à Rotavirus et MBP pour le Hib, Streptococcus Pneumonia et le Neisseria meningitidis ;
- c. Renforcement de la surveillance des MAPI ;
- d. Renforcement de la recherche opérationnelle pour la surveillance et la collecte des données pour les maladies concernées pour les vaccins à venir (HPV).

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

**Tableau XVIII : Objectifs et jalons de 2013 à 2015**

Objectifs	2011	2013	2014	2015
Réduire la proportion d'enfants non ou insuffisamment vaccinés de 23% à moins de 10% d'ici 2015	23%	18%	15%	10%
Porter de 26% à 80% la proportion des ZS avec indicateurs de qualité des données à leurs valeurs maximales (Facteur de Vérification à 100% et Indice de Qualité à au moins 80%) d'ici 2015	26%	58%	75%	80%

Objectifs	2011	2013	2014	2015
Augmenter de 4 à 11 le nombre des provinces qui ont introduit le vaccin contre les infections à pneumocoque d'ici 2013	4	11		
D'ici 2015, porter à 100% le taux de disponibilité de vaccins de qualité et matériels d'injections dans les 515 zones de santé du pays	4%	100%	100%	100%
D'ici 2015, éradiquer la polio en RDC	93 PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS	Atteindre la phase de pré certification de l'éradication de la polio
D'ici 2015, arrêter la circulation de cVDPV en RDC	17 cVDPV	Arrêter la circulation du cVDPV	Maintenir l'arrêt de la circulation de cVDPV	Maintenir l'arrêt de la circulation de cVDPV
D'ici 2015, contrôler la rougeole	177	Réduire l'incidence de la rougeole à moins de 5 cas pour 100 000 habitants	Réduire l'incidence de la rougeole à moins de 5 cas pour 100 000 habitants	Réduire l'incidence de la rougeole à moins de 5 cas pour 100 000 habitants
D'ici 2015, éliminer le TNN en RDC (moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes)	80 ZSHR	Réduire le nombre des Zone de santé à haut risque de TMN de 87 à 58	Réduire le nombre des Zones de santé à haut risque de TMN de 58 à 0	Maintenir le statut d'élimination (moins d'un cas pour 1 000 NV)
D'ici 2015, contrôler la fièvre jaune	0 cas FJ confirmé	Réduire la morbi-mortalité spécifique due à la fièvre jaune	Réduire la morbi-mortalité spécifique due à la fièvre jaune	Réduire la morbi-mortalité spécifique due à la fièvre jaune
D'ici 2015, contrôler la méningite	ND	Démarrage du processus préparatoire	Réduire la morbi-mortalité spécifique due à la méningite	Réduire la morbi-mortalité spécifique due à la méningite
Surveillance PFA : porter de 5 provinces à 11 avec 2 indicateurs majeurs (Tx PFA NP et proportion de 2 Ech prélevés dans les 14 jours)	5 provinces	9/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces
Surv Rougeole: Porter de 4 prov à 11 notifiant au moins dans 80% des ZS les cas suspects	4 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces	11/11 provinces
Sur FJ : Porter de 5 prov à 11 qui notifiant au moins 1 cas suspects dans 80% des ZS	5 provinces	7/11 prov	9 prov /11	11 /11 provinces
Atteindre les critères de performances pour la détection des germes au niveau des sites sentinelles (Hib 5%, pneumo 10% et Neisseria Meningitidis 5%, Rotavirus 30%)	ND	600 cas suspects de MBP	700 cas de MBP	750 cas de MBP
	ND	Détection Hib: 2,5%	Détection Hib: 3,5%	Détection Hib: 5%
	ND	Pneumo: 5%	Pneumo: 7,5%	Pneumo: 10%
	ND	Méningocoque: 3%	Méningocoque: 4%	Méningocoque: 5%

Objectifs	2011	2013	2014	2015
Etendre la surveillance pour les nouveaux vaccins aux HPV d'ici 2015	NA	Mettre en place un dépistage passif en CPN à 4 sites pilotes à Kinshasa	Elargir à Kisangani, Goma et Lubumbashi	Consolider et maintenir le fonctionnement des sites
D'ici à fin 2015, réduire de 20% à moins de 10 % la proportion de parents et gardiens d'enfants de moins d'un an qui ne demandent pas les services de vaccination de routine.	20%	17 %	15 %	10%
D'ici 2015, porter la proportion des réunions de CCIA stratégiques tenues au niveau central 25% à 100%	25%	100%	100%	100%
D'ici 2015, porter la proportion des réunions de CCIA techniques tenues au niveau central 67% à 100%	67%	100%	100%	100%
D'ici 2015, porter de 40% à 80% la moyenne des réalisations des activités de suivi et évaluation dans les provinces	40%	70%	75%	80%
D'ici 2015, Augmenter la part du budget du PEV alloué par le Gouvernement	4%	8%	13%	20%
D'ici 2015, réaliser à 100% les audits dans les structures du PEV	0%	50%	80%	100%
D'ici 2015, Assurer annuellement 100% la part de cofinancement du gouvernement dans le budget de l'Etat	65%	100%	100%	100%

**Tableau XIX : Stratégies et activités par objectif**

Objectifs	Stratégies	Activités principales
Réduire la proportion d'enfants non ou insuffisamment vaccinés de 23% à moins de 10% d'ici 2015	Renforcement de la mise en œuvre de 5 composantes de l'approche ACZ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre à la disposition de tous les niveaux les documents stratégiques et normatifs du programme</li> <li>2. Appuyer les ZS dans la mise en œuvre des 5 composantes de l'ACZ</li> <li>3. Intégrer à la vaccination les autres interventions à haut impact pour la santé de la mère et la survie de l'enfant</li> </ol>
Porter de 26% à 80% la proportion des ZS avec indicateurs de qualité des données à leurs valeurs maximales (Facteur de Vérification à 100% et Indice de Qualité à au moins 80%) d'ici 2015	Amélioration de la qualité des données	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réaliser trimestriellement un DQS dans les 515 ZS et semestriellement un DQS indépendant dans au moins 10% de ZS</li> <li>2. Evaluer la qualité des données (EQD) de vaccination 1 fois l'an dans 25% de ZS des provinces sélectionnées (2 en 2013, 2 en 2014 et 2 en 2015)</li> <li>3. Organiser les réunions mensuelles de validation des données de vaccination à tous les niveaux</li> </ol>

Objectifs	Stratégies	Activités principales
Augmenter de 5 à 11 le nombre des provinces qui ont introduit le vaccin contre les infections à pneumocoque d'ici 2013	Introduction des nouveaux vaccins	1. Introduire le PCV-13 dans les 6 provinces 2. Organiser l'évaluation post introduction du PCV-13 dans les 6 provinces
D'ici 2015, porter à 100% le taux de disponibilité de vaccins de qualité et matériels d'injections dans les 515 zones de santé du pays	Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination	Acquérir les doses requises des vaccins et matériels d'injection au niveau national
		Approvisionner régulièrement les 11 coordinations, les 44 antennes, les 515 ZS et les 8800 AS en vaccins et matériels d'inoculation en quantités requises
		Créer 3 dépôts régionaux et un hub de transit à l'aéroport national pour déconcentrer le dépôt central
		Doter la Direction du PEV, 3 coordinations et 5 antennes en moyens de transport (4X4 Jeep) et le dépôt de Lubumbashi d'un Grand véhicule
Augmenter de 54% à 80 % la couverture en matériels de chaîne de froid et 60% à 90 % de moyen de transport aux niveaux intermédiaire et opérationnel		Acquérir 22 chambres froides au niveau des antennes, 2 au niveau des coordinations, 1 au niveau central et 733 réfrigérateurs solaires pour les ZS
		Assurer le fonctionnement des matériels de la chaîne du froid par l'approvisionnement en carburant et pièces de rechange
		Assurer la maintenance du matériel de la chaîne du froid, du matériel roulant, des équipements de communication et du matériel informatique
D'ici 2015, assurer le suivi de la qualité des vaccins et de la vaccination à tous les niveaux	1. Renforcement de l'assurance qualité de vaccins	Contribuer au processus de mise en œuvre de l'ANR Mettre en place le système de surveillance des MAPI dans les 515 ZS
	2. Renforcement du suivi de l'utilisation de vaccins à tous les niveaux	Mettre en œuvre les stratégies de réduction des taux de perte des vaccins dans les 515 ZS
		Mettre en place un système de monitoring de la température des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux
		Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets biomédicaux dans 256 ZS
D'ici 2015, renforcer la lutte accélérée contre la maladie (Polio, rougeole, TMN, Fièvre jaune et Méningite)	Organisation des AVS de qualité	Organiser les AVS préventives dans les ZS à risque et de riposte contre le PVS et le cVDPV
		Organiser les AVS de suivi et de riposte contre la rougeole
		Organiser les AVS de rattrape et de suivi contre le TMN dans les ZS à haut risque et la riposte autour des cas de TNN
		Organiser la campagne de masse de qualité contre la méningite à méningocoque dans les zones de santé à haut risque
		Identifier et mettre en œuvre les activités AVS susceptibles de renforcer le système de vaccination de routine
Atteindre les critères de performances pour la détection des germes au niveau des sites sentinelles (Hib 5%, pneumo)	Renforcement de la logistique d'appui à la surveillance	S'assurer de l'expédition et de l'arrivée au laboratoire à temps et dans des bonnes conditions des échantillons de PFA, rougeole et Fièvre Jaune

Objectifs	Stratégies	Activités principales
10% et Neisseria Meningitidis 5%, Rotavirus 30%)		Doter en Kits de prélèvements toutes les zones de santé
		Assurer le fonctionnement des laboratoires National et 6 laboratoires provinciaux
		Appuyer l'expédition des échantillons au LNR selon le circuit normal et au LRR, CDC
	Renforcement de la surveillance active	Renforcer le fonctionnement des différents comités national Polio (CNEP, CNC, Comité de confinement)
		Renforcer la surveillance active des cas de PFA
		Investiguer tout cas de PVS
	Renforcement des capacités des sites sentinelles	Assurer la validation des cas de PFA
		Sensibiliser les cliniciens des sites sentinelles sur les maladies ciblées par les nouveaux vaccins et sous utilisés (MBP, Rota, HPV, méningite épidémique)
		Renforcer les supervisions du personnel des sites sentinelles
		Appuyer le fonctionnement des sites sentinelles (équipements de labo, réactifs, kits de prélèvements)
Etendre la surveillance pour les nouveaux vaccins aux HPV d'ici 2015	Mise en place de la surveillance sentinelle HPV	Élaborer une cartographie du risque des méningites épidémiques à méningocoque
		Contribuer à la mise en place un système de dépistage passif des lésions du col utérin dans les grandes formations du pays lors de la CPN et consultations gynécologiques
D'ici fin 2015, contribuer à accroître la demande des services de vaccination de routine, y compris des nouveaux vaccins (PCV 13 et MenAfriVac A)	Plaidoyer pour un engagement plus important des autorités et des partenaires en faveur de la vaccination	Organiser une recherche documentaire sur le HPV et les épidémies antérieures à méningocoques
		Produire et disséminer un kit de plaidoyer en faveur de la vaccination comprenant un vidéo et un dossier d'information basé sur les faits et les chiffres
		Assurer le plaidoyer en faveur de la vaccination auprès des Gouvernements national et provinciaux ainsi qu'au niveau des assemblées nationales et provinciales
	Mobilisation sociale et partenariat	Mener un plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaire pour mettre en place un partenariat durable
Développer /renforcer le partenariat avec au moins 5 organisations/ réseaux pour la promotion de la vaccination aux niveaux national et provincial ainsi qu'avec les ONGs et autres OAC locales au niveau périphérique		
		Développer le partenariat avec le ministère de

Objectifs	Stratégies	Activités principales
	Communication pour le changement social et de comportement	l'EPSP pour la promotion de la vaccination
		Réviser/produire et disséminer dans les Aires de santé les supports éducatifs pour la promotion de la vaccination, y compris sur les nouveaux vaccins
		Développer un paquet de messages sur le PC13 (Vaccination, promotion de l'hygiène et promotion de l'AME) et le MenAfriVac
		Elaborer et mettre en œuvre des plans media pour la promotion de la vaccination a tous les niveaux
		Appuyer le développement des activités de communication de proximité participatives à travers tous les canaux de CIP disponibles
		Appuyer la mise en œuvre des approches communautaires et participatives pour assurer la promotion de la vaccination dans au moins 50% des ZS : suivi communautaire des enfants non et insuffisamment vaccinés par les RECO et autres leaders communautaires, SALT et Parrainage scolaire
		Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui au PCV 13 et MenAfriVac A
		Réaliser une enquête CAP nationale (en 2015) et appuyer la réalisation régulière du diagnostic communautaire dans 515 zones de santé
		Assurer la célébration de la Semaine Africaine de la Vaccination et de la Journée Mondiale de la Pneumonie
D'ici fin 2015, réduire à moins de 5 % la proportion d'enfants ou femmes enceintes non vaccinés lors des AVS polio, Rougeole, Méningite et TMN à cause du refus	Coordination, suivi et évaluation	Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui aux AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) à tous les niveaux
		Appuyer les provinces/districts dans l'élaboration de plan de communication basée sur les données factuelles
	Plaidoyer pour un engagement effectif des autorités et des partenaires en faveur des campagnes de masse	Assurer le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des Gouvernements national et provinciaux, des assemblées nationales et provinciales
		Mener régulièrement le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des APA de base et les leaders religieux opposés à la vaccination
	Mobilisation sociale et partenariat	Développer le partenariat avec les ministères connexes, la Société civile, en particulier les ONG et OAC locales pour l'appui aux AVS
		Actualiser les directives sur la CIP et l'utilisation des mass média
	Communication pour la campagne	Appuyer les activités de communication intensifiées à tous les niveaux visant l'amélioration de la confiance au vaccin et l'augmentation de la perception du risque de la polio
		Appuyer les campagnes médiatiques en faveur AVS (méningite, TMN, Rougeole, Polio) tous les niveaux
D'ici fin 2015, contribuer à accroître la participation de la communauté dans la détection des cas des maladies	Renforcement des capacités des acteurs communautaires	Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens
	Communication de proximité	Disséminer le guide actualisé de surveillance à base communautaire dans les 515 zones de santé
		Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les

Objectifs	Stratégies	Activités principales
D'ici 2015, porter la proportion des réunions de CCIA stratégiques et techniques au niveau central et provincial à 100%	Redynamisation des organes de coordination	canaux locaux existants
		Diffuser les TdR et directives actualisés des différents organes de coordination (CCIA stratégiques, techniques et provinciaux) dans l'esprit des CNP et CPP
D'ici 2015, porter de 40% à 80% la moyenne des réalisations des activités de suivi et évaluation dans les provinces	Amélioration du suivi et évaluation du programme	Appuyer le fonctionnement des CCIA à tous les niveaux
		Mettre en place un cadre de suivi et évaluation du programme
		Organiser les missions conjointes de supervision formative/DQS régulière à tous les niveaux
		Tenir des réunions de validation données à tous les niveaux
D'ici 2015, Augmenter la part du budget du PEV alloué par le Gouvernement	Plaidoyer pour la pérennité financière de la vaccination y compris le cofinancement des nouveaux vaccins	Organiser des revues périodiques à tous les niveaux
		Assurer un plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination
	Initiation de la législation sur la vaccination	Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires (Vodacom, Airtel, TIGO et CCT) pour la vaccination
		Elaborer l'avant projet de la loi sur la vaccination en RDC
		Organiser le plaidoyer pour faire endosser la loi sur la vaccination en RDC
		Elaborer un projet de parafiscalité en faveur de la vaccination
D'ici 2015, réaliser à 100% les audits dans les structures du PEV	Renforcement des mécanismes de contrôle (inspection, audit)	Vulgariser les manuels des procédures
		Organiser des missions d'audit aux différents niveaux
		Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..)
		Renforcer le suivi budgétaire

Tableau XX : Chronogramme PPAC 2013 - 2015

Stratégies	Activités principales	2013	2014	2015
Renforcement de la mise en œuvre de 5 composantes de l'approche ACZ	Mettre à la disposition de tous les niveaux les documents stratégiques et normatifs du programme	X	X	X
Amélioration de la qualité des données	Réaliser trimestriellement un DQS dans les 515 ZS et semestriellement un DQS indépendant dans au moins 10% de ZS	X	X	X
Introduction des nouveaux vaccins	Introduire le PCV-13 dans les 6 provinces	X		
Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination	Acquérir les doses requises des vaccins et matériels d'injection au niveau national	X	X	X
	Approvisionner régulièrement les 11 coordinations, les 44 antennes, les 515 ZS et les 8800 AS en vaccins et matériels d'inoculation en quantités requises	X	X	X
	Créer 3 dépôts régionaux et un hub de transit à l'aéroport national pour déconcentrer le dépôt central	X	X	
	Doter la Direction du PEV, 3 coordinations et 5 antennes en moyens de transport (4X4 Jeep) et le dépôt de Lubumbashi d'un Grand véhicule	X	X	X
Augmenter de 54% à 80 % la couverture en matériels de chaîne de froid et 60% à 90 % de moyen de transport aux niveaux intermédiaire et opérationnel	Acquérir 22 chambres froides au niveau des antennes, 2 au niveau des coordinations, 1 au niveau central et 733 réfrigérateurs solaires pour les ZS	X	X	X
	Assurer le fonctionnement des matériels de la chaîne du froid par l'approvisionnement en carburant et pièces de rechange	X	X	X
	Assurer la maintenance du matériel de la chaîne du froid, du matériel roulant, des équipements de communication et du matériel informatique	X	X	X
Renforcement de l'assurance qualité de vaccins	Contribuer au processus de mise en œuvre de l'ANR	X	X	X
	Mettre en place le système de surveillance des MAPI dans les 515 ZS	X	X	X
Renforcement du suivi de l'utilisation de vaccins à tous les niveaux	Mettre en œuvre les stratégies de réduction des taux de perte des vaccins dans les 515 ZS	X	X	X
	Mettre en place un système de monitoring de la température des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux	X	X	X
	Mettre en place un système adéquat de gestion des déchets biomédicaux dans 256 ZS	X	X	X
	Organiser les AVS préventives dans les ZS à risque et de riposte contre le PVS et le cVDPV	X	X	X
	Organiser les AVS de suivi et de riposte contre la rougeole	X	X	X

Stratégies	Activités principales	2013	2014	2015
	Organiser les AVS de rattrape et de suivi contre le TMN dans les ZS à haut risque et la riposte autour des cas de TNN	X	X	X
Organisation des AVS de qualité	Organiser la campagne de masse de qualité contre la méningite à méningocoque dans les zones de santé à haut risque		X	X
Renforcement de la surveillance active	S'assurer de l'expédition et de l'arrivée au laboratoire à temps et dans des bonnes conditions des échantillons de PFA, rougeole et Fièvre Jaune	X	X	X
	Doter en Kits de prélèvements toutes les zones de santé	X	X	X
	Assurer le fonctionnement des laboratoires National et 6 laboratoires provinciaux	X	X	X
	Appuyer l'expédition des échantillons au LNR selon le circuit normal et au LRR, CDC	X	X	X
	Renforcer le fonctionnement des différents comités national Polio (CNEP, CNC, Comité de confinement)	X	X	X
	Renforcer la surveillance active des cas de PFA	X	X	X
	Investiguer tout cas de PVS	X	X	X
	Assurer la validation des cas de PFA	X	X	X
	Sensibiliser les cliniciens des sites sentinelles sur les maladies ciblées par les nouveaux vaccins et sous utilisés (MBP, Rota, HPV, méningite épidémique)	X	X	X
	Renforcer les supervisions du personnel des sites sentinelles	X	X	X
	Appuyer le fonctionnement des sites sentinelles (équipements de labo, réactifs, kits de prélèvements)	X	X	X
	Élaborer une cartographie du risque des méningites épidémiques à méningocoque	X		
Mise en place de la surveillance sentinelle HPV	Contribuer à la mise en place un système de dépistage passif des lésions du col utérin dans les grandes formations du pays lors de la CPN et consultations gynécologiques		X	X
	Organiser une recherche documentaire sur le HPV et les épidémies antérieures à méningocoques	X		
Plaidoyer pour un engagement plus important des autorités et des partenaires en faveur de la vaccination	Produire et disséminer un kit de plaidoyer en faveur de la vaccination comprenant un vidéo et un dossier d'information basé sur les faits et les chiffres	X		
	Assurer le plaidoyer en faveur de la vaccination auprès des Gouvernements national et provinciaux ainsi qu'au niveau des assemblées nationales et provinciales	X	X	X
	Mener un plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaire pour mettre en place un partenariat durable	X	X	X
Mobilisation sociale et partenariat	Développer /renforcer le partenariat avec au moins 5 organisations/ réseaux pour la promotion de la vaccination aux niveaux national et provincial ainsi qu'avec les ONGs et autres OAC locales au niveau périphérique	X	X	X
	Développer le partenariat avec le ministère de l'EPSP pour la promotion de la vaccination	X	X	X

Stratégies	Activités principales	2013	2014	2015
Communication pour le changement social et de comportement	Réviser/produire et disséminer dans les Aires de santé les supports éducatifs pour la promotion de la vaccination, y compris sur les nouveaux vaccins	X	X	
	Développer un paquet de messages sur le PC13 (Vaccination, promotion de l'hygiène et promotion de l'AME) et le MenAfriVac	X	X	
	Elaborer et mettre en œuvre des plans media pour la promotion de la vaccination a tous les niveaux	X	X	X
	Appuyer le développement des activités de communication de proximité participatives à travers tous les canaux de CIP disponibles	X	X	X
	Appuyer la mise en œuvre des approches communautaires et participatives pour assurer la promotion de la vaccination dans au moins 50% des ZS	X	X	X
	Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui au PCV 13 et MenAfriVac A	X	X	
	Réaliser une enquête CAP nationale (en 2015) et appuyer la réalisation régulière du diagnostic communautaire dans 515 zones de santé	X	X	X
	Assurer la célébration de la Semaine Africaine de la Vaccination et de la Journée Mondiale de la Pneumonie	X	X	X
Coordination, suivi et évaluation	Elaborer et disséminer les directives sur la communication en appui aux AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) à tous les niveaux	X	X	X
	Appuyer les provinces/districts dans l'élaboration de plan de communication basée sur les données factuelles	X	X	X
Plaidoyer pour un engagement effectif des autorités et des partenaires en faveur des campagnes de masse	Assurer le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des Gouvernements national et provinciaux, des assemblées nationales et provinciales	X	X	X
	Mener régulièrement le plaidoyer en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio) auprès des APA de base et les leaders religieux opposés à la vaccination	X	X	X
Mobilisation sociale et partenariat	Développer le partenariat avec les ministères connexes, la Société civile, en particulier les ONG et OAC locales pour l'appui aux AVS	X	X	X
	Actualiser les directives sur la CIP et l'utilisation des mass média	X	X	X
Communication pour la campagne	Appuyer les activités de communication intensifiées à tous les niveaux visant l'amélioration de la confiance au vaccin et l'augmentation de la perception du risque de la polio	X	X	X
	Appuyer les campagnes médiatiques en faveur AVS (méningite, TMN, Rougeole, Polio) tous les niveaux	X	X	X
Renforcement des capacités des acteurs communautaires	Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradi-praticiens	X	X	X

Stratégies	Activités principales	2013	2014	2015
Communication de proximité	Disséminer le guide actualisé de surveillance à base communautaire dans les 515 zones de santé	X	X	
	Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants	X	X	X
Redynamisation des organes de coordination	Diffuser les TdR et directives actualisés des différents organes de coordination (CCIA stratégiques, techniques et provinciaux) dans l'esprit des CNP et CPP	X	X	
	Appuyer le fonctionnement des CCIA à tous les niveaux	X	X	X
Amélioration du suivi et évaluation du programme	Mettre en place un cadre de suivi et évaluation du programme	X		
	Organiser les missions conjointes de supervision formative régulière à tous les niveaux	X	X	X
	Tenir des réunions de validation données à tous les niveaux	X	X	X
	Organiser des revues périodiques à tous les niveaux	X	X	X
Plaidoyer pour la pérennité financière de la vaccination y compris le cofinancement des nouveaux vaccins	Assurer un plaidoyer auprès des gouvernements, du parlement, des assemblées provinciales et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	X	X	X
	Organiser les visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaire (Vodacom, Airtel, TIGO et CCT) pour la vaccination	X	X	X
Initiation de la législation sur la vaccination	Elaborer l'avant projet de la loi sur la vaccination en RDC	X	X	X
	Organiser le plaidoyer pour faire endosser la loi sur la vaccination en RDC	X	X	X
	Elaborer un projet de parafiscalité en faveur de la vaccination	X	X	X
Renforcement des mécanismes de contrôle (inspection, audit)	Vulgariser les manuels des procédures	X	X	X
	Organiser des missions d'audit aux différents niveaux	X	X	X
	Doter les services de vaccination en outils de gestion administrative et financières (logiciels, registres, formulaires,..)	X	X	X
	Renforcer le suivi budgétaire	X	X	X

## VII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME

### 7.1. Méthodologie

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

Le coût total du Programme Elargi de Vaccination inclut les coûts récurrents<sup>6</sup>, les coûts en capital<sup>7</sup> ainsi que les coûts partagés<sup>8</sup> répartis à tous les niveaux du système sanitaire.

Les coûts directs de vaccination incluent les vaccins, les matériels d'injection, le personnel, le transport, la maintenance et les frais généraux, la formation à court terme, la communication, le contrôle et la surveillance des maladies, la gestion du programme, et autres coûts récurrents.

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

### 7.2. Données quantitatives sur les coûts et financements relatifs à l'année de base (2011)

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

Tableau XXI: Les dépenses effectuées en 2011

Catégorie de coût	Dépenses	
	2011	
Coûts récurrents courants	US\$	
<b>Vaccin de base</b>		
Traditionnel	\$	4 371 170
Sous-utilisés	\$	21 628 832
Nouveaux	\$	41 185 835
<b>Matériels d'Injections</b>	\$	1 879 252
<b>Personnel</b>		
Salaires du personnel existant (vaccination spécifique)	\$	273 204
Per-diems pour la stratégie avancée/mobile	\$	2 225 160
Per-diems pour la surveillance et le monitoring	\$	6 556 236

<sup>6</sup> Ces coûts englobent les coûts de vaccins traditionnels, des nouveaux vaccins et sous utilisés, du matériel d'injection, du personnel, du transport et de communication, du fonctionnement du programme, de la maintenance de la chaîne du froid, de la formation, de la communication, de la surveillance épidémiologique et de l'assistance technique

<sup>7</sup> ils comprennent les équipements de la chaîne de froid et de transport ainsi que les équipements informatiques et de communication

<sup>8</sup> Ils contiennent la charge du personnel non permanent du PEV et la charge du transport et des bâtiments qui ne sont pas uniquement au service du seul programme de vaccination.

<b>Transport</b>	
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$ 1 233 691
Stratégie avancée et Stratégie mobile	\$ 293 002
<b>Entretien et général</b>	
Entretien de la Chaîne du Froid	\$ 8 724 805
Entretien d'autres équipements	\$ -
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)	\$ 789 750
<b>Formation à court terme</b>	\$ 2 401 457
<b>Mobilisation sociale et IEC</b>	\$ 113 000
<b>Contrôle et surveillance des maladies</b>	\$ 4 501 903
<b>Gestion du programme</b>	\$ 12 148 249
<b>Autres coûts récurrents</b>	\$ 15 400
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 108 340 946</b>
<b>Coût en Capital</b>	
Véhicules	\$ 307 800
Équipement de la Chaîne du froid	\$ 3 648 681
<b>Sous Total des Coûts en Capital</b>	<b>\$ 3 956 481</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>	
<b>POLIO (VPOt)</b>	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 3 071 418
Coûts opérationnels	\$ 11 000 000
<b>ROUGEOLE</b>	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 4 071 404
Coûts opérationnels	\$ -
<b>TMN</b>	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 341 011
Coûts opérationnels	\$ 523 937
<b>POLIO (VPOm)</b>	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 4 622 914
Coûts opérationnels	\$ 10 000 000
<b>POLIO (VPOb1+3)</b>	
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 6 168 843
Coûts opérationnels	\$ 10 439 102
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$ 50 238 629</b>
<b>Coûts partagés</b>	
Coûts partagés de personnel	\$ 2 117 666
<b>Subtotal Optional</b>	<b>\$ 2 117 666</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 164 653 722</b>
Services de Routine	\$ 114 415 093
Campagnes de Vaccination	\$ 50 238 629

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

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

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

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

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

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

Tableau XXII : Indicateurs de base pour l'année 2011

Indicateur pour l'Année de Référence	2011
Dépenses Total en Vaccination	\$162 536 056
Campagnes de vaccination	\$50 238 629
Vaccination de routine	\$112 297 427
par habitant	\$1,5
par enfant DTC3	\$53,3
% vaccine et matériel d'injection	61,5%
% financement du gouvernement	2,1%
% dépenses totales de santé	22,8%
% dépenses totales de santé du Gouvernement.	5,3%
% PIB	0,75%

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

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

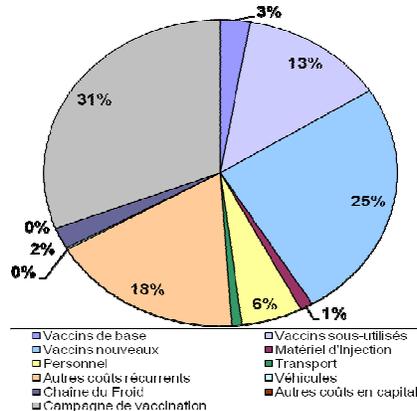
#### 7.2.2. Financement du PEV pour l'année de base

Le PEV est essentiellement financé par le gouvernement congolais et les bailleurs de fonds traditionnels de l'immunisation - l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, ainsi que par GAVI. Le Rotary International, l'Union Européenne et des nombreux autres bailleurs interviennent aussi dans le financement du PEV en RDC. On obtient les informations sur la participation financière de ces agences de financement à travers le CCIA. Cependant, il est à noter qu'au niveau des zones et aires de santé où interviennent un nombre important de partenaires dans les activités PEV, il est

encore difficile d'apprécier la valeur financière exacte de leurs interventions. C'est ainsi que ces données sont reprises de façon partielle dans l'outil.

Graphique 15 : Profil des Coûts (Année de base – Routine) en 2011

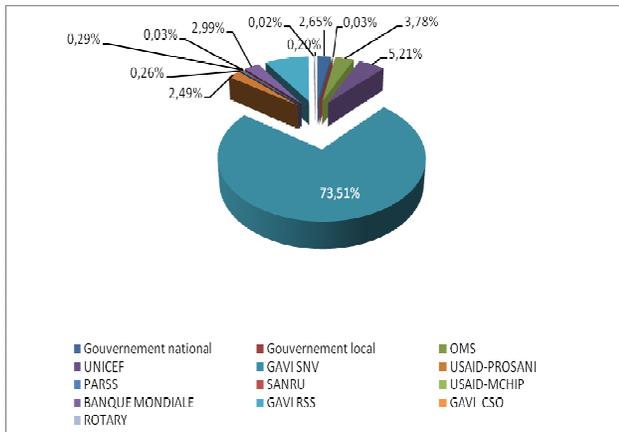
Il ressort du graphique 11 que les coûts des vaccins nouveaux 41.185.835 USD soit 25%, les coûts récurrents 28.694.564 USD soit 18%, les coûts des vaccins sous-utilisés 21.628.832 USD soit 13% et les coûts des campagnes de vaccination 50.238.629 USD soit 31% ont le plus pesé sur la gestion du programme. Il sied de noter que ces campagnes de vaccination étaient organisées dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite, la rougeole et le tétanos néonatal



Mis en ensemble, ces coûts à eux seuls ont représenté 86 % de la charge du programme soit 141.747.860 USD sur 164.653.722 USD.

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

Graphique 16 : Profil de financement (Année de base 2011 : Routine seulement)



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

seringues 64.441.379 USD, soit 39,51%. GAVI-RSS a financé pour 7.503.121 USD soit 4,56% pour les activités liées au renforcement de la

chaîne de froid et du fonctionnement du programme Il est suivi de l'UNICEF 4.565.460 USD soit 2,77% pour les achats vaccins, seringues et autres intrants. OMS a financé le programme avec un montant de 3.310.188 USD soit 2,01% pour les activités liées à la surveillance et autres. La Banque Mondiale a contribué avec 2.625.114 USD soit 1,59%. L'USAID a contribué à travers PROSANI pour un montant de 2.184.128 USD soit 1,32% pour l'appui au fonctionnement du Programme.

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

---

### 7.3. Besoins en ressources futures et financement du Programme

#### 7.3.1 Coûts et besoins futurs en ressources

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

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

Les activités de vaccination supplémentaire, particulièrement celles de la polio, de la rougeole, du TMN et de la méningite durant la période de projection auront un poids important sur le volume des ressources nécessaires pour le programme. Le renforcement de la logistique y compris la chaîne du froid sera aussi un axe important de dépenses pour assurer la conservation des vaccins, la distribution des vaccins et du matériel d'inoculation ainsi que les moyens de déplacement du personnel. L'augmentation du nombre d'équipements de la chaîne du froid assurera la disponibilité et la qualité des vaccins à tous les niveaux. L'accent sera porté au niveau périphérique (Zones et Centres de Santé) pour l'acquisition des réfrigérateurs solaires, ce qui pourra réduire la consommation en pétrole. Ce changement de type de matériels aura un impact sur les coûts de maintenance et de frais généraux pour les équipements de la chaîne du froid qui augmenteront proportionnellement.

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

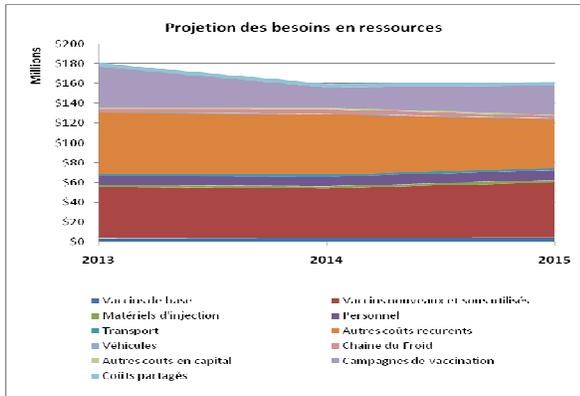
Tableau XXIII: Les projections des besoins en ressources de 2013-2015

Catégorie de coût	Besoin en Ressources			
	2013	2014	2015	Total 2013-2015
Coûts récurrents courants	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>Vaccin de base</b>				
Traditionnel	\$ 3 584 974	\$ 4 039 087	\$ 4 444 411	\$ 12 068 473
Sous-utilisés	\$ 24 949 302	\$ 19 406 445	\$ 21 628 628	\$ 65 984 376
Nouveaux	\$ 26 873 070	\$ 30 545 171	\$ 34 063 867	\$ 91 482 109
<b>Matériels d'injections</b>	\$ 1 826 520	\$ 2 074 010	\$ 2 312 223	\$ 6 212 753
<b>Personnel</b>				
Salaires du personnel existant (vaccination spécifique)	\$ 345 254	\$ 354 344	\$ 363 659	\$ 1 063 256
Per-diem pour la stratégie avancée/mobile	\$ 2 269 663	\$ 2 315 056	\$ 2 361 358	\$ 6 946 077
Per-diem pour la surveillance et le monitoring	\$ 6 965 209	\$ 7 104 513	\$ 7 246 603	\$ 21 316 325
<b>Transport</b>				
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$ 1 618 740	\$ 1 894 156	\$ 2 055 338	\$ 5 568 235
Stratégie avancée et Stratégie mobile	\$ 384 451	\$ 449 862	\$ 488 143	\$ 1 322 456
<b>Entretien et général</b>				
Entretien de la Chaîne du Froid	\$ 6 430 633	\$ 6 482 819	\$ 6 682 145	\$ 19 595 597
Entretien d'autres équipements	\$ 1 234 704	\$ 2 046 200	\$ 3 216 999	\$ 6 497 904
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)	\$ 805 545	\$ 821 656	\$ 838 089	\$ 2 465 290
<b>Formation à court terme</b>	\$ 14 335 616	\$ 3 736 563	\$ 3 239 537	\$ 21 311 716
<b>Mobilisation sociale et IEC</b>	\$ 5 979 046	\$ 15 306 819	\$ 2 581 534	\$ 23 867 400
<b>Contrôle et surveillance des maladies</b>	\$ 17 153 852	\$ 17 662 788	\$ 18 202 136	\$ 53 018 775
<b>Gestion du programme</b>	\$ 3 575 400	\$ 3 292 301	\$ 3 389 983	\$ 10 257 684
<b>Autres coûts récurrents</b>	\$ 12 404 386	\$ 11 469 458	\$ 10 851 083	\$ 34 724 927
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 130 736 365</b>	<b>\$ 129 001 251</b>	<b>\$ 123 965 736</b>	<b>\$ 383 703 353</b>
<b>Coût en Capital</b>				
Véhicules	\$ 509 490	\$ 657 949	\$ 814 053	\$ 1 981 492
Équipement de la Chaîne du froid	\$ 3 327 630	\$ 4 703 266	\$ 2 846 164	\$ 10 877 060
Autres coûts de capital	\$ 1 412 474	\$ 1 412 474	\$ 1 412 474	\$ 4 237 421
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 5 249 594</b>	<b>\$ 6 773 689</b>	<b>\$ 5 072 690</b>	<b>\$ 17 095 972</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>				
<b>POLIO (VPOt)</b>				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 5 861 046	\$ 3 202 593	\$ 3 499 906	\$ 12 563 544
Coûts opérationnels	\$ 15 789 063	\$ 8 131 367	\$ 8 375 309	\$ 32 295 739
<b>ROUGEOLE</b>				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 6 900 535	\$ 3 799 033	\$ 6 847 629	\$ 17 547 197
Coûts opérationnels	\$ 9 401 339	\$ 3 793 223	\$ 4 496 794	\$ 17 691 356
<b>TMN</b>				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 150 748	\$ 60 716	\$ -	\$ 211 464
Coûts opérationnels	\$ 3 147 949	\$ 1 159 191	\$ -	\$ 4 307 140
<b>Men AfriVac</b>				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ -	\$ -	\$ 4 042 429	\$ 4 042 429
Coûts opérationnels	\$ -	\$ -	\$ 1 720 924	\$ 1 720 924
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$ 41 250 679</b>	<b>\$ 20 146 123</b>	<b>\$ 28 982 991</b>	<b>\$ 90 379 793</b>
<b>Coûts partagés</b>				
Coûts partagés de personnel	\$ 2 161 864	\$ 2 205 102	\$ 2 249 204	\$ 6 616 169
Coûts partagés de transport	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Bâtiments	\$ 1 611 498	\$ 1 643 728	\$ 1 676 603	\$ 4 931 828
<b>Subtotal Optional</b>	<b>\$ 3 773 362</b>	<b>\$ 3 848 830</b>	<b>\$ 3 925 806</b>	<b>\$ 11 547 998</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 181 010 000</b>	<b>\$ 159 769 892</b>	<b>\$ 161 947 224</b>	<b>\$ 502 727 116</b>
<b>Services de Routine</b>	<b>\$ 139 759 321</b>	<b>\$ 139 623 769</b>	<b>\$ 132 964 233</b>	<b>\$ 412 347 323</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>	<b>\$ 41 250 679</b>	<b>\$ 20 146 123</b>	<b>\$ 28 982 991</b>	<b>\$ 90 379 793</b>

En tenant compte du coût global des besoins en ressources de 2013 (181 010 000 USD), il ressort du tableau XXIII que les besoins en ressources du programme diminuent progressivement à partir de 2014 et 2015 soit 159 769 892 USD pour l'année 2014 et 161 947 224 USD en 2015, portant ainsi à 502 727 116 USD le coût global du programme pour les 3 années de projection. Les besoins décroissent car des gros investissements ont été planifiés en 2013.

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

Graphique 17 : Projection des besoins en ressources



Les projections des besoins en ressources pour le programme diminuent progressivement, passant de 180 millions en 2013 à 161 millions en 2015. Cette situation est due au fait que le coût des campagnes de vaccination diminue selon le profil épidémiologique de la poliomyélite et celui de la formation du personnel qui sera concentrée à la première année de mise en œuvre du PPAC.

Tableau XXIV: Indicateur Macroéconomique et de viabilité financière 2013-2015

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2013	2014	2015
<b>Donnée de Référence</b>			
PIB par habitant (\$)	\$211	\$217	\$224
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$7,9	\$8,6	\$9,3
Population	80 326 936	82 736 744	85 218 846
PIB (\$)	\$16 958 550 374	\$17 991 326 092	\$19 086 997 851
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$634 582 792	\$711 535 997	\$792 535 269
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$37 440 385	\$41 980 624	\$46 759 581
Besoin en ressources pour la vaccination			
Routine et campagne de vaccination	\$180 027 082	\$155 680 556	\$159 190 349
Routine seulement	\$138 776 403	\$135 534 432	\$130 207 359
par enfant DTC3	\$51,2	\$46,9	\$42,7
<b>% des dépenses totales de santé</b>			
Besoin en ressources pour la vaccination			
Routine et campagne de vaccination	28,4%	21,9%	20,1%
Routine seulement	21,9%	19,0%	16,4%
Écart Financier			
Avec financement assuré	16,5%	11,5%	10,6%
Avec financement assuré et probable	7,9%	5,9%	4,9%
<b>% des dépenses totales de santé du gouvernement</b>			
Besoin en ressources pour la vaccination			
Routine et campagne de vaccination	480,8%	370,8%	340,4%
Routine seulement	370,7%	322,8%	278,5%
Écart Financier			
Avec financement assuré	279,1%	194,6%	179,4%
Avec financement assuré et probable	134,6%	100,2%	83,7%
<b>% PIB</b>			
Besoin en ressources pour la vaccination			
Routine et campagne de vaccination	1,06%	0,87%	0,83%
Routine seulement	0,82%	0,75%	0,68%
<b>par habitant</b>			
Besoin en ressources pour la vaccination			
Routine et campagne de vaccination	\$2,24	\$1,88	\$1,87
Routine seulement	\$1,73	\$1,64	\$1,53

Se référant au tableau ci-dessus, les coûts par habitant pour le financement des activités de vaccination liées au PEV de routine et campagne sont respectivement de 2,24 USD en 2013, de 1,88 USD en 2014 et de 1,87 USD en 2015. Si l'on considère le PIB par habitant qui est de 211 USD en 2013, de 217 USD en 2014 et de 224 USD en 2015, on pourra couvrir tous les besoins liés aux activités de PEV de routine et aux campagnes de vaccination pour les 3 années de projection si chaque habitant contribuait chaque année avec respectivement 2,24 USD en 2013, 1,88 USD en 2014 et 1,87 USD en 2015.

Tableau XXV : Cofinancement du Gouvernement pour l'achat des vaccins 2013-2015

- a. Nombre de doses pour appliquer le niveau de cofinancement  
b.

Vaccin	2013	2014	2015	Total 2013-2015
	Doses	Doses	Doses	Doses
VAA	3 205 241	3 416 072	3 593 218	10 214 531
DTC-HepB-Hib	9 188 358	9 792 739	10 300 559	29 281 656
PCV13	10 708 489	9 277 331	9 758 424	29 744 245

- c. Cofinancement de Gouvernement

Vaccin	2013	2014	2015	Total 2013-2015
	\$	\$	\$	\$
VAA	\$641 048	\$683 214	\$718 644	\$2 042 906
DTC-HepB-Hib	\$1 837 672	\$1 958 548	\$2 060 112	\$5 856 331
PCV13	\$2 141 698	\$1 855 466	\$1 951 685	\$5 948 849
<b>Total</b>	<b>\$4 620 418</b>	<b>\$4 497 228</b>	<b>\$4 730 440</b>	<b>\$13 848 087</b>

Il ressort de ces deux tableaux que les coûts de cofinancement des nouveaux vaccins (PCV-13) et des vaccins sous utilisés (VAA et DTC-HepB-Hib) sont respectivement de 4 620 418 USD pour 2013, de 4 497 228 USD en 2014 et de 4 730 440 USD pour 2015 soit au total pour les 3 années de projection de 13 848 087 USD.

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

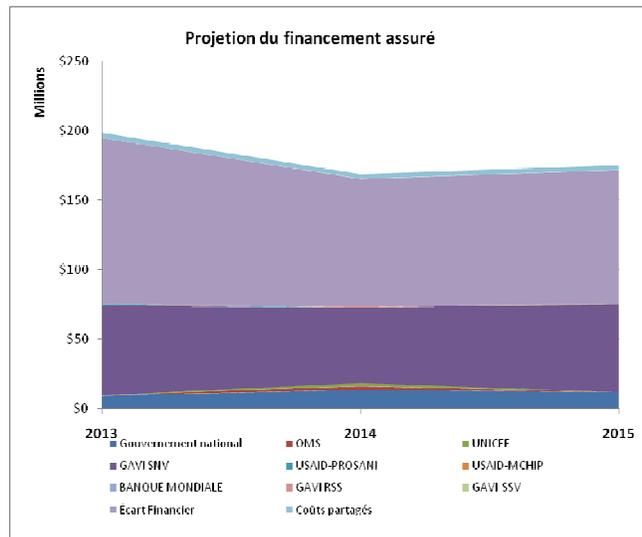
Tableau XXVI : Besoin en ressources, Financement et Ecart 2013-2015

Besoins en Ressources, Financement et Ecart	2013	2014	2015	Moyenne 2013-2015
<b>Besoins en Ressources</b>	<b>\$177 236 638</b>	<b>\$155 921 063</b>	<b>\$158 021 417</b>	<b>\$163 726 373</b>
<b>Besoins en Ressources (Vaccination de Routine)</b>	<b>\$135 985 959</b>	<b>\$135 774 939</b>	<b>\$129 038 427</b>	<b>\$133 599 775</b>
par habitant	\$1,7	\$1,6	\$1,5	\$1,6
par enfant DTC3	\$50,1	\$46,9	\$42,3	\$46,5
<b>Total du Financement Assuré</b>	<b>\$75 518 042</b>	<b>\$73 968 087</b>	<b>\$75 289 946</b>	<b>\$74 925 358</b>
Gouvernement national	\$9 580 243	\$13 497 248	\$11 961 564	\$11 679 685
OMS	\$250 000	\$2 720 000	\$0	\$990 000
UNICEF	\$0	\$2 500 000	\$0	\$833 333
GAVI SNV	\$64 199 471	\$54 309 615	\$63 328 382	\$60 612 489
USAID-PROSANI	\$1 008 338	\$0	\$0	\$336 113
USAID-MCHIP	\$190 500	\$0	\$0	\$63 500
BANQUE MONDIALE	\$209 000	\$0	\$0	\$69 667
GAVI RSS	\$80 490	\$941 224	\$0	\$340 571
<b>Écart Financier (Fin. Assuré)</b>	<b>\$101 718 597</b>	<b>\$81 952 975</b>	<b>\$82 731 472</b>	<b>\$88 801 015</b>
% des besoins en ressources	57%	53%	52%	54%
<b>Total du Financement Probable (Non-Assuré)</b>	<b>\$54 099 362</b>	<b>\$39 632 544</b>	<b>\$44 782 465</b>	<b>\$46 171 457</b>
Gouvernement national	\$6 296 086	\$2 720 617	\$2 477 027	\$3 831 243
OMS	\$19 009 063	\$8 131 367	\$11 645 309	\$12 928 579
UNICEF	\$27 514 450	\$24 169 679	\$22 896 464	\$24 860 198
GAVI SNV	\$0	\$0	\$4 654 867	\$1 551 622
USAID-PROSANI	\$0	\$300 000	\$0	\$100 000
PARSS	\$0	\$0	\$500 000	\$166 667
BANQUE MONDIALE	\$400 000	\$2 209 932	\$1 514 053	\$1 374 662
GAVI RSS	\$879 763	\$2 100 949	\$1 094 745	\$1 358 486
<b>Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)</b>	<b>\$47 619 235</b>	<b>\$42 320 432</b>	<b>\$37 949 007</b>	<b>\$42 629 558</b>
% des besoins en ressources	27%	27%	24%	26%

Les besoins en ressources pour la vaccination de routine dans PPAC pour les 3 années sont respectivement de 177 236 638 USD en 2013, de 155 921 063 USD en 2014 et de 158 021 417 USD en 2015, soit un total de 491 179 118 USD. Le total de financement probable et assuré s'élève à 363 290 446 USD, ce qui donne un écart financier global de 127 888 674 USD.

L'écart financier est respectivement de 27% en 2013, 27% en 2014 et 24% en 2015. Cette situation traduit l'hésitation constatée pour le positionnement des fonds par les parties prenantes dès la première année de mise en œuvre.

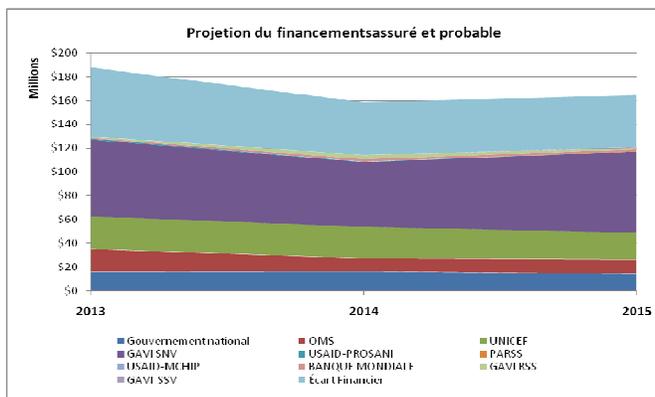
**Graphique 18 : Projection du Financement Assuré 2013-2015**



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

La variation dans le temps est légère entre les 3 années alors qu'on s'attendait à un niveau élevé de financement sécurisé à la 1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre. Cette situation est due au fait que la plus part des partenaires n'ont pas encore l'assurance de mobiliser les ressources inscrits dans leurs plans d'action. Il en est de même pour le Gouvernement qui n'a pas encore voté le budget de l'année 2013.

**Graphique 19 : Projection du Financement Assuré et Probable 2013-2015**



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

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

## VIII. STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

Depuis 4 ans, la RDC a amorcé le processus de décentralisation administrative en mettant sur pied des gouvernements provinciaux qui ont en charge la responsabilité d'assurer les soins de santé de qualité aux populations de leurs entités respectives (Cfr Articles 202, 203 et 204 de la constitution du 18 février 2006).

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

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

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

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

### 8.1. Description des stratégies de viabilité financière

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

- Mobilisation des ressources adéquates ;
- La facilitation à l'accès au financement et
- La gestion rationnelle de ressources.

#### A. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

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

Au gouvernement :

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

A partir de 2008, le Gouvernement s'est engagé à augmenter progressivement sa quote part dans la prise en charge du coût d'achat des vaccins traditionnels et des matériels d'injection à

l'exception des ceux pris en charge par GAVI dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins.

Quant aux nouveaux vaccins et ceux sous utilisés, le Gouvernement contribuera par un financement minimal de 0,20 USD par dose de pneumo à partir de 2011.

Les actions suivantes sont envisagées pour la viabilité du programme :

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

Au niveau des partenaires

- Poursuite de la mobilisation de ressources auprès de bailleurs par le CCIA pour le maintien voire l'augmentation de leurs appuis.

- Renforcement de la coordination des partenaires qui interviennent directement dans les Zones de Santé en faveur du PEV à travers le CCIA

Au niveau de la Communauté :

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

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

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

#### C. Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources

- Application des procédures de gestion efficaces et consensuelles notamment celles liées aux passations du marché, audits réguliers, ...).
- Réduction des taux de perte des vaccins par : l'approvisionnement régulier en pétrole et en pièces détachées pour la chaîne du froid, l'utilisation de la politique de flacon entamé, l'observation de la PCV, la mise en place d'un système adéquat de distribution des vaccins, le renforcement de la chaîne du froid dans les CS ; tout cela sur un fond de formation du personnel et de supervision formative à tous les niveaux.
- Renforcement de la coordination à tous les niveaux à travers les CCIA et le Comités national et provinciaux de pilotage.
- Renforcement de la cogestion entre les structures de santé et les organes de participation communautaire( Coges, Cocodev, Codesa,...)
- Organisation des réunions d'harmonisation avec les différents partenaires pour équilibrer leur financement afin d'éviter les sur financements de certaines rubriques et sous financements dans d'autres ;
- Signature du mémorandum d'entente tant au niveau national que provincial sur le PEV comprenant des indicateurs de suivi de performance à l'instar du niveau central

#### 8.2. Priorités des stratégies de viabilité financière

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

## 8.2.1. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

<b>Gouvernement</b>				
Elément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Augmentation de la quotité du secteur de santé dans le budget de l'Etat	Forte	Forte	Forte	Moyenne
Fonds de promotion de la santé	Forte	Faible	Moyenne	Faible
Crédits alloués/IPPTE	Forte : les fonds IPPTE sont déjà alloués et utilisés pour le PEV	Moyenne	Forte	Forte : il y a déjà des discussions très prometteuses pour un accroissement des montants et crédits PPTE
Décassements de fonds alloués au PEV	Moyenne	Forte	Forte	Forte
Contrat programme et code d'investissement pour favoriser la prise en charge des activités de santé par les Entreprises publiques et privées	Moyenne	Forte	Faible	Moyenne

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

<b>Au niveau de la communauté</b>				
Elément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Mécanismes pour valoriser les contributions de	Faible : vu la pauvreté de la population	Faible	Faible : il faut beaucoup d'efforts - que le PEV - n'a pas pour faire	Faible : du point de vue des actions

la population			contribuer la population	du PEV
Promotion des mutuelles de santé	Faible : vu la pauvreté de la population	Faible	Faible	Faible

### 8.2.2. Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement

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

### 8.2.3. Stratégie pour la gestion rationnelle et efficace des ressources

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

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

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

---

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

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

Un plan annuel de mise en œuvre découlant de ce plan révisé qui s'aligne sur le plan national de développement sanitaire pour la période 2011-2015 sera élaboré. Le plan annuel comportera des objectifs précis à atteindre, un budget, un chronogramme d'activités ainsi que l'entité responsable de la mise en œuvre. Les sources de financement seront indiquées pour chaque activité. Des indicateurs précis et détaillés sont élaborés pour permettre une évaluation annuelle qui sera conduite par le PEV avec l'appui des partenaires tant internes qu'externes.

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

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

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

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

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

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

Le tableau ci-après comprend les différents indicateurs qui seront utilisés pour suivre le niveau de réalisation des activités planifiées.

Tableau XXVII : Indicateurs de suivi

Objectifs	Indicateurs	Sources des données	Périodicité
Réduire de 23% à moins de 10% le nombre d'enfants non vaccinés en Penta3 d'ici 2015	Taux de couverture vaccinale Taux d'abandon  Nombre d'enfants non vaccinés	Rapports mensuels d'Activité des ZS  Rapport mensuel d'activités ZS	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle
Améliorer la qualité des données dans au moins 80% des ZS d'ici 2015	- % des ZS ayant un facteur de vérification à 100% et l'indice de qualité du système est à au moins à 80% (DQS) - % des ZS ayant la cohérence des données des différentes sources à au moins 80%(EQD)	Rapports de DQS Rapport EQD Rapport de validation des données Rapports d'activités	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle
Augmenter de 4 à 11 le nombre des provinces qui ont introduit le vaccin contre les infections à pneumocoque d'ici 2013	- Nombre de provinces ayant introduit le PCV13	Rapport d'activités	Annuelle
D'ici 2015, porter à 100% le taux de disponibilité de vaccins de qualité et matériels d'inoculation dans les 515 zones de santé du pays	- Taux de disponibilité en vaccins - Taux de disponibilité en matériels d'inoculation - % des ZS ayant connu des ruptures de stock des vaccins et/ou matériels d'injection - Taux de couverture en équipements de la Chaîne du Froid	Rapports mensuels d'activités Rapports de supervision Inventaires des équipements de la CdF	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle
D'ici 2015, assurer le suivi de la qualité de vaccins et de la vaccination à tous les niveaux	- % des ZS ayant notifié des MAPI graves - Nombre des Zones de Santé assurant une gestion efficace des déchets - % des lots des vaccins examinés au labo et ayant été confirmé comme étant de bonne qualité	Rapports de supervision  Rapport de la Gestion Efficace des Vaccins	Trimestrielle,  Annuelle

Objectifs	Indicateurs	Sources des données	Périodicité
D'ici 2015, renforcer la lutte accélérée contre la maladie (Polio, rougeole, TMN, Fièvre jaune et Méningite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion d'enfants vaccinés</li> <li>- Proportion des ZS ayant organisé des AVS de qualité</li> </ul>	Rapports des AVS Rapports de monitoring indépendant Rapport LQAS	A chaque AVS
Atteindre d'ici 2015 les indicateurs de la surveillance cas par cas au standard de la certification et des MAPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux des PFA non polio</li> <li>- Taux de selles prélevées dans les 14 jours</li> <li>- Nombre de cas de poliovirus sauvage isolé</li> <li>- Nombre de cas de VDPV isolé</li> <li>- Nombre de cas ayant fait l'objet de prélèvement sanguin pour la rougeole</li> <li>- Nombre de cas ayant fait l'objet de prélèvement sanguin pour la fièvre jaune</li> <li>- Nombre de cas de TNN sur 1 000 naissances vivantes</li> <li>- Nombre de cas de TNN investigués et ayant fait l'objet d'une riposte sur nombre de cas notifiés</li> </ul>	Rapport hebdomadaire de surveillance Rapport mensuel Rapport d'investigation Bases des données cas par cas Bases des données de laboratoires	Hebdomadaire, mensuelle
Atteindre les critères de performances pour la détection des germes au niveau des sites sentinelles (Hib 5%, pneumo 10% et NM 5%, Rotavirus 30%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des germes isolés dans le LCR pour les méningites probables</li> <li>- % des diarrhées positives à Rotavirus</li> </ul>	Bases des données des sites sentinelles Rapports périodiques	Mensuelle
Etendre la surveillance pour les nouveaux vaccins aux HPV d'ici 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de sites fonctionnels pour la détection du HPV</li> </ul>	Bases des données des sites sentinelles Rapports périodiques	Mensuelle
D'ici fin 2015, contribuer à accroître la demande des services de vaccination de routine, y compris des nouveaux vaccins (PCV 13 et MenAfriVac A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des parents qui demandent les services de vaccination</li> </ul>	Rapports d'enquête CAP	Annuelle
D'ici fin 2015, réduire à moins de 5 % la proportion d'enfants ou femmes enceintes non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des femmes/ enfants non vaccinés lors des AVS</li> </ul>	Rapports de monitoring indépendant	A chaque AVS

Objectifs	Indicateurs	Sources des données	Périodicité
vaccinées lors des AVS polio, Rougeole, Méningite et TMN à cause du refus			
D'ici fin 2015, contribuer à accroître la participation de la communauté dans la détection des cas des maladies	- % des cas de maladies détectées par la communauté	Rapports des CS	Mensuelle,
D'ici 2015, rendre fonctionnels les CCIA stratégique au niveau central et technique au niveau provincial	- Nombre des CCIA stratégiques tenu - Nombre des CCIA techniques rendus fonctionnels	Compte rendu des réunions de CCIA stratégiques Compte rendu des CCIA techniques provinciaux	Mensuelle, trimestrielle
D'ici 2015, assurer régulièrement le suivi et l'évaluation des activités de vaccination dans les provinces	- Nombre de mission de suivi effectuées en province sur les prévues - Nombre de mission d'évaluation effectuées en province sur les prévues	- Rapports des missions de suivi - Rapport des missions d'évaluation	Mensuelle, Trimestrielle Semestrielle
D'ici 2015, assurer la pérennité financière de la vaccination	- % du budget de l'état alloué à la vaccination	- Document du budget	Annuelle
D'ici 2015, assurer régulièrement le contrôle des structures du PEV	- Nombre d'audits réalisés sur nombre prévu	Rapports d'audit	Trimestrielle, Semestrielle Annuelle

---

## X. ANNEXES

## 10.1. LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2013)

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
Renforcement de la mise en œuvre de 5 composantes de l'approche ACZ	Accompagner 10 antennes PEV avec grand nbre d'ENV dans la mise en œuvre des différentes stratégies de vaccination	Div. Technique		x	x	
	Appuyer les ZS dans la mise en œuvre de la stratégie avancée	Coordination. et antennes	x	x	x	x
	Appuyer les ZS dans la mise en œuvre des AVI dans 21% des ZS (108 ZS)	Coordination. et antennes			x	x
	Organiser la semaine africaine de la vaccination	Div. Technique		x		
Amélioration de la qualité des données	Réaliser trimestriellement un DQS dans les 515 ZS et semestriellement un DQS indépendant dans au moins 10% de ZS	Suivi et évaluation	x	x	x	x
	Evaluer la qualité des données (EQD) de vaccination 1 fois l'an dans 25% de ZS des provinces sélectionnées (2 en 2013, 2 en 2014 et 2 en 2015)	Suivi et évaluation	x	x	x	x
	Organiser les réunions mensuelles de validation des données de vaccination au niveau central, intermédiaire et ZS	Suivi et évaluation	x	x	x	x
Introduction des nouveaux vaccins	Poursuivre le plaidoyer pour le payement du cofinancement	Communication	x	x	x	x
	Doter les coordinations, antennes PEV et Zones de Santé en équipements de la CdF	Logistique				
	Approvisionner les Coordinations, antennes et ZS en vaccins (PCV-13) et SAB	Logistique				
	Former 180 cadres de 6 provinces, 999 cadres de 333 ZS et 26 640 des 6 660 AS sur l'introduction du PCV-13	Div. Technique				
	Mettre en œuvre le plan de communication en faveur de l'introduction du PCV-13	Communication				
	Assurer le suivi post introduction dans les 6 provinces	Div. Technique				
	Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de correction de l'évaluation post introduction du PCV-13	Div. Technique				
	Organiser l'évaluation post introduction du PCV-13 dans les 6 provinces	Evaluateurs externes				
Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination	Acquérir les doses requises des vaccins et matériels d'injection au niveau national	GVT et partenaires	x	x	x	x
	Acquérir 4 chambres froides au niveau des antennes et 2 au niveau des coordinations et 1 au niveau central, 733 réfrigérateurs solaires pour les ZS	GAVI RSS	x			
	Approvisionner régulièrement les 11 coordinations, 44 antennes et 515 ZS en vaccins et matériels d'inoculation en quantités requises	GVT et partenaires	x	x	x	x
	Installer 8 chambres froides et 733 réfrigérateurs solaires	GVT et partenaires				
	Doter la Direction du PEV d'un Bus, les 3 coordinations (Maniema, Nord Kivu, Sud Kivu) et les 5 antennes (Luiza, Kabinda, Kabondo Dianda, Likasi, Mbandaka) de moyens de transport (4X4 Jeep) et le dépôt de Lubumbashi d'un Grand véhicule de 20 T pour leur fonctionnement	GVT et partenaires	x			
	Acquérir 515 motos et 52 hors bords pour les ZS et 26 490 vélos et 155 pirogues pour les AS	GVT et partenaires	x			
	Assurer le rapatriement de 1200 glacières des ZS vers les antennes et des antennes vers les coordinations et des coordinations vers le niveau central au moins 4 fois pour toute l'année.	GVT et partenaires	x			

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
	Créer un dépôt régional à Lubumbashi et un hub de transit à l'aéroport national pour déconcentrer le dépôt central	unicef	x			
Augmentation de la couverture en matériels de chaîne de froid et de moyens de transport du niveau intermédiaire et opérationnel	Entretien 33 chambres froides des antennes, coordinations non couvertes (Contrats de maintenance),	GVT et partenaires	x			
	Entretien les 65 moyens de transport, 54 moyens de communication et 79 équipements informatiques, Maintenir préventivement et curativement les matériels de chaîne du froid de 515 ZS	GVT et partenaires	x			
	Former les prestataires de 256 ZS sur la gestion des déchets biomédicaux	GVT et partenaires	x			
Renforcement de l'assurance qualité de vaccins	Acquerir 6000 fredge Tag, 400 freez Tag, 1000 Q- Tag, 150 liberos pour les matériels CF pour le monitoring de T° à tous les niveaux	GVT et Partenaires	x			
	Doter les ZS 100 incinérateurs appropriés pour la destruction des déchets biomédicaux (avec le concours d'autres programmes/projet du Ministère de la santé (Cfr PNDS)		x			
Organisation des AVS de qualité	Organiser les AVS préventives (JNVs) de haute qualité contre la polio				x	
	Organiser les AVS de riposte aux cas de PVS et de VDPV de haute qualité.	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	Identifier et mettre en œuvre les activités AVS susceptibles de renforcer le PEV de routine (avant, pendant et après les campagnes)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	Organiser les AVS de suivi contre la rougeole de haute qualité dans 239 ZS (Bandundu, Equateur, Kinshasa et P. Orientale).	PEV/Mini santé			x	
	Organiser les AVS de riposte contre la rougeole de haute qualité.	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	Organiser les AVS de riposte de haute qualité dans toutes les zones de santé avec épidémie confirmée de FJ.	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	Organiser les AVS de rattrapage et de suivi contre le TMN dans 102 ZS à haut risque.	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	Organiser les AVS TMN de riposte autour des cas confirmés de TNN	PEV/Mini santé		x		x
	Elaborer la cartographie des ZS à risque	PEV/Mini santé	x			
	Introduire la soumission à GAVI	PEV/Mini santé		x		
Renforcement des capacités du personnel commis à la surveillance des maladies et des MAPI	Organiser une formation formelle et un recyclage en Surveillance des maladies évitable par la vaccination (MEV) et des MAPI à différents niveaux.	DLM, PEV, DPS, ECZ		x	x	
	Rendre disponibles les guides, directives et fiches techniques de surveillance à différents niveaux	DLM, PEV	x			
	Organiser des supervisions formatives sur la surveillance à différents niveaux	DLM, PEV, DPS, ECZ	x	x	x	x
Renforcement de la logistique d'appui à la surveillance des maladies et des MAPI	Doter les zones de santé en Kits de prélèvements et de transport des échantillons	DLM, PEV	x	x	x	x
	Renforcer le fonctionnement des laboratoires à tous les niveaux, ainsi que le prélèvement des échantillons	INRB et partenaires	x	x		x
	Expédier des échantillons aux Laboratoires de référence	IT, ECZ, DPS, INRB	x	x	x	x
Renforcement de l'analyse,		Groupe Gestion	x	x		

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
de la documentation et du partage de l'information de la surveillance	Organiser les réunions de validation des données de surveillance 1 fois/ mois par niveau	DLM, PEV, DPS, ECZ	x	x	x	x
	Organiser les revues d'activités de PEV et de la surveillance	DLM, PEV, DPS		x		x
	Organiser les visites de terrain pour la validation des cas de PFA au niveau des zones de santé et renforcer la documentation et l'archivage des données de la surveillance PFA dans la perspective de la pré-certification de l'éradication de la polio par le niveau provincial	DPS, ECZ	x	x	x	x
	Renforcer le CNEP et CNC pour la surveillance polio	PEV	x	x	x	x
Renforcement de la surveillance active et la surveillance à base communautaire	Mener la surveillance active des PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal, ainsi que les investigations des cas, des MAPI et des épidémies et sensibiliser tous les praticiens en santé pour leur implication dans la surveillance	DLM, PEV, DPS, ECZ	x	x	x	x
	Actualiser et diffuser les directives sur la surveillance à base communautaire	PEV	x	x		
	Former les relais communautaires en surveillance des MEV	IT, ECZ		x	x	
Renforcement des capacités de la surveillance pour les nouveaux vaccins	Organiser des sessions d'information et de sensibilisation des cliniciens des sites sentinelles sur les maladies ciblées par les nouveaux vaccins et sous utilisés (MBP, Rota, HPV, méningite épidémique)	DLM, PEV, DPS	x	x		
	Renforcer le fonctionnement des sites sentinelles (équipements de labo, réactifs, kits de prélèvements, collation du personnel)	DLM, PEV, INRB et partenaires	x	x	x	x
	Organiser une recherche opérationnelle et documentaire sur les maladies ciblées par les nouveaux vaccins (Hib, SP, NM, Rota et HPV)	DLM, PEV, DPS, ECZ et partenaires	x	x	x	x
	Contribuer à mettre en place avec le PNSR un système de dépistage passif des lésions du col utérin dans les grandes formations du pays lors de la CPN et des consultations gynécologiques	PNSR, PEV	x	x		
	Élaborer une cartographie du risque des méningites épidémiques à méningocoque	DLM, PEV		x		
Renforcement des capacités institutionnelles et humaines	Produire et disséminer un kit de plaidoyer en faveur de la vaccination comprenant une vidéo et dossier d'information base sur les faits et les chiffres.	GVT et Unicef	x	x	x	x
	Doter les Aires de santé en mégaphones	GVT et partenaires	x			
Plaidoyer pour un engagement plus important des autorités et des partenaires en faveur de la vaccination	Organiser 2 réunions de plaidoyer avec la commission socio culturelle et ecofin de l'assemblée nationale et du Senat	GVT ,SVI et Unicef		x	x	
	Organiser une visite de plaidoyer auprès du chef de gouvernement central et provincial une fois par an pour faire le point sur le financement de la vaccination	GVT ,SVI et Unicef				
	Organiser 4 visites de plaidoyer auprès des opérateurs de la téléphonie cellulaires ( Vodacom, Airtel, TIGO et CCT)	GVT et Unicef	x			
	Organiser 4 réunions par an par province auprès des APA de base, chefs des confessions religieuses et aux responsables des sectes opposés à la vaccination ( 44 réunions)	GVT et partenaires	x	x	x	x
Communication pour le changement social et de comportement	Réaliser/Actualiser une cartographie des partenaires nationaux et provinciaux crédibles de la société civile pour la promotion de la vaccination	GVT et partenaires	x	x		
	Produire et disséminer un feuillet radiophonique sur la vaccination	GVT et partenaires	x	x	x	x
	Elaborer et mettre en œuvre des plans media pour la promotion de la vaccination à travers 35 chaines RTV à couverture nationale, et provinciale et 135 radios de proximité	GVT et partenaires	x	x		x

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
	Appuyer le développement des activités de communication de proximité à travers tous les canaux de CIP disponibles (agents de santé, Reco, APA de base, églises, théâtre et autres OAC)	GVT et partenaires				
	Appuyer la mise en œuvre des approches communautaires et participatives pour assurer la promotion de la vaccination dans au moins 221 ZS : suivi communautaire des enfants non et insuffisamment vaccinés par les RECO et autres leaders communautaires, SALT et Parrainage scolaire	GVT et partenaires	x	x		
Mobilisation sociale et partenariat	Développer le partenariat avec le ministère de l'EPSP, les ONGs et OAC locales pour la promotion de la vaccination,	GVT et partenaires	x			
	Organiser une campagne de communication en appui à l'introduction du PCV 13 dans les 6 nouvelles provinces	GVT et partenaires	x	x		
	Organiser la Journée mondiale de la pneumonie	GVT et partenaires	x			
	Organiser la Semaine Mondiale de la vaccination	GVT et partenaires	x			
Coordination des interventions de communication	Redynamiser les commissions de communication à tous les niveaux	GVT et partenaires	x			
Recherche, planification, suivi et évaluation des interventions de communication	Réaliser une enquête CAP sur la vaccination	GVT et partenaires	x			
	Organiser le diagnostic communautaire dans 221ZS	GVT et partenaires				
	Appuyer le développement du volet communication lors d'élaboration des PAO des ZS	GVT et partenaires				
Communication pour la campagne	Organiser des campagnes de communication en faveur des AVS (Méningite, TMN, Rougeole, Polio)	GVT et partenaires	x	x	x	x
Renforcement des capacités des acteurs communautaires	Renforcer les capacités des acteurs communautaires en surveillance communautaires des maladies : RECO, ONGs, OAC et Tradipraticiens	GVT et partenaires	x			
Communication de proximité	Actualiser et disséminer le guide de surveillance à base communautaire dans les provinces	GVT et partenaires	x			
	Vulgariser les définitions profanes des cas à travers les canaux locaux existants	GVT et partenaires	x			
Redynamisation des organes de coordination	Organiser 12 réunions de CCIA technique et 4 réunions du CCIA stratégique élargie au delà des partenaires traditionnels du PEV	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Organiser 12 réunions ccia provinciaux par DPS	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Organiser mles réunions de monitoring dans les ZS					
	Conduire 2 missions conjointes annuelles d'appui du niveau central vers le niveau provincial	PEV et Partenaires		x		x
	Conduire 2 missions conjointes de supervision formative à tous les niveaux	PEV et Partenaires		x		x
	Tenir 12 réunions de validation des données à tous les niveaux	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	niveau central 15 personnes	PEV et Partenaires				
Renforcement des capacités en Suivi et évaluation	niveau intermédiaire 11 DPS	PEV et Partenaires				
	niveau opérationnel 515 ZS	PEV et Partenaires				
	Organiser 2 revues semestrielles à chaque niveau	PEV et Partenaires		x		x
	niveau central (mi-parcours)	PEV et Partenaires		x		

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
	niveau central annuelle	PEV et Partenaires				x
	niveau intermédiaire 11 DPS mi parcours	PEV et Partenaires		x		
	niveau intermédiaire 11 DPS annuelle	PEV et Partenaires				x
	Organiser un atelier d'harmonisation des outils y compris les canevas de planification intégrant les activités de suivi évaluation sur la vaccination.	PEV et Partenaires	x	x		
Plaidoyer pour la pérennité financière de la vaccination	Organiser les rencontres avec les gouvernements, le Parlement, les Assemblées provinciales et les partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination y compris le cofinancement	PEV et Partenaires		x		x
	Niveau central (2)	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Niveau provincial (1)	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Former 14 gestionnaires du PEV dans la maîtrise des procédures de décaissement des fonds publics, de suivi budgétaire et de passation des marchés publics	PEV et Partenaires	x			
	Organiser 1 séance plaidoyer pour la vulgarisation du PPAC 2013-2015 à tous les niveaux	PEV et Partenaires	x	x		
	Faire inscrire le PPAC dans le budget annuel de l'Etat	PEV et Partenaires			x	
Législation sur la vaccination	Elaborer l'avant projet de la Loi sur la vaccination en RDC	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Organiser 2 séances de plaidoyer pour faire endosser l'avant projet de Loi sur la vaccination en RDC	PEV et Partenaires	x		x	
Renforcement des mécanismes de contrôle (inspection, audit)	Vulgariser les manuels des procédures financières et de gestion	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Conduire 2 missions d'audits aux différents niveaux	PEV et Partenaires		x		x
	Doter les services de vaccination en outils de gestion (1 logiciel dans toutes les structures, registres, formulaires...)	PEV et Partenaires	x	x		
Appui institutionnel aux structures de vaccination	Organiser la séance de la signature de memorandum d'entente 2013	PEV et Partenaires	x			
	Doter la Direction PEV, les DPS en matériels roulants (11 véhicules 4x4, 50 hors bord, 20 pirogues) et 21 kits informatiques, 21 LCD	PEV et Partenaires	x	x	x	
	Matériel roulant niveau central (4 véhicules 4x4)	PEV et Partenaires		x		
	Kits complets informatique niveau central (4)	PEV et Partenaires		x		
	Kits complets informatique niveau intermédiaire (11)	PEV et Partenaires		x		
	Moteurs Hors Bord (50 hors bord)	PEV et Partenaires		x		
	Pirogues (20)	PEV et Partenaires		x		
	LCD niveau central (3)	PEV et Partenaires		x		
	LCD niveau provincial (11)	PEV et Partenaires		x		
	Photocopieuse niveau central (5)	PEV et Partenaires		x		
	Lap top niveau central (10)	PEV et		x		

Stratégies	Activités principales	Responsable	T1	T2	T3	T4
		Partenaires				
	Photocopieuse niveau provincial (11)	PEV et Partenaires		x		
	Assurer l'approvisionnement de la Direction, DPS, en matériel et fournitures de bureau, carburants pour charroi et gr électrogène, et moyens de communication	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Fournitures de bureau et consommable	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Carburant charroi automobile niveau central	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Carburant 2 groupes électrogène niveau central	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Maintenance charroi automobile	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Maintenance groupes électrogènes	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	niveau provincial	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Fournitures de bureau et consommable	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Carburant charroi automobile niveau provincial	PEV et Partenaires				
	Maintenance charroi automobile	PEV et Partenaires				
	Maintenance groupes électrogènes	PEV et Partenaires				
	Octroyer les primes de performance au personnel de la Direction et du personnel chargé de la vaccination en provinces	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer la maintenance des matériels roulants, informatiques, des groupes électrogènes, bâtiments de la Direction et des services de vaccination ...	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer la maintenance des motos en provinces	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Achat produits d'entretien niveau central	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Achat produits d'entretien niveau provincial I	PEV et Partenaires				
	Achat extincteurs bâtiments	PEV et Partenaires	x			
	Réhabiliter les infrastructures du niveau central (1) et des services de vaccination (5) ;	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	niveau central 2 bâtiments de la Direction	PEV et Partenaires		x		
	niveau intermédiaire Bumba, Kikwit, Buta, Kasongo, Mbandaka	PEV et Partenaires	x			
	Reproduire les outils de gestion PEV (registres, Bons de sorties, Bons d'entrée, Formulaire 1-6, cartes de vaccination cfr pev syst pop cible ...)	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer l'abonnement internet pour la Direction et les services provinciaux de vaccination	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Assurer l'abonnement internet pour le niveau provincial	PEV et Partenaires				
	Assurer le transport des matériels du niveau central vers les provinces	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Payer les frais de manutention et de gardiennage	PEV et Partenaires	x	x	x	x
	Payer les frais de gardiennage des véhicules	PEV et Partenaires	x	x	x	x

## Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration du PPAC

PARLEMENT	
Honorable Grégoire KIRO	Député national
Honorable Grégoire LUSENGE	Député national
GOUVERNEMENT	
Mr Patrick KITEBI	Ministre Délégué aux Finances
Prof MUKOKO SAMBA	Ministre du Budget
Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA	Ministre de la Santé
PARTENAIRES	
Dr Leodegal BAZIRA	Représentant, OMS
Mme Barbara BENTEIN	Représentant, UNICEF
Stephen M. HAYKIN	Directeur, USAID
Ambroise TSHIMBALANGA	Président, ROTARY
GROUPE DE TRAVAIL PPAC	
Dr Pierre LOKADI OPETA	Secrétaire général à la Santé
Mr Alexis SATOULOU-MALEYO	OMS (ICST OUAGADOUGOU)
Dr Tiékoura COULIBALY	Point Focal OMS/RDC
Dr Ncharre CHOUAIBOU	OMS/RDC
Mme Yolande MASEMBE	OMS
Dr Léon KINUANI	OMS
Dr Granga DAOUIYA	UNICEF
Mr Bonny SUMAILI	UNICEF
Mr Médard MOKE	UNICEF
Mme Irina DINCU	UNICEF
Mme Hélène MAMBU ma DISU	SVI
Mme Alice NADER	SVI
Dr Michel OTHEPA	JSI/MCHIP
Dr André TONDA	MCHIP
Mr Samuel MBALA SUNGU	Ministère du PLAN
Mr Benjamin FERUZI	Ministère des Finances
Mr Jules BAGANDA	Ministère Du Budget
Dr Audry MULUMBA	Médecin Directeur, PEV
Dr Paul LAME	PEV
Mme Gudule KAWENDE	PEV
Ir Claude MANGOBO	PEV
Ir Pascal MUKENYI	PEV
Mr Jean Paul MAKALA	PEV
Dr Norbert YOLOYOLO	PEV
Mr Joel MULUBU	PEV
Mr Benjamin MATATA	PEV
Dr Guillaume NGOIE	PEV
Mme Thérèse KANIONGA	PEV
Dr Bertin LORA	PEV
Dr Michel NYEMBWE	PEV
Dr Elisabeth MUKAMBA	PEV
Mme Blandine MBOMBO	PEV

Mme Fideline MAPITSHI	PEV
Mme Solange MUKANDILA	PEV
Ir Serge KABEYA	PEV
Mr Robert KUZANWA	OMS
Dr Berthe NKUKU	OMS
Dr Maurice LOKO	PEV
Mme Astrid NSUKA	Unicef
Dr Roger BAVUWU	Unicef
Dr Robert NDUNDULA	Unicef
Dr Charles BUKAKA MAYAKASA	Secrétariat Général
Dr Rimambona MAKAMBA	Secrétariat Général
Dr André KASOGO	Unicef