



Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018 RDC

Évaluation conjointe (JA complète)

Pays	République Démocratique du Congo
JA complète ou JA mise à jour	Evaluation Conjointe complète
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	BEATRICE HOTEL DU 26 /11 AU 28/11/2018
Participants/affiliation¹	Cadres du Niveau central et provincial du MSP, partenaires Techniques et Financiers, Société civile, Départements ministériels gouvernementaux (Min Finances, Budget et Santé), et différents partenaires (OMS, UNICEF, BMGF, PATH, SANRU, VILLAGE REACH, CROIX-ROUGE, MSF, USAID et GAVI).
Fréquence des rapports de résultats	Chaque trimestre (chaque trois mois)
Période fiscale²	1 ^{er} Janvier au 31 Décembre 2018
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	5 ans (2015-2019)
Groupe de cofinancement	<i>Autofinancement initial</i>

1. DEMANDES DE RENOUELEMENT ET DE PROLONGATION

Les demandes de renouvellement ont été soumises sur le portail pays

Demande de renouvellement de vaccin (SVN) (Au plus tard le 15 mai)	Oui
Demande de renouvellement de soutien au RSS	Oui
Demande de renouvellement de soutien à la POECF	Non

Tableau 1 : les estimations des cibles vaccinales en 2018.

Population	104 234 103				
Cohorte de naissances	4 169				
Vaccin	VPI	PCV -13	Pentavalent	VAA (Fièvre Jaune)	...
Population dans la cohorte d'âge cible	3 637 770	3 637 770	3 637 770	3 637 770	
Population cible devant être vaccinée (première dose)	3 637 770	3 637 770	3 637 770	3 637 770	
Population cible devant être vaccinée (dernière dose)	3 637 770	3 637 770	3 637 770	3 637 770	
Taux de couverture implicite	88,9%	89%	90,4%	89,2%	
Dernier taux de couverture administrative disponible de 2017	88,9%	89%	90,4%	89,2%	
Dernier taux de couverture WUENIC disponible de 2017	69%	79%	81%	76%	
Taux de perte	17%	7%	8%	18%	
Stock signalé	1 088 712	2 810 223	2 840 119	1 058 613	
Stock tampon	626 800	890 500	1858200	680500	

¹ Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

² Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

La RDC, est un sous-continent avec un taux d'accroissement démographique annuel de 3%, et une estimation d'enfants devant être vaccinés de 3. 637 770 millions chaque année. . Le dernier recensement en RDC remontant en 1984, le non maitrise du dénominateur reste un défi majeur notamment pour l'estimation des doses de vaccins requises.

Des dénombrements sanitaires sont réalisés et actualisés chaque année avec l'appui de 4 Organisations de société civile (OSC/SANRU), des cellules d'animation communautaire (CAC) dont 22 968/24092 fonctionnelles et des relais communautaires (RC) dont 24199 formés sous a appui Gavi RSS2 dans le cadre de l'approche dynamique communautaire (ou village).

Triangulations des données de quantification se fait grâce aux CAC et RECO formés autour de l'IT lors des séances de monitoring mensuel

Intérêt indicatif pour l'introduction de vaccins nouveaux ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir³

Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi	Programme	Année d'application prévue	Année d'introduction prévue
	VAR2	2019	2020
	RSS3	2019	2020

2. RÉCENTS CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS ET RISQUES POTENTIELS POUR L'ANNÉE SUIVANTE



La République Démocratique du Congo (RDC) se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de **2 345 409 Km²**. Elle partage **9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes** et est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, l'Enclave angolaise de KABINDA, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola. Aux termes de la constitution de 2006 ; La RDC est composée de la ville de Kinshasa et de 25 provinces dotées de la personnalité juridique conformement à l'article 2 de la Constitution de la 3ème République). Elle compte **96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements**.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise pour l'année 2018 à **85.026.000⁴** habitants avec une densité de **36 habitants au km²**. La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs.

Avec une fécondité estimée à **6,6 enfants par femme (EDS 2014)**, et un rythme de croissance annuelle de la population à **2,9 % (INS 2015)**, la RDC constitue déjà en soit **un défi logistique majeur pour vacciner complètement tous les 3,5 millions des enfants cible PEV par an**. Le contexte national a subi quelques mutations majeures qui méritent d'être élucidées dans la présente évaluation :

1. Du point de vue politique : la période couverte par l'évaluation a été marquée par l'instabilité politique et institutionnelle et l'insécurité qui ne favorisent pas l'offre de services de santé dont la vaccination dans les endroits les plus touchés par les violences. Les élections Présidentielle et législatives nationales et provinciales pointant à l'horizon ainsi que les défis sécuritaires, le gouvernement est obligé d'utiliser tous les moyens disponibles pour répondre aux urgences et aux

³ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

⁴ INS , Annuaire statistique 2014

autres dépenses de souveraineté laissant de côté les autres secteurs, d'où des difficultés souvent d'épurer jusque-là les redevances en matière de cofinancement.

2. Du point de vue économique : la stabilité du Gouvernement actuel et les tendances macro-économiques actuelles dans le sens de l'amélioration, et de la stabilité du taux d'échange (1\$ = 1650 FC en RDC ont permis ce dernier de rembourser les 1,6 /1,6 MUSD des dépenses dites irrégulières en 2018 et à Gavi de décaisser régulièrement et ipso facto permettre à la RDC de mettre en œuvre le PTBA Gavi 2018 sans heurt qui finance à plus de 60% le PAO PEV RDC. Cependant, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne (514 US\$ en 2014), 800\$ en 2015 et 499\$ en 2016 avec 0,435/1 d'indice de développement humain en 2015.

3. Du point de vue Gouvernance et leadership dans le secteur: la consolidation des réformes au niveau central par l'installation de l'inspection générale à la santé s'est poursuivie au niveau intermédiaire par l'installation effective des inspections provinciales de la santé, avec une nette collaboration entre les structures du niveau central et celles du niveau intermédiaire, les 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS). Aussi, la présence des agents de l'agence fiduciaire GIZ dans les 14 DPS (**dont dix sont prioritaires dans le cadre de l'appui de Gavi : Bas -Uélé, Equateur, Kwilu, Haut -Katanga, Haut-Iomami, Lomami, Mongala, Tanganika, Sud Ubangi et Tshuapa**) dites à risque financier a sensiblement amélioré le niveau de compréhension et d'application des procédures de gestion à ce niveau.

4. Du point de vue de la Santé Publique : les efforts ont été poursuivis pour maintenir la RDC **libre de la circulation du poliovirus sauvage**, augmenter la couverture vaccinale et améliorer la qualité des données. Ces efforts s'anéantissent à chaque fois qu'il y a retard et arrêt de décaissement, comme la période du 30 septembre au 25 octobre 2018 où il y a eu gel de financement Gavi du fait que le rapport d'audit pour exercice 2017 n'était pas transmis au 30 juin 2018 conformément aux ACP signé entre Gavi et MSP. Cette situation a entravé la poursuite régulière des activités avec comme conséquence la non-vaccination des enfants cibles dans les provinces. Toute au long de l'année 2018, la RDC a été confronté à **une résurgence de certaines épidémies qui n' a pas favorisé la vaccination régulièrement :** (i) **l'épidémie à la maladie de virus Ebola à l'Equateur et celle encours dans le nord Kivu et Ituri** , (iii) **la circulation de 20 cas de cVDPV2 en 2018 dans les provinces dont 2 au Tanganika, 2 au Haut- Lomami, 2 4 au Haut- Katanga, 1 à Ituri, 11 à Mongala** (iv) les épidémies de la rougeole dans **100 zones de santé réparties dans 18 provinces** les provinces de Maniema, Sud kivu, Haut- Katanga , Haut-Lomami, Mongala, Tanganyika, Lualaba et, Tshopo, Haut-Uélé, Nord Kivu, Kasai Oriental, Sankuru, Tshuapa, Kinshasa, Ituri, Lomami, Sud-Ubangi et Kongo Central). Le pays est confronté aussi à une épidémie de la fièvre jaune dans les provinces de la Tshuapa (zone de santé de Yalifafu), de Haut Uélé (Zone de sante de Doruma) et Bas Uélé (zone de santé de Ango).

En octobre, 2018, précisément **le 11eme jour du mois**, le pays a lancé officiellement la mise en œuvre du Plan d'urgence pour la relance de la vaccination de routine en RD Congo dénommé « **Plan Mashako** » dans 9 provinces (Haut-Katanga, Haut-Lomami, Ituri, Kasai, Kinshasa, Kwilu, Mongala, Tanganyika, Tshuapa) regroupant environ la moitié des enfants insuffisamment vaccinés dans le pays. Ce plan vise l'augmentation de la couverture vaccinale de 15 points en 18 mois à travers 5 axes : (i) Assurer la disponibilité des antigènes et des intrants au niveau local en tout temps, (ii) Augmenter les opportunités de vaccination des enfants, (iii) Suivre régulièrement l'avancement du plan et adapter l'approche aux résultats obtenus, (iv) Vérifier la réalisation des activités dans les Zones de Santé et les Aires de Santé, (v) Coordonner l'action du PEV avec les provinces et les autres programmes du MSP.

Et en novembre 2018, le pays s'est proposé de conduire un exercice de pré-validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal avec comme deadline pour valider l'élimination en décembre 2019.

5. Du point de vue sécuritaire : les déplacements massifs des populations venant de l'Angola expulsée dans le Kasai et Kwango, les déplacés internes suite à l'insécurité et conflits armés, tribaux et ethniques dans le Kivu, les Kasai, le Tanganyika ont eu un impact significatif sur la mise en œuvre des activités avec comme conséquence la baisse des couvertures vaccinales et résurgence des épidémies citées ci-haut dans ces zones.

En 2019, Le contexte national pourrait subir des mutations majeures qui méritent d'être soulignées dans la présente évaluation 2018. Ces derniers concernent les événements qui, s'ils venaient à se produire, auraient des conséquences soit positives sur l'aptitude à prendre pour pérenniser les bénéfices ou à avancer sur les différents domaines décrits dans le rapport, soit négatives et pourront nuire au maintien des acquis actuels :

1. **Sur le plan politique** : Les élections présidentielles et législatives ont été organisées le 30 décembre 2018 et les résultats provisoires annoncés par la commission électorale (CENI) font état de la victoire du candidat de l'opposition Félix Tshisekedi à l'élection présidentielle, tandis que les élections législatives ont été remportées par les partis soutenant le Président Joseph Kabila. Ces résultats ont été contestés par le candidat de l'opposition Martin Fayulu ainsi que par la Conférence épiscopale de la RDC. Une décision de la cour constitutionnelle sur le recours de M. Fayulu est attendue le 18 janvier et l'investiture du nouveau Président est prévue pour le 22 janvier. Ces élections devraient entraîner des bouleversements importants au niveau des institutions de la République notamment Présidentielle, Parlement, Gouvernement et Judiciaire. Ces changements dicteraient un nouvel ordre politique et administratif avec conséquence dans la gouvernance du pays en général et en particulier dans le secteur de la santé et vaccination.

Il existe un risque que l'annonce de la décision de la cour constitutionnelle puisse conduire à des violences et développement des Zones d'insécurité qui rendraient impossible la mise en œuvre des activités, mais avec le dynamisme des acteurs du terrain légendaire en RDC, nous organiserons toujours des séances de vaccinations et campagnes en mettant en contributions des PTFS humanitaires (Croix Rouge RDC , Médecins sans frontière etc....)

2. **Du point de vue économique**, l'environnement économique s'attend à connaître quelques améliorations des ressources (recettes) à partir de 2019 due à l'embellie attendue favorisée par la combinaison d'une hausse des cours des matières premières produites par le pays, le marché international d'une part et l'application du nouveau cadre minier promulguée en cours de cette année ainsi que les différentes mesures structurelles (notamment les 28 mesures qui visent à relancer la croissance économique) par le gouvernement d'autre part pourraient favoriser un accroissement du taux de croissance à deux chiffres, ainsi le pays s'acquitterait de sa redevance en matière de cofinancement pour éviter la situation d'insuffisance d'achat par le Pays des vaccins traditionnels qui nous conduit à des ruptures de stock de vaccins , retardant l'organisation régulière des séances de vaccination dans le sens positif du nouveau ordre politique, dans le cas contraire la situation actuelle va s'empirer.
3. **Du point de vue Gouvernance et leadership dans le secteur**, la consolidation des réformes au niveau central, l'inspection générale à la santé (IGS) et du niveau intermédiaire joueront un rôle non négligeable dans le suivi et contrôle de qualité de la vaccination sur toute l'étendue de la RDC d'autant plus qu'un appui à l'IGS est inclus dans les budgets des campagnes de Fièvre Jaune et de Rougeole à venir ainsi que dans le plan Mashako . Aussi, le maintien de la présence des agents de l'Agence fiduciaire GIZ dans les provinces et le renforcement des capacités en gestion des Experts financiers du MSP par GIZ et CAGF contribueraient à minimiser le risque financier du programme Gavi appuyant le RSS et la vaccination en RDC en favorisant la gestion axée sur les résultats en appliquant par ailleurs le PBF.
4. **Du point de vue de la Santé Publique**, les efforts seront poursuivis pour maintenir la RDC libre de circulation du poliovirus sauvage et arrêter la circulation du poliovirus dérivé de la souche vaccinale réduire l'incidence de la rougeole, augmenter la couverture vaccinale et améliorer la qualité des données.
5. Sur le plan sécuritaire, les efforts devront être déployés pour mettre sur pied des plans de contingences avec plan de vaccination des enfants cibles et femmes enceintes dans les Zones de santé recevant des déplacés internes ou venant des pays limitrophes et dans les zones de santé en insécurité.

L'émergence depuis le 3^{ème} trimestre 2018 de l'épidémie de maladie à Virus Ebola (EVD) dans le Nord Kivu et l'instabilité de la situation sécuritaire sont autant des facteurs qui représentent un risque pour la mise en œuvre des activités de vaccination. L'épidémie EVD actuelle au Nord Kivu est la plus importante épidémie enregistrée dans l'histoire de la RDC et l'une des plus complexes à maîtriser compte tenu notamment d'un haut niveau d'insécurité et d'une concentration importante de populations.. Depuis le début de l'épidémie, le cumul des cas est de 634, dont 586 confirmés et 48 probables. Au total, il y a eu 386 décès (338 confirmés et 48 probables) et 231 personnes guéries (situation en date du 11 janvier 2019).

3. PERFORMANCE DU PROGRAMME DE VACCINATION

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

D'une façon générale, pour une complétude de 99,1% de janvier à septembre 2018, les résultats de couverture vaccinale montrent que les objectifs fixés au niveau national n'ont pas été atteints sauf pour BCG, Penta1, Penta3 et Td2+ tel que nous le montre le tableau ci-après.

Tableau 2 : Couverture vaccinale, par antigène et par province, cumulée de janvier-septembre 2018

Antenne	Nbre de ZS	BCG	DTC-HepB-Hib1	DTC-HepB-Hib3	Pneumo 1	Pneumo 3	VPO3	VPI	VAR	VAA	VAT2 +
Bas Uélé	11	80%	91%	84%	90%	84%	80%	83%	78%	68%	99%
Equateur	18	93%	95%	87%	95%	88%	88%	93%	88%	77%	115%
Haut Katanga	27	125%	110%	104%	110%	103%	115%	103%	100%	89%	105%
Haut Lomami	16	100%	104%	99%	104%	99%	98%	99%	98%	85%	116%
Haut Uélé	13	78%	98%	90%	96%	88%	83%	77%	74%	67%	103%
Ituri	36	94%	102%	94%	101%	93%	83%	92%	89%	78%	112%
Kasaï	18	93%	100%	94%	95%	89%	97%	93%	95%	81%	115%
Kasaï Central	26	100%	103%	98%	100%	96%	99%	101%	98%	85%	117%
Kasaï Oriental	19	101%	102%	97%	101%	97%	95%	96%	97%	84%	114%
Kinshasa	35	97%	104%	96%	104%	96%	96%	95%	94%	81%	100%
Kongo											
Central	31	92%	98%	92%	98%	92%	92%	87%	102%	88%	143%
Kwango	14	86%	98%	92%	94%	88%	94%	83%	92%	81%	112%
Kwilu	24	87%	89%	81%	89%	81%	84%	80%	86%	75%	109%
Lomami	16	100%	101%	97%	101%	97%	97%	97%	98%	85%	115%
Lualaba	14	88%	93%	87%	92%	86%	84%	73%	102%	88%	99%
Mai Ndombe	14	95%	100%	94%	101%	64%	93%	95%	97%	84%	126%
Maniema	18	93%	96%	91%	101%	91%	91%	86%	87%	79%	123%
Mongala	12	93%	119%	110%	118%	96%	90%	104%	82%	75%	129%
Nord Kivu	34	89%	99%	92%	95%	91%	92%	87%	90%	79%	69%
Nord Ubangi	11	89%	101%	95%	97%	79%	91%	100%	83%	71%	114%
Sankuru	16	94%	99%	91%	95%	89%	93%	84%	70%	61%	104%
Sud Kivu	34	90%	96%	90%	97%	92%	58%	91%	90%	78%	93%
Sud Ubangi	16	97%	99%	88%	97%	88%	92%	95%	85%	80%	114%
Tanganyika	11	103%	102%	95%	102%	95%	92%	97%	93%	80%	123%
Tshopo	23	105%	102%	95%	102%	95%	92%	88%	92%	80%	150%
Tshuapa	12	76%	90%	85%	85%	80%	72%	73%	84%	73%	104%
National	516	95,2%	100,3%	93,5%	99,1%	91,7%	90,3%	91,5%	91,6%	91,8%	95,0%

Source : Données administratives, Direction du PEV RDC 2018

12/26 soit 46,1% des provinces ont atteint l'objectif d'au moins 80% dans tous les antigènes. Il s'agit de Haut Katanga, Haut Lomami, Kasaï, Kasaï Central, Kasaï Oriental, Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Lomami, Sud Ubangi, Tanganyika et Tshopo.

Notons que sur les 516 Zones de santé de la RDC qui rapportent les données de vaccinations, 212 ZS soit 41,1% ont réalisé au moins 80% de CV pour tous les antigènes.

Comparativement à la même période pour 2017, le graphique ci-dessous montre que les performances du PEV de routine en 2018 ont connu une légère augmentation pour presque tous les antigènes excepté pour le VPO3. Le nombre d'enfants non vaccinés en DTC-HepB-Hib3 est passé de 200 286 à 176 459.

Évaluation conjointe (JA complète)

Les raisons de ces contre-performances seraient liées à la grève des infirmiers dans les provinces de Nord Kivu, Sud Kivu et Bas Uélé, à la faible proportion des séances de vaccination en stratégie avancée et mobile organisées, à la faible disponibilité, à l'inadéquation des besoins en vaccins et autres intrants (surtout pour le VAA) et aux problèmes liés à l'accessibilité et à l'insécurité dans certaines ZS.

Au cours de l'année 2018, le programme a été marqué aussi par le maintien du statut de pays libre de PVS depuis 6 ans. Au total 20 cas de cVDPV2 ont été notifiés dont 2 au Tanganyika ; 2 dans le Haut Lomami ; 4 dans le Haut Katanga ; 1 en Ituri ; 11 dans le Mongala.

Les données IDS et cas/cas cumulées à la 46^{ème} semaine 2018 se présentent comme indiqués dans le tableau ci-dessus. En résumé :

- 44864 cas et 566 décès ont été notifiés, soit une létalité de 1,2%
- 3013 cas ont été investigués parmi lesquels 925 IgM+ ;
- 3461 cas confirmés par lien épidémiologique ;
- 100 zones de santé en épidémie depuis le début de l'année, réparties dans 18 provinces (Maniema, Sud Kivu, Tshopo, Haut Lomami, Lualaba, Kasai Oriental, Haut Katanga, Mongala, Kinshasa, Ituri, Tanganyika, Nord Kivu, Kongo Central, Tshuapa, Haut Uélé). Actuellement, 45 ZS sont en épidémie active dans 12 provinces.

Il est cependant important de noter que ces données administratives s'éloignent sensiblement des résultats préliminaires et non encore publiés de l'enquête MICS qui fait état d'une forte dégradation des couvertures vaccinales par rapport aux résultats du DHS 2012. Une analyse détaillée sera possible dès que les résultats du MICS seront finalisés et publiés, ce qui est attendu pour janvier-février 2019.

Tableau 3 : Evolution des CV de 2014 à septembre 2018.

Indicateur		Résultat 2014 (%)	Résultats 2015 (%)	Résultat 2016 (%)	Du 1er janvier au 30 sept 2017 (%)		Du janvier au 30 sept 2018 (%)	
					Résultat en %	Objectif	Résultat en %	Objectif
BCG	Administratives	90	86	92.9	88.8	94	88.7	95.0%
	OMS Unicef	78	74	80				
Penta 1	Administratives	99	100	99.1	98.4	94	93.1	95.0%
	OMS Unicef	81	82	80				
Penta 3	Administratives	93	93	92.6	92.2	92	86.4	93.0%
	OMS Unicef	80	81	79				
VPO3	Administratives	91,7%	91,4%	87.5	90.5	92	85.2	93.0%
	OMS Unicef	79	78	74				
PCV-13	Administratives	74	86	90.4	89.5	92	85.1	93.0%
	OMS Unicef	61	73	77				
VAA	Administratives	91	88	79.1	83.9	91	84.8	92.0%
	OMS Unicef	65	66	67				
VAR	Administratives	89.2	91	89.9	90.4	91	84.5	92.0%
	OMS Unicef	77	79	77				
VAT 2+	Administratives	88	91	90.2	92.4	91	90.1	92.0%
	OMS Unicef							
VPI	Administratives	NA	48	70.7	77.0	92	84.9	93.0%
	OMS Unicef	NA	48	57				
Taux Aban Penta 1- 3		7	6	6.5	6.4	<5	7.2	
Taux Aban PCV 1- 3		14	8	6.6	6.8	<5	7.8	

Proportion de ZS avec au moins 80% CV Penta 3	84.0	86	84.4	88	85%	76	
---	------	----	------	----	-----	----	--

Tableau 4 : reprenant les enfants non vaccinés (ENV) par antigène de janvier à septembre 2018 en RDC

Antigène	Objectifs	Pop cible périodique	Nbre d'enfants vaccinés	CV réalisées	ENV
BCG	95,0%	3 127 023	2 952 737	94,4%	174 286
Penta 1	95,0%	2 727 737	2 706 028	99,2%	21 709
Penta 3	93,0%	2 727 737	2 510 967	92,1%	216 770
VPO 3	93,0%	2 727 737	2 448 906	89,8%	278 831
VPI	93,0%	2 727 737	2 473 856	90,7%	253 881
Pneumo 3	93,0%	2 727 737	2 477 650	90,8%	250 087
VAR	92,0%	2 727 737	2 470 873	90,6%	256 864
VAA	92,0%	2 727 737	2 476 471	90,8%	251 266
Td 2+	92,0%	3 127 023	2 949 096	94,3%	177 927

Commentaire :

Notons que les couvertures vaccinales réalisées ont atteint les objectifs fixés pour les antigènes suivants : BCG, Penta1 et Td2+, nous pensons que d'ici fin 2018, les objectifs seront atteints mais il faudrait signaler que ces données administratives PEV couvrent la période de Janvier - septembre 2018. Il persiste un grand nombre d'enfant non vacciné en Penta3 et un écart important entre BCG-VAR, L'enquête MICS 4 réalisée en 2018 a montré que 44 % d'enfants de moins d'un an ont été vaccinés en DTC-HepB-Hib3 (donnée préliminaire). Ce qui indique que le nombre d'enfants non vaccinés est plus élevé que celui présenté dans le tableau 4.

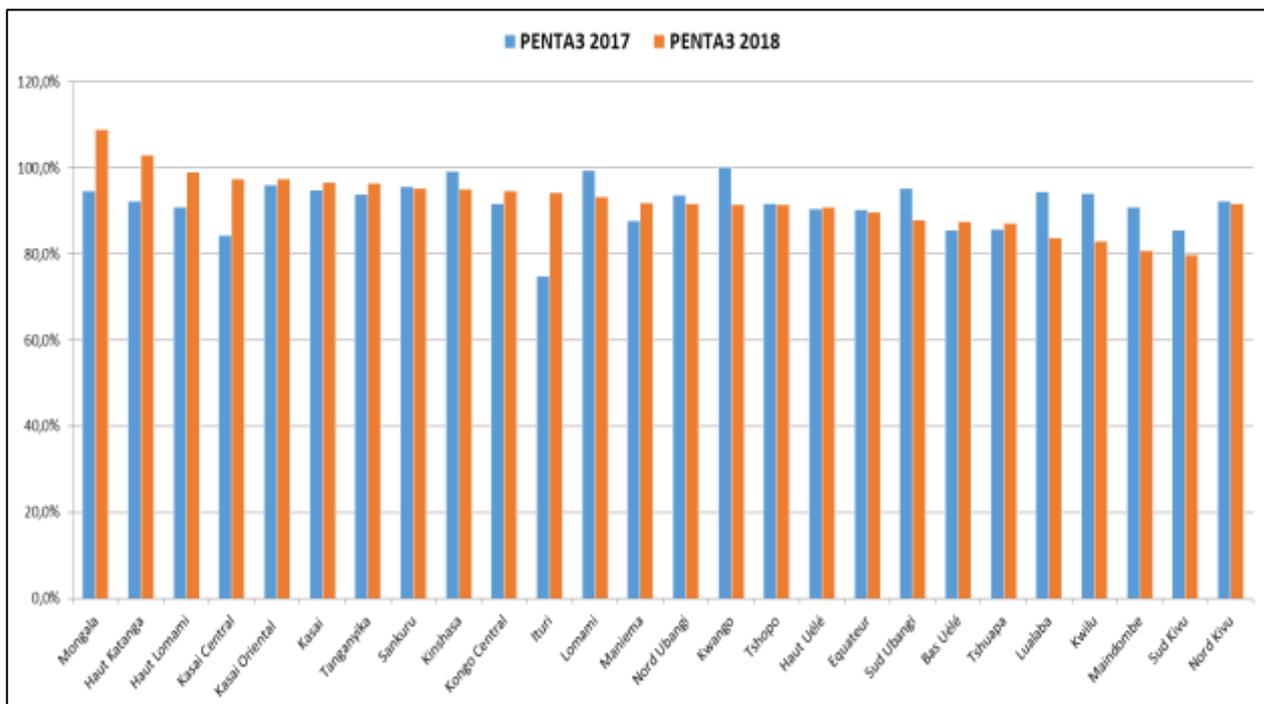
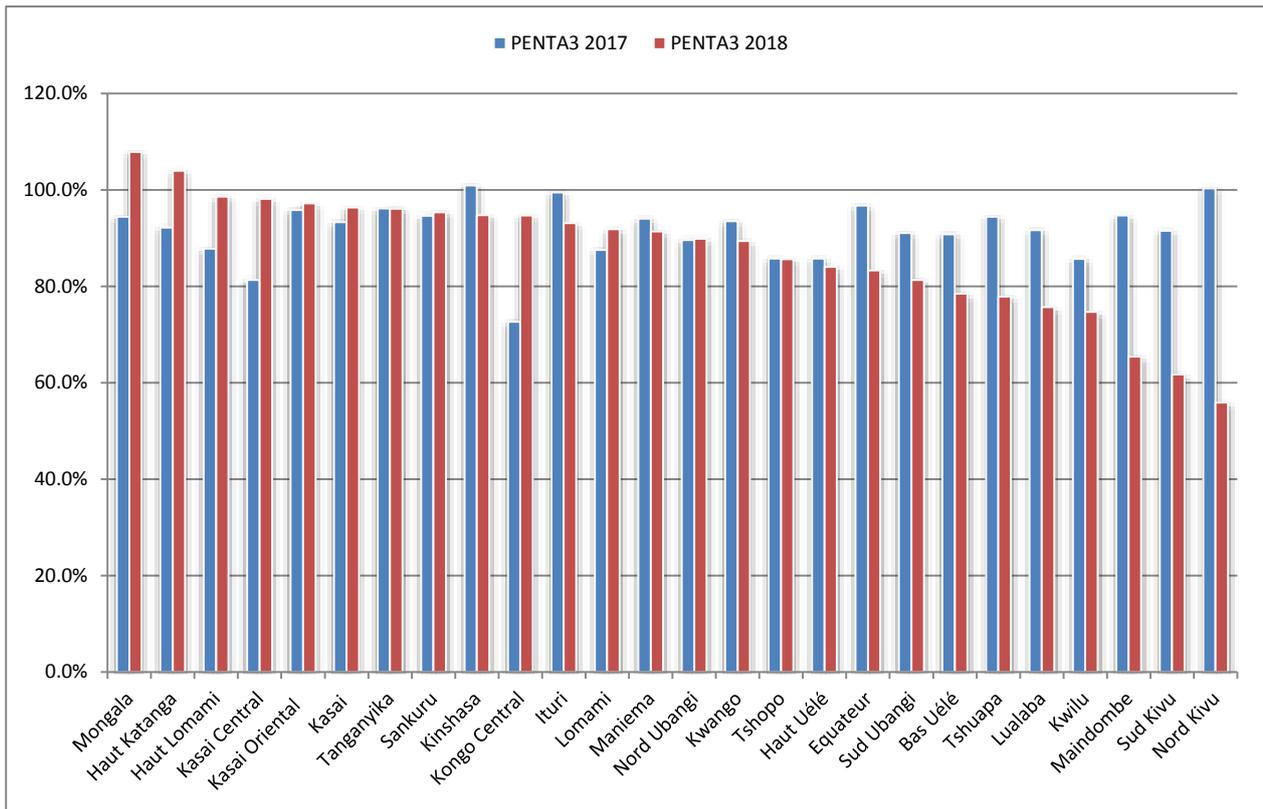


Figure1 : comparaison des enfants non atteint en 2017 et 2018 dans les provinces au Penta 3



Commentaire :

ENV 2017 : 184 081 ENV 2018 : 216 770

Pour la même période en 2018 on note un grand nombre d'enfant non vaccinés dans les DPS de, Nord Kivu, Kuilu, Mai-ndombe Lualaba, Maniema et Sud-Ubangi, par rapport en 2017 en dépit des appuis multiples, cette situation se justifierait par plus d'insécurité doublée des déplacements massifs de la population dans ces provinces, les ruptures de stocks des vaccins et autres intrants. **Il convient cependant de noter que ces estimations sont sous estimées et les dernières enquêtes montrent que ce chiffre serait d'environ 1 527 532 enfants non vaccinés par rapport aux objectifs fixés.**

ZS ayant atteint la CV \geq 80% pour tous les antigènes

RDC, Janvier-sept 2018

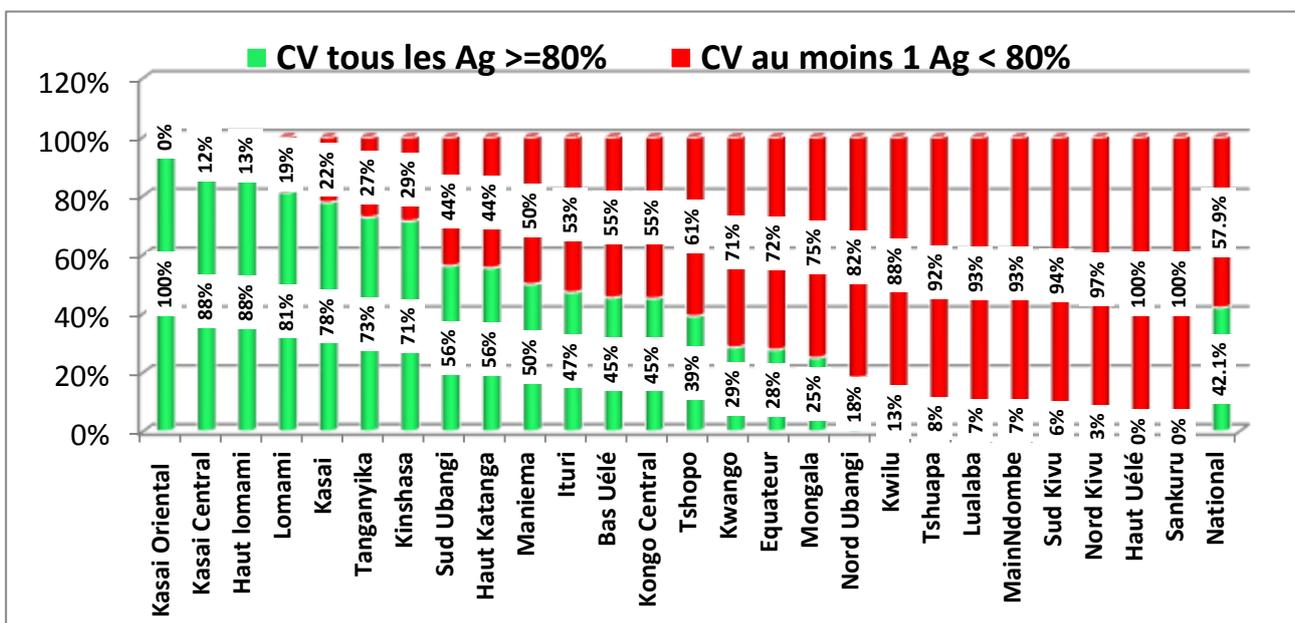


Figure 2 ci-dessus : ZS ayant atteint 80% ds tous les Antigènes

Commentaire :

Au niveau national, la proportion des zones de santé ayant réalisée au moins 80% de couverture vaccinale dans tous les antigènes est de 41% en 2018. En 2017, cette proportion était de 45,6%.

4/26 DPS ont réalisées une CV supérieure ou égale à 80% dans tous les antigènes dans les ZS, cependant les ZS des DPS (Sankuru, Haut-Uele, Nord Kivu, Sud Kivu Maindombe, Lualaba et Tshuapa) regroupent des ZS qui n'ont pas réalisées CV supérieure ou égale à 80%. L'approvisionnement en vaccins et autre intrants et les mouvements de grève des infirmiers ont été parmi les facteurs ayant contribués à ceci.

Selon le rapport de l'EDS 2013-2014, la couverture vaccinale complète est de 45% et ne varie pas **selon le sexe de l'enfant**. Par contre les couvertures vaccinales varient selon le milieu (**53 % des enfants du milieu urbain** sont complètement vaccinés contre seulement **42 % de ceux du milieu rural**, **l'instruction de la mère (42 % d'enfants vaccinés quand la mère est sans instruction, contre 54 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire**. En outre les inégalités liées au statut économique montrent un **écart de 20% entre quintile 1 et 5**.

Résumé épidémies observées depuis la dernière évaluation conjointe :

- Rougeole : Les données cumulées à la 46^{ème} semaine 2018 issues de la surveillance IDS et cas par cas se présentent comme suit :
 - 44864 cas et 566 décès ont été notifiés, soit une létalité de 1,2%
 - 3013 cas ont été investigués parmi lesquels 925 IgM+ ;
 - 3461 cas confirmés par lien épidémiologique ;
 100 zones de santé en épidémie depuis le début de l'année, réparties dans 18 provinces (Maniema, Sud Kivu, Tshopo, Haut Lomami, Lualaba, Kasai Oriental, Haut Katanga, Mongala, Kinshasa, Ituri, Tanganyika, Nord Kivu, Kongo Central, Tshuapa, Haut Uélé). Actuellement, 45 ZS sont en épidémie active dans 12 provinces
- Polio : Au total 20 cas de cVDPV2 ont été notifiés dont 2 au Tanganyika ; 2 dans le Haut Lomami ; 4 dans le Haut Katanga ; 1 en Ituri ; 11 dans le Mongala
- Ebola : le pays a connu 2 épidémies de la maladie à virus Ebola dans 3 provinces (Equateur, Nord-Kivu et Ituri) :
 - ✓ La première épidémie en Equateur au mois de mai 2019 avec 54 cas dont 33 décès.
 - ✓ La deuxième épidémie, commencée depuis le mois de Août 2018 jusqu'à ce jour, a connu un total de 634 cas et 386 décès (au 11 janvier 2019) dans les zones de santé de Mabalako, Beni, Oicha, Katwa, Butembo et Masereka (Province du Nord-Kivu) dans la zone de santé de Mandima (Province d'Ituri).
- Fièvre Jaune : le pays a connu 2 cas de fièvre jaune confirmés à Yalifafu (Province de la Tshuapa) et à Ango (Province de Bas-Uélé) dont la riposte n'a pas été organisée.

3.2. Principaux facteurs de couverture et d'équité durables

➤ Personnel sanitaire :

Le problème de la disponibilité et de la répartition des personnels se pose. On note une forte concentration du personnel de la santé (toutes professions confondues) dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. Par ailleurs, on note une instabilité du personnel à tous les niveaux mais surtout au niveau opérationnel due à une faible motivation des agents et des permutations intempestives. De plus, la dernière formation en gestion du PEV (MLM) qui a eu lieu il y a de cela trois ans. En outre, les agents du niveau opérationnel n'ont pas été formés depuis plus de six ans en Gestion technique du PEV alors que la norme exige que le personnel soit formé / recyclé tous les cinq ans.

La revue externe du PEV 2018 a identifié les problèmes suivants par rapport au personnel : Forte influence politique dans le positionnement des cadres sans tenir compte de leurs compétences, inexistence de plan de formation formelle pour le personnel, irrégularité des supervisions formatives des agents des BZ et AS, faible intégration des volets PEV dans les supervisions intégrées des ZS et de la province, insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau opérationnel, la gestion des carrières des RHS

est déficiente, instabilité du personnel occasionnant la perte de personnel formé, faible motivation des agents vaccinateurs, absence d'un fichier de référence fiable pour la gestion du personnel et des archives au niveau des ressources humaines du PEV, une grande partie du personnel n'est pas intégrée à la fonction publique et dépend des primes payées sur les recettes des structures sanitaires.

Tous ces problèmes identifiés contribuent négativement à la performance du programme de vaccination.

Avec le financement de l'Union Européenne à travers l'Unicef, 178 réfrigérateurs solaires ont été installés au niveau Aires de Sante. Aussi 112 réfrigérateurs solaires ont été commandés en 2018, pour les provinces appuyées par l'Union Européenne. Etant donné que le pays compte environ 8830 aires de santé qui vaccinent et que dans une aire de santé, il doit y avoir au moins un réfrigérateur performant et économe en énergie selon les normes pour une bonne performance, le défi reste encore énorme (3 865 réfrigérateurs) pour le pays car le gap des réfrigérateurs pour atteindre la norme d'un réfrigérateur par aire de santé.

S'agissant du renforcement de la chaîne d'approvisionnement :

- Le Hub moderne de Kinkole, construit dans le cadre du renforcement de la chaîne d'approvisionnement a été inauguré le 10 octobre 2018. Un plan d'opérationnalisation de cet entrepôt a été initialement élaboré par le PEV. Il faut noter qu'un comité a été mis en place par le cabinet du MSP pour faire une proposition de modèle de gestion pouvant faciliter l'intégration des chaînes d'approvisionnement et la mutualisation des moyens logistiques des différents programmes et direction du MSP. Il est important de signaler que le MSP a décidé de confier la gestion du Hub de Kinkole à une structure indépendante de type ASBL. Dans ce cadre, les charges pour la sélection d'une structure ont été élaborées. En attendant la gestion du Hub a été confiée au PEV pour une durée de 6 mois. L'entrepôt de Kinkole dispose d'une capacité de 10000 m3 pour l'entrepôt sec et 5000 m3 pour les chambres froides.
- Des équipements informatiques, des mobiliers de bureaux, des équipements de manutention et des véhicules de transport ont été acquis pour l'opérationnalisation de ces hubs,
- La construction de 2 hubs modernes déconcentrés à Kisangani et Lubumbashi est en cours. Il est important de signaler les travaux de construction lancés en juin 2018 ont été suspendus en juillet 2018, sur décision du Ministre de la santé, afin de prendre en compte des travaux supplémentaires identifiés et d'identifier un nouveau site pour la construction du hub de Lubumbashi.
- Le dépôt de transit de Kananga sera bientôt opérationnel car les chambres froides y sont déjà installées.
- Dans le cadre du renforcement de la logistique roulante pour la distribution des vaccins et intrants, les 14 camions (7camions frigorifiques, 7camions ordinaires) et une pick-up frigorifique pour le dépôt de transit de Kananga prévus pour ces hubs et Kananga/ sont tous disponibles au pays et ont été officiellement remis au Ministère lors de l'inauguration du Hub moderne de Kinshasa à Kinkole. Un plan d'acheminement des camions de Kisangani et Kananga est en cours de mise en œuvre. Les 4 camions de Lubumbashi ont été livrés directement à Lubumbashi.

Malgré la dotation aux provinces des véhicules, de motos, de hors bords et pirogues motorisées en 2017, 100ZS/144 ciblées dans l'approche antennes et 1000 aires de santé demeurent dépourvus de moyens de transport respectivement véhicules et motos ou pirogues pouvant être utilisés pour la distribution des vaccins et autres produits de santé.

L'approvisionnement des CS en vaccins et intrants par la ZS, se fait généralement lors des réunions mensuelles de monitoring des activités des Zones de santé. Aussi, l'accompagnement des ZS par les équipes de la province, les monitorages mensuelles dans les AS et Bureaux centraux de 144 ZS avec appui OSC/SANRU et 113ZS avec appui Unicef ont énormément contribué à la disponibilité des vaccins et autres intrants dans ces ZS. Ceci implique un très bon leadership de l'Equipe Cadre de la ZS, à organiser ces réunions et de le faire une opportunité pour le transport des vaccins et autres intrants. Outre ces réunions, les missions mensuelles de supervisions des ECZ vers les CS constituent des opportunités de transport des vaccins et intrants. Il est nécessaire d'optimiser le système d'approvisionnement des vaccins des centres de santé par les bureaux centraux en redéfinissant le circuit et en régularisant le rythme de distribution à ce niveau sur base de l'expérience de Village Reach à l'Equateur qui doit être étendue à d'autres provinces(approvisionnement des vaccins et autres intrants jusqu'au site de vaccination).

En ce qui concerne la gestion des stocks, Il y a près de 60% des 144 ZS soit 87 ZS ne disposent pas encore d'une unité informatique complète comprenant un ordinateur, une imprimante, un stabilisateur/régulateur avec batterie, un disque dur externe pour la sauvegarde des données. En outre les coupures intempestives

de la connexion internet par manque de paiement de l'abonnement, ne permet pas d'assurer la transmission des données à temps directs au moment voulu des ZS vers les DPS. Parmi les recommandations de la GEV 2014 sur la gestion de stock figurent la mise à disposition des kits informatiques et une connexion internet permanente dans toutes les 516 Zones de Santé via VSAT et la mise en réseau avec les outils logistiques pour une visualisation à temps réels de stocks des vaccins à tous les niveaux. L'existence des kits informatiques et de la connexion internet devront permettre une amélioration de la gestion informatisée des vaccins avec le réseautage des outils logistiques notamment le SMT, l'outil d'inventaire des équipements de chaîne du froid et l'interconnexion de DHIS2/DVD-MT via VSAT avec connectivité à long terme. Actuellement la gestion manuelle des stocks et le non mis en réseaux des ZS, ne permettent pas au niveau intermédiaire et central de suivre en temps réels les problèmes de pré-ruptures des stocks et les besoins en commandes des vaccins entre les ZS et les antennes PEV. Ceci bien qu'il n'existe des outils mis en place par la commission logistique afin de suivre la disponibilité hebdomadaire des stocks à différents niveaux mais la complétude et la promptitude des données demeurent un problème.

La revue externe du PEV 2018 a fait mention des points forts et faibles suivants par rapport à l'approvisionnement en vaccins :

Points forts

- Chronogramme consensuel (Pays, OMS et UNICEF) d'approvisionnement du pays en vaccins et consommables de vaccination disponible chaque début d'année ;
- Besoins annuels du pays en vaccins et consommables de vaccination couverts chaque année ;
- Système de gestion informatisé des stocks au niveau central et intermédiaire fonctionnel ;
- Système de monitoring de la température à distance fonctionnel pour toute la CdF du pays ;
- Cartographie de chaque chambre froide du pays effectuée ;
- Capacité de stockage des équipements CDF au niveau central et intermédiaire prenant en compte l'introduction des nouveaux vaccins (Rota et MenA) satisfaisant ;
- Déploiement d'équipement CDF en cours dans le pays ;
- Disponibilité à court terme d'un hub d'une capacité de stockage brute de 2000 m3 en température contrôlée et 10 000 m3 en magasin sec au niveau central ;
- Progression des équipements homologués (PQS) et des équipements solaire au niveau intermédiaire et périphérique ;
- Disponibilité de moyens de transport au niveau central ;
- Utilisation de seringue autobloquante à usage unique et boîte de sécurité dans tous les sites de prestation de service.

Faiblesses

- Chronogramme d'approvisionnement non respecté ;
- Rupture de vaccins et consommables à tous les niveaux ;
- Couverture des besoins insuffisants aux niveaux intermédiaires et périphériques ;
- Non-respect de la stratégie d'approvisionnement du pays (3 mois pour les dépôts intermédiaire et 1 mois pour les dépôts périphérique) par certains dépôts ;
- Faible couverture des CS en équipements CDF homologués OMS/UNICEF (43%) ;
- Couverture insuffisante (79%) des BCZS en équipements CDF homologués OMS/UNICEF ;
- Capacité de stockage des équipements CDF du niveau zone de santé insuffisante en rapport à l'introduction de nouveaux vaccins, notamment MenA et Rota ;
- Faible réaction en cas d'alarme dans le système de monitoring à distance des températures ;
- Faible présence d'enregistreurs continus de température dans les BCZS (59%) et les centres de santé (29%) ;
- Personnel responsable de la CDF au niveau périphérique insuffisamment formé à la gestion de la chaîne du froid ;
- Insuffisance dans les relevés de températures au niveau périphérique (seul 36% des CS et 71% des BCZS relèvent de manière biquotidienne la température) ;
- Moyens de transport insuffisants au niveau périphérique ;
- Inexistence d'inventaire détaillé pour les moyens de transport ;
- Inventaire chaîne du froid non finalisé ;
- Faible mise en œuvre des recommandations issues des évaluations de la gestion efficace des vaccins (2011, 2014 et 2018) ;
- Instructions sur la politique de sécurité des injections non disponibles dans les CS.

Les retombées du CCEOP1 & 2, l'inauguration du Hub de Kinshasa et la solarisation des 23 chambres froides permettront d'améliorer suffisamment la qualité de la chaîne d'approvisionnement en République Démocratique du Congo en 2019.

Fourniture de services et génération de la demande

Le rapport préliminaire de la revue externe a montré certains facteurs pouvant expliquer des contreperformances qui peuvent expliquer en partie les faibles couvertures vaccinales observées :

- Séances de vaccination non réalisées au quotidien dans plus de la moitié des centres de santé ;
- Absence d'un système d'identification des localités avec grands nombre de cibles à rattraper ;
- Mauvais archivage des supports et outils de gestion au niveau des structures périphériques ;
- Absence système de suivi de la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des ZS et CS ;
- Faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination ;
- Faible niveau de financement des plans annuels d'action des antennes et ZS pour le suivi correct des activités sur le terrain ;
- Fréquentes interruptions de la vaccination dans les CS par manque de vaccins ou manque de matériel de vaccination ou par d'autres causes ;
- Faible analyse et exploitation des données de suivi pour actions au niveau local (analyse des données, interprétations des courbes pour planification des activités).

Pour ce qui est demande, le pays a adopté l'approche de la dynamique communautaire avec la redynamisation des organes de participation communautaire : les cellules d'animation communautaire (CAC), véritable regroupement des forces vives de village sous le leadership du Chef de village, pour l'implication et l'appropriation des activités de développement en général et la santé en particulier par les bénéficiaires. A ce jour 46 777 CAC identifiés non compris les CAC des provinces du Haut -Uélé, Maniema et sud-Kivu non transmis. Les CAC sont devenus des véritables outils pour toute action à base communautaire.

Actuellement le pays compte 5397 groupements chaque groupement compterait 5 à 10 villages soit 78 052 villages dénombrés .Ceci montre qu'il y a encore un besoin réel pour poursuivre la redynamisation des organes de participation communautaire dans les villages non couverts.

Sur les 24092 CAC installées par les OSC grâce au financement de GAVI à travers le RSS2, 22968 CAC sont fonctionnelles soit 95%.

En plus des raisons de non vaccination évoquées par le rapport préliminaire de la revue externe, les facteurs ci-dessous ont également contribué :

-Planification calquée sur les maquettes de budgétisation imposée par le niveau supérieur ne respectant pas les stratégies spécifiques et adaptées à chaque entité.
-Difficulté des CAC à identifier les goulots d'étranglement du PEV dans leurs plans d'action communautaire par manque d'accompagnement par les IT et ECZS.

- La non réalisation de toutes les Visites à domicile planifiées suite à certaines contraintes tel que les catastrophes naturelles (inondations), le déplacement des populations suite à l'insécurité

Les communautés à travers les organes de participation communautaires (CAC ; CODESA ; etc.) sont engagés dans la réalisation des Visites à domicile pour la sensibilisation, le dénombrement de la population et la communication interpersonnelle afin de la récupération des enfants et femmes enceintes dans le système de vaccination et ce en collaboration avec les structures organisatrices des séances de vaccination

- La communication interpersonnelle vise à rappeler le calendrier vaccinal des enfants aux parents et les rendez-vous des séances de vaccination en particulier après l'interruption des activités suite aux ruptures fréquentes des stocks des vaccins dans les CS.
- Les VAD permettent d'organiser ces CIP et l'actualisation de la population en notifiant les naissances à domicile ; les décès ; les départs et les arrivées au cours du mois.
- Le dénombrement fait par les RECO et validé par les CAC contribue à améliorer la qualité de la micro planification au niveau des aires des santés.
- Les réunions d'évaluations mensuelles des CAC et CODESA permettent d'identifier les goulots d'étranglement et la prise des décisions pour améliorer les performances de la vaccination.

Les suivis communautaires des activités par les présidents des CODESA et CAC contribuent à résoudre certains problèmes dans la communauté (refus et résistances à la vaccination). Il sied de noter que Toutes ces activités sont intégrées dans les PAO des 144 ZS appuyées au niveau des activités d'amélioration des couvertures de vaccinales et la dynamique communautaire

le Graphique ci – dessous montre le niveau de la fonctionnalité des CAC par antenne en RDC

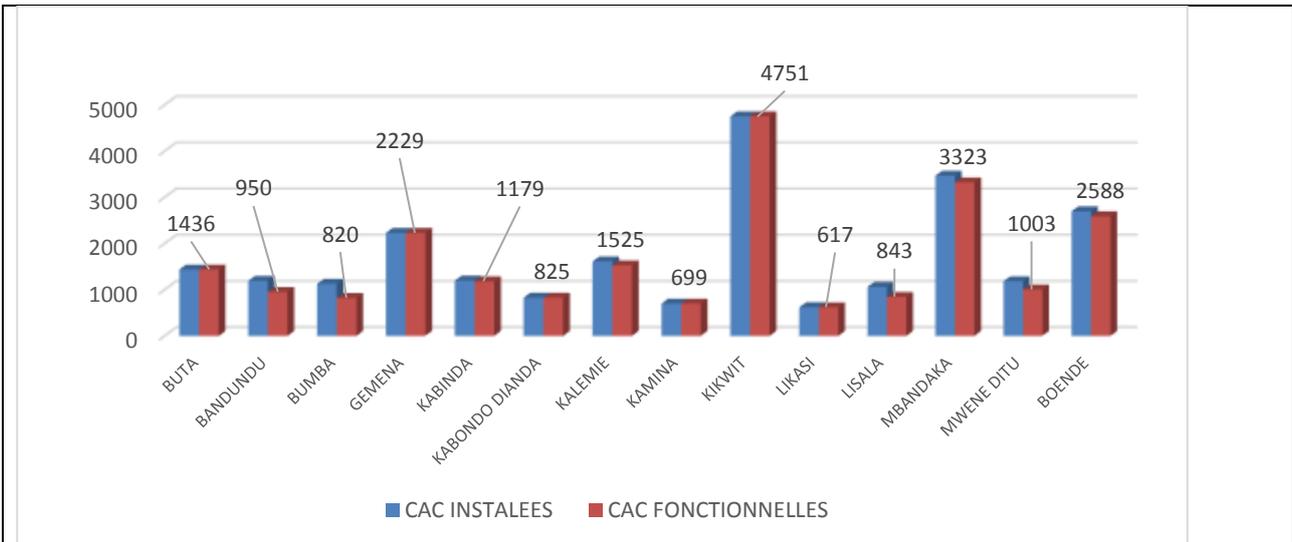


Figure 3 ci-dessus : Niveau de fonctionnalité des CAC en 2018

Commentaire : l'antenne Kikwit regorge plus de CAC installées et fonctionnelles, suivi de l'antenne Mbandaka, Boende, Gemena et Kalemie. Divers facteurs sont à la base de la non fonctionnalité des CAC installés c'est l'insécurité, le déplacement massif de la population et l'insuffisance de la motivation. C'est qui expliquerait le nombre élevé des enfants non vaccinés dans les antennes de Lisala, Boende, Kabondo Dianda pour citer que ces antennes.

➤ **Leadership, gestion et coordination :**

Le volet institutionnel et fonctionnel du PEV a été analysé durant la revue externe 2018 et les principaux résultats sont les suivants :

1. Ancrage institutionnel et engagement politique

Points forts

L'analyse de ce volet a abouti aux constats qui suivent. Des actes législatifs et réglementaires ont été pris pour encadrer les interventions en faveur du PEV. Il s'agit entre autres de :

- ✓ Existence de dispositions de la Constitution en vigueur qui accordent aux citoyens en général et aux enfants en particulier le droit à des soins promotionnels, préventifs, curatifs, ré adaptatifs et palliatifs de qualité, équitables et accessibles ;
- ✓ Existence des actes administratifs portant sur les attributions des Ministères, la création, l'organisation et le fonctionnement du PEV, de la cellule thématique de réforme des services de santé, du Comité National de Pilotage du secteur de la Santé ;
- ✓ Réforme du Secteur Santé en cours qui place la Direction du PEV sous la Direction Générale de la Lutte contre les Maladies ;
- ✓ Existence d'une ligne budgétaire sécurisée pour l'achat des vaccins traditionnels et le cofinancement des nouveaux vaccins ;
- ✓ Mise en œuvre de la décentralisation et forte implication des autorités à la base dans la mise en œuvre des interventions du PEV.

Points faibles

- ✓ Inadéquation entre les dispositions règlementaires et l'évolution actuelle du secteur de la santé ;
- ✓ Absence d'un acte administratif qui porte organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé publique ;
- ✓ Absence d'un acte administratif qui encadre la réforme en cours au Ministère de la Santé Publique ;
- ✓ Absence d'engagement réel du pays en faveur de l'indépendance vaccinale (non-paiement à temps de la contrepartie du pays relative au co-financement et à l'achat des vaccins traditionnels ;
- ✓ Absence d'un audit organisationnel et fonctionnel avant la mise en œuvre des réformes en cours aussi bien du Secteur Santé que du PEV ;
- ✓ Influence négative du processus de décentralisation de l'Administration ;
- ✓ Nomination des responsables du niveau intermédiaire et périphérique par le Ministre Provincial ;
- ✓ Influence négative des contradictions entre le Ministre Central et le Ministre provincial sur le PEV.

Dans une approche systémique, la logique d'intervention de la réforme offrirait un avantage comparatif élevé dans la mesure où elle renforcerait la mutualisation des ressources matérielles, humaines et financières et une analyse multicritères du système. Cette logique serait bien soutenue dans un contexte

où il n'y a pas de politisation à outrance du système et qu'il y ait une bonne transparence dans les positionnements des agents (l'homme qu'il faut à la place qu'il faut) et une bonne traçabilité des fonds. Au demeurant, nous notons que la fragilité de la Direction PEV, couplée à la perte de leadership, tire sa substance de l'organisation administrative nationale qui, à son tour, est victime de la décentralisation hâtive sans transfert réel de ressources et d'une meilleure coordination des compétences.

2. Organisation et fonctionnement de la Direction du PEV

En ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement de la Direction du PEV, les constats sont les suivants :

Points Forts

- Existence Arrêtés portant création, organisation et fonctionnement du PEV (1988, 2003 & 2004) ;
- Existence de l'organigramme du PEV ;
- Existence du CNC & du CCIA fonctionnels ;
- Existence Arrêtés (2016 & 2018) portant création, attributions, fonctionnement et nomination des membres du GTCV ;
- Existence de conseils d'Administration aux niveaux des ZS avec tenue régulière des réunions, des comités de gestion fonctionnels, de coordination aux niveaux BCZ et CS ;
- Intégration des Antennes PEV au sein des DPS ;
- Réalisation des audits et contrôles de gestion ;
- Forte implication des Comités locaux de Coordination qui regroupent l'Autorité politico-administrative, le Président Communal de Développement, les leaders d'opinions, les responsables d'églises, les Membres de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé, Comité Coodev (regroupement des relais communautaires), les ONG et les PTFs qui interviennent au niveau de la zones de santé dans les activités de vaccination.

Points Faibles

- Lourdeur des procédures de décaissement des ressources mobilisées par l'Etat ;
- Fréquence trop rapprochée de nomination des Directeurs du PEV en 9 ans il y a eu 6 Directeurs au niveau du PEV (certains auraient fait moins d'un an au poste) ;
- Absence de sanctions, aussi bien positive que négative ;
- Forte influence politique dans le positionnement des cadres, aussi bien au niveau central que dans les DPS et ZS, sans tenir compte de leurs compétences comme cela était pratiqué il y a quelques années, ce qui s'apparente à du **clientélisme politique**. Une des conséquences est le *faible niveau de motivation des agents* (le positionnement des agents n'est pas au mérite, mais lié au parrainage politique) ;
- Répertoire des fiches de poste non dynamique ;
- Retard dans le paiement des salaires qui ne correspondent pas au coût de vie actuel ;
- Perturbation des activités en stratégie avancée du fait de la distance à parcourir dans certaines provinces ;
- Supervision fantaisiste et souvent à des fins spéculatives ;
- Mauvaise gestion des ressources et existence de « mécanisme de retours sur décaissement » ;
- Faible traçabilité des ressources injectées dans le système ;
- Positionnement d'agents de faibles compétences et capacités dans les équipes de supervision ;
- Absence de système d'archivages des actes administratifs ;
- Effectif du personnel pléthorique au niveau de la Direction du PEV, cet effectif est passé de 104 en 2016 à 189 en 2018 alors que la performance du programme demeure mitigée ;
- Absence de dialogue sincère entre les acteurs du niveau central, intermédiaire et périphérique sur les résultats à différents niveaux ;
- Absence de reddition des comptes et faible redevabilité des gestionnaires du système.

Il sied de mentionner qu'aujourd'hui, le PEV a subi des mutations de fait qui ont porté, aussi bien sur les instances de coordination que sur l'organisation interne du PEV. Au nombre de ces mutations, l'on peut noter la création du CNP-SS qui regroupe en son sein le CCM-RDC, le CCIA et le Comité ad hoc Gavi, le CPP et ses démembrements.

Au niveau de l'organisation interne du PEV, il y a le Staff qui se tient tous les lundis et qui regroupe le Directeur du PEV et son Adjoint, les 4 Chefs de Division et les 18 Chefs de services. Tous les vendredis, il y a la réunion des Divisions qui regroupe les Chefs division, les Chefs de services et le personnel qui se tient. S'il est vrai que les réformes en cours ne sont pas confortées par des actes administratifs, il n'en demeure pas moins que ces dernières constituent le socle de développement du système de santé. De nos jours, l'amélioration de la performance passe nécessairement par une vision holistique et systémique des interventions. Ainsi, permettre à ce que les résultats du PEV soient examinés au CNP-SS et au niveau du

CPP-SS, c'est favoriser une gestion intégrée du PEV et bénéficier de l'appui et de la contribution de tous les acteurs et parties prenantes.

L'organisation actuelle du PEV ainsi que son fonctionnement semblent être un modèle efficace. *Il suffira donc d'agir sur l'efficacité du modèle en renforçant l'inspection et le contrôle avec plus de pouvoirs de contrainte d'Officier de police judiciaire pour l'Inspecteur Général de la Santé, en agissant sur la nuisance des externalités négatives de la politisation et en capitalisant celles positives et en professionnalisant la gestion des ressources humaines, matérielles et financières dans toutes leurs dimensions.*

3.3. Données

- La RDC dispose d'un système d'information sanitaire (SNIS) avec le logiciel DHIS2 mis en place depuis 2015. A ce jour, ce système intègre certaines données du PEV dont la complétude demeure faible. Le PEV, depuis des années, a mis en place son système de gestion des données qui utilise un logiciel développé en MS Excel appelé DVD MT (District Vaccine Data Management Tool) qui lui permet d'avoir accès aux données de vaccination effectuée, de gestion des vaccins et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Le pays est dans processus d'harmonisation aussi bien des outils de collecte que ceux de gestion des données avec la Division du SNIS pour éviter le double emploi. Le groupe de travail qualité des données du PEV dont la DSINS est membre s'est fixé comme objectif d'assurer la transition du DVD-MT au DHIS2 le 31 décembre 2018 mais cet objectif semble difficile à atteindre suite au gel de financement intervenu jusqu'au 25 octobre 2018.
- Dans tous les 26 dépôts provinciaux actuels, et 18 antennes et dépôts relais PEV actuels, l'outil SMT (Stock Management Tool), développé en MS Excel par l'OMS est utilisé pour gérer les stocks des vaccins et consommables à ces niveaux. Actuellement il existe aussi un système de rapportage hebdomadaire des stocks des vaccins et consommables au niveau central par des provinces à travers le partage de quelques feuilles Excel du SMT. Toutefois, des efforts devront être fournis par le pays afin de mettre à place un outil pouvant permettre de visualiser à distance et en temps réel les stocks des vaccins et consommables disponibles à tous les niveaux incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents et ainsi contribuer à l'atteinte de l'objectif de rendre disponible le vaccin de qualité jusqu'au dernier kilomètre
- Les données de couvertures vaccinales administratives et celles de gestion des vaccins présentées dans ce document proviennent principalement du DVD MT
- Amélioration de l'estimation du dénominateur : pour améliorer le dénominateur, le pays compte recourir à la Cartographie GIS et le dénombrement des populations dans les différentes localités identifiées.

Système d'information de la surveillance Les données de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) sont collectées de façon hebdomadaire à travers l'outil IDS (DGLM) et dans le DVD MT pour le PEV.

- La surveillance au cas par cas de PFA, Rougeole, Fièvre jaune et Tétanos Néonatal est assurée par l'INRB, PEV et l'OMS

Figure 4 : Complétude par province de janvier à aout 2018

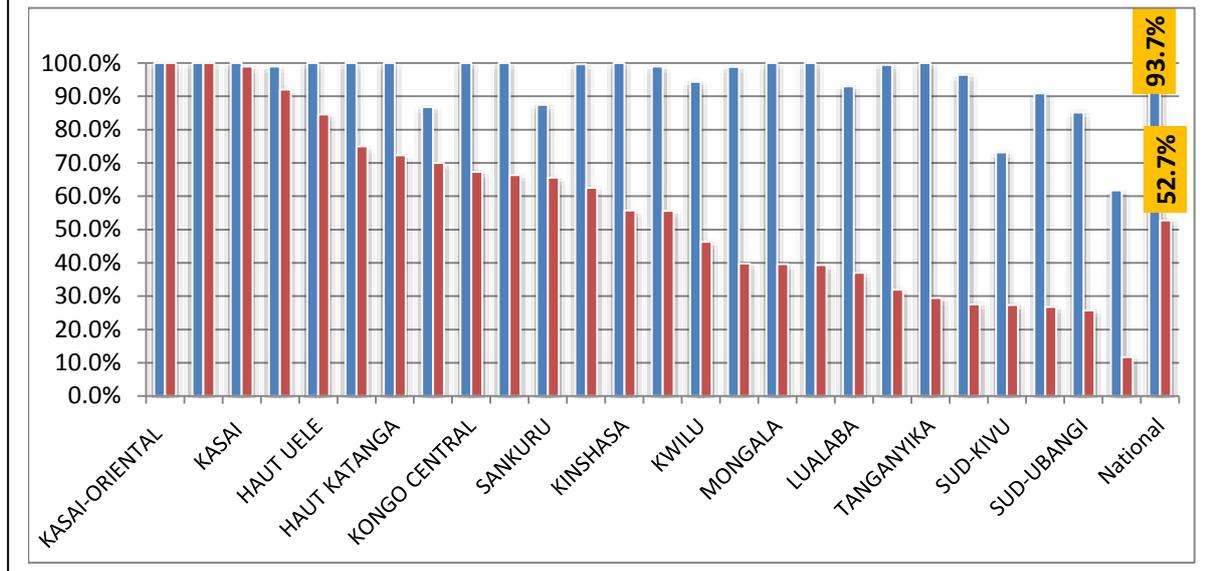


Tableau 6 : Données aberrantes

	Indicateurs	Nbre de ZS 2015	Nbre de ZS 2016	Nbre de ZS 2017	Nbre ZS en 2018
1	Nombre de ZS avec taux d'abandon négatif (DTC1/DTC 3)	11	9	6	21
2	Nombre de ZS avec taux d'abandon négatif (DTC2/DTC 3)	259	241	226	194
3	Nombre de ZS avec CV (DTC3) de plus de 100%	118	120	229	112

Tableau 7 : Taux de perte négatif par province :

PROVINCE	BCG	VPO	VPI	PENTA	PCV	VAR	VAA
Bas Uélé	0	1	0	0	0	0	0
Equateur	0	0	1	2	5	0	0
Haut Katanga	0	0	0	0	0	1	0
Haut Lomami	0	0	0	2	1	0	0
Haut Uélé	0	1	1	0	1	0	0
Ituri	0	0	0	0	0	0	0
Kasai	0	0	0	1	1	0	0
Kasai Central	0	1	6	1	2	0	0
Kasai Oriental	0	1	1	0	1	0	0
Kinshasa	0	0	1	0	2	0	0
Kongo Central	0	0	0	0	2	0	0
Kwango	0	0	0	0	0	0	0
Kwilu	0	1	0	0	0	0	0
Lomami	0	0	0	0	0	0	0
Lualaba	1	3	5	5	5	0	1
Maindombe	0	0	0	0	0	0	0
Maniema	0	2	1	3	3	0	0
Mongala	0	0	0	0	0	0	0
Nord Kivu	0	3	2	6	9	4	4
Nord Ubangi	0	1	0	0	0	0	0
Sankuru	0	1	1	2	3	0	0
Sud Kivu	0	1	0	0	2	0	0
Sud Ubangi	0	0	0	0	0	0	0
Tanganyika	1	0	0	0	0	0	0
Tshopo	0	0	1	0	0	0	0
Tshuapa	0	0	0	0	0	0	0
Total général	01	16	20	22	37	05	05

- Sur les 516 ZS que compte la RDC, **106 ont enregistrées** des taux de perte négatif pour les différents antigènes ;
- Les DPS les plus concernées sont les suivantes: Kasai Central (10 ZS), Lualaba(19 ZS), Nord Kivu(28 ZS) et Sankuru(7 ZS)
- Les antigènes qui ont plus été concernés avec ce taux de perte négatif sont les suivants: PCV-13(37 ZS); PENTA (22 ZS), VPI(20 ZS) et VPOb(16 ZS)
- 6 DPS (Ituri,, Kwango, Maindombe, Mongala, Sud Ubangi et Tshuapa) n'ont pas enregistré des ZS avec taux perte négatifs pour tous les antigènes ;

Couvertures vaccinales en DTC-HepB-Hib3 selon les sources RDC, 1995-2017

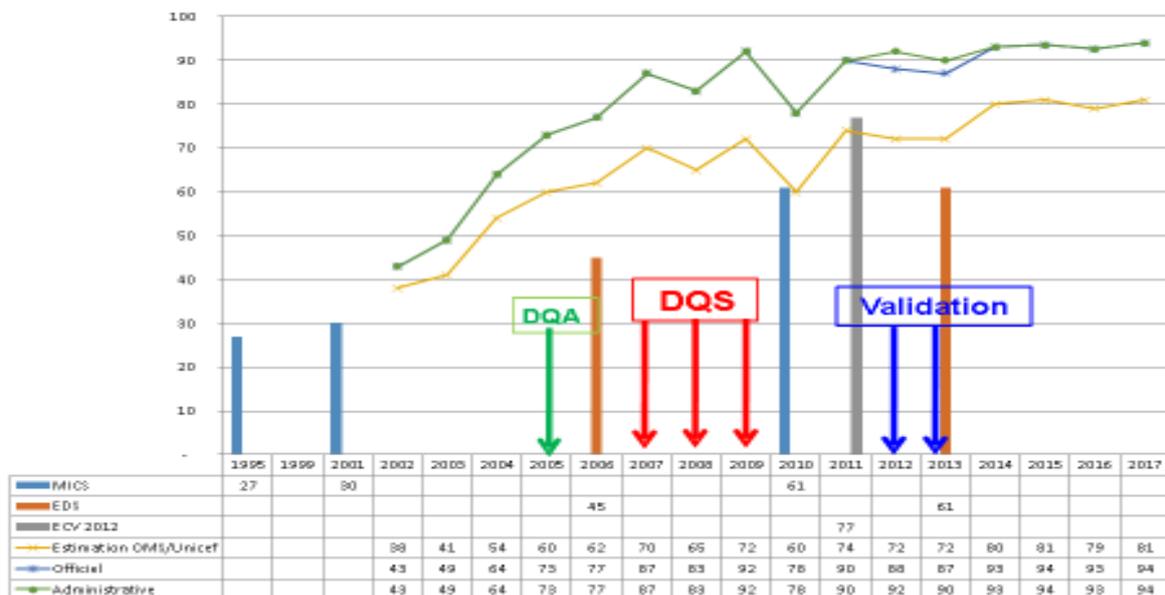


Figure 5 ci-dessus :CV entre les données administratives et celles des enquêtes avec écart de 10%

3.4. Financement de la vaccination

Le financement de la vaccination en RDC est plus tributaire du financement extérieur dont le principal bailleur est Gavi, OMS, UNICEF, Fondation Bill et Melinda Gates, Village Reach. Les prévisions de 2018 pour financement de la vaccination dans toutes ses composantes est de \$ 127 477 662. Au 31 octobre 2018, \$91 116 938 ont été dépensé soit 71%. Le Gouvernement finance la vaccination en RDC mais à faible proportion. 4,9MUSD/5,48MUSD soit 91% de taux d'exécution.

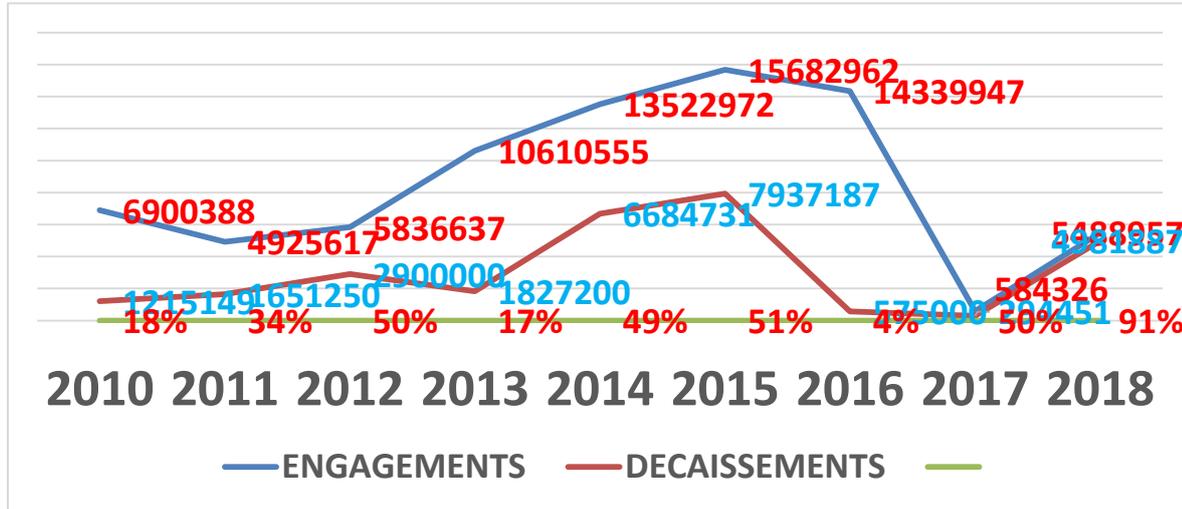


Figure 6: évolution du financement de la vaccination par GVT de la RDC

Ce financement de la vaccination suit les mécanismes de gestion financière mis en place par le Gouvernement pour les fonds publics et le montage CAGF& GIZ pour les fonds de partenaires.

Le PEV comme structure de mise en œuvre élabore les requêtes des financements sur base des activités inscrites à la fois au PAO et au PTBA validé et approuvée par GAVI, qu'elles adressent à la CAGF. La CAGF à son tour liquide et ordonnance le paiement à l'AGEFIN qui elle assure enfin, le paiement en faveur des bénéficiaires. Le contrôle dans ces mécanismes se fait à chaque niveau du système en conformité avec le manuel des procédures en vigueur du secteur. Les zones d'insécurité dans la partie Est et voire au centre du pays, exigent encore des financements réguliers pour l'approvisionnement des ZS en vaccins de la part de Gavi. Les finances publiques, la bonne gouvernance et les incertitudes économiques au pays avec les réserves de change du pays (*PIB/hab :800\$ en 2015 contre 499\$ en 2017 ;Tx échange 1\$=925,98 FC en 2015 contre 1225,11 FC en 2017 et 1650 FC en 2018 Tx de la banque centrale*) ne nous sécurisent pas de tout pour penser à se prendre en charge ; d'ailleurs le cofinancement des nouveaux vaccins, l'achat des vaccins traditionnels et les frais de fonctionnement des structures (PEV, DEP et DPS) ne sont pas payés régulièrement. Donc l'état actuel des finances publiques et du reste de cadre macroéconomique de la RDC ne permettent pas de penser à une pérennisation des activités au cours de 10 prochaines années. La pérennisation des interventions financées par Gavi n'est possible *qu'en présence d'une stabilité politique et une reprise de l'activité économique en termes de la croissance réelle du PIB par habitant confortable*; la résorption du chômage avec des emplois formels et bien rémunérés, un budget de l'Etat capable de financer le secteur de santé à plus de 50% de ses dépenses totales, un équilibre de la balance de paiement, une stabilité de taux de change couplée à la dollarisation de l'économie, une réduction de l'inflation, etc.

Le cofinancement de 2017 n'a pas été effectué à temps. Un plan de paiement en 2018 validé par les Ministères de la Santé et des Finances a été mis en œuvre et **l'intégralité du cofinancement attendu pour 2018, y compris la part du cofinancement 2017 à rembourser en 2018 selon le plan de paiement, a été payée par la RDC à fin octobre 2018.**

Tableau 8 indiquant les quotas part de cofinancement pour RDC :

	2015	2016	2017	2018	2019
A payer	\$8 371 000	\$10 044 500	\$10 097 182 (y compris vaccins traditionnels)	\$4 393 000 (hors vaccins trad.; fin de l'ATM)	\$7 274 500 (vaccin contre le rotavirus exclu)
Payés par GVT	\$6500 000	\$10 044 500	0	\$4 392 985	
Reste à Payer	\$1871000	\$0		\$0	\$7274500

grosse épidémie a été observée en 2011 avec 134,041 cas et 1652 décès. Seulement 2,869 cas investigués, 1062 étaient IgM+. Pour faire face à cette situation, des campagnes de ripostes dans les ZS qui ont connu des épidémies de rougeole ont été conduites entre 2011 et 2012.

Cependant, en 2015, on a noté une tendance à la hausse, liée aux cas enregistrés dans la province du Katanga qui a régressée en 2016 pour finalement revenir à la hausse vers la fin de l'année 2017. De l'analyse des cas suspects de rougeole (Base IDS) par tranche d'âge dans le graphique II, il ressort que les enfants <5 ans sont les plus touchés (73% au niveau national). Cette proportion varie entre 50% dans la Province Orientale à 76% au Katanga. Les 27% des enfants >5 ans affectée par l'épidémie actuelle de rougeole témoigne d'une accumulation d'un grand nombre de susceptibles au fil des ans.

Après la campagne de 2013, le nombre des cas rapportés de rougeole par le système de surveillance de routine (agrégé) a diminué de plus de 50%, de 89 108 en 2013 à 35 835 (Tableau 2).

Tableau 10 : Evolution des cas suspects et confirmés de rougeole—RDC, 2013-2018.

Surveillance	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Cas (agrégés)	87 366	33 711	50 889	22 162	45 165	31 901
Décès	1 393	402	565	278	535	398
Létalité	1,6%	1,2%	1,1%	1,3%	1,2%	1,2%
Cas investigués	2 553	3 133	2 516	2 189	3 319	2782
% Cas agrégés qui étaient investigués	2,9%	9,3%	4,9%	9,9%	7,4%	8,7%
Cas IgM+ Rougeole	811	1 009	537	406	659	819
% Cas investigués qui étaient IgM + pour la Rougeole	31,8%	32,2%	21,3%	18,6%	19,6%	29,4%
Nombre de Zones de Santé en épidémie	77	97	45	37	61	85

*en vigueur jusqu'au **23 octobre 2018**.

Jusqu'à Décembre 2018, 100 ZS ont confirmées les épidémies de la rougeole, soit 19,34% des ZS réparti dans 18 provinces sur les 26 provinces. Un total de 51,796 cas suspects ont été notifiés (Tableau 2) et 711 décès suspects de rougeole, soit une létalité de 1,4% enregistrés en 2018. 3172 (6.12%) cas étaient investigués. Des cas investigués, 961 (30,3%) étaient IgM+ pour la rougeole. Donc le taux de séropositivité pour la rougeole en 2018 était encore supérieur à celui de l'année précédent, indiquant que le nombre de personnes susceptibles augmente.

De 2013 à 2018, on note une régression générale de nombre de cas suspects de rougeole, avec une létalité stable. Le pourcentage des cas investigués sont améliorés depuis 2013 mais il reste encore l'espace d'améliorer. Entre 2013 et 2018, le taux de séropositivité rougeole a diminué pour la première fois mais a augmenté plus récemment.

Tableau 11 : les indicateurs de la qualité de la surveillance—RDC, 2013-2018*

	2016	2017	2018*
Taux annualisé des éruptions fébriles non rougeoleuses (but : 2/ 100,000)	1,85	2,4	2,3
ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect avec prélèvement (but : 80%)	60,9%	61%	60%

*Jusqu'au 23 octobre 2018

Commentaires : les indicateurs de qualité de la surveillance de la rougeole ont atteint une performance mitigée car un des indicateurs n'a jamais été atteint de 2016 à 2018 (octobre) au niveau national et on note une grande disparité dans les performances au niveau des zones de santé et des provinces.

Quant à la rubéole, on note une réduction de plus de la moitié des cas par rapport au niveau de 2017 et semblable au niveau de 2016 car en 2017, le pays a notifié 682 cas IgM Positives rubéole dont 96,2% étaient des enfants de moins de 15 ans contre 206 cas en 2016. Ces cas de rubéole ont été confirmés

parmi les cas négatifs de rougeole dans les provinces avec une proportion d'IgM rubéole positif de 16,5% et la norme $\leq 10\%$ a été atteinte dans 15 provinces. En 2018 (23 octobre 2018), le pays a notifié 231 cas Igm+ confirmés dont 98% chez les enfants de moins de 15 ans.

Le système de surveillance épidémiologique a aussi été évalué durant la revue externe 2018 dont les principales conclusions furent :

Les **observations et données probantes** des enquêtes indiquent ce qui suit :

- 97% des centres de santé (CS) enquêtées envoient les échantillons de surveillance PFA dès réception ou de manière quotidienne ; 3% des centres le font de manière hebdomadaire (dont les CS du Haut Katanga, Equateur, Kongo central, Tshopo) ;
- L'acheminement des échantillons de test de rougeole est fait dès réception ou de manière quotidienne dans 94% des CS enquêtés ; les mêmes provinces qui font l'acheminement d'échantillons PFA de manière hebdomadaire le font aussi pour les échantillons pour test de la rougeole
- Les CS enquêtés font en moyenne de la surveillance active 3 fois par mois pour la PFA, rougeole et /ou TNN.
- 90% des CS enquêtés savent qu'il faut faire une notification immédiate de cas suspects de PFA et 84% le savent pour la rougeole ;
- 91% des centres enquêtés font la notification de zéro cas ;
- La surveillance communautaire n'est pas faite de manière systématique à la grandeur du pays ; moins de 70% des CS enquêtées reçoivent des données de surveillance communautaire.

Forces

- La plupart des agents de santé impliqués dans la lutte contre les MEV maîtrisent les maladies cibles du PEV et connaissent la conduite à tenir devant un cas suspect ;
- La surveillance active, passive et/ou communautaire est opérationnelle pour les maladies telles la poliomyélite, la rougeole, TNN et la fièvre jaune ;
- Le renforcement de la surveillance communautaire a bénéficié du support de « Bill and Melinda Gates Foundation » ;
- Mise en œuvre de la surveillance environnementale, constituée de prélèvements et tests réguliers des eaux usées afin d'y détecter le poliovirus, comme complément à la surveillance PFA ;
- Existence d'un réseau de consultants/STOP/FELTP et partenaires sur le terrain qui appuient les activités de surveillance MEV.

Faiblesses

- La formation formelle en surveillance intégrée des maladies et ripostes est rare ;
- Le rapport de notification hebdomadaire zéro cas n'est pas toujours envoyé ;
- Les activités de formation active sont souvent interrompues par manque d'intrants (p.ex. carburants, moyens de transport, fiches, ...) ;
- Seul les équipes cadre de la zone de santé sont habilitées à faire les prélèvements et les investigations des cas suspects.

La situation de poliomyélite en RDC reste alarmante. Le pays présente des indicateurs de surveillance. Cela ne devrait pas occulter la couverture vaccinale observée couplée à la faible qualité des données.

Surveillance des MAPI

L'analyse des données collectées sur le terrain a identifié les forces et les faiblesses suivantes :

Forces

- La définition de cas des MAPI est connue à tous les niveaux : 118/134 au niveau des CS ; 38/38 au niveau des ZS et 13/13 au niveau des antennes.
- La définition de cas des MAPI graves est connue : 73/134 au niveau des CSI et 35/38 au niveau des ZS.
- Existence du protocole de notification des MAPI : 36/134 au niveau des CS ; 28/38 au niveau des ZS ; 6/13 au niveau des antennes
- Existence protocole prise en charge MAPI : 18/134 au niveau des CS ; 18/38 au niveau des ZS et 7/13 au niveau des antennes.
- Cas de MAPI grave enregistrés : 1/134 au niveau des CS ; 5/38 au niveau des ZS et 3/13 au niveau des antennes ;
- Disponibilités des fiches de notification : 40/134 au niveau des CS et 18/38 au niveau des ZS ;
- Personnel formé en MAPI : 3/38 au niveau des ZS
- Disponibilité des modules de formation ;
- Implication du PEV au niveau central dans la gestion ;

- Collaboration entre le PEV au niveau central, les partenaires et le CNPV pour harmoniser leurs systèmes ; Calendrier pour l'harmonisation de ces systèmes (fin 2018)
- Investigation des cas des MAPI graves rapportés au niveau central dans le délai.
- Existence d'un plan de pharmacovigilance vaccinale avec description d'un circuit de notification des MAPI.

Faiblesses

- Variations dans l'existence du protocole de notification et prise en charge des MAPI ;
- Faible stock de fiches de notification au niveau des ZS et CS ;
- Beaucoup d'antennes non encore formées tandis que le personnel dans les antennes déjà formées a connu des permutations. D'où la nécessité de refaire ces formations ;
- Coexistence de 2 systèmes parallèles ;
- Notification des cas non-systématique ;
- Notification des cas liés aux campagnes et faible dans l'immunisation de routine
- Non imputabilité des cas des MAPI graves.

En conclusion, les directives de la gestion et prise en charge des MAPI existent au niveau central, mais la pratique n'est pas systématique aux niveaux intermédiaires/périphériques. Au niveau intermédiaire*, 9/44 antennes ont eu des formations pour les équipes de BCZS ; certains BCZS ont répliqué la formation au niveau de leurs ZS, mais le nombre n'est pas connu avec exactitude.

Tenant compte de la coexistence de deux systèmes parallèles de gestion des MAPI comme évoqué ci-haut, le niveau central PEV a priorisé l'harmonisation de ce système en 2018, mais il n'est pas encore opérationnel.

En 2019, les principales actions en matière de soutien aux vaccins de Gavi sont :

- ***L'introduction du vaccin anti rotavirus en 3 blocs***
- ***Les campagnes préventives contre la fièvre jaune (Bloc 1 septembre 2019)***
- ***La campagne de suivi contre la rougeole dans 2 blocs (Bloc 1 de septembre 2019 dont 6 provinces vont coupler le VAA au VAR et le bloc 2 en novembre 2019)***
- ***La mise en œuvre effective du Plan Mashako et la poursuite de l'approche antenne ainsi que l'élaboration du PPAC/PEV 2019-2022***

4.2. Performances du soutien RSS de Gavi

C'est depuis 2015 que la mise en œuvre des activités du RSS 2 a commencé. Menée avec plusieurs parties prenantes à savoir : UNICEF, OMS, UNOPS, OSC/SANRU et MSP (DEP&PEV&DLM& CAGF et GIZ)., elle a permis d'atteindre les résultats enregistrés en 2016, en 2017 et 2018 (du 1er janvier au 31 octobre 2018) rapportés dans le cadre de performance qui est sur le portail Gavi .En effet, le renforcement du système de santé via les activités planifiés et menées de six objectifs nous montrent que l'offre de service de vaccination ne peut être possible que dans un système de santé avec une couverture sanitaire en structure de santé adéquate, avec chaîne d'approvisionnement de bout à bout ayant la possibilité d'apporter les vaccins et autres intrants jusqu'au site en respectant la chaîne de froid, en mettant en contribution toutes les stratégies anciennes et innovantes , avec un personnel compétent, renforcé en capacité, motivé dans un environnement sécurisé avec la gestion financière respectant les procédures mise en place par le pays et les bailleurs des fonds dont Gavi. La réalisation de la vaccination exige les équipements, les ressources humaines et le financement.

Outre Gavi, les autres PTFs comme Banque Mondiale avec son projet de développement du système de santé dans plus de 150 ZS contribue aussi largement à l'offre de service de vaccination via les appuis que le projet offre pour développer les ZS dans les 5 piliers du système de santé à savoir : **Ressources humaines pour la santé, Information sanitaire, Médicaments et autres intrants, infrastructures et équipement et gouvernance**. Il en est de même avec les appuis du financement de l'Union Européenne, du projet d'Équipement du système de Santé du Gouvernement de la République ainsi que du FM avec ses projets focalisé sur la lutte contre la maladie (triade meurtrière faite de Paludisme, Tuberculose et VIH/SIDA).

Une initiative majeure qui s'est inscrite dans le cadre du soutien RSS de Gavi a constitué dans la formulation d'un plan ambitieux pour améliorer la vaccination de routine en s'attaquant aux goulots d'étranglement identifiés et aux facteurs structurels à l'origine des faibles taux de vaccination constatés par les enquêtes en RDC.

Le plan d'urgence pour la relance de la vaccination systématique en RDC, baptisé le plan Mashako en l'honneur de l'ancien Ministre de la Santé et professeur Leonard Mashako Mamba, a pour objectif d'accroître de 15 points de pourcentages la couverture vaccinale au cours des 18 prochains mois, soit 220 000 enfants supplémentaires qui recevront des vaccins qui sauvent la vie. Après avoir fait l'objet d'un

processus participatif de formulation qui a associé tous les partenaires autour du Ministère de la Santé, le Plan Masahako a été lancé en octobre 2018 par le Ministre de la Santé.

Malgré certains progrès, la RDC enregistre toujours l'un des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde et 1,8 million d'enfants ne bénéficient pas de la série complète de vaccins chaque année. En conséquence, le pays a connu au cours de ces dernières années, des épidémies majeures de rougeole, de poliomyélite et de fièvre jaune - des maladies qui peuvent toutes être évitées par un vaccin.

Le plan Mashako ciblera neuf provinces vulnérables (Ituri, Kasai, Haut-Katanga, Mongala, Kwilu, Tanganyika, Kinshasa, Tshuapa et Haut-Lomami). **Il s'articulera autour de cinq objectifs clés pour améliorer la couverture :**

- Services de vaccination : augmenter le nombre de séances de vaccination de 20%
- Disponibilité des vaccins : réduire les ruptures de stock de 80% dans les centres de santé locaux
- Suivi et évaluation : tableau de bord mis à jour mensuellement des indicateurs clés du plan.
- Inspection et contrôle : inspection mensuelle des activités de vaccination dans les zones et zones de santé par les inspecteurs
- Coordination et financement : le comité de pilotage opérationnel du plan se réunit toutes les semaines pour les 18 prochains mois.

En novembre et décembre 2018, des ateliers de dissémination de la méthodologie du Plan Mashako se sont tenus dans l'ensemble des 9 provinces prioritaires du Plan, en présence de tous les chefs des Directions provinciales de la santé et de l'ensemble des Médecins Chefs de Zone des provinces concernées, une performance remarquable au regard du délai court et du contexte de campagne électorale.

Les activités prioritaires du Plan Mashako et l'état de mise en œuvre des actions à fin décembre 2018, qui ont bénéficié d'un appui financier du RSS en 2018, sont présentées dans les 3 figures suivantes.

Figure 8: 15 activités prioritaires du Plan Mashako

Thèmes	Augmentation de la couverture complète de 15 points entre l'enquête de 2020 et la couverture mesurée par le MICS
Coordination et financement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lancer les activités du comité de pilotage du plan et des groupes thématiques ▪ Organiser les ateliers provinciaux opérationnels pour démarrer la mise en œuvre ▪ Définir un contrat de performance pour le plan Marshall
Services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des micro planifications effectives à la base en s'appuyant sur la cartographie satellitaire ▪ Définir des objectifs de séances de vaccinations par DPS et ZS ▪ Organiser des séances de vaccination dans les points de concentration urbains
Disponibilité des vaccins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un système de suivi des stocks ▪ Adapter le processus d'approvisionnement des antennes ▪ Mettre en œuvre l'approche de distribution de vaccins jusqu'au dernier kilomètre au sein d'une province pilote
Contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser un atelier de validation des normes, directives et canevas d'inspection des activités de vaccination ▪ Démarrer les activités d'inspections au niveau des zones de santé ▪ Lancer un pilote de vérification des activités de vaccination par la communauté
Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir un tableau de bord pour le suivi du plan ▪ Réaliser des enquêtes de couverture au niveau des zones de santé ▪ Utiliser des applications pour renforcer le suivi des activités de vaccination

Figure 9 : Mise en œuvre des actions du Plan Mashako liées à la prestation de services

- Elaboration et validation d'un canevas simplifié de microplanification;
- Elaboration d'un outil avec directive simplifiée de planification de nombre de séances de vaccination dans l'aire de santé par Zone de Santé en fonction de la population cible attendue,
- Elaboration de directives sur la réduction des OVM par la vaccination à tout contact

Nombre de séances réalisées pour chaque par rapport au nombre de séance minimal pour un niveau de service adéquat [% , Avril 2018]

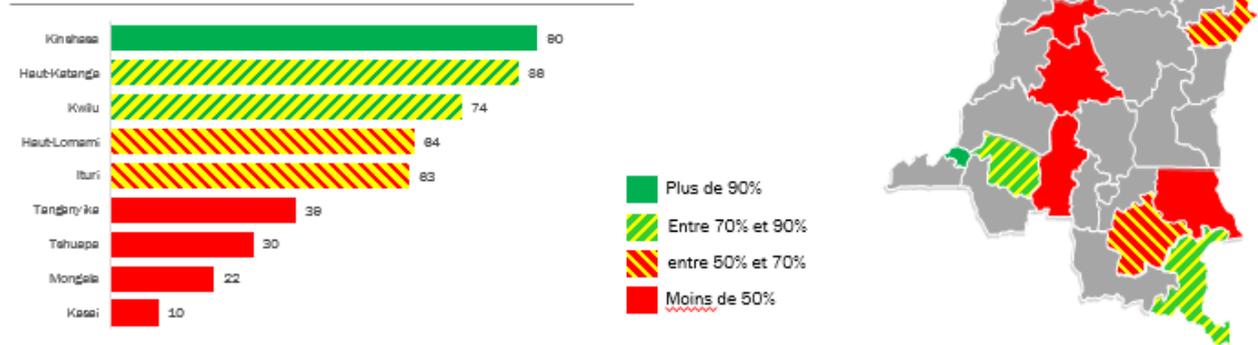


Figure 10 : Mise en œuvre des actions du Plan Mashako liées à la disponibilité des vaccins

- Elaboration d'un nouveau processus de livraison au niveau des antennes, des zones de santé et des aires des santé permettant de respecter les stocks minimum et d'avancer le point de commande
- Développement d'un outil simplifié de commande de vaccins
- Mise en place d'un processus de livraison adapté aux dépôts d'antennes difficiles d'accès

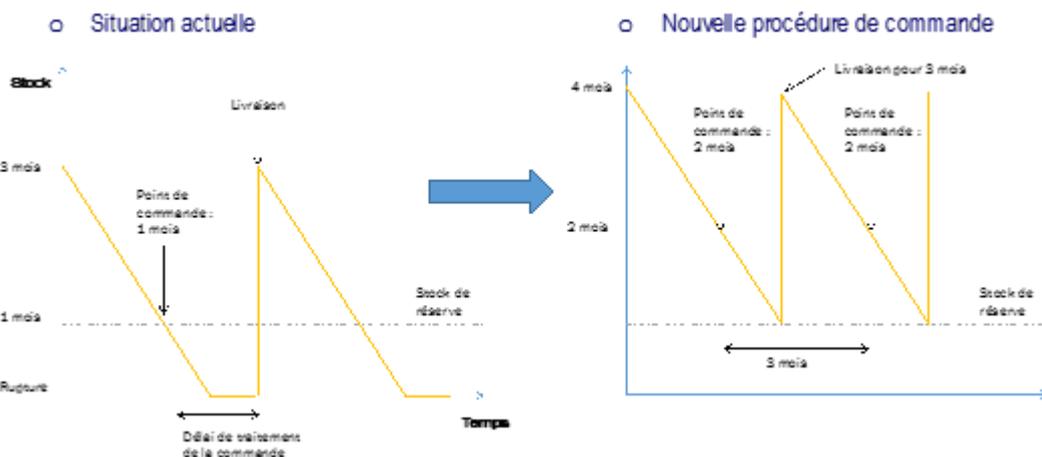
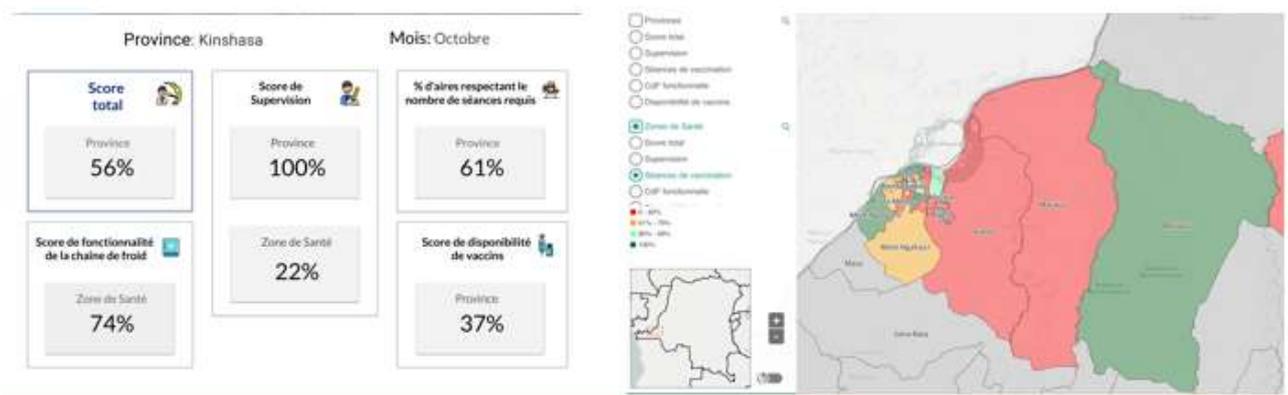


Figure 11 : Mise en œuvre des actions du Plan Mashako liées au suivi et évaluation de la performance

- Développement d'un cadre de suivi et évaluation du plan afin d'évaluer l'impact des activités réalisées
- Développement d'une application permettant de suivre en temps réels les indicateurs du plan à tous les niveaux et distributions aux superviseurs de province et de zone de santé
- Mise en place d'un tableau de bord en ligne permettant de visualiser la performance des provinces
- Développement de fiches techniques simplifiées pour la tenue de réunion de monitoring de qualité



Le tableau suivant propose une synthèse des résultats atteints pour chaque objectif de la subvention RSS de Gavi.

Objectif 1	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer de janvier 2015 à décembre 2019, la chaîne d'approvisionnement de bout en bout en vue d'assurer la disponibilité des vaccins et autres intrants de qualité jusqu'au dernier kilomètre, c'est-à-dire les points finaux des prestations des services qui sont les Centres de santé.
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif : le déploiement d'équipement de la CD 2352 pour RSS2, 1964 pour CCEOP1 et 123 pour CCEOP 2) au niveau opérationnel va améliorer la disponibilité des vaccins et réduire les besoins de transports et Ressources Humaines pour s'approvisionner. L'utilisation de réfrigérateurs de qualité et à énergie solaire va réduire les coûts opérationnels et le dysfonctionnement. En rapport avec l'équité, il y a 90 / 516 zones de santé d'accessibilité géographique difficile dans lesquelles l'approvisionnement en vaccins et autres intrants posent problème.
% d'activités menées/	93% soit 13/14 activités ont été réalisées, et 1/14 processus en cours pour le mener
Utilisation du budget	Budget total (2015-2019): \$ 66 708 043 Dépenses (2015-31/10/18): \$ 56 230 112 Taux d'exécution : 84,3%
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1/3 Dépôts ultra modernes de stockage de vaccins, médicaments et autres intrants secs PEV et autres Directions et programmes santé du MSP construits et équipés avec financement Gavi Rss2. Le Hub Kinkole de Kinshasa qui est fini et inauguré en date du 10 octobre 2018 par le Représentant personnel du 1^{er} Ministre, le Vice 1^{er} Ministre et Ministre de Transport de la RDC en présence de la Directrice Adjointe Exécutive de Gavi et autres personnalité du Gouvernement et PTFS. Les travaux de construction de 2 autres dépôts modernes déconcentrés (Lubumbashi et Kisangani) et l'élargissement du dépôt de relai à Kananga ont au 1^{er} trimestre 2018 ,seul les travaux de l'élargissement du dépôt de Kananga sont presque finis . ○ 43/100 CS ont été construits et équipés en 2017, 58 les travaux en cours de construction cette année 2018, les réceptions provisoires annoncés de fin décembre 2018. ○ 14/14 camions (7 camions frigorifiques et 7 camions standards) sont déjà arrivés en RDC et sont opérationnels depuis leurs remises officielles le 10 octobre 2018 lors de l'inauguration du Hub Kinkole. ○ Réception de CDR, dépôts pour intrants secs et centres de santé : <ul style="list-style-type: none"> - 10/10 CDR de capacité de stockage de 1800 m3 construits et réceptionnés. Cependant en 2017, la CDR Matadi était victime d'un incendie d'origine inconnue après sa réception. A l'issue d'une mission conjointe GAVI & FM se sont engagés à mobiliser les ressources additionnelles pour sa réhabilitation dont les travaux n'ont toujours pas commencé, FM traine pour mettre sa quote part. - 25/26 dépôts pour intrants secs ont été construits et réceptionnés sauf le dépôt de Bukavu qui n'a pas été construit et fonds ont servi à élargir celui d'ARU. La Province du Sud –Kivu avait préféré la construction d'une CDR à Bukavu en lieu et place du dépôt avec l'appui de la coopération suisse, projet finalisé et les travaux pourraient démarrer en janvier 2019. - 21/23 chambres froides sont actuellement solarisées à ce jour, pour les 2 autres, les travaux évoluent correctement, d'ici février 2019 2018 tout serait fini par rapport aux prévisions sur la solarisation de 23 chambres froides dans les milieux dépourvus d'énergie électrique. Deux fournisseurs (PRODIMPEX et WEST TRADING) ont été sélectionnés pour ce processus .Prodimpex n'a pas pu respecter son chronogramme, ce qui est expliquerait ce retard

Évaluation conjointe (JA complète)

	<ul style="list-style-type: none"> - 35 ingénieurs sont sélectionnés et attendent la formation à l'INPP afin de mettre en place le système de maintenance des équipements et matériels dans les DPS. Le processus de négociation du contrat avec INPP est abouti et la formation aura lieu d'ici fin décembre 2018. - 12 cadres formés au Benin dont 2 en logistique de santé et 10 en vaccinologie. Cette cohorte s'ajoute à ceux formés précédemment, soit 16 en vaccinologie et 25 en logistique de santé. soit à ce jour, 27 logisticiens et 26 en vaccinologie. Cette année 2018, bien que cette formation était encore planifiée, l'institut chargé de la formation a suspendu ses formations jusqu'à nouvel ordre pour des raisons d'évaluation des activités. - Il convient de signaler qu'un certain nombre d'actions innovantes ont été entreprises au cours de la période sous-évaluation en vue d'améliorer la qualité des vaccins pendant le stockage et transport. Il s'agit notamment de la cartographie des chambres froides réalisée dans les dépôts des vaccins et une étude de température, de l'installation du système de monitoring à distance des températures avec option d'envoi des alarmes aux gestionnaires et de la publication des rapports mensuels d'analyse de gestion de stocks des vaccins au niveau central.
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique) ¹¹	1. Poursuivre les activités de maintenances de la chaîne de froide (plus de 25 Chambres Froides, plus de 3000 frigos solaires, 132 congélateurs solaires, 23 chambres froides solarisées ... 2. Assurer le transport des vaccins partout en RDC 3. Poursuivre la construction des Hub Kisangani et Lubumbashi Ainsi que 35 CS de santé. Nous allons continuer avoir besoin d'assistance technique pour cet objectif de l'OMS, UNICEF, ACASUS et UNOPS.
Objectif 2 :	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Améliorer de janvier 2015 à décembre 2019, la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité en général et de vaccination avec approche antenne en particulier dans 144 ZS en vue d'atteindre toutes les cibles des interventions offertes aux formations sanitaires et partant, réduire le nombre d'enfants non vaccinés qui persistent voire augmentent dans certaines ZS.
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Les populations des 16 autres provinces n'ont pris en charge par cet objectif soit 61 millions habitants pendant cette période sous examen (de novembre 2017 à octobre 2018)
% d'activités menées/	En 2018, huit (8) grandes activités ont été planifiées et sont en cours d'exécution. 100% des activités planifiés en 2017 & 2018
Utilisation du budget 2015 au 31 octobre 2018	Dépenses : 20 164 566 USD Budget : 22 571 229 USD Taux d'exécution : 89%
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	Les activités programmées dans le cadre de l'approche antenne ont permis de lever les goulots d'étranglement dans divers composants de la stratégie atteindre chaque cible et d'entraîner des bons résultats dans les DPS en termes de l'augmentation des couvertures vaccinales : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les 10 DPS ciblées (Bas Uélé, Equateur, Haut Lomami, Lomami, Mongala, Sud Ubangi, Tanganyika Kwilu, Haut Katanga et Tshuapa) sont trimestriellement financées et mettent en œuvre l'approche antenne. Le montant total prévu pour 2018 est de 6,7 millions de dollars, 70% soit 4,6 millions de dollars ont déjà été décaissés et le nombre d'enfants vaccinés dans ces DPS sont nettement augmentés. ○ Le dénombrement de la population a été réalisé dans les 516 ZS comme prévu. Ce dénombrement se fait par l'approche village avec pleine participation des relais communautaires à titre de volontariat. Il permet

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>de se rendre compte des enfants non vaccinés et perdu de vu au niveau de chaque village</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La micro-planification a été organisée dans les 8 830 aires de santé de 516 ZS, soit une réalisation de 100% pour l'année 2017 et 2018. ○ Les activités de monitoring pour action (MAA) et renforcement des liens avec la communauté sont organisées en continu dans les ZS en synergie avec les OSC soit 85% en 2017 et 94 en 2018(1^{er} semestre). Mais il sied de noter que l'accompagnement pour la mise en œuvre de cette activité par les encadreurs polyvalents provinciaux et des équipes cadre des Zones de santé demeure encore faible. ○ 1/1 réalisation de GEV 2018 en mars passé avec appuis OMS ○ Mise de la stratégie de la vaccination via les occasions manquées de la vaccination via JSI dans la ville province de Kinshasa.
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et besoins connexes en assistance technique)¹¹</p>	<p>1. Mettre en œuvre les activités du plan Mashako dans 9 DPS dont six qui sont dans l'approche antenne (AA) (H-katanga,H-lomami, Kwilu, Mongala, Tanganika et Tshuapa) et ds trois autres sans approche antenne (Ituri,Kasai et Kinshasa)</p> <p>2. Poursuivre la mise en œuvre de l'approche antenne dans 10 DPS</p> <p>3. Appuyer l'élaboration des PAO dans 233ZS dont 144 de l'Approche antenne A et 89 des autres 3 DPS ds plan Mashako hors AA.</p> <p>Il y a eu des réallocations budgétaires pour plan Mashako, UNOPS (constructions CS), achat service Enfant Complètement Vaccinés via cellule PBF de la Banque Mondiale, CDR Bukavu pour compléter l'appui coopération Suisse)</p> <p>Nous allons continuer avoir besoin d'assistance technique pour cet objectif de l'OMS, UNICEF, ACASUS et JSI.</p>
Objectif 3 :	
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Améliorer de janvier 2015 à décembre 2019, la disponibilité de la qualité des données en vue de réduire à moins de 5% les écarts existant entre les données administratives et celles des enquêtes et de rendre disponible l'information sanitaire, logistique, programmatique et financier en vue d'une meilleure gestion du système de santé</p>
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	<p>NA</p>
<p>% d'activités menées/</p>	<p>40% soit 12/30 activités planifiées pendant la période ont été menées</p>
<p>Utilisation du budget 2015 au 31 octobre 2018</p>	<p>Dépenses : \$4 427 718 Budget : \$12 089 449 Taux d'exécution : 37% <i>Réallocation de \$1 581 487 pour la mise en œuvre du plan Mashako.</i></p>
<p>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p>	<p>Les principaux succès et résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1/1 plan stratégique 2018-2020 sur qualité de données élaborées en fin décembre 2017, mobilisation des ressources et mise en œuvre du plan selon le chronogramme proposé timidement en 2018. ○ Les activités de routine (DQS, audit des qualités des données et revue dans les ZS) sont organisées dans les 26 DPS ○ Les enquêtes des couvertures et de satisfaction des ménages à petite échelle en marge des revues via ESP/KIN seront organisées d'ici fin décembre 2018 ; ○ Informatisation du traitement, de l'analyse et de la transmission des données sanitaires : les données de la vaccination sont transmises via le logiciel DHIS2. Pour les informations programmatique, budgétaire, financière et logistique, PEV utilise encore les logiciels SMT& DVD-MT en attendant, qu'on finalise les modules complémentaires PEV sur DHIS2 et qu'on mette en place un logiciel pour la visualisation à distance de stocks des vaccins à temps réels à tous les niveaux d'ici fin 2019 avec l'appui de PTFs(PATH&OMS &UNICEF). ○ Organisation de l'évaluation de connectivité des VSAT via PATH pour redéfinir les options à prendre avec l'apport de tous pour meilleur système d'offrir de l'internet à tous en vue de digitalisation du système d'information sanitaire et partant de la santé pour envoi à temps réel des

Évaluation conjointe (JA complète)

	informations sanitaire pour une prise de décision pertinente en matière des couverture universelle des soins de santé de qualité et de la vaccination.
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique ⁵)	En 2019, les 26 grandes activités sur cet objectif seront reconduites, mais il y aurait réallocation d'une partie des fonds pour la mise en œuvre du plan Mashako Nous aurons besoin de l'assistance technique de l' OMS, UNICEF, PATH ACASU et Université d'OLSO/HISP pour DHIS2
Objectif 4	
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer de janvier 2015 à fin décembre 2019, les capacités institutionnelles à tous les niveaux, y compris le mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	NA
% d'activités menées/	92% soit 32/35 activités menées à de niveau d'exécution différent
Utilisation du budget 2015 au 31 octobre 2018	Dépenses : \$5 136 014 Budget : \$19 457 713 Taux d'exécution : 26%
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	Les principaux succès et résultats de cet objectif : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le processus d'élaboration des PAO 2018 dans les DPS et au niveau central n'a pas été appuyé suite au gel de décaissement en 2017 mais le seront au T4 2018. ○ L'appui est apporté au processus de suivi et l'évaluation à travers la revue annuelle du secteur organisée 2016,2017 et du 17 au 19 juillet 2018 et les revues semestrielles organisées dans 10/10 DPS prioritaires en 2016,2017 et 2018 ○ L'appui a été aussi apporté à l'organisation de l'Assemblée Générale du CNP-SS tenue en 2016,2017 du 20 au 21 juillet et du 30 de l'octobre 2018 au 1er novembre 2018 ○ La production des cartes des scores, les recherches sur le système de santé et les études macroéconomiques sectorielles vu multiples sollicitation avec les épidémies et autres urgences, les experts du DEP/MSP n'ont pas été organisées. ○ 1/1 évaluation à mi-parcours de RSS2 en cours via le cabinet sélectionné Français TEAM depuis début octobre 2018 ○ 1/1 mise en place du comité de NITAG, reste son fonctionnement et les 1ers résultats attendus, avis sur introduction de rota virus et vaccin contre cancer du col utérin ○ Les missions de suivi et évaluation dans les 10 DPS chaque trimestre par les Experts du PEV & DEP & DLM, CAGF Secrétariat Général et Inspection générale à la Santé. ○ Paiement prime à la performance aux bénéficiaires du Niveau central et Niveau intermédiaires 10 bureau de DPS seulement en 2017, pas en 2016 et 2018, les ZS n'ont pas encore été primé.
Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du	<ul style="list-style-type: none"> - Les 35 activités de routine seront reconduites - Payer les arriérés des primes aux bénéficiaires - Réallouer une partie de fond à la mise en œuvre du plan Mashako Pour cet objectif nous n'aurons pas besoin de l'AT

budget et les besoins connexes en assistance technique ⁶																					
Objectif 5																					
Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)	Renforcer de janvier 2015 à décembre 2019, la demande pour la vaccination à travers la redynamisation des organes de participation communautaire dans le dynamique village																				
Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif	Les populations des 16 autres provinces n'ont pris en charge par cet objectif soit 61 millions habitants pendant cette période sous examen (de novembre 2017 à octobre 2018)																				
% d'activités menées/	100% des activités ont été menées																				
utilisation du budget 2015 au 31 octobre 2018	Dépenses: \$ 15 127 650 Budget : \$ 20 587 208 Taux d'exécution : 73%																				
Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière	<p>En 2017, au moins 343 067 enfants et 55 885 femmes enceintes ayant manqué la vaccination récupérés par les relais communautaires. Leur répartition par antigène: 63446 pour BCG, 54642 pour VPO3, 56738 pour penta3 55 879 pour PCV13, 51702 pour VAR et 60660 pour VAA.</p> <p>Par Contre, pour la période de Janvier à Septembre 2018, 10619135/12971340 soit 82% visites à domicile ont été réalisées par et ont permis de récupérer 480648 enfants dont 78967/72101 enfants en Penta 3. et 15750/55204 femmes enceintes à la vaccination. Les données sur les femmes enceintes récupérées par les RECO ne concernent que 7/14 antennes du projet (Antennes de Kabondo Dianda, Kabinda, Mwene ditu, Lisala, Gemena, Buta et Kalemie). L'outil de collecte des données (DVD MT), rendu disponible par le niveau central aux 7 antennes ne contient pas l'indicateur de la récupération de la femme</p> <p>En 2017 au moins 1134/1200 réunions mensuelles de monitoring tenues dans les 144 ZS, soit 95% et 20 083/22 145 réunions tenues dans les Aires de Santé soit 91% tandis que de janvier à Septembre 2018, 1 242/1 296 monitoring au niveau des 144 BCZ soit 96% et 23 989/25 434 soit 94% monitoring dans les 2826 Aires de santé de 144ZS.</p> <p>Tableau 12 : l'impact de l'implication effective et appropriation des acteurs communautaires de 2016-2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 092 CAC installées et 24 199 RECO formés - 10619135 VAD réalisées et 78967 enfants récupérés (Penta 3): <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Nbre de VAD</th> <th>Nbre enfants vaccines en DTC-Hep3</th> <th>Nbre enfant récupérés</th> <th>% CV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>4 206 173</td> <td>352292</td> <td>23 399</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>15 556 111</td> <td>692940</td> <td>104 618</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2018 (Janv-Sept)</td> <td>10 619 135</td> <td>708 755</td> <td>78 967</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>La répartition des enfants récupérés par antenne est reprise dans le graphique ci-dessous. :</p>	Année	Nbre de VAD	Nbre enfants vaccines en DTC-Hep3	Nbre enfant récupérés	% CV	2016	4 206 173	352292	23 399	5	2017	15 556 111	692940	104 618	9	2018 (Janv-Sept)	10 619 135	708 755	78 967	9
Année	Nbre de VAD	Nbre enfants vaccines en DTC-Hep3	Nbre enfant récupérés	% CV																	
2016	4 206 173	352292	23 399	5																	
2017	15 556 111	692940	104 618	9																	
2018 (Janv-Sept)	10 619 135	708 755	78 967	9																	

	<p style="text-align: center;">ENFANTS RECUPERÉS EN PENTA 3 JANVIER À SEPTEMBRE 2018 PAR RAPPORT AUX ATTENDUS</p> <table border="1"> <caption>Data for Figure 12: enfants récupérés par RC</caption> <thead> <tr> <th>Région</th> <th>ENV (Attendus)</th> <th>ENFT RECUP (Récupérés)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BUTA</td><td>5967</td><td>3667</td></tr> <tr><td>MBANDAKA</td><td>8618</td><td>5130</td></tr> <tr><td>LIKASI</td><td>5360</td><td>0</td></tr> <tr><td>KABONDO...</td><td>556</td><td>6115</td></tr> <tr><td>KAMINA</td><td>415</td><td>4544</td></tr> <tr><td>BANDUNDU</td><td>5228</td><td>4779</td></tr> <tr><td>KIKWIT</td><td>20943</td><td>11355</td></tr> <tr><td>KABINDA</td><td>797</td><td>2426</td></tr> <tr><td>MWENE DITU</td><td>1833</td><td>3968</td></tr> <tr><td>BUMBA</td><td>4962</td><td>2347</td></tr> <tr><td>LISALA</td><td>2133</td><td>0</td></tr> <tr><td>GEMENA</td><td>10044</td><td>8016</td></tr> <tr><td>KALEMIE</td><td>3868</td><td>12680</td></tr> <tr><td>BOENDE</td><td>11537</td><td>6447</td></tr> </tbody> </table> <p>Figure 12 : enfants récupérés par RC</p>	Région	ENV (Attendus)	ENFT RECUP (Récupérés)	BUTA	5967	3667	MBANDAKA	8618	5130	LIKASI	5360	0	KABONDO...	556	6115	KAMINA	415	4544	BANDUNDU	5228	4779	KIKWIT	20943	11355	KABINDA	797	2426	MWENE DITU	1833	3968	BUMBA	4962	2347	LISALA	2133	0	GEMENA	10044	8016	KALEMIE	3868	12680	BOENDE	11537	6447
Région	ENV (Attendus)	ENFT RECUP (Récupérés)																																												
BUTA	5967	3667																																												
MBANDAKA	8618	5130																																												
LIKASI	5360	0																																												
KABONDO...	556	6115																																												
KAMINA	415	4544																																												
BANDUNDU	5228	4779																																												
KIKWIT	20943	11355																																												
KABINDA	797	2426																																												
MWENE DITU	1833	3968																																												
BUMBA	4962	2347																																												
LISALA	2133	0																																												
GEMENA	10044	8016																																												
KALEMIE	3868	12680																																												
BOENDE	11537	6447																																												
<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique⁷)</p>	<p>Pour cet objectif, les mêmes activités seront reconduites, L'assistance technique de l'UNICEF sera requise pour le volet génération de la demande.</p>																																													
Objectif 6																																														
<p>Objectif de la subvention RSS (conformément aux propositions RSS ou à la JSP)</p>	<p>Consolider de janvier 2015 à décembre 2019, la réforme du financement et de la gestion du programme Gavi-RSS en RDC</p>																																													
<p>Groupes géographiques/de population prioritaires ou contraintes de couverture et d'équité traités par l'objectif</p>	<p>NA</p>																																													
<p>% d'activités menées/</p>	<p>83 % d'activités ont été réalisées sans heurt.</p>																																													
<p>utilisation du budget</p>	<p>Dépenses : \$2 872 709 Budget : \$3 577 510 Taux d'exécution : 80%</p>																																													
<p>Principales activités mises en œuvre et examen de l'avancement de la mise en œuvre notamment principaux succès et résultats/activités non mises en œuvre ou retardées/absorption financière</p>	<p>Les principaux succès et résultats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le montage CAGF –AF/GIZ fonction harmonieusement avec minimisation des risques financiers avec comme résultat positif, l'opinion d'audit du cabinet indépendant externe recruté avec opinion favorable sans réserve en 2015,2016 et 2017les justifications sur avances ouvertes réduite à plus de 85%. - Manuel de procédure produite et approuvé en avril 2018, utilisable au MSP pour bonne gestion financière - Paiement des arriérés de primes 2017 pour les bénéficiaires du NC et Intermédiaires - 0/10 gestionnaires projets recrutés pour appuyer les 10 DPS prioritaires non mis en service, attendent toujours ANO du siège depuis juin 2018 																																													

<p>Principales activités planifiées pour la période à venir (indiquer les changements significatifs/réallocations du budget et les besoins connexes en assistance technique⁸)</p>	<p>Poursuivre les activités de gestion du programme. Il est prévu, dans le cadre de renforcement des capacités en gestion du programme, l'achat et la formation des cadres en logiciel comptable avec GIZ Nous aurons besoin de l'assistance technique de GIZ pour la gestion financière et renforcement des capacités du personnel de santé en gestion financière et minimisation des risques financiers</p>
--	---

Ci-dessous les résultats d'ensemble du projet évalué par le cabinet TeAM au TIII 2018 :

Globalement, en dépit des problèmes et difficultés que le projet a connu (ex : retard de mise en œuvre lié aux gels de financement ; longs délais de transfert de financement aux niveaux opérationnels ; modalités de mise à dispositions inadaptées ; procédures de justification des dépenses inappropriées, faible niveau de primes des CAC/CODESA, etc...), les activités ont été réalisées lorsque les fonds ont été mis à la disposition des acteurs des niveaux opérationnels (ZS – CAC/CODESA) ;

Bien que ce soit difficile, à ce stade, de percevoir les effets sur **la dynamique des couvertures vaccinales** telles qu'indiquées dans la chaîne des résultats (résultats intermédiaires en termes de C.V avec les niveaux suivants : DTC-HepB-Hib 3 > 90% - VAR 1 > 85% - enfants complètement vaccinés > 75% - taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/ DTC-HepB-Hib 3 < 10% - DTC3 dans le quintile le plus pauvre est réduite de –10 points de % à la couverture dans le quintile le plus riche ; toutes les **144 ZS appuyées ont des couvertures vaccinales au DTC3 qui est d'au moins 80%** , l'on peut mentionner que la plupart des objectifs ont été atteints avec toutefois quelques exceptions. En effet, comme cela a été précédemment mentionné, les activités liées aux constructions, à la chaîne de froid et aux équipements (ex : solarisation des chambres froides) ont connu des difficultés dans la mise en œuvre ;

En rapport avec le volet **renforcement de la routine / Approche antenne**, la complémentarité et la coordination des partenaires offrant des services de santé publique ne sont pas effectuées au niveau opérationnel ; Les Plans d'Actions Opérationnels des Zones de Santé sont intégrées au niveau des DPS, avec le soutien de GAVI-RSS2. Par conséquent, il était difficile d'accéder à l'information concernant l'achat stratégique des services. Enfin, lorsque les fonds leur ont été transférés, toutes les composantes de l'approche chaque zone ont été implantées dans l'ensemble des ZS visitées et appuyées par GAVI-RSS2. En effet, les différentes composantes de l'ACZ ont été implantées dans les zones de santé lorsque les fonds étaient disponibles à travers l'impulsion de la dynamique communautaire, le renforcement des capacités des CAC/CODESA (ex : communication) et les diverses formes de motivation, le nombre d'enfants non vaccinés rattrapés par les RECO a augmenté. Cependant, il subsiste des problèmes d'atteinte de certaines communautés vivant dans des aires de santé géographiquement d'accès difficile. Les relais communautaires ont constamment exprimé l'urgence des moyens de locomotion (moto ou vélo) pour s'y rendre ;

Pour ce qui concerne les aspects relatifs à la qualité des données, bien que cela n'ait pas été ciblé dans le scope de cette évaluation à mi-parcours, l'on peut tout de même affirmer qu'il subsiste des problèmes importants concernant la qualité de donnée. En effet, même si le dénombrement a été réalisé dans la plupart des zones de santé visitées (nombre non validé au niveau central), la non-maitrise des populations cibles est courante.

En termes d'efficacité des différentes modalités d'appui de l'approche antenne, nous n'avons pas été en mesure d'apprécier le différentiel entre les ZS appuyés par Gavi, celles de l'UNICEF et celles sans ressources additionnelles. L'analyse comparative des dynamiques des CV entre les 43 ZS sélectionnées pour cette évaluation à mi-parcours et les autres ZS n'a pas montré de différences significatives. L'allure générale des valeurs des indicateurs du PEV ne montre pas de progressions évidentes depuis 2015 quoi que la qualité des données soit sujette à caution, néanmoins, partant de la même base, des évolutions seraient perceptibles s'il y en avait. De même l'examen des moyennes nationales présentent la même allure et se trouve être dans des valeurs identiques.

Cependant sans l'intention de remettre en cause l'efficacité de l'appui Gavi-RSS2 sur le terrain, une évaluation plus approfondie avec confrontation systématique de plusieurs sources des données serait utile pour confirmer les tendances actuelles. L'utilisation des données des enquêtes MICS4 2018, serait également un atout pour émettre des jugements de valeurs sur les résultats réalisés par les ZS appuyées par Gavi- RSS2.

Au fait pour ce volet, l'analyse des activités de vaccination pour chacun des antigènes durant la fenêtre d'observation 2016 – 2018 au niveau des 144 ZS priorisées et dans les 8 Z.S visitées, montrent une inconstance dans l'évolution des CV, avec une stabilité dans certaines Z.S, et parfois une tendance à une l'amélioration dans d'autres Z.S.

En rapport avec le Volet génération de la demande / Organisation Société Civile/Sanru :

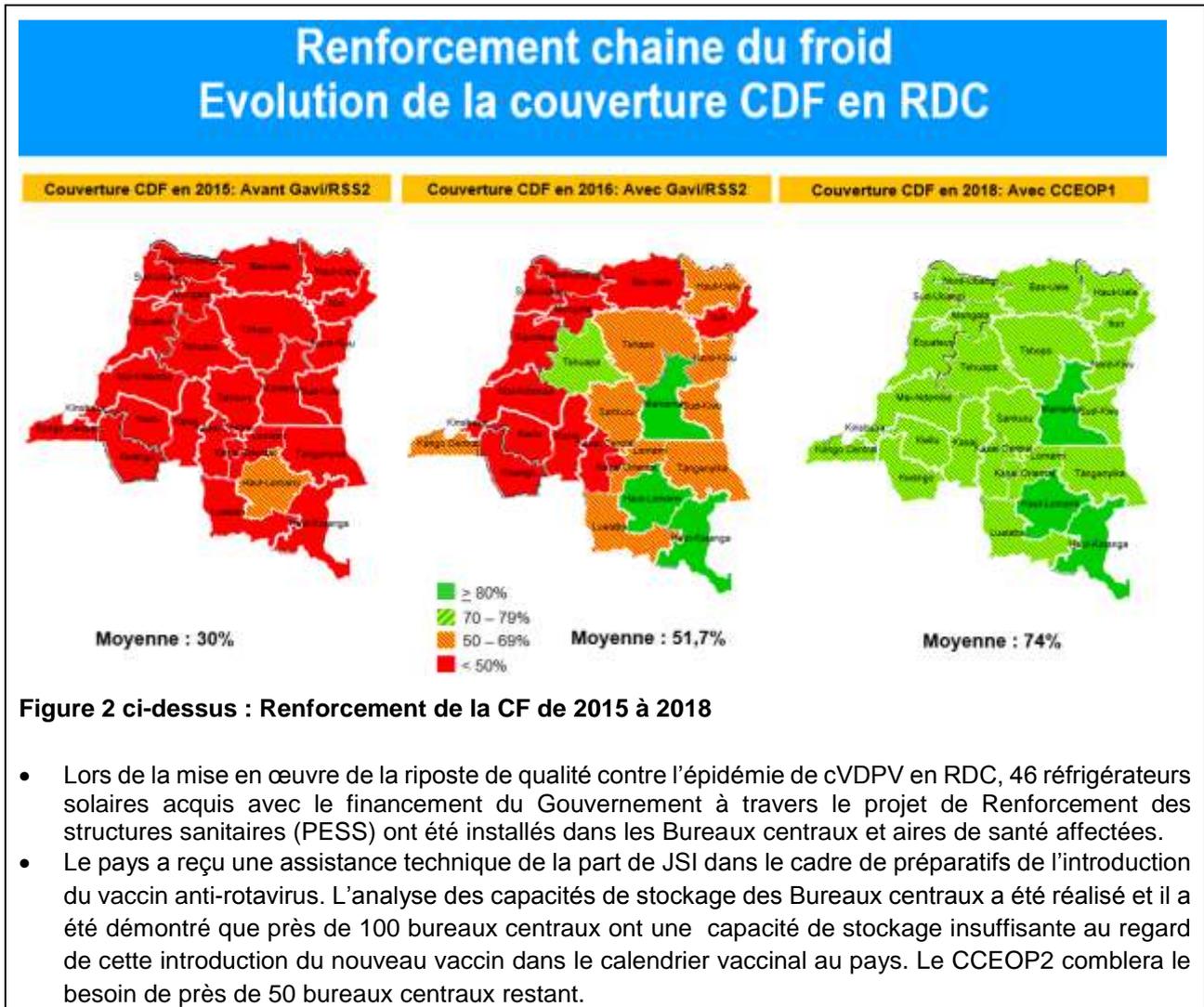
Au total **17464/17555 CAC** ont été installées soit un taux de **99.5%** dans l'ensemble des 112 ZS en 2016. En 2017, sur les 14 Antennes PEV des 10 DPS appuyées par GAVI-RSS2, des 22.494 CAC installées, 22.019, (98%) étaient fonctionnelles. De l'avis unanime de toutes les catégories d'acteurs des niveaux opérationnels et, notamment des organisations d'assises communautaires et des sociétés civiles, grâce à l'impulsion de la dynamique communautaire, plusieurs initiatives à base communautaires (IBC) ont été réalisées au cours de ces deux dernières années (2017 et 2018). En sus de leur participation au processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des plans de communication et au renforcement de leurs capacités (connaissances, attitudes et pratiques - CAP) aux approches de stimulation de la demande des services de vaccination, les relais communautaires (RECO) ont surtout été impliqués dans la récupération d'enfants non vaccinés.

□ Les visites à domiciles ont permis la récupération des enfants et femmes enceintes, bien au-delà des cibles respectives (15.556.111/14.032.720 visites réalisées et récupération de 633.670/187.052 enfants et 103472/211787 femmes enceintes), traduisant une certaine vivacité des RECOs. L'ensemble des acteurs des niveaux opérationnels (DPS – ZS) visités ont confirmé sans réserve les **effets bénéfiques de l'appui financier GAVI-RSS2 sur la demande des services de santé et de vaccination** en dépit de la modicité des primes perçues (**7 USD/CAC** ; sachant que le nombre des RECO varie de 10 à 30 en moyenne selon la taille de la communauté), grâce à un système de « jeton » qui permet une certaine redevabilité du RECO vis-à-vis du parent mais aussi de l'Infirmier Titulaire (IT), ces structures ont eu un rôle incontestable dans la récupération des enfants non vaccinés et des femmes enceintes ;

En rapport avec les supervisions formatives intégrées, plusieurs domaines de santé publique ont bénéficié de l'appui du financement. En effet, de l'avis de tous les acteurs, **GAVI-RSS2 a généré des résultats positifs sur d'autres secteurs comme la promotion des bonnes pratiques familiales essentielles comme l'allaitement maternel, le WASH, l'hygiène et l'assainissement, l'enregistrement des naissances à l'Etat civil, la santé de la reproduction, la prévention du VIH/Sida, la PCIME, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, la surveillance épidémiologique, etc..** A ce stade nous recommandons qu'il soit nécessaire de recentrer le projet GAVI RSS3 sur les priorités et activités de vaccination. Pour ce faire, une plus grande implication de la direction du PEV est indispensable afin d'établir un équilibre équitable entre les activités directement liées à la vaccination d'une part et, d'autre part, celles qui encadrent ou accompagnent la vaccination, en priorisant les interventions « structurantes » avec un effet de levier sur l'amélioration du système de santé (ex : dans une vision d'harmonisation, renforcement des liens, procédures, outils, modalités d'intégration du DV-DMT et du SIGL dans le DHIS2). Par ailleurs, une communication continue et plus régulière avec le Secrétariat GAVI s'avère indispensable aussi bien au moment de l'élaboration de la requête que pendant l'exécution du projet

4.3. Performances du soutien à la POECF de Gavi (pour les pays concernés)

- Le pays a soumis deux proposal de CCEOP qui sont en cours de mise en œuvre et qui a permis à ce jour au pays d'ajouter dans sa chaîne de froids 2087 réfrigérateurs solaires pour le CCEOP1 et en 20019 1303 réfrigérateurs pour le CCEOP2 en faveur des structures qui vaccinent dans les 26 provinces. Ce qui permettra de rehausser sensiblement la couverture en Chaîne de froid qui était de 36% avant RSS2, à 51,7% avec RSS2 et actuellement à près de 74% au niveau des aires de santé avec le CCEOP1 dont les installations sont réalisées à 99% dans le pays à la date du 22 octobre 2018. Par ailleurs, le pays a reçu une assistance technique de la part de JSI dans le cadre de préparatifs de l'introduction du vaccin anti-rotavirus. L'analyse des capacités de stockage des Bureaux centraux a été réalisée et il a été démontré qu'il existe près de 100 bureaux centraux des ZS qui disposent des capacités de stockage insuffisante au regard de cette introduction du nouveau vaccin dans le calendrier vaccinal au pays. Le CCEOP2 comblera le besoin de près de 50 bureaux centraux.
- Le Plan d'amélioration de la GEV prévoyait une augmentation de la capacité de la chaîne de froid au niveau des formations sanitaires, une amélioration des moyens de transport ainsi que le renforcement des ressources humaines. Le nombre des structures sanitaires disposant d'un réfrigérateur dans les normes du PEV (Réfrigérateurs solaires sans batteries) est en nette augmentation. A travers la RSS2 en 2016, le pays avait installé 2522 réfrigérateurs solaires sans batteries, 132 congélateurs et 57 systèmes de monitoring de la température dans les 45 chambres froides des 26 DPS.
- La mise en œuvre projet CCEOP qui est en cours a permis au pays d'assurer l'installation de 2087 réfrigérateurs solaires dans le cadre du CCEOP1 en 2018 et 1303 réfrigérateurs solaires seront installés avec le CCEOP2 au niveau des structures qui vaccinent dans les 26 provinces. Ce qui a permis de rehausser sensiblement la couverture en équipements de Chaîne de froid qui était de 30% avant RSS2 à 51,7% avec la mise en œuvre GAVI/RSS2 et cette couverture sera de 74% après l'installation du CCEOP 2 au niveau des aires de santé.



4.4. Performances de gestion financière

- La gestion financière** des subventions Gavi-RSS2 se fait selon un mécanisme de gestion conjointe mis en place par le Gouvernement et Gavi conformément à l'Accord cadre de Partenariat ou ACP signé en octobre 2014. Ce mécanisme implique une structure du Gouvernement (MSP), la Cellule d'Appui et de Gestion Financière gère le fonds conjointement avec un Agent Fiduciaire (AF GIZ, recruté par le bailleur de fond.). Le MSP reste responsable de l'ensemble de gestion de fonds, par contre l'AF GIZ, joue le rôle de contrôle à priori de toutes les procédures administratives et financières avant d'autoriser tout paiement. L'AF accompagne en outre le MSP à la tenue d'une comptabilité compatible aux normes et standards internationaux. L'opérationnalisation harmonieuse de ce mécanisme avec l'AF GIZ fait que les indicateurs de la gestion financière des subventions GAVI se sont améliorés avec réduction sensible des avances ouvertes (2015 à 2018) de plus de 80%. Cependant, l'audit des subventions réalisées en retard pour exercice 2017 ainsi que le retard dans le reporting financier intermédiaire constituent des préoccupations qui minent ce bon montage. Dans l'ensemble et de manière détaillée, la performance financière est traduite de la manière suivante :
- L'absorption de fonds** : de 2015 au 31 octobre 2018, les performances dans les mises en œuvre des activités programmatiques comme décrit au point 4.2, se seraient plus nettement améliorées n'eut été le gel de financement Gavi du côté MSP en 2017 et 2018 pour respectivement non remboursement des dépenses dites irrégulières et non envoi au 30 juin 2018 des rapports d'audit comme convenu. En effet, la gestion de la trésorerie a rencontré à plusieurs reprises les problèmes de liquidités, avec ralentissement du rythme et voir arrêt de la mise en œuvre de la plus part d'activités.
- Les Taux d'absorption des fonds de 2015 au 30 novembre 2018 des différentes subventions partie prenantes MSP/DEP/DLM/PEV/DPS/ZS tel que validé par le dernier audit de l'exercice 2017 tableau 13 ci-dessous.

Tableau 13 : absorption des fonds agrégés (MSP + partenaires confondus)

Partie prenantes	prévu	Décaissé
UNICEF	49 200 540	46 673 849
UNOPS	14 071 229	13 333 061
OMS	4 428 475	4 124 713
OSC/SANRU	20 507 258	14 216 522
MSP	46 633 650	26 753 432
GIZ	10 150 000	10 150 000
	144 991 152	115 251 577

Tableau 14 : d'absorption des fonds de 2015 au 30 novembre 2018 par MSP

Gavi- RSS2/MSP	2015	2016	2017	2018 au 30 11 2018	Cumul
Montant budgétisé ou approuvé par année en \$ par Gavi	\$0	\$ 23 274 047	\$20 396 344	\$19 458 809	\$63 129 200
Montant dépensé \$	\$0	\$6 551 587	\$7 982 525	\$12 219 319,25	\$26 753 432
Taux d'exécution	0	28%	39%	62,8%	42,3%
solde	0	\$16 722 460	\$12 413 819	\$ 7239 489,72	\$36 375768

Commentaire : En 2015, la partie MSP n'avait reçu le fond de Gavi qu'au 30 décembre 2015 d'où la non mise en œuvre du projet RSS2 en 2015, mais nous avons encore de fonds RSS1 jusqu'au 31 mars 2016. RSS2/MSP n'avait commencé qu'avril 2016.

En 2017, du fait des dépenses irrégulières de 1,6MUSD déclarées pour audit du département Gavi (audit exercice combiné 2012-2015), il y a eu gel de financement Gavi tout le 1^{er} semestre 2017, levé dès que le Gouvernement a commencé à rembourser. Cependant en 2018, il y a eu second gel financement fin TII et début TIII, suite au retard d'envoi rapport d'audit exercice 2017 de RSS2 qui est levé le 25 octobre 2018. tous ces goulots font que le taux d'absorption soit toujours faible chaque exercice budgétaire. **Et suite à cela, il y a eu des séries de réallocation des lignes budgétaires insuffisamment utilisées pour d'autres besoins comme combler le Gap de construction Hub Kinkole à Kinshasa, l'achat des équipement pour CS et Hub, transports vaccins, achat performances d'un enfant complètement vacciné via la cellule PBF de la BM, constructions CS par UNOPS etc... tous avec les avis de non objection du Secrétariat Exécutif de Gavi au siège. Donc le solde indiqué n'est pas factuel.**

- Un résultat très important atteint en 2018 a été le remboursement complet par la RDC des dépenses inéligibles identifiées par Gavi suite à la transmission du rapport d'audit de mai 2017 ; ainsi, 1,6/1,6 millions de dollars (soit 100%) de dépenses dites irrégulières par audit du département Gavi 2012-2015 ont été entièrement remboursés en mai 2018 par le Gouvernement de la république, à l'issue d'un plan innovant et adapté de remboursement mensuel en 8 mensualités, qui a permis des décaissements partiels conditionnés par le respect des échéances du plan négocié entre Gavi et le Gouvernement.
- Les Taux d'absorption des fonds de 2015 au 31 octobre 2018 via les différentes parties prenantes UNICEF, OMS, UNOPS, OSC/SANRU dans le tableau 15 suivant.

Tableau 15 : Taux d'absorption des fonds de 2015 au 30 novembre octobre 2018 PTFs (USD)

Désignations	UNICEF	OMS	UNOPS	OSC/SANRU
Décaissement reçus	49,200,540	4,428,475	14 071 229	15,742,141
Fonds dépensé	46 673 849	4,124,713	13 333 061	14,216,522
Taux de décaissement	95%	91%	94,75%	90%
Engagements	ND	ND	ND	ND
solde trésorerie	2,526,691	303 762	738 168	1 525 618

Commentaire : au regard de ces réalisations, contrairement au MSP, il s'observe que tous les PTFs de mise en œuvre ont des performances au-delà de 90% d'autant plus qu'eux n'ont pas connu de gel de financement en plus ils ont commencé la mise en œuvre en juillet 2015.

- **Conformité avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits :** depuis la réforme de la CAGF et l'entrée en fonction de l'AF GIZ en 2015, tous les rapports financiers suivent le modèle proposé par Gavi. Les audits externes 2015, 2016 et 2017 ont eu une opinion positive et sans réserve pour les subventions RSS1 et RSS2. Les audits externes de subvention sont conduits dans le respect des normes en la matière. Le cabinet d'audit est sélectionné au niveau international avec approbation de bailleur. Les auditeurs affectés à ce travail ont accès à toutes les informations tant programmatiques et financières et exerce leur travail sans aucune inquiétude.
- **Principaux problèmes issus des audits,** remontent de celui réalisé par Gavi en 2015, incluant la revue approfondie des dépenses de 2013, 2014 et 1^{er} semestre 2015, a mis en exergue, plusieurs dépenses irrégulières, inéligibles et insuffisamment justifiées en plus le remboursement de la perte de change de \$ 766 099 liés au transfert depuis BIAC à FBN sur compte GVT dédié aux programmes de GAVI en RDC convenue pour payer en novembre 2017. L'ensemble de ces dépenses évaluées à \$ 2 433 002 que le Gouvernement de la RDC a remboursé sauf les **766 099\$ qui le seront d'ici fin novembre 2018.**
- Un autre problème soulevé par les audits externes en 2017 est le fait d'utiliser un seul compte pour toutes les subventions Gavi en RDC, mais pour 2018 cette situation sera corrigée car les sous comptes ont été ouverts.
- Les audits reviennent toujours sur les avances ouvertes de 2015 à ce jour non justifiées dont le montant actualisé au 31 octobre est de \$ 650 000, des avancées significatives ont été enregistrées grâce à l'implication de toutes les parties prenantes (cabinet du Ministre, Inspection générale, Secrétariat général, CAGF&GIZ et IPS et DPS car nous étions à plus de 3,5 millions des avances ouvertes.
- Les faiblesses des mécanismes de contrôle interne ont été à la base de ces problèmes. Le renforcement de contrôle interne avec la réforme de la CAGF (**présence de l'unité de l'audit interne et de l'ordonnancement**) et l'entrée de l'AF GIZ qui assure le contrôle à priori de toutes les dépenses, ont réduits tous ces risques. La consolidation des acquis de ce mécanisme et le renforcement des capacités des personnels de la CAGF, constituent un défi à relever, dans l'optique du départ de l'AF GIZ après décembre 2019. Les rapports d'audits internes et la mise en œuvre des recommandations depuis l'année 2017 a sensiblement augmenté la bonne gestion administrative et financière de la CAGF.
- **Les problèmes de liquidité :** la limitation du niveau de la trésorerie par Gavi et le non décaissement semestriels enregistrés en 2017 et 2018 a posé beaucoup des problèmes de liquidité, dans le contexte de dépenses inéligibles en attente de remboursement.

Par ailleurs, l'actualisation actuelle du manuel des procédures, la responsabilisation de la CAGF dans la tenue de la comptabilité sont deux éléments qui notent la bonne santé de la gestion des subventions en dépit des retards enregistrés dans la compilation des informations financière dans le tompro par GIZ pour les exercices 2015, 2016 et 2017. Les audits réalisés auprès des OSC exercices clos 2015, 2016 et 2017 n'ont fait mention d'aucune réserve.

4.5. Planification de la transition (le cas échéant, par ex. si le pays se trouve dans une phase de transition accélérée)

○

N/A pour la RDC.

4.6. Assistance technique

En 2016, 2017 et 2018, la RDC bénéficie d'une assistance technique dans la mise en œuvre de la gestion des subventions notamment avec OMS, UNICEF, OSC/SANRU, GIZ, PATH, UNOPS ; Acasus et JSI.

Pour ce qui de l'**Unicef**, il s'agit d'une assistance technique dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement des vaccins et autres produits de santé (logistique, chaîne du froid et développement de l'intégration des systèmes logistiques) ; dans le cadre de la couverture et équité avec un appui technique au niveau national et au niveau des provinces; ainsi que dans la communication pour le développement (C4D) Celle-ci a permis une contribution aux principales réalisations ci-dessous:

- Construction du Hub de Kinshasa et acquisition de camions et pick-up
- Installation de 2532 réfrigérateurs solaires de Gavi RSS2
- Soumission et approbation du CCEOP1 et 2 avec début d'exécution du 1 dont les premiers réfrigérateurs seront réceptionnés et installés avant la fin du mois de Mai 2018 pour permettre l'introduction du Rotavirus.
- Cartographie des températures des chambres froides
- Installation et suivi de la fonctionnalité d'un système de suivi à distance des températures des chambres froides
- Exécution à 42% du plan d'amélioration de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV)
- Mise à jour des microplanifications à la base de 2016 sur l'analyse de l'équité à tous les niveaux (AS avec la communauté, consolidée au niveau ZS, et Antennes) dans les DPS appuyées pour le renforcement de la vaccination de routine.
- Disponibilité d'une liste d'indicateurs de processus pour la mise en œuvre de l'approche antenne (proportion des stratégies avancées, mobiles et fixe réalisées sur attendu, Nombre de réunions de monitoring mensuelle réalisées, nombre d'enfants et femmes récupérés) par niveau (Aire de Santé, ZS et antenne/DPS) renseignée mensuellement et partagée avec le niveau central.
- Elaboration d'un guide et appui à la micro planification des Stratégies Avancées Ciblées Intégrées (SACI) dans les 11 ZS prioritaires pour le tétanos ; ce qui a permis d'identifier les localités mal couvertes dans les AS des ZS et planifier des activités de rattrapage des enfants jusqu'à 23 mois et des femmes en âge de reproduction
- Coordination et suivi des préparatifs des AVS Rougeole, polio et de la mise en œuvre de l'approche Antenne tant au niveau central et intermédiaire
- Renforcement de la dynamique communautaire dans 13 DPS : appui à la mise en place de 9827 cellules d'animation communautaire dont 2665 disposant de plan d'action communautaire
- Appui technique et suivi évaluation des OSC de mise en œuvre de la dynamique communautaire dans 10 DPS ayant permis régulièrement de rajuster les activités de terrain, notamment le renforcement de capacité des acteurs communautaires et le rapportage. Rapport détaillé disponible
- Trois études financées par Gavi sur l'analyse de l'espace fiscal, la mobilisation de ressources financières domestiques additionnelles et des flux financiers niveau central vers districts via la banque mondiale.

L'assistance technique de l'OMS a permis des appuis dans les domaines suivants :

- Coordination des activités au niveau central ainsi que le suivi régulier de la mise en œuvre des activités
- Elaboration des plans opérationnels et des plans d'introduction des nouveaux vaccins, notamment le rotavirus,
- Suivi des activités au niveau opérationnel par les 11 consultants nationaux en appui aux 11 sous-bureaux OMS à travers le pays,
- Surveillance des maladies évitables par la vaccination notamment la rougeole, les paralysies flasques aiguës (PFA), la fièvre jaune et le tétanos,
- Analyse hebdomadaire des données de PFA, de rougeole, de fièvre jaune et du tétanos,
- Publication des bulletins hebdomadaires relatifs à la poliomyélite et à la rougeole,
- Appui à l'élaboration et publication du bulletin trimestriel d'information et rétro information du PEV
- Analyses de risque trimestrielles pour la polio
- Processus de mise en place des comités techniques indépendantes pour le niveau stratégique, notamment le NITAG,

- Mise en œuvre du processus de solarisation des 23 antennes PEV,
- Coordination des activités de vaccination de masse notamment celles contre la rougeole et la poliomyélite au niveau national et provincial,
- Evaluations externes et indépendantes comme l'évaluation post campagne rougeole, le monitoring indépendant et le LQAS post campagnes polio,
- Organisation de 2 revues formatives dans les antennes PEV de Mwene Ditu, Kabinda, Qui a permis de mettre à jour et de relever le niveau de connaissances des cadres du PEV au niveau provincial
- La mise en œuvre de la stratégie innovante sur la réduction des occasions de vaccination manquées (OVM)
-
- Amélioration de la qualité des données et à l'utilisation de données de qualité : décentralisation des bases de données dans 6 provinces et formation du personnel aux analyses et au suivi de la qualité : Kasai central, Tshopo et Haut Katanga, Kwango, Kongo central et Kasai oriental
- Formation des agents du MOH dans 25 zones de santé du Sud Kivu sur les stratégies d'amélioration de la couverture vaccinale avec la mise en œuvre de l'approche ACZ

Pour **PATH**, l'assistance technique a visé **le plaidoyer en faveur de la vaccination** auprès des autorités politico- Administrative ainsi que dans le dénombrement sanitaire avec cartographie satellitaire avec estimation de la population.

Pour **Acasus**, l'assistance technique vise la gestion des vaccins et intrants, ainsi que des processus de gestion, pour l'amélioration de la CV en RDC avec des **stratégies innovantes**. L'appui d'Acasus a été tout particulièrement important pour l'identification des goulots d'étranglement et la formulation du Plan Mashako

Pour **JSI**, c'est un appui au développement d'une stratégie de vaccination en milieu urbain pauvre dans les 2 ZS pilotes de la ville de Kinshasa (Limete et Kimbanseke) avec comme activités spécifiques à haut impact sur l'augmentation de la couverture vaccinale : intégration de la vaccination dans les structures sanitaires privées / confessionnelles qui constituent plus de 90% des FOSA à Kinshasa et aussi l'organisation des séances de vaccination dans les points de concertation en milieu urbain activité est en compte dans le budget du Plan Mashako.

5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

Fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe,⁹ et toute autre recommandation significative du Comité d'examen indépendant ou du Panel d'examen de haut niveau (le cas échéant).

⁹ Veuillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

		Statut actuel au 31 octobre 2018
Principal résultat 1	Le nombre de Zones de santé avec couvertures vaccinales en penta 3 inférieurs à 80% est réduit à moins de 15%, dans chacune des 26 provinces.	Résultat non atteint , la CV en tous Ag est de 41% au 31 aout 2018 contre 45,6% même période en 2017.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des dispositifs de suivi et d'appui technique dans toutes les DPS bénéficiant de l'approches antennes (supervision des DPS par le PEV central, suivi de mise en œuvre des PAO par la DEP, tenues régulières des revues trimestrielles avec appui de la DEP et du PEV, suivi des performances dans la plateforme carte des scores) ; et la reconfiguration et l'intégration de l'optimisation du système logistique dans la chaine d'approvisionnement dans les provinces 	Action réalisée à 60%
	<ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement effectif des HUB Kinkole, Lubumbashi, Kisangani et dépôt de transit de Kananga 	Hub Kinkole inauguré que le 10 octobre 2018, les autres la construction suspendue par le MSP pour identification des travaux supplémentaires et changement de site à exécuter
	<ul style="list-style-type: none"> Décaisser régulièrement le fonds destinés à la mise en œuvre des activités dans toutes les DPS ciblées par le RSS 2. 	Action réalisée à 100%
	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite de la mise en œuvre de l'approche antennes ou renforcer la PEV de Routine ou ACZ ou RED dans les 144ZS et l'étendre dans les autres ZS non encore appuyer en dehors de l'appui RPR via UNICEF. 	Action réalisée à 100%
	Vaccination de tous les enfants cibles à tout contact (hôpital, école et églises) dans les milieux urbains	Action réalisée dans les 3ZS de Kinshasa avec appui JSI
	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de la stratégie pour la réduction des occasions manquées de vaccination 	Action réalisée dans les 3ZS de Kinshasa avec appui JSI

Principal résultat 2	Les écarts entre les données administratives rapportées par les formations sanitaires et celles des estimations OMS – UNICEF, ainsi que des petites enquêtes à l'échelle des provinces sont réduits à moins de 5% pour toutes les antigènes.	Résultat non atteint
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité technique des acteurs dans l'enregistrement, compilation, l'assurance qualité, d'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux : 	Non réalisée
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décentraliser les bases de données, organiser la formation du personnel du terrain dans l'enregistrement, compilation, analyse, transmission et utilisation des données ; 2. Organiser la formation des acteurs du terrain non encore formés sur le DQS y compris l'importance de l'exercice ; 3. Organiser la formation des cadres des antennes PEV dans la gestion des données ; 4. Organiser la formation sur l'utilisation du DVD MT ciblant les 144 ZS prioritaires, 13 antennes et 10 DPS ; former les acteurs de niveau central, DPS, Antenne, ZS sur le module PEV de DHIS2 y compris les applications additionnelles spécifiques (tableau de bord, revue de la qualité des données, transfert des données.) 	Toutes actions n'ont pas été menées mais pourront l'être d'ici 31 décembre 2018,
	Réaliser des visites de supervision formatives visant les acteurs de terrain sur la gestion des données lors des séances de vaccination dans les ZS prioritaires (Identification des ZS prioritaires pour la qualité des données, assurance de financement, capacité des équipes cadre des ZS et mise en œuvre et suivi des actions correctrices)	En cours
	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité des structures en ressources humaines, financières, matériels adéquates et outils de gestion des données pour garantir une gestion efficaces des données du PEV 	Action non réalisée

	<p>Doter 144 ZS, 13 antennes et 10 DPS en équipements informatiques et en assurer la maintenance ; Doter les formations sanitaires en quantités insuffisantes des outils de gestion ; Conduire un plaidoyer pour l'affectation des gestionnaires des données au niveau des antennes ; plaidoyer pour la sécurisation et décaissement à temps de financement nécessaire pour les activités relatives aux données ; sécuriser les ressources financière adéquates pour la mise en œuvre du PAQD ; plaidoyer pour l'assouplissement du processus de traitement des requêtes ; Conduire une analyse sur le nombre minimum du staff requis pour les SSP y compris l'adéquation entre le staff actuel et les normes ; mettre en place de mécanisme de motivation du personnel à différents niveaux</p>	<p>Action non réalisée</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la maitrise de la population cible nécessaire à une planification et monitoring de qualité pour l'atteinte des enfants habituellement manqués par les services de vaccination en collaboration avec L'INS avec l'utilisation de nouvelle technologie : 	<p>Non réalisée l'action</p>
	<p>Conduire un dénombrement de qualité dans toutes les AS avec les équipes formées et suffisamment supervisées et utiliser les résultats pour la planification et le monitoring. Ceci se fera avec l'appui des experts de l'INS y compris avec l'utilisation de la nouvelle technologie.</p>	<p>Non réalisée</p>
	<p>Organiser un atelier sur l'Intégration des données de gestion de vaccins et d'autres données requises dans l'outil DHIS2 et uniformisation des outils de collecte et de saisie des données de vaccination</p>	<p>Dans le processus pour être menée</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de données manquantes du PEV dans le DHIS2 et le canevas de collecte des données SNIS et retirer le niveau d'agrégation non nécessaire dans système de gestion de routine pour le programme de vaccination pour alléger la charge du travail conformément aux orientations internationales. Cas de collecte d'enfant vacciné par genre 	<p>Dans le processus d'être menée</p>
	<p>Amélioration de la gouvernance dans la gestion des données et la mise en place des mécanismes de redevabilité des acteurs</p>	<p>Dans le processus d'être menée</p>
	<p>Organiser un atelier d'élaboration des directives, les normes et standards sur la gestion des données (enregistrement, compilation, analyse, transmission et utilisation) et les diffuser ; définir les rôles et responsabilités des acteurs dans la gestion des données, mettre en place des mécanismes de redevabilité des acteurs de terrain à différents niveaux.</p>	<p>Dans le processus d'être menée</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la revue de la qualité des données et la planification stratégique pour garantir l'identification de goulot d'étranglement et les mesures correctrices appropriées : 	Dans le processus d'être menée
	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier de revue du système d'information et qualité des données et développement du plan stratégique 2018-2020 et du plan annuel d'amélioration de la qualité des données 2018; • Conduire la revue documentaire des données 2018 et élaborer le plan annuel d'amélioration de la qualité des données 2019 	Dans le processus d'être menée
Principal résultat 3	Le dénominateur des cibles vaccinales est maîtrisé dans l'ensemble du pays, en vue de disposer d'une cible qui reflète la réalité pour être utilisé dans la planification et le suivi des performances du programme.	Le Résultat non atteint
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du dénombrement sanitaire de qualité et exhaustive de la population avec l'appui des experts en démographie dans l'ensemble d'Aires de santé du pays • Etude de la structure de la population sur base des données du dénombrement (cible femmes en ceinte et naissance vivante, cible nourrisson survivant, etc.) ; • Organisation du dénombrement dans chaque AS une fois tous les deux ans selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA et ESP. 	Toutes ces actions seront reconduites pour 2019
Principal résultat 4	Une gestion efficace des vaccins est assurée dans l'ensemble du pays en vue de stopper les ruptures des stocks et de réduire les taux des pertes des vaccins à tous les différents niveaux du système de santé.	Le résultat de l'auto GEV montre un score composite de 67%

Évaluation conjointe (JA complète)

<p>Actions convenues du pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informatisation de la gestion de de stocks des vaccins par un logiciel web (sur format SMT), incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents niveaux ; • Réalisation de la GEV 2018 (évaluations et développement du plan d'amélioration) ; • Instauration d'un système de rapportage des températures instantanées pour les dépôts des vaccins (dépôts central, coordinations, antennes), journalières pour les ZS et hebdomadaire pour les centres de santé ; • Formation des personnels des centres de santé et des zones de santé, en logistique de vaccination, une fois tous les deux ans ; • Formation des agents impliqués dans la gestion du PEV dans les 12 DPS appuyées par Gavi et UNICEF sur la formation STEP. • Optimisation de la chaine d'approvisionnement dans 2 zones sanitaires (1 dans chacune des zones couvertes par l'UNICEF et Gavi) ; • Extension du projet de Village Reach dans une autre zone sanitaire de la province de l'Equateur avec un accent sur l'utilisation des drones ; • Opérationnalisation des différents hubs en commençant par celui de Kinshasa ; • Dotation de toutes les formations sanitaires à un réfrigérateur solaire SDD dans le cadre de CCEOP; • Finalisation de la solarisation de 23 chambres froides fonctionnant avec l'énergie fossile ; • Réalisation de plusieurs études sur les taux de pertes et l'évaluation de l'impact du monitoring à distance de la température en temps réel. • Sécurisation de fonds RSS 2 pour le transport des vaccins des DPS (antennes PEV) vers toutes les 516 Zones de Santé. • L'utilisation des codes-barres dans la gestion des vaccins • L'opérationnalisation des hubs à commencer par celui de Kinshasa 	<ul style="list-style-type: none"> - Action menée en continue - Action réalisée en mars 2018 - Action introduite et en continue dans les antennes et dépôt relai - Non réalisée action - Non réalisée l'action - En processus pour 2019 - Hub kinshsa opérationnel - Action menée dans les ZS en besoin urgent, 2087 frigos ont été installés via CCOP1 - Non réalisée - Action réalisée en continue dans les ZS - Action non réalisée - Kinshasa encours.
<p>Principal résultat 5</p>	<p>Une coordination, une gestion efficace et efficiente est assurée dans l'ensemble du système de santé, en vue de l'harmonisation et de la complémentarité des interventions.</p>	<p>Résultat atteint à 70%</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'opérationnalisation des CPP dans toutes les provinces, pour amener les autres partenaires à financer certaines activités non prises en compte par RSS 2 ; • Mutualisation de moyen transport utilisés par différents intervenants au niveau des provinces lors de l'approvisionnement ses ZS en vaccins et autres intrants ; • Organisation régulière des revues trimestrielle de qualité dans les DPS sous appuis Gavi ; • Poursuite par GIZ & CAGF de formation des équipes de gestion des DPS en procédures financières et passation des marchés ; en vue de consolider la conformité de gestion financières aux exigences de Gavi ; • Mise en œuvre de plan de renforcement des capacités de l'AF GIZ au bénéfice des cadres de la CAGF impliqués dans la chaine de décaissement de fonds ; • Mise en place des 10 Gestionnaires projet et 10 AT en provinces prioritaires, un gestionnaire au NC, un coordonnateur national pour suivi et coach des gestionnaires recrutés assisté d'un ou 2 consultants nationaux ayant un contrat de de prestation de six mois renouvelable si nécessaire. • Décaissement régulier des fonds pour les activités et le paiement régulier des primes du personnel à différents niveaux • Appui au fonctionnement du NITAG 	<ul style="list-style-type: none"> -Action réalisée par les experts DEP - Action réalisée - Action réalisée dans les 10 DPS prioritaires Gavi - Non réalisée - Non réalisée - Non réalisée - Action réalisée et prime payé au NC et DPS pour exercice 2017 - NITAG constitué et pourrait être opérationnel d'ici fin 2018
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)		Statut actuel
1. Organiser l'évaluation indépendante de RSS2 en vue de mesurer l'impact réel de l'implication de toutes les parties prenantes sur l'évolution de la couverture vaccinale en RDC		Réalisée,
2. Evaluer la fonctionnalité des V-SAT et proposer des solutions alternatives pour améliorer la complétude et la promptitude des données sanitaires y compris celles de la vaccination		Réalisée
3. Inclure la triangulation des données dans les présentations des OSC (processus VS résultats de Couverture vaccinale) pour mieux évaluer l'impact de leurs interventions		Réalisée
4. Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du personnel du niveau périphérique en gestion des finances publiques.		Non réalisée
5. Etendre les structures de GIZ dans les DPS non couvertes		Non Réalisée

Évaluation conjointe (JA complète)

6. Intégrer l'indicateur d'évaluation de la fonctionnalité de CPP-SS incluant le CCIA comme groupe de travail dans le cadre de performance de la DPS	Réalisée
7. Renforcer le plaidoyer pour l'accélération de traitement des requêtes en vue de faciliter la mise en œuvre de RSS2	Réalisée
8. Optimiser la chaîne d'approvisionnement des vaccins et autres consommables (redéfinition de circuits de distribution des vaccins, distribution directe vers les CS, utilisation des drones, intégration avec les autres produits de santé) et suivi des performances logistiques	Non réalisée
9. Envisager une réallocation d'une partie des crédits RSS2 non exécutés pour contribuer au renforcement/ mise en place du PBF (financement basé sur les résultats) dans deux provinces à titre pilote (Kwilu & KINSHASA)	Réalisée,
10. Améliorer la maîtrise de la population cible nécessaire à une planification et monitoring de qualité pour l'atteinte des enfants habituellement manqués par les services de vaccination en collaboration avec L'INS y compris l'utilisation de nouvelle technologie	Non réalisée
11. Renforcer la revue de la qualité des données et la planification stratégique pour garantir l'identification des goulots d'étranglement et les mesures correctrices appropriées.	Réalisée partiellement, un plan stratégique de qualité donnée en place et quelques activités réalisées du plan à 31%
12. Renforcer les capacités techniques des acteurs dans l'enregistrement, compilation, l'assurance qualité, d'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux	Non Réalisée
13. Renforcer les capacités des structures en ressources humaines, financières, matérielles adéquates et outils de gestion des données pour garantir une gestion efficace des données du PEV	Non réalisée
14. Améliorer l'analyse et assurance qualité des données pour en vue d'un monitoring efficace des performances du programme de vaccination	Non réalisée
15. Dans le contexte d'un montant important d'avances ouvertes sur 2015 et 2016 non justifiées (3,5 millions de USD à fin octobre 2017), il est recommandé que, pour les financements de Gavi et des autres partenaires : <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun décaissement ne doit être effectué au profit de ces institutions et personnes. 2. Le MSP doit exiger des structures et personnes concernées l'envoi des justificatifs au plus tard le 20 février 2018, par communication officielle. 3. Mobiliser les structures en place dont l'IGS au niveau national et l'IPS au niveau provincial 	Réalisée
16. Produire un rapport d'avancement trimestriel sur la mise en œuvre des exigences de gestion des subventions de Gavi	Réalisée
17. Elaborer les différents budgets, avec une attention particulière sur les coûts unitaires, en collaboration entre les équipes du PEV, de la CAGF et de l'agent fiduciaire GIZ	Réalisée

Évaluation conjointe (JA complète)

18. Evaluer la charge de travail de l'équipe comptable/contrôle budgétaire de la CAGF (au regard des volumes financières) et envisager un renforcement de l'équipe sur la base des constats et des recommandations de la GIZ.7777	Réalisée
19. Sécuriser les fonds RSS 2 pour le transport des vaccins du NC vers les DPS (antennes PEV) et vers toutes les 516 Zones de Santé.	Réalisée
20. Payer régulièrement les primes GAVI du personnel bénéficiaire à différents niveaux du système pour améliorer les résultats du système de Santé..	Réalisée partiellement, les équipes des ZS pas encore payés car non évaluées par les DPS
21. Reconduire pour 3 autres années de 2018 à 2020 l'approche taillée sur mesure de Gavi pour la RDC qui prend fin au 31 déc. 2017	Réalisée
22. Améliorer la gouvernance dans la gestion des données et mettre en place les mécanismes de redevabilité des acteurs	Non Réalisée
23. Réévaluer les besoins en vaccins traditionnels 2017 et 2018 tenants en compte la situation des stocks et livraisons de vaccins.	Réalisée
24. Assurer un suivi fin des engagements pour permettre un décaissement adéquat des frais de fonctionnement du PEV à hauteur des crédits votés	Réalisée partiellement, le suivi est fait mais le Gouvernement n'a libéré que moins de 60% de prévu.

Si les résultats n'ont pas été abordés et/ou les actions consécutives à ces résultats n'ont pas été mises en place, veuillez fournir une rapide explication et clarifier s'ils seront considérés comme des priorités dans le nouveau plan d'actions (voir section 6 ci-dessous).

Deux résultats (1 & 5) sur cinq planifiés pour 2018 ont été atteints à 70%, les autres résultats (2 & 3 & 4) n'ont pas été atteints, les actions ont été soit à 50% ou pas de tout réalisées .Plusieurs facteurs ont milités pour la non réalisation de ces actions là pour enfin atteindre les résultats respectifs entre autres : Indisponibilité des fonds et des experts pour réaliser les activités, les urgences au Pays (priorités d'aller dans les actions de lutte contre les épidémies d'e CVDP, rougeole et à maladie à virus Ebola sans oublier de gel de financement fin trimestre deux 2018 Nous avons estimé que toutes les actions devront être reconduites et d'autres ajoutées le cas échéant.

En rapport avec les recommandations, 54% des recommandations soit 13/24 ont été mises en œuvre totalement, 3% autres soit partiellement et 33,% soit 8/24 non mises en œuvre pour diverses raisons dont entre autres celles évoquées ci haut.

6. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN RESSOURCES/SOUTIEN IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION

L'année 2019 en RDC, sera une année des grands enjeux avec probablement l'arrivée d'un nouveau ordre politique avec l'éclosion pour le MSP des stratégies innovantes pour atteindre tous les cibles dans un contexte de PNDS recadré que le pays venait d'adopter.

PNDS 2019-2022 est focalisé sur deux domaines pertinents : **La provision d'un paquet de soins prioritaires et le renforcement des piliers du système public de santé avec comme objectif d'accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière. Ce PNDS s'articule autour de trois axes à savoir :**

1. Provision d'un paquet de soins SRMNEA + les 3 grandes endémies (VIH, TB, malaria) + maladies non- transmissibles,
2. Renforcement de 5 piliers du système public de santé:
 - Ressources humaines
 - Médicament, vaccins et intrants
 - Infrastructures et équipements
 - Information sanitaire
 - Financement
- 3 .Gouvernance

Toutes les actions à partir de 2019 devront être priorisées en fonction de ces trois axes de notre plan nation de développement sanitaire.

C'est sur base de cela que nous sommes mis d'accords pour focaliser nos actions en 2019 sur les principaux résultats ci-dessous enfin **accroître plus la couverture et l'utilisation des services de santé en général et de la vaccination en particulier avec équité et protection financière toute au long de l'année 2019.**

Les recommandations prioritaires se structurent notamment autour des principaux axes du Plan Mashako. L'objectif de ce plan d'urgence est de parvenir à une augmentation de 15 points de la couverture vaccinale de routine en 18 mois.

Principal résultat/action 1	Mise en œuvre d'actions ciblées en lien avec la prestation de services de vaccination de routine, visant notamment à augmenter la fréquence des sessions de vaccination
Réaction/situation actuelle	<p>-La proportion des ZS avec CV >80% pour tous les antigènes est de 41% donnée administrative PEV 2018</p> <p>- Les résultats préliminaires de l'enquête MICS 4 de 2018 ont montré la réduction des couvertures vaccinales sur l'ensemble du pays par rapport aux résultats de l'EDS 2013/2014 ;</p> <p>-Les performances du PEV en 2018 ont révélé un grand nombre d'enfants non vaccinés.</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>56% de la population des provinces prioritaires du Plan Mashako ont une faible disponibilité des services de vaccination (zones de santé avec moins de 80% des sessions de vaccination requises)</p> <p>- Manque de coordination des actions révélées par l'évaluation à mi-parcours RSS2</p>
<p>Actions convenues du pays</p>	<p>Assurer la Mise En œuvre du Plan Mashako en 2019 sur l'axe prestation de services (sessions de vaccination)</p> <p>Définir des objectifs de séances de vaccinations par DPS, ZS et AS (Développement d'un outil simple permettant d'estimer le nombre de sessions de vaccination nécessaire par zone de santé)</p> <p>Organiser des séances de vaccination dans les points de concentration urbains</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la mise en œuvre des 5 composantes de l'approche ACZ dans 13 DPS avec renforcement de la vaccination de routine. 2. . Rendre disponible les micros- plans validés pour chacune des aires de santé Organiser des micro planifications effectives à la base en s'appuyant sur la cartographie satellitaire Organiser les séances de vaccination en fonction de la catégorisation des ZS et AS ainsi que le nombre des enfants à vacciner et perdu de vu; 3. Mettre en place les CAC dans toutes les ZS au sein des provinces ; 4. Vulgariser le document des normes, standards et directives du PEV en tenant compte des innovations et mises à jour et les mettre en œuvre. 5. Mettre à profit les AVS pour conduire, au moins chaque deux ans, des enquêtes sociales de grande envergure afin de faire le point sur l'état des connaissances, attitudes et comportements des populations envers la vaccination systématique, en particulier, afin d'ajuster les approches 5. Etablir un partenariat de longue durée avec les moyens d'information de masse, notamment la presse écrite, la radio, la télévision sans oublier les autres moyens traditionnels comme les chansonniers.
<p>Produits/résultats escomptés</p>	<p>Augmenter de 20% les séances de vaccination</p> <p>-80% de ZS ont atteint une CV de plus de 80% dans Penta3 -60% des ECV dans 13 DPS (10 DPS /AA et 3DPS/PM) -Tx de perte <10% -0 rupture de stock dans tous les Ag- - La proportion des ZS avec CV >80% pour tous les antigènes est augmentée de 15% dans chacune des 26 provinces de la RDC</p>
<p>Calendrier associé</p>	<p>TI&TII&TIII&TIV 2019</p>
<p>Ressources/soutien nécessaires</p>	<p>-RHS disponible &Fond RSS2 sécurés</p> <p>- AT pour l'offre des services dans la mise en œuvre du plan Mashako: décentralisées avec une AT de coordination au niveau central (OMS&UNICEF&Acasus&JSI) ;</p> <p>- Un assistant technique pour les activités de couverture et équité (OVM/Vaccination à tout contact, zones urbaines et autres...) par province d'intervention (14),</p> <p>- AT introduction des nouveaux vaccins (Rota, RR, ...)</p> <p>- AT fonctionnement du GTCV ,2 AT pour la génération de la demande</p> <p>- AT C4D décentralisée pour chacune des 14 provinces avec une AT de coordination au niveau central ;'AT: pour l'offre de services de vaccination et pour la génération de la demande.</p>

Principal résultat/action 2	<p>2. a. Les écarts entre les données administratives rapportées par les formations sanitaires et celles des estimations OMS – UNICEF, ainsi que des petites enquêtes à l'échelle des provinces sont réduits à moins de 10% pour toutes les antigènes</p> <p>2.b. Le dénominateur des cibles vaccinales est maîtrisé dans l'ensemble du pays, en vue de disposer d'une cible qui reflète la réalité</p>
Réaction/situation actuelle	<p>Les écarts entre donnée administrative et estimation OMS&UNICEF& enquêtes >10%</p> <p>Cibles vaccinales actuelles utilisées ne sont pas fiables</p>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier de mise à jour des directives, des normes et standards sur la gestion des données (enregistrement, compilation, analyse, transmission et utilisation), définir les règles/mesures de redevabilité du personnel de terrain et les sanctions + l'actualisation et de validation des normes et standards du PEV ; • Mettre à disposition les outils de gestion dans les structures ; • Reproduire et rendre disponible en quantité suffisante les cartes de vaccination à toutes les formations sanitaires qui devront vacciner en RDC • Promouvoir les réunions de validation des données immédiatement dès le site après une séance de vaccination et mensuellement à tous les niveaux (CS, BCZS, DPS et le PEV); • Renforcer les capacités des prestataires sur l'analyse et l'utilisation des données ; • Assurer l'évaluation de la qualité de données (DQS, RDQA, LQAS, etc) à tous les niveaux ; • Assurer la transition du DVD MT vers le DHIS2 ; • Organiser l'audit organisationnel du système d'information sanitaire du PEV • • Géolocalisation des Formations Sanitaires et Estimations des populations cibles via la cartographie satellitaire (GRID) incluant les activités suivantes : Carte de densité de population, Carte des emplacements des établissements de santé et les limites des aires de santé pour les provinces prioritaires de Mashako, Carte des peuplements humains pour les provinces prioritaires, Estimation des changements saisonniers de la densité de population en RDC, Identification des zones à forte proportion de migrants entrants, centrée sur les zones urbaines, Identification des zones accueillant de nouvelles populations déplacées • Organisation du dénombrement dans chaque AS selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA et ESP. • Actualiser les données démographiques sur la base de nouveaux dénombrements, surtout dans les ZS ayant connu de grands déplacements des populations ; • Impliquer les spécialistes en démographie dans l'exercice de dénombrement pour bénéficier de la meilleure approche à utiliser ;
Produits/résultats escomptés	<p>- Les écarts entre les données administratives et les estimations OMS&UNICEF et les données des enquêtes réduits à <10%</p> <p>- DHIS2 avec module complémentaire PEV installé et en utilisation permanente. dénominateur/cible vaccinale maîtrisée.</p>
Calendrier associé	<p>TI&TII&TIII&TIV 2019</p>

Ressources/soutien nécessaires	RHS disponible & Fond RSS2 sécurisé L'AT de l'OMS, UNICEF, PATH, Université d'Oslo / HISP
Principal résultat/action 3	<p>a) La gestion du programme est renforcée via un focus spécifique sur la régularité et qualité des supervisions du niveau opérationnel (application dédiée), la vérification et le suivi systématique des actions prioritaires d'ici fin 2019.</p> <p>b) Au moins 80% d'exécution du budget 2019, décaissée de manière synchronisée, directe et transparente.</p>
Réaction/situation actuelle	<p>1. Gestion du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 34/516 soit 6,5% de micro planification non réalisé dans les 34 zones de santé avec épidémie de cVDPV2) b) 1/3 supervisions formatives réalisées à tous les niveaux c) Faible motivation du personnel d) Faible suivi des recommandations des revues antérieures <p>2. Gestion Financière</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Décaissement non synchronisé dans la mise en œuvre de l'approche ACZ impactant sur l'atteinte des objectifs : f) Activités mises en œuvre non coordonnées : par exemple: monitoring tenue au niveau des AS sans lien avec la supervision des ECZS (accompagnement à postériori); Génération de la demande et l'organisation des stratégies avancées ne sont pas mises en œuvre au même moment g) Informations financières non partagées systématiquement à temps ; h) Validation tardive du PTBA MSP et OSC ; i) Faible taux de décaissement des fonds de certains résultats ; j) Retard dans le décaissement des fonds ; k) La remontée tardive des pièces justificatives ; l) Manque de fluidité du transfert des fonds de DPS aux BCZ et de BCZ aux AS ; h) Chef d'Antenne PEV non impliqué dans le suivi de la mise en œuvre des activités financées par le RSS dans certaines DPS
Actions convenues du pays	<p>1. gestion de programme</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Développement d'une application de supervision des centres de santé par l'équipe de la zone de santé et suivi mensuel via Dashboard (Plan Mashako) 2. Remise à plat du cadre de performance et du système de primes de performance en lien avec performance effective 3. Vérification indépendante (Inspection Générale de la Santé) de la réalisation des activités de vaccination et de supervision dans les Zones de Santé et les Aires de Santé (Plan Mashako) 4. Mettre à la disposition des structures de mise en œuvre le modèle unique d'un canevas de microplanification à élaborer pertinemment à son contexte de la mise en œuvre des activités <p>2. Gestion financière.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un système de transfert direct des fonds (mobile banking) aux BCZS, AS, OAS avec une étude de faisabilité dans une province ;

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>2. S'assurer de l'application de l'instruction du SG sur l'implication des experts du PEV dans le suivi des activités spécifiques ;</p> <p>3. Renforcer la collaboration dans la préparation des requêtes entre la CAGF, GIZ et le PEV (réunion hebdomadaire) ;</p> <p>4. Définir un seuil de décaissement pour la signature des requêtes par les autorités (SG, Ministre);</p> <p>5. Tenir les réunions mensuelles de suivi d'exécution du PTBA et définir le calendrier de préparation et validation des requêtes; PEV et le gestionnaire rendent compte aux réunions de CCIA et aux réunions de TCA</p> <p>6. Assurer le partage en ligne des informations financières sur le décaissement GAVI à différents niveaux (accès restreint) ;</p> <p>7. Responsabiliser les CD et CDPS dans le suivi des activités clés</p> <p>8. Ajuster les règles de justification des fonds au niveau opérationnel</p>
Produits/résultats escomptés	<p>1. La gestion du programme est renforcée sur le plan planification, suivi évaluation</p> <p>1. Dashboard des indicateurs publié mensuellement au niveau de chaque Zone de santé et provinces (Plan Mashako)</p> <p>2. Zones de Santé inspectés mensuellement</p> <p>3. Au moins 80% exécution budgétaire sur chaque ligne budgétisée</p>
Calendrier associé	TI&TII&TIII&TIV 2019
Ressources/soutien nécessaires	RHS disponible &Fond RSS2 sécurés, L'assistance technique de GIZ est de mise.
Principal résultat/action 4.	Une gestion efficace des vaccins est assurée dans l'ensemble du pays en vue de réduire les ruptures des stocks (objectif de réduction 80% les ruptures de stocks des vaccins et intrants) et de réduire les taux des pertes des vaccins aux différents niveaux du système de santé.
Réaction/situation actuelle	<p>- faible disponibilité des vaccins et fréquence des ruptures de stock de vaccins (8 épisodes de rupture de stock en moyenne affectant 90% des zones de santé).</p> <p>-Rupture de stock fréquent de plus de dix jours pour plus de trois Antigènes</p> <p>-</p>
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Informatisation de la gestion de de stocks des vaccins par un logiciel web (sur format SMT), incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents niveaux ; • Réalisation de la GEV 2019 (évaluations et développement du plan d'amélioration) ; • Instauration d'un système de rapportage des températures instantanées pour les dépôts des vaccins (dépôts central, coordinations, antennes), journalières pour les ZS et hebdomadaire pour les centres de santé ; • Formation des personnels des centres de santé et des zones de santé, en logistique de vaccination, une fois tous les deux ans ; • Formation des agents impliqués dans la gestion du PEV dans les 13 DPS appuyées par Gavi et UNICEF sur la formation STEP. • Optimisation de la chaine d'approvisionnement dans 2 zones sanitaires (1 dans chacune des zones couvertes par l'UNICEF et Gavi <p>Pour faible disponibilité des vaccins à tous les niveaux:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi systématique et rapportage des niveaux de stocks au niveau des antennes • Adapter les fréquences et les délais de livraison (Plan Mashako), (4 mois au niveau antenne et 2 mois au niveau de zones de santé en tenant compte des spécificités en terme d'accessibilité) • Soumettre les CMR et les pièces justificatives des fonds à temps et de qualité • Plaidoyer pour un décaissement des fonds de l'Etat à temps/REPACAV • Rendre opérationnel le Hub de Kinkole • Accélérer le processus de construction des Hubs de Kisangani et de Lubumbashi • Equiper et Rendre opérationnel le Hub de Kananga • Délocaliser certaines chambres froides du niveau central vers les provinces (ex. Kabinda) • Renforcer le Plaidoyer pour le respect des engagements des gouvernements des provinces à travers le REPACAV pour approvisionnement des vaccins et maintenance <p>Pour faible mise en œuvre du plan de maintenance....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan et le système de maintenance • Mettre à jour les PONs • Disséminer les PONs à tous les niveaux • Acquérir les RTMD – Former les agents à l'utilisation et à l'analyse des données des RTMD – Financer la transmission des données • Obtenir du fournisseur les codes d'accès pour les utilisateurs au niveau des ZS pour monitorer la fonctionnalité des ECF <p>Pour faible système d'information en gestion logistique (SIGL) et système de contrôle d'inventaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doter les AS avec des outils de gestion en Assurant une impression et une dissémination dans le délai • Assurer la formation et la supervision des agents chargés de la gestion logistique au niveau des antennes et des ZS • Mettre en place un SIGL (interopérable avec le DIHS2) lié au système de contrôle d'inventaire • Identifier et Acquérir le logiciel • Réaliser un projet pilote à Kinshasa et à l'Equateur • Former les acteurs à l'utilisation du SIGL ainsi que le système de contrôle d'inventaire et à l'interprétation des données <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir des matériels d'information et de la communication pour les dépôts des provinces
Produits/résultats escomptés	<p>-GEV 2019 réalisé</p> <p>- Personnel PEV à tout niveau formé</p>

Évaluation conjointe (JA complète)

	<p>- Un système de rapportage des températures instantanées pour les dépôts des vaccins (dépôts central, coordinations, antennes), journalières pour les ZS et hebdomadaire pour les centres de santé, installé et fonctionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hub de Kinkole rendu opérationnel avec comité de gestion et agents affectés au T12019 ➤ Construction des Hub de Lubumbashi et de Kisangani accéléré et Travaux terminé au T2 2019 ➤ Dépôt élargi de Kananga rendu opérationnel au T2 2019 ➤ Fréquence et livraison vaccin adapté au plan Mashako ➤ Logisticien PEV formés pour les dépôts ➤ Plan de maintenance mise en œuvre ➤ PONs mis à jour ➤ PONs disséminées dans toutes provinces et a tous les niveaux ➤ RTMD disponible au pays, agents formés à l'utilisation et Transmission des données financées. ➤ Code d'accès pour monitoring des ECF disponible au pays à tous les niveaux ➤ Outil de gestion de qualité disponible
Calendrier associé	TI & TII & TIII & TIV 2019
Ressources-/soutien nécessaires	RHS disponibles Fond RSS2 sécurisé L'assistance technique de l'UNICEF & Acasus et OMS attendue.

Principal résultat/action 5	Une bonne gouvernance et coordination est assurée dans l'ensemble du système de santé, en vue de l'harmonisation et de la complémentarité des interventions
Réaction/situation actuelle	<p>Au niveau provincial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible fonctionnalité et une faible qualité de CCIA • Faible utilisation de la compétence technique de la vaccination disponible dans les provinces • Turn over important du personnel impliqué dans la vaccination (MCA, MCZ...) • Retard de décaissement des fonds au niveau provincial et opérationnel <p>Au niveau opérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instabilité des cadres du niveau opérationnel formés en Gestion PEV -Inexistence des plans de formation formels pour les personnels de santé -Insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau opérationnel
Actions convenues du pays	<p>Niveau central :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des réunions techniques de suivi réunissant le PEV, le CAGF et le gestionnaire des programmes avec obligation de rendre compte aux réunions hebdomadaires de coordination et aux réunions de CCIA. <p>(Rythme : Hebdomadaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un reportage hebdomadaire de la mise en œuvre du plan Mashako lors des réunions de coordination

	<p>Niveau provincial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les TDRs / les points de discussion standard des réunions de CCIA et faire suivre les différents points d'action • Solliciter auprès du SG une correspondance en rapport avec les rôles et les responsabilités des techniciens de la vaccination en province • Plaidoyer auprès des Gouverneurs, Présidents des Assemblées provinciales, Ministres provinciaux pour la stabilisation du personnel de santé impliqué dans la vaccination • Soutenir les rôles des inspecteurs au niveau provincial • Assurer des formations des acteurs du niveau provincial et opérationnel sur les procédures de gestion financière (justification des fonds) •
Produits/résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> -Bonne Gouvernance assurée à tous les niveaux du Système de Santé -10 CPP fonctionnels -Revue du secteur tenue en 2019 -Assemblée CNP 2019 tenue -RA PEV & EC 2019 tenue
Calendrier associé	TI&TII1TIIIaTIV 2019
Ressources/soutien nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> -RHS disponible & Fond RSS2 sécurisé -Besoins en assistance technique pour l'accompagnement des provinces dans la mise en œuvre du plan d'urgence pour le renforcement de la routine (Mashako) disponible avec partage de responsabilité des partenaires au niveau des provinces cibles plan Mashako et autres approche (ACZ ,OMV, Vaccination à tout contact...).

7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

<p>Le processus de l'évaluation conjointe 2018 est lancé en retard par rapport à celui de 2017 vu les urgences au MSP et la disponibilité des experts en charge en dehors du Gestionnaire du projet qui malgré ses autres charge s'en occupe pertinemment conformément aux instructions et directives GAVI envoyées et se trouvant sur le portail pays.</p> <p>Les activités ont commencé au mois de septembre 2018 par diffusion des instructions à toutes les parties prenantes par le Gestionnaire du projet (les structures du MSP : DEP& PEV&DLM & CAGF & SG & Cabinet du Ministre) et les PTF dont les membres de l'alliance (OMS & UNICEF), USAID, DFID, EU, BM, PATH et autres. Ce message a proposé la composition de l'équipe préparatoire pour cette évaluation coordonnée par le Gestionnaire du projet et constituée des experts de la DEP et PEV ainsi que les PTF OMS et UNICEF et les OSC.</p> <p>L'équipe préparatoire est en passe de réunir les données des différentes sources des informations des routines (SNIS, Rapports d'activités annuels et semestriels des PTF en charges du projet UNOPS, FDSS,UNICEF,OMS, OSC, de la DEP, PEV et DLM, CAGF& AF/GIZ, CR et PV des réunions (CCIAT &CCIA stratégique, Commission Ad hoc GAVI, CNP ; CCT-ss) et données des enquêtes et études (EDS 2013-2014, Mics1&2&3&4,SARA, rapport conjoint UNICEF-OMS ainsi que les données du cadre de performance du projet GAVI-RSS2.,pour produire ce draft 0 que le gestionnaire du projet a consolidé ,puis partager à tous pour input avant de le mettre le portail GAVI le 3 novembre 2018.Ce draft a été enrichi par tous et nous avons produit le draft1.</p> <p>Puis un atelier de validation a eu lieu à Kinshasa à Beatrice hôtel du 26 au 28 novembre 2018 sous le patronage de SEM de la Santé Publique Dr Oly Ilunga Kalenga.</p>

Cinq groupes de travail ont été constitués pour analyser, amender et améliorer les informations y afférentes du rapport. après une présentation synthèse du rapport par le Gestionnaire du projet et les PTFs en plénière de l'atelier..

Les rapports amendés de chaque groupe ont été consolidés par le gestionnaire du projet et partagé à toutes les parties prenantes pour relecture c'est le draft 2. Les amendements et inputs additionnels seront intégrés et pour produire le rapport d'évaluation conjointe définitif après validation à la commission ad hoc et ou CCIAT..

L'équipe de la rédaction est ainsi constituée des experts PEV & DEP &PTF sous la coordination du Gestionnaire du projet GAVI-RSS/RDC et sous la supervision des Directeurs DEP et PEV.

Composition de l'équipe de rédaction :

Pour DEP: Dr Alain Iyeti et Dr Nestor MUKINAY.

Pour PEV : Dr Guillaume Ngoie M, Dr Elisabeth MUKAMBA, Dr Bertin LORA, Dr Luhata Lungayo Christophe , Dr Augustin MILABIO, Dr Charles Katu , Dr Crispin KAZADI, Mr Pascal MIKENYI, Mr Jean Paul MAKALA, Mr Joël MULUBU, Mr Didier MAHUNDE, Dr Michel Nyembue , Mr Justin Konso et

Pour CAGF : Dr Didier Gasigwa et Mr Emeyr Mahenga

Pour UNICEF: Dr. Daniel Dr Sylvie Luketa, Dr Djariatou Sow Sall, Mme Adele Mudipanu, Mr Idrissa Yalcouye .

Pour OMS: Dr Yapi Moise, Dr Léon Kinuani, Dr John Otomba, Dr Béatrice Mukaji

Pour OSC : Dr Benoit M, Dr Assy Lala & Bienfait Kisimba

Fait à Kinshasa le 13/1/2019

Pour la Coordination Technique de L'EC 2018

Dr MUKINAY DIZAL Nestor

GP/Gavi-RSS2/RDC

8. ANNEXE 1 : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

Tableau 15 : Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) * Rapports sur tous les indicateurs obligatoires	oui		
Rapports financiers *			
Rapports financiers périodiques	oui		
État financier annuel	oui		
Rapport d'audit financier annuel	oui		
Rapport de niveau de stock de fin d'année (qui doit être fourni le 15 mai dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin) *	oui		
Rapports de campagne *			
Rapport technique d'activité de vaccination supplémentaire			NA
Rapport sur les enquêtes concernant les couvertures des campagnes			NA
Informations sur les financements et dépenses relatifs à la vaccination	oui		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes		ND	
Revue documentaire annuelle de la qualité des données		ND	
Plan d'amélioration des données (DIP)		ND	
Rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration des données		ND	
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)		ND	
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)		ND	
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	oui		
(POECF) : inventaire mis à jour des ECF			NA
Évaluation post-introduction (EPI)			NA
Analyse de situation et plan rougeole-rubéole sur cinq ans		ND	
Plan opérationnel pour le programme de vaccination	oui		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS1	oui		
Rapports spécifiques au VPH			NA
Rapports des partenaires sur les fonctions de la TCA et du PEF	oui		

Si toutefois l'un des rapports demandés n'est pas disponible au moment de l'évaluation conjointe, veuillez indiquer à quel moment le document/les informations manquant(es) sera (seront) disponible(s).

Rien à signaler pour le moment.

Annexe 2 : Tableau 16 Besoin en Assistance Technique & plan TCA prévus pour 2019

Domaines	Assistances Techniques identifiées	Partenaires
Qualité de données	AT pour le dénombrement en s'appuyant sur la cartographie satellitaire	UNICEF OSC /SANRU ; GRID
Qualité de données	AT dans l'organisation de l'audit organisationnel du système d'information du PEV	UNICEF OSC /SANRU
Qualité de données	AT pour la transition du DVD MT au DHIS2	UNICEF OSC /SANRU
Qualité de données	AT pour la génération de la demande: - AT C4D décentralisée pour chacune des 13 provinces avec une AT de coordination au niveau central ;	UNICEF OSC /SANRU
Leadership&Management &Coordination	AT pour le fonctionnement des organes de coordination du PEV (CCIA, comité de pilotage du plan Mashako, du NITAG, du comité MAPI et les CCIA en provinces	OMS & UNICEF
Prestations/CV/équité	AT pour la mise en œuvre du plan Mashako	OMS & UNICEF ; & Acasus ; Path, Village Reach & JSI
Prestations/CV/équité	AT pour la révision du PPAc et l'écriture du RSS3	OMS & UNICEF & TeAM
Prestations/CV/équité	AT pour la validation de l'élimination du TMN et la mise en œuvre des SACI dans les ZS à risque	OMS & UNICEF
Prestations/CV/équité	AT dans les 11 sous bureaux OMS pour l'appui à la planification, à la mise en œuvre et suivi de la vaccination systématique, <u>de la surveillance</u> et des campagnes de vaccination (y compris le renforcement PEV de routine pendant les campagnes).	OMS & UNICEF
Chaîne d'approvisionnement	Appuyer la gestion logistique et chaîne du froid du PEV au niveau central et des Antennes	OMS & UNICEF & Acasus
Chaîne d'approvisionnement	Former les agents chargés de la logistique au niveau des DPS et des antennes sur la gestion logistique du PEV avec un accent particulier sur la gestion des stocks	UNICEF & OMS & Acasus
Chaîne d'approvisionnement	Mettre en œuvre le projet SIGL	Village Reach
Chaîne d'approvisionnement	Appui technique et formation des agents pour assurer une gestion optimale du Hub de Kinkole	ARC
Chaîne d'approvisionnement	Réaliser la GEV En Avril 2019 (OMS et Unicef) →	OMS et UNICEF
Chaîne d'approvisionnement	Evaluation des RH en Logistique (Unicef et Village Reach) → <u>Financement disponible</u>	Village Reach
Chaîne d'approvisionnement	Etudes sur les taux de pertes et impact économique des RTMD sur le système logistique (Unicef) → <u>fonds disponibles</u>	UNICEF
Chaîne d'approvisionnement	Appuyer l'approvisionnement continue en vaccine du niveau central jusqu'aux Aires de santé dans les provinces du Plan Mashako	Village reach
Surveillance	AT pour développer et mettre en œuvre le plan de renforcement de la surveillance et l'extension des sites sentinelles	OMS

Évaluation conjointe (JA complète)

Soutien aux vaccins	AT pour l'introduction du vaccin anti Rotavirus en 3 blocs	OMS
Soutien aux vaccins	AT pour la mise en œuvre de la campagne préventive contre la fièvre jaune	OMS
Soutien aux vaccins	AT pour la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre la rougeole	OMS

Annexe 3 : Tableau 17 Recommandation de l'évaluation conjointe 2018

N°	Recommandations	Responsable	Delai
1	Renforcer l'encadrement de la mise en œuvre de la réforme pour garantir la mise en œuvre de la réforme effective des actes prioritaires en lien avec la vaccination et l'utilisation effective des ressources dédiées à la vaccination	SG/MSP	TI 2019
2	Lier les performances des assistantes techniques aux indicateurs des cadres de performances de la vaccination	SG/MSP	TI 2019
3	Mettre en place les CAC dans les 80 ZS du plan Mashako	PEV/PTFs	TI 2019
4	Mettre d'une manière synchrone toutes les composantes de l'ACZ dans les 516 ZS des 26 provinces	PEV/PTFs	Continu
5	Produire en double les cartes de vaccination pour faciliter l'archivage et le suivi des vaccinés	PEV/PTFs	TI 2019
6	Approfondir l'analyse des performances pour corriger les incohérences entre la disponibilité des intrants et les performances sur les couvertures vaccinales pour différents antigènes	PEV/PTFs	TI 2019
7	Assurer l'encadrement et l'accompagnement régulier des prestataires par les différents niveaux dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données de vaccination	PEV/PTFs	TI 2019
8	Intégrer les FOSA privées avec profil dans l'offre de service de vaccination	MCZS/CD	Continu
9	Augmenter le nombre de séances de vaccination en utilisant toutes les stratégies pour atteindre la cible	MCZS/CD	Continu
10	Intégrer l'équité comme éléments de l'analyse mensuelle lors des réunions de monitoring en prenant en compte les déterminants niveaux socioéconomique, éducation de la mère et lieu de résidence	MCZS/CD	Continu
11	Impliquer l'Inspection Provinciale de la Santé dans l'audit de qualité des données	MCZS/CD	Continu
12	Impliquer les experts du PEV (MCP, MCA et Logisticien) dans la gestion des fonds alloués aux activités de la vaccination en province	CDPS	Continu
13	Rapporter les activités menées et leur contribution sur l'amélioration des performances de la vaccination	Partenaires/PEV/MSP	Continu
14	L'Agefin/GIZ devrait poursuivre le renforcement des capacités de personnel du MINISANTE en gestion financière à travers un cabinet conseil dans le domaine de gestion des ressources	CAGF/GIZ	Ti & TII 2019