

La justification du soutien aux programmes (JSP) présente la justification et les objectifs de la programmation du soutien Gavi pour la période à venir. Elle inclut la composante Renforcement des systèmes de santé (RSS) et, avec la/les demande(s) de vaccins en ligne mentionnée(s) ci-dessous, remplace les précédents formulaires de demande utilisés pour demander un nouveau soutien.

- La JSP est élaborée environ une fois tous les cinq ans selon et en conformité avec le(s) plan(s) stratégique(s) du secteur de la santé du pays, le(s) plan(s) stratégique(s) de vaccination et les budgets.
- L'Évaluation conjointe y est intégrée au cours de l'année de son examen.
- **Les niveaux de stock et les demandes portant sur des renouvellements de vaccins ou des changements de produits doivent être déclarés sur le portail pays de Gavi entre fin mars et le 15 mai.**
- Toutes les déclarations demandées doivent être soumises sur le portail pays, conformément aux directives sur les rapports d'information.
- La JSP s'appuie sur une solide analyse des données du pays et les preuves des progrès réalisés (ou des difficultés persistantes) par rapport à la situation de la couverture et de l'équité dans le paysage des systèmes de santé nationaux. La composante RSS devrait ancrer l'intégralité du portefeuille de soutien demandé dans le contexte du secteur de la santé nationale, fournissant une justification aux objectifs proposés et aux activités connexes.
- Parallèlement à la JSP, le modèle de budgétisation et de planification de Gavi ainsi que le cadre de performance des subventions (GPF) sont réalisés pour compléter les objectifs présentés dans la JSP. Cela devra être mis en évidence dans le budget et le plan de travail opérationnels propres au pays.
- Il est demandé au forum de coordination national (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) d'approuver la JSP avant la soumission finale à Gavi.
- Les signatures à la fois du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou de leur autorité déléguée sont demandées en guise d'approbation de la JSP finale avant soumission à Gavi.
- La JSP sera revue par des membres du Comité d'examen indépendant (CEI), qui formuleront leurs recommandations à Gavi sur l'intégralité du portefeuille de soutien pour la durée de la JSP, y compris tout soutien en cours nécessitant un renouvellement.
- Suite à la revue indépendante, les pays auront un certain temps pour réagir à tous « les problèmes à traiter » avant l'approbation et le décaissement finaux de Gavi.
- **Il est recommandé d'entamer ce processus 15 à 18 mois avant le décaissement attendu des subventions.**
- **Le soutien aux vaccins est une composante essentielle de l'intégralité du portefeuille. Les demandes de vaccins spécifiques sont élaborées via le portail pays en ligne de Gavi et envoyées pour examen et approbation 15 à 18 mois avant le lancement du programme ou la campagne de vaccination prévus.**

• Chaque année, on examine et actualise le budget pour qu'il prenne en compte l'avancement dans la mise en œuvre et toute nouvelle information issue de l'évaluation conjointe.



Consultez le site Internet de Gavi (<http://www.gavi.org/support/process/apply/>) pour obtenir les conseils programmatiques et relatifs au processus applicables servant de base à l'élaboration de la JSP et des demandes de vaccins. Pour obtenir une **liste des documents obligatoires** à soumettre avec cette JSP, veuillez consulter l'Annexe 1 des Directives concernant les candidatures.

Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien

Le secrétariat Gavi doit pré remplir toutes les cases grises

Le pays doit remplir toutes les cases blanches

1. Vaccins : Soutien Gavi demandé et cofinancement du pays prévu pour les vaccins actuels et nouveaux financés par Gavi

1.1. Vaccins actuels financés par Gavi : estimations du cofinancement

Programme et type de soutien		Projections estimées ¹				
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Pentavalent	Cofinancement du pays (en USD)	\$2 009 000	\$2 311 137	\$2 311 137	\$2 311 137	\$2 311 137
	Soutien Gavi (en USD)	\$5 642 000	\$6 030 058	\$6 030 058	\$6 030 058	\$6 030 058
PCV	Cofinancement du pays (en USD)	\$2 646 000	\$1 823 952	\$1 823 952	\$1 823 952	\$1 823 952
	Soutien Gavi (en USD)	\$18 949 500	\$25 007 414	\$25 007 414	\$25 007 414	\$25 007 414
Rotavirus	Cofinancement du pays (en USD)	\$1 527 000	\$1 285 150	\$1 285 150	\$1 285 150	\$1 285 150
	Soutien Gavi (en USD)	\$16 223 500	\$9 241 409	\$9 241 409	\$9 241 409	\$9 241 409
Fièvre Jaune	Cofinancement du pays (en USD)	\$1 028 000	\$914 524	\$914 524	\$914 524	\$914 524
	Soutien Gavi (en USD)	\$5 499 500	\$4 724 256	\$4 724 256	\$4 724 256	\$4 724 256
VPI	Cofinancement du pays (en USD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Soutien Gavi (en USD)	\$11 073 000	\$9 999 799	\$9 999 799	\$6 849 531	\$6 849 531
a) Montant total du cofinancement du pays pour les vaccins actuels (en USD)		\$7 210 000	\$6 334 763	\$6 334 763	\$6 334 763	\$6 334 763
b) Montant total du soutien Gavi pour les vaccins actuels (en USD)		\$57 387 500	\$55 002 937	\$55 002 937	\$51 852 669	\$51 852 669
c) Coût total des vaccins actuels (a+b) (en USD)		\$64 597 500	\$61 337 700	\$61 337 700	\$58 187 431	\$58 187 431

Le cas échéant, indiquer le soutien aux vaccins supplémentaire qui pourrait avoir été approuvé, mais sans avoir été mis en place.

¹ Ces estimations offrent une bonne visibilité du montant total du financement nécessaire qu'un pays devrait prévoir pour compléter le financement de Gavi. Ces estimations sont des projections et peuvent différer des engagements réels, qui sont calculés d'une année sur l'autre et reflétés dans les lettres de décision de Gavi. Ces estimations proviennent des dernières données transmises par le pays, et des ajustements sont réalisés par le secrétariat Gavi (par ex. mises à jour des prix, contraintes d'approvisionnement, etc.)

1.2. Soutien aux vaccins nouveaux à demander : dates de présentation et de mise en place

Le pays doit compléter toutes les colonnes pour chaque introduction et campagne de vaccin nouveau planifiée pendant la durée de la JSP et pour lesquelles le pays recherche un soutien.

Programme et type de soutien	Présentation privilégiée²	Date cible pour la soumission de la demande	Date souhaitée pour l'arrivée des vaccins	Date de lancement prévue	Soutien demandé jusqu'au³
Campagne de rattrapage RR	Fl. 10 doses lyophilisé	Janvier, 2020	Juillet-août 2022	Octobre-Décembre 2022	2024
Méthode de deux doses du vaccin combiné antirougeoleux anti rubéoleux	Fl. 10 doses lyophilisé	Janvier, 2020	Septembre 2022	Janvier 2023	2024
HPV avec MAC	Fl. 1 dose liquide, crt de 10 flacons	Aout, 2021	Aout, 2023	Octobre, 2023	2024

*L'introduction du vaccin Men A est reportée au prochain cycle du PPAC . En attendant, des efforts seront fournis pour renforcer la surveillance au niveau des sites sentinelles pour documenter le problème.

1.3. Soutien aux vaccins nouveaux à demander : résumé des cibles, du cofinancement et du soutien Gavi

Pour connaître les types de soutien aux vaccins et les directives, veuillez consulter <http://www.gavi.org/support/process/apply/vaccine/>

Programme et type de soutien	Année	2021	2022	2023	2024
Campagne de rattrapage RR	Population cible pour la campagne de rattrapage (#) (9 mois à 15 ans): 48% de la Population Totale	-	51 933 598		
	Population cible devant être vaccinée (#) 95%	-	49 336 918		
	Estimation des taux de pertes [1]	-	15%		
	Coût total (0.65 USD / dose)	-	\$ 36 879 346		
	Soutien Gavi (en USD)	-	\$ 36 879 346		
Méthode de deux doses du vaccin combiné antirougeoleux anti rubéoleux	Population dans la cohorte d'âge cible (#)	-		8458513	8712268
	Population cible devant être vaccinée (première ou seule dose) (#)	-		4229256	4356134
	Population cible pour la dernière dose (#) (Objectif 80%)	-		3383405	3484907
	Estimation des taux de pertes [1]	-		20%	20%
	Coût total	-		\$5 587 915	\$5 201 612
	Cofinancement du pays (en USD)	-		\$2 742 431	\$2 552 842
	Soutien Gavi (en USD)	-		\$2 8456 483	\$2 648 770
	PVH avec MAC	Population dans la cohorte d'âge cible (#) (9-14 ans en	-		5968475

Programme et type de soutien	Année	2021	2022	2023	2024
	2023 puis 9 ans à partir de 2024)				
	Population cible devant être vaccinée (première ou seule dose) (#) (Ob CV: 75%)	-		4476356	853500
	Population cible pour la dernière dose (#) (Objectif 70%)	-		4177932	796600
	Estimation des taux de pertes	-		5%	5%
	Coût total	\$ -	\$ -	\$30 911 944	\$7 179 134
	Cofinancement du pays (en USD)	-		\$438 635	\$350 908
	Soutien Gavi (en USD)	-		\$30 473 309	\$6 828 227
a) Total du cofinancement du pays pour les vaccins nouveaux demandés (en USD)		\$ -		\$ 3 181 066	\$ 2 903 750
b) Total du soutien Gavi pour les vaccins nouveaux demandés (en USD)		\$ -		\$ 33 318 792	\$ 9 476 997
c) Coût total des vaccins nouveaux demandés (a+b) (en USD)		\$ -	\$ 96 783 813	\$ 36 499 859	\$ 12 380 746

Note : Valeurs données à titre indicatif. Les projections sont basées sur une population et une couverture constante.

1.5 Demande de changement de la présentation du vaccin² pour le soutien actuel (le cas échéant)³ : Veuillez noter que cela nécessite des documents complémentaires contenant la capacité de la chaîne du froid, les niveaux de stock actuels du produit et le plan d'activités chiffré (à soumettre via le portail du pays, ici : <http://www.gavi.org/support/process/country-portal/> dans la rubrique « Documents justificatifs »).

Présentation actuelle	Nouvelle présentation souhaitée	Mois et année souhaités pour le changement	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité	Demandez-vous une subvention pour un changement de produit dans le cadre de la demande de renouvellement de vaccin sur le portail pays ?
Rotasiil lyophilisé, flacon de 2 doses	Rotasiil liquide, Rotavac liquide ou Rotarix liquide	Mai 2021	Les défis logistiques et opérationnels liés à l'administration de la forme lyophilisée du Rotasiil alourdiront les séances de vaccination avec comme conséquence le risque d'accroître le taux d'abandons. L'introduction de la forme liquide du Rotasiil ou autre type de vaccin disponible à l'avenir allégera l'opérationnalisation des séances de vaccination avec amélioration de la couverture vaccinale.	NON

2. Soutien financier demandé

2.1. Soutien financier Gavi actuellement actif (uniquement les subventions déjà approuvées, mais non encore clôturées)

Type de soutien	Montant engagé	Montant approuvé	Montant décaissé	Année(s) de soutien
Renforcement du système de santé et amélioration de la performance du Programme Elargi de vaccination (PEV)	144 991 152 USD	144 991 152 USD	132 823 703 USD	2015 à 2019

2.2. Demande de nouveau soutien financier : le pays doit remplir le tableau ci-dessous. Pour connaître tous les types de soutien aux vaccins et les directives, veuillez consulter :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/>

Dates cibles de début et de fin du soutien financier :	Mois et année <i>Case pré-remplie par le sec. Gavi (PO)</i>
---	--

² Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la présentation des vaccins. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.

³ Pour avoir une description détaillée des profils produits des vaccins, veuillez consulter : <https://www.gavi.org/about/market-shaping/detailed-product-profiles/>

Veuillez noter le plafond RSS total du pays pour les 5 années à venir : (100 000 000 en USD)	Estimations indicatives en USD					
	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)						
Objectif 1 : Accroître l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux en augmentant le score composite de la Gestion Efficace des vaccins (GEV) de 71% en 2019 à au moins 80% en 2024.	\$ 11 415 889	\$ 5 297 549	\$ 4 496 550	\$ 4 277 500	\$ 4 423 735	\$ 29 911 221
Objectif 2 : Assurer la prestation des services de vaccination, la surveillance des MEV et MAPI dans 100% des Aires de santé d'ici à 2024.	\$ 5 750 104	\$ 5 356 275	\$ 5 363 011	\$ 5 406 995	\$ 5 448 027	\$ 27 324 413
Objectif 3 : Améliorer la gestion des données de vaccination et de surveillance de MEV avec une réduction de l'écart entre les données administratives et celles des enquêtes à moins de 15 points.	\$ 3 002 000	\$ 1 709 900	\$ 2 907 000	\$ 1 609 900	\$ 2 757 000	\$ 11 985 800
Objectif 4 : Améliorer la gouvernance administrative et financière du système de santé, y compris le renforcement des capacités des ressources humaines, d'ici à 2024.	\$ 3 965 000	\$ 3 474 640	\$ 3 418 300	\$ 3 474 640	\$ 3 418 300	\$ 17 750 880
Objectif 5 : Renforcer le rôle de 90% d'organes de participation communautaire appuyés, pour lutter contre les freins à la demande de vaccination pour les enfants cibles et les femmes enceintes, d'ici à 2024.	\$ 3 988 738	\$ 4 359 451	\$ 1 901 853	\$ 1 621 080	\$ 1 156 320	\$ 13 027 441
Total RSS (USD)	\$ 28 121 731	\$ 20 197 814	\$ 18 086 713	\$ 16 390 115	\$ 17 203 382	\$ 99 999 755
Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)						
Co-investissement de Gavi dans la POECF						
• Fonds nationaux						
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS pour éviter de le compter deux fois)						
• Autres partenaires						
Total POECF (en USD)						

Soutien aux vaccins nouveaux (subventions pour l'introduction de vaccins, soutien opérationnel aux campagnes ou subventions pour le changement de produit) (selon le type de soutien demandé dans le Tableau 1.2)							
Vaccin combiné antirougeoleux anti rubéoleux	Population dans la cohorte d'âge cible	-	-	-	8458513	8712268	-
	Soutien de Gavi (en USD)				\$ 9 500 601	\$ 9 785 619	\$ 105 286 220
Vaccin anti HPV avec MAC	Population dans la cohorte d'âge cible	-	-	-	5968475	1138000	-
	Soutien de Gavi (en USD)	-	-	-	\$82 419 117,17	\$5 714 727,35	\$98 133 844,5
Total du soutien Gavi : VIG, Ops, changements (estimation)		-	-	-	\$919 19718,17	\$15 500 346,35	\$203 420 064,5
Total du soutien RSS demandé (en USD)		-	-	-	\$919 19718,17	\$15 500 346,35	\$203 420 064,5

- Tableau d'allocation des fonds des objectifs aux provinces prioritaires**

Objectifs	Budget total en USD	Budget alloué aux provinces prioritaires en USD	% des fonds alloués aux provinces prioritaires
1	29 911 221	793 540	3%
2	27 324 413	6 082 936	22%
3	11 985 800	4 020 000	34%
4	17 750 880	0	0%
5	13 027 441	13 027 441	100%
Total	99 999 755	23 923 917	24%

Commentaires : 24 % du budget de la JSP sont destinés aux 9 provinces prioritaires. Notez que parmi ces provinces prioritaires 3 font également partie des provinces qui bénéficieront du paquet 2 d'intervention (voir synthèse de l'analyse de la situation et priorisation ci-dessous). Ce groupe de provinces (13 au total) bénéficieront de 21% du budget, alors que les interventions du paquet 1 destiné à tous les pays bénéficiera de 55 % du budget.

- Tableau d'allocation des fonds des composantes du SS (détail par activité Gavi) aux provinces prioritaires**

Composantes	Budget total en USD	Budget alloué aux provinces prioritaires en USD	% des fonds alloués aux provinces prioritaires
1. Prestation de services	18 896 577	8 051 404	43%
2. Renforcement des capacités des ressources humaines	15 991 336	4 942 337	31%
3. Gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement	17 109 525	719 318	4%
4. Systèmes d'information sanitaire	19 546 109	5 372 492	27%
5. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	3 242 366	3 242 366	100%
6. Environnement légal, politique et réglementaire	10 000	-	0%
7. Financement de la santé	-	-	0%
8. Gestion des programmes	16 235 600	1 596 000	6%
9. Coûts du soutien aux programmes	8 932 400	-	0%
10. Autre(s)	35 842	-	0%
Total	99 999 755	23923917	24%

2.3. Option de vérification des données pour le calcul des paiements du RSS/financement basé sur la performance (FBP)

Le pays doit indiquer un mécanisme de vérification des données parmi ceux proposés (veuillez cocher la case correspondante). Veuillez noter que l'option sélectionnée sera utilisée pour toute la durée de la subvention RSS.

Utilisation des données administratives du pays	OUI	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF	OUI	Utilisation des enquêtes	OUI
---	-----	---	-----	--------------------------	-----

2.4. Données du pays relatives au développement sanitaire et à la vaccination ainsi que cycle national de planification et budgétisation sanitaires


Le pays doit remplir le tableau ci-dessous

Données du pays relatives au développement sanitaire et à la vaccination - Tous les chiffres en USD	2018	2019
Dépenses totales du gouvernement (année précédente)	\$ 4 748 638 812,4	Non applicable
Dépenses totales de santé du gouvernement (année précédente)	\$ 314 648 518,2	Non applicable
Budget de la vaccination (années précédentes et en cours)	\$ 4 183 098,0	\$ 4 035 506

2.5. Cycle national de planification et budgétisation sanitaires, et cycle national de planification de la vaccination

Cycles nationaux	Depuis	Jusqu'à
Années du plan national de développement sanitaire	2019	2022
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	2020	2024
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	Janvier	Décembre

Partie B : Analyse de situation

 La Partie B contient l'analyse de situation, sur la couverture vaccinale et l'équité d'accès aux vaccins dans le pays et les principaux moteurs programmatiques et du système de santé⁴ (section 3), ainsi que le résultat du soutien Gavi passé (section 4).

→ **Cette section sert de base à l'identification des objectifs, à définir dans la Section C, en vue de la future programmation, y compris le soutien Gavi.**

→ **Elle remplace l'Évaluation conjointe de cette année.**

Cette section explique les résultats supérieurs et inférieurs par rapport aux objectifs et cibles, les points forts de la programmation et difficultés de mise en œuvre, ainsi que le contexte de la planification ultérieure. L'examen doit se concentrer sur l'évolution/les tendances observées et les leçons tirées des deux ou trois dernières années, et en particulier sur les changements depuis la dernière Évaluation conjointe.

Les informations de cette section sont essentiellement tirées de l'analyse recommandée dans le Guide d'analyse des Évaluations conjointes (<http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>), ainsi que des autres analyses et examens du secteur de la santé du pays s'ils sont jugés opportuns. Ils devraient fournir des informations essentielles et citer précisément les autres documents et rapports fournis en annexe (par ex. documents stratégiques nationaux et rapports d'examen) ou sur le portail pays de Gavi (par ex. le cadre de performance des subventions mis à jour, les rapports financiers, l'évaluation de la qualité des données, etc.)

3. Analyse de situation des systèmes de santé pour la couverture vaccinale et l'équité d'accès aux vaccins durables

Fournir des données nationales et infranationales sur la couverture et l'équité liées à la vaccination et les principaux moteurs programmatiques et du système de santé des niveaux et tendances décrits.

⁴ Moteurs programmatiques = liés à la gestion du programme de PEV (par ex. personnel du bureau du PEV)

Moteurs du système de santé = liés aux problèmes plus larges du système de santé (par ex. stratégie RH déficiente ou non financée...)

Dans les tableaux 3.1 et 3.2, identifier les tendances en matière de couverture et d'équité, à travers les zones géographiques, statuts économiques, populations et communautés, notamment les bidonvilles en zone urbaine, les zones rurales isolées et les zones de conflit (éventuellement, les groupes de population pour lesquels les systèmes de santé sont insuffisants, tels que les habitants des bidonvilles, nomades, minorités ethniques et religieuses, réfugiés, populations déplacées dans leur pays ou autres groupes mobiles et de migrants). Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/communautés qui disposent des taux de couverture les plus faibles et du nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, la charge de morbidité la plus élevée : nombre de cas et incidence de maladies évitables par la vaccination (MEV) observés dans les systèmes de surveillance des régions/districts, etc.

Parmi les sources disponibles, éventuellement les données administratives, enquêtes sur la couverture vaccinale, EDS/EGIM, analyses d'équité, enquêtes Connaissances, Attitudes et Pratiques, schémas pathologiques (par ex. pour la rougeole), les examens des systèmes de santé/du secteur de la santé ou rapports systématiques.

Veillez également vous référer au Guide pour mieux comprendre les obstacles à la vaccination liés au genre (<https://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/#gender>)

Veillez clairement indiquer la (les) source(s) des données exploitées dans cette section.

→ ***Cette section est essentielle pour déterminer les champs d'activités, les zones géographiques et/ou groupes de population ciblés/prioritaires pour l'investissement Gavi dans le RSS***

3.1. Au niveau national : (Indiquer la source des données et l'année de chacune des sources)

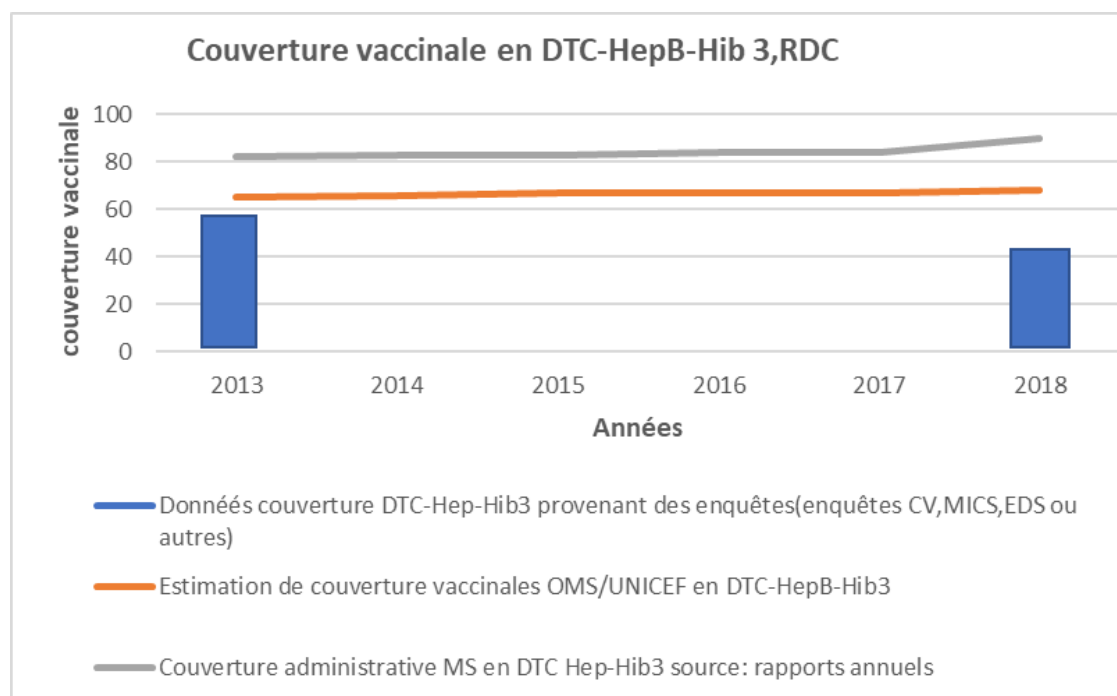
<p>Couverture : DTC3, VVR2, etc.</p>	<p>La revue externe du Programme National de Vaccination (PEV) de la RD Congo indique que les objectifs des couvertures vaccinales nationales pour le DT-Hep-Hib3 ont été atteints chaque année, au cours de deux dernières années, selon les données administratives nationales. Cependant, les écarts entre les couvertures vaccinales administratives et celles des enquêtes, avec en plus la survenue des épidémies, ne permettent pas d'utiliser les données administratives comme source fiable. Selon les données issues des estimations de l'OMS/UNICEF, l'Enquête Démographique et Santé (EDS 2013-2014) et le MICS 2017-2018, les objectifs n'ont pas été atteints, comme le démontre le tableau 1 et le graphique 1 ci-dessous (Source : Rapport revue externe PEV 2017, rapport annuel PEV 2018, Rapport EDS 2013-2014 et https://www.uantwerpen.be/en/projects/centre-des-grands-lacs-afrique/donnees-nationales-congo/enquetes-mics-1995-2001-2010/).</p>
---	--

Tableau 1 : Comparaison des couvertures vaccinales nationales en DTC HepHib3 de 2013 à 2018 selon les données administratives et des enquêtes

Antigène	Objectifs 2017	CV réalisées en 2017 données admin	Objectifs 2018	CV réalisées en 2018 données adm	EDS 2013-2014	Estimation OMS-Unicef 2018	Résultats MICS 2018
BCG	94%	92,1%	95,0%	95 %	83,4%	83%	73,4%
Penta 1	94%	100%	95%	100%	81,2%	82%	66%
Penta 3	92%	93,8%	93,0%	94 %	60,3%	81%	48%
VPO 3	92%	92,4%	93,0%	92 %	65,6	79%	33%
VPI	92%	82,1%	93,0%	92 %		92%	59%
Pneumo 3	92%	91,8%	93,0%	93,2%			
VAR	91%	91,7%	92,0%	92%	71,2%	80%	53,6%
VAA	91%	87,4%	92,0%	92 %	65,4%	81%	57%
Td 2+	90%	93,1%	92,0%	95,5%			
Taux d'abandon Penta 1 et 3	7 %	6%	7 %	6,5%			>18%

Les écarts entre les données administratives et celles des enquêtes pour les antigènes phares Pentavalent 3 et VAR repris dans ce tableau montre que les objectifs de vaccination n'ont pas été réellement atteints. En plus, les données des enquêtes montrent que le taux d'abandon Pentavalent 1 et 3 est supérieur à 10 % contrairement aux bonnes performances que renseignent les données administratives.

Graphique 1 : Couverture Vaccinale en DTC-Hep-Hib3 en RD Congo de 2013 à 2018.



Ce graphique montre les écarts mis en évidence après comparaison des données de couverture en Pentavalent 3 de 2013 à 2018 selon les différentes sources des données.

Par ailleurs, des épidémies enregistrées au cours des 3 dernières années ont conforté la thèse des contreperformances des services de vaccination en RD Congo en dépit des bonnes couvertures administratives (contredites par les données des enquêtes).

Par rapport à la Poliomyélite, le pays a été déclaré libre de circulation de poliomyélite depuis novembre 2015. En 2018, le comité de certification de l'éradication de la poliomyélite pour la région Africaine (CRCA) a menacé de retirer ce statut au pays suite à l'émergence des cas de cVDPV2. Malgré cette émergence des cas de cVDPV2, il est à noter qu'aucun cas de PVS n'a été confirmé en RDC depuis le 20 décembre 2011.

Tableau 2 : Nombre de Cas de cVDPV 2 notifiés de 2016 à 2018

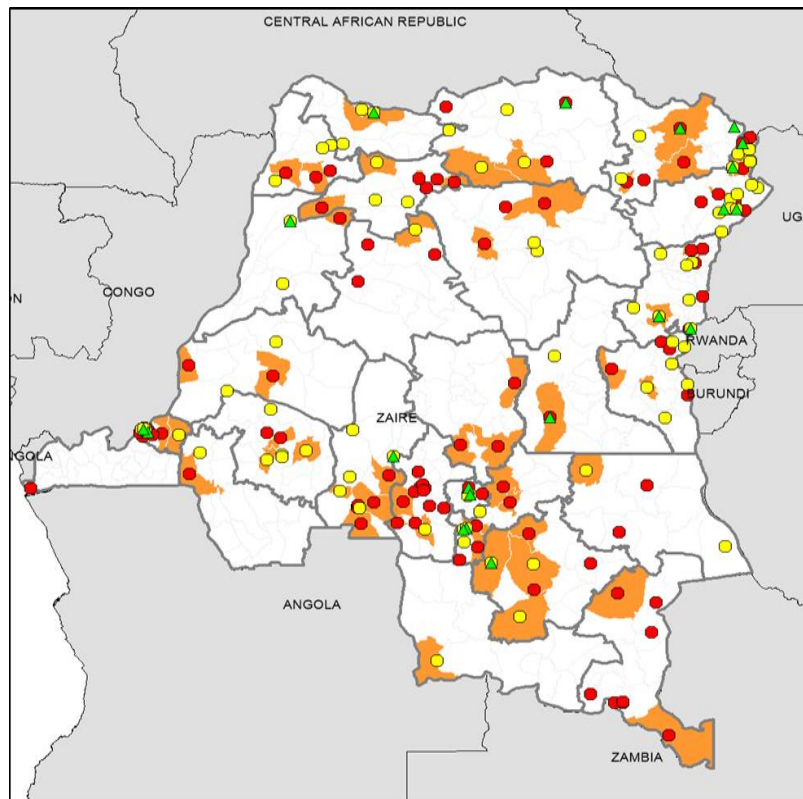
Année	Nbre de cas cVDP 2	Répartition des cas de cVDP 2 par DPS
2016	2	Tshopo (1) ; Mongala (1)
2017	22	Maniema (2) ; Haut Lomami (7) ; Tanganyika (13)
2018	20	Tanganyika (2) ; Haut Lomami (2) ; Haut Katanga (4) ; Ituri (1) ; Mongala (11)

Par rapport à la rougeole, la situation est restée préoccupante avec une incidence à 34/1.000.000 d'habitants (norme : <1/1.000.000 d'habitants) et 100 zones de santé en épidémie en dépit des campagnes organisées et des couvertures administratives au-delà de 90% entre 2014 et 2017. Les 100 zones de santé en épidémie en 2018 étaient 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**).

Tableau 3 : Evolution des cas de rougeole et de rubéole en RDC, de 2010 à 2018.

Rubriques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cas (agrégés)	5 407	134 041	73 794	87 366	33 711	50 889	22 162	45 165	65 098
Décès	185	1 652	2 023	1 393	402	565	278	535	901
Létalité	3,4%	1,2%	2,7%	1,6%	1,2%	1,1%	1,3%	1,2%	1,3%
Cas investigués	1444	2 443	3 032	2 553	3 133	2 516	2 189	3 319	2 908
Cas IgM+ Rougeole	187	1079	1 191	811	1009	537	406	659	961
Cas IgM+ Rubéole**	201	296	460	779	854	442	223	688	291
ZS en épidémie	22	104	124	77	97	45	37	61	100
<i>** Le test est réalisé seulement pour les prélèvements négatifs à la rougeole</i>									

Carte 6 : Répartition géographique des épidémies de rougeole dans les ZS en 2019
(source Sitrep OMS du 14 juin 2019)



Par rapport à la fièvre jaune (FJ), au cours des dernières années, le pays a connu des épidémies de fièvre jaune. Des campagnes de vaccination de riposte ont été organisées à cet effet. L'évaluation du risque entomologique menée depuis 2010 montre que le pays est à risque de FJ. En 2016, avait connu une épidémie de fièvre jaune : 68 cas confirmés. Cette épidémie était importée de l'Angola.

Par rapport au rotavirus et méningites bactériennes en milieu pédiatrique, il faut noter qu'en guise de l'introduction du vaccin contre le rotavirus et les méningites bactériennes, le pays a mis en place 4 sites de surveillance sentinelle en milieu pédiatrique dont deux à Kinshasa (CH Kingasani et HP Kalebelembe) et deux à Lubumbashi dans la province du Haut Katanga (Hôpital général Sendwe et le site de Watoto) en vue de dégager le poids de ces maladies. A ce jour, le pays ne dispose pas des données fiables sur ces pathologies suite aux problèmes de retard de paiement des primes des prestataires de sites sentinelles, aux difficultés d'approvisionnement en consommables de laboratoire et fournitures de bureau et à la faible qualité de supervision du niveau intermédiaire et central.

Par rapport aux MAPI, les cas de MAPI notifiés en 2017 étaient issus des campagnes de vaccination contre la rougeole. Les données de l'année 2018 étaient issues de la routine. Elles sont reprises dans le tableau ci-dessous. Selon les normes, 3 cas de MAPI grave et 5% des cas de MAPI moins grave sont attendus par an. Ce tableau montre que le système de surveillance des MAPI n'est pas performant en dépit de la disponibilité des directives sur la gestion des MAPI dans le système de santé comme l'indique le rapport de la revue externe PEV de 2018. Moins de 1% des MAPI grave ont été notifiés, et les données de 2017 étaient issues des campagnes.

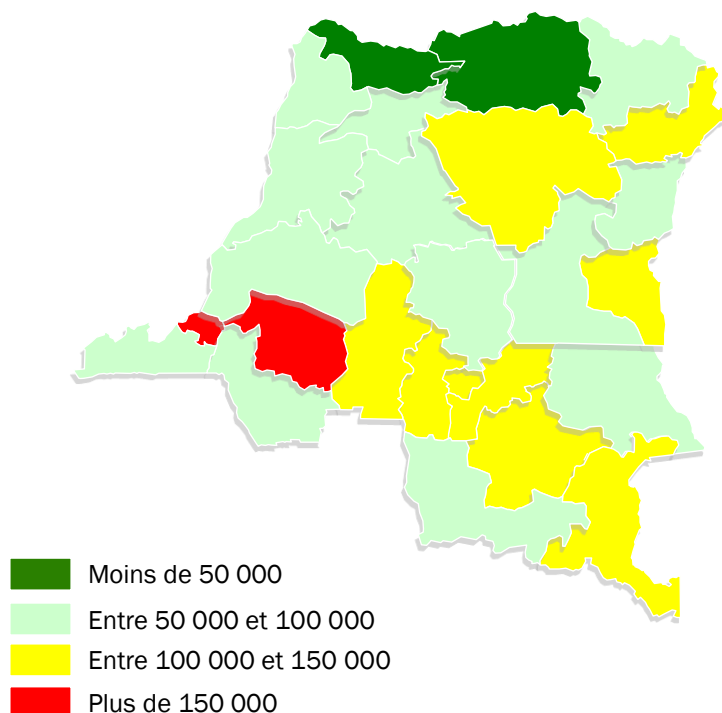
Année	MAPI Grave	MAPI moins grave	Total
2017	12	296	308 (Campagnes rougeole)
2018	5	250	255

Veillez-vous assurer que les données correspondent à ce que vous avez déclaré dans le GPF

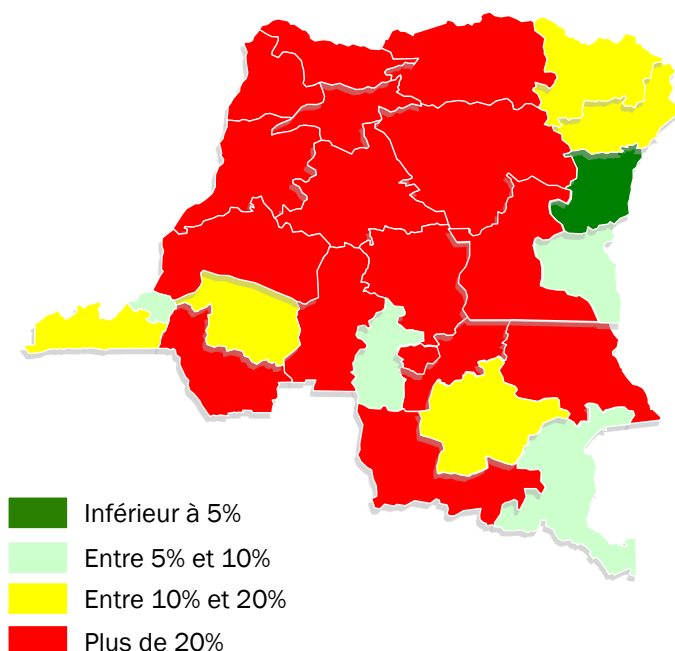
Couverture :
Valeurs absolues des enfants non ou sous-vaccinés

La valeur absolue des enfants non vaccinés selon MICS 2017-2018 est évaluée à 0,75 millions d'enfants. Ceux incomplètement vaccinés représentent 1,7 millions. Ceci donne un total de 2,5 millions d'enfants à atteindre. En 2017, les données administratives indiquent 220 060 enfants à récupérer contre 225 940 en 2018 (rapport PEV 2018). Selon MICS 2017-2018, 9 provinces regroupent 50% des enfants non ou incomplètement vaccinés du pays. (voir carte 1 : à partir de 100 000 enfants et plus). Il s'agit de **Kinshasa, Kwilu, Kasai, Kasai Oriental, Sud Kivu, Ituri, Lomami, Haut Katanga et Haut Lomami**. En moyenne, 20% d'enfants ne reçoivent aucun vaccin en RDC (voir carte 2), et 21 provinces sur les 26 sont concernées. Parmi celles-ci, les provinces de la **Tshopo, Maniema, Kasai, Lomami, Kasai-Oriental, Tanganyika, Mai-Ndombe, Kwilu et Mongala** regroupent la moitié des enfants qui n'ont reçu aucun vaccin.

Carte 1 : Enfants non ou incomplètement vaccinés en milliers par province



Carte 2 : Enfants non vaccinés en % par province



Équité :

- Richesse (par ex. quintiles supérieurs/inférieurs)
- Éducation (par ex. avec/sans scolarisation)
- Sexe
- Urbain-rural
- Les autres groupes ou communautés culturel(le)s systématiquement marginalisé(e)s, par ex. issu(e)s de minorités religieuses ethniques, les enfants de soignantes à faible statut socio-économique, etc.

L'évaluation de l'équité sur la couverture vaccinale au cours de l'enquête MICS 2017-2018 montrent les mêmes tendances que celles de l'enquête EDS 2013-2014 (source : PPAC 2020-2024 de la RD Congo). Les résultats selon les traceurs et les commentaires y afférent sont repris dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Comparaison de l'Équité sur la vaccination selon les enquêtes EDS 2013-2014 et MICS 2017-2018.

Traceurs	EDS 2013-2014	MICS 2017-2018	Commentaires
% DTC 3 selon les milieux urbain et rural (lieu de résidence)	Milieu urbain (74) Milieu rural (54) Ratio (1,37)	Milieu urbain (13,1) Milieu rural (5,3%) Ratio (2,47)	Les résidents urbains accèdent plus.
% DTC 3 selon les Quintiles socioéconomiques supérieur et inférieur	Quintiles socioéconomiques supérieur (83%) et inférieur (48%) Ratio (1,43)	Quintiles socioéconomiques supérieur (18,6) et inférieur (3) Ratio (6,2)	Les deux enquêtes montrent que les ménages riches accèdent plus aux services de vaccination.
% DTC 3 selon le sexe	Masculin (61) Féminin (60) Ratio (1)	Masculin (8,6) Féminin (8) Ratio (1,075)	L'écart est non significatif pour le sexe
% DTC 3 selon le niveau d'instructions de la mère de l'enfant de moins de 5 ans	Niveau supérieur (70) Niveau primaire (57) Ratio (1,24)	Niveau supérieur (29) Niveau primaire (5,6) Ratio (5,18)	Les mères ayant un niveau d'Éducation secondaire ou plus vaccinent plus leurs enfants

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

Par ex. La couverture DTC3 s'est révélée en constante augmentation pour les mères ayant été scolarisées au moins jusqu'à l'école primaire

Par ex. La couverture DTC3 des garçons est de 94 % et des filles de 92 %

Par ex. La couverture DTC3 en zones urbaines a stagné à 87 %, tandis que les zones rurales sont passées de 88 % en 2010 à 92 % en 2018

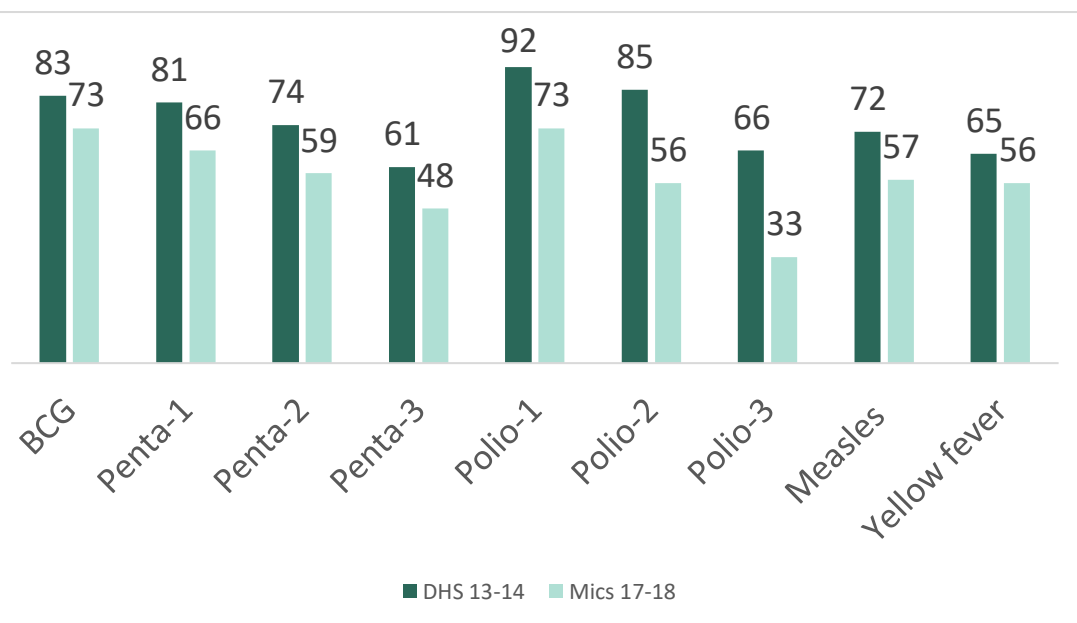
3.2. Au niveau infranational, identifier les zones et groupes cibles à faibles

couverture et équité : (Indiquer la source des données et l'année de chacune des sources)

→ **Groupes cibles identifiés à exploiter dans les sections ultérieures pour des interventions adaptées**

Plusieurs sources des données indiquent qu'il existe un nombre important d'enfants non vaccinés. Ces sources sont les suivantes : les enquêtes MICS, les estimations de couverture vaccinale de l'OMS/UNICEF et les données administratives. Les écarts importants relevés entre les données administratives et celles des enquêtes couplées à la survenue des épidémies remettent en question la qualité des données administratives. En effet, l'enquête MICS 2017-2018 a mis en évidence des faibles couvertures pour tous les vaccins administrés dans le programme. Le graphique 3 ci-dessous montre ces contreperformances.

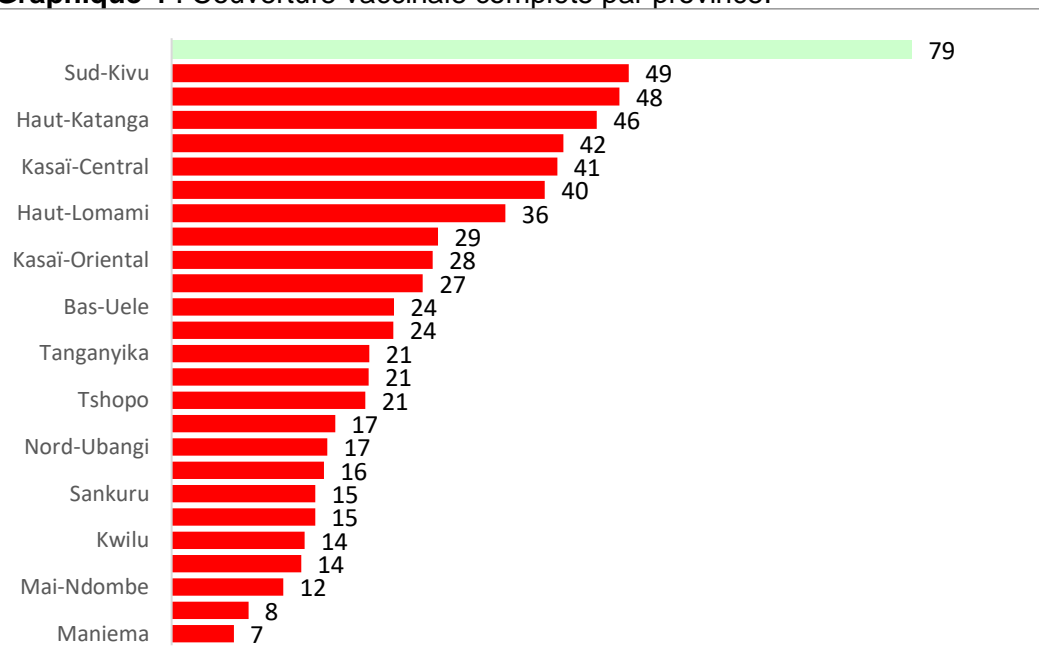
Graphique 3 : Couverture vaccinale par antigène [% ; DHS 13-14 / MICS 17-18]



Couverture par zone géographique/ groupe de population : DTC3, VVR2, etc.

Les différences enregistrées entre les données de DIHS2 et celles de l'enquête MICS 2017-2018 varient de – 9 points à - 19 points selon les antigènes. L'antigène phare, Pentavalent 3 enregistre une différence de – 13 points entre les deux sources. Les données désagrégées du MICS 2017-2018 montrent des faibles performances en couverture vaccinale complète au niveau des provinces. 25 provinces sur les 26 affichent un taux inférieur à 50%. Seule la province du Nord Kivu présente une bonne performance (79%) et les provinces de Mongala, Tshuapa et Nord Ubangi présente les moyennes les plus faibles, comme l'indique le graphique 4 ci-dessous.

Graphique 4 : Couverture vaccinale complète par province.



Légende :

- Supérieur à 80%
- Entre 65% et 80%
- Entre 50% et 65%
- Moins de 50%

En plus, les données par antigène par province montrent qu'aucun objectif de couverture vaccinale n'a été atteint pour tous les antigènes de manière globale. Les données désagrégées montrent également que toutes les provinces n'ont pas atteint au moins 80 % de couverture en Pentavalent 3 excepté le Nord Kivu. Le tableau 3 ci-dessous le démontre (source : MICS 2017-2018).

Tableau 3 : Couverture vaccinale par antigène par province selon MICS 2017-2018.

Province/ Antigène	BCG (%)	VPO 1(%)	VPO 3(%)	Penta 1(%)	Penta 3(%)	VAR (%)	VAA (%)
Total	73,4	72,7	32,7	66	48	57,2	56,3
Kinshasa	88,5	85,1	38,5	80,4	59,8	75,9	73,9
Kongo Central	80,2	76,2	48,5	75,3	68,8	68,6	66,7
Kwango	54,6	55,7	29,7	46,0	30,6	47,8	47,0
Kwilu	67,1	77,1	9,9	64,8	25,1	54,4	53,7
Maindombe	47,8	46,5	9,0	38,2	18,4	37,7	35,8
Equateur	65,7	63,1	25,1	62,6	39,7	51,9	53,4
Sud Ubangi	63,4	62,4	34,9	56,1	36,5	43,1	43,3
Nord Ubangi	55,6	57,9	30,6	40,9	27,8	38,9	38,7
Mongala	48,9	67,5	27,3	34,7	16,7	31,9	31,1
Tshuapa	55,8	53,8	28,5	40,6	26,5	34,9	34,5
Tshopo	42,4	53,8	30,9	38,6	28,5	29,8	29,6
Bas Uele	71,3	77,4	28,7	63,7	29,7	43,7	39,5
Haut Uele	82,9	74,6	22,3	83,0	34,3	60,0	60,7
Ituri	83,3	68,6	24,1	78,4	50,3	68,9	71,1
Nord Kivu	94,5	94,5	45,1	93,5	89,5	80,1	81,3
Sud Kivu	89,6	84,3	32,9	79,9	62,6	73,3	72,9
Maniema	31,7	39,5	11,0	26,4	12,2	22,1	18,5
Haut Katanga	84,7	82,7	51,8	72,7	60,7	65,5	63,2
Lualaba	65,3	61,8	29,2	51,6	34,7	42,2	48,8
Haut Lomami	71,3	78,0	52,4	63,4	50,4	54,2	51,4
Tanganyika	49,7	60,5	25,3	43,3	25,2	35,8	35,5
Lomami	63,8	58,7	17,5	51,9	33,8	42,2	43,3
Kasai Oriental	74,5	67,9	36,2	63,3	42,5	42,0	41,1
Sankuru	43,6	60,8	33,4	44,8	25,9	30,9	33,2
Kasai Central	82,4	83,6	37,0	84,6	57,0	75,3	67,7
Kasai	58,0	54,6	21,0	36,4	23,2	29,8	24,6

Les 45 districts ont une couverture DTC3 inférieure à 80 %

District 1 : Couverture DTC3 ~45 %

District 2 : Couverture DTC3 ~70 %

District 3 : Couverture DTC3 ~70 %

Les estimations OMS / Unicef 2018 indiquent qu'il persiste toujours un grand nombre d'ENV pour tous les antigènes à l'exception des antigènes BCG et Pentavalent 1. Les 4 antigènes phares ci-après dont le Pentavalent 3, le VPO 3, le VAR et le VAA ont vu leurs nombres d'enfants non vaccinés augmentés en 2018, par rapport à l'année 2017 (voir tableau 4 ci-dessous).

Tableau 4 : Nombre d'enfants non vaccinés selon l'estimation de l'OMS et Unicef en 2017 et 2018

An/ ENV par Ag	ENV BCG	ENV Penta 1	ENV Penta 3	ENV VPO 3	ENV VAR	ENV VAA
2017	809 586	636 000	671 000	742 000	706 000	848 000
2018	708 792	618 287	691 026	763 766	727 397	872 876

Contrairement à l'estimation de l'OMS et de l'Unicef, le rapport PEV 2018 présente 225 940 ENV en Pentavalent 3 en 2018, contre 220 060 ENV en 2017. Bien que les données de MICS 2017-2018 évalue le nombre d'enfants non vaccinés (ENV) ou incomplètement vaccinés (EIV) en tenant compte de tous les antigènes, les écarts mis en évidence par rapport aux données de routine sont énormes (voir tableau 5).

Tableau 5 : Comparaison des Nombres d'Enfants Non Vaccinés (ENV) en Pentavalent 3 entre les données administratives de 2017 et 2018 et ceux Non Vaccinés (ENV) et Incomplètement vaccinés (EIV) de l'enquête MICS 2017-2018 par province.

Province	Données administratives ENV en Pentavalent 3		ENV et EIV selon MICS 2017-2018
	An 2017	An 2018	
Kinshasa	16 370	12 797	192 000
Kwilu	11 776	24 960	160 000
Kasai	32 180	19 100	147 000
Kasai Oriental	6 591	6 000	133 000
Sud Kivu	13 256	22 526	132 000
Ituri	1 157	10 307	127 000
Lomami	4 531	2 700	114 000
Haut Katanga	10 328	-6 635	113 000
Haut Lomami	5 133	2 295	106 000
Tshopo	1 124	-3 527	102 000
Kasai Central	16 725	5 912	102 000
Tanganyika	4 750	5 682	88 000
Maniema	9 098	6 489	86 000
Sud Ubangi	13 256	22 526	84 000
Mongala	3 572	7 346	83 000
Kwango	5 862	5 320	79 000
Kongo Central	15 570	11 575	75 000
Lualaba	13 688	12 470	73 000
Sankuru	6 006	7 504	70 000
Equateur	12 328	10 230	66 000
Tshuapa	9 652	12 686	66 000
Nord Kivu	-2 980	17 455	66 000
Maindombe	4 172	4 431	60 000
Haut Uele	6 231	8 218	55 000
Nord Ubangi	3 950	3 812	47 000
Bas Uele	2 480	6 828	36 000
TOTAL	220 060	225 940	2 462 000

Couverture par zone géographique/groupe de population : Valeurs absolues des enfants non ou sous-vaccinés

Équité par zone géographique/groupe de population :

- Richesse (par ex. quintiles supérieurs/inférieurs)
- Éducation (par ex. avec/sans scolarisation)
- Sexe
- Urbain-rural
- Groupes ou communautés culturels, autres groupes ou communautés systématiquement marginalisés (par ex. minorités ethniques/religieuses, enfants à faible statut socio-économique, etc.

En attendant la finalisation de l'analyse de l'équité en RDC, les provinces prioritaires à prendre en compte pour mener des interventions clés pour lever les barrières de l'iniquité dans l'accès à la vaccination ont été définies lors des travaux préliminaires. En effet, les travaux préliminaires de l'analyse de l'équité ont permis d'identifier les zones prioritaires en vue de déterminer les facteurs pertinents associés à des inégalités de couvertures vaccinales et les obstacles à l'accès ainsi qu'à l'utilisation des services de vaccination. Ce travail permettra de proposer des interventions clés pour lever les barrières de l'iniquité dans l'accès à la vaccination. Le profil équité de la RDC a été défini sur base des couvertures vaccinales des différentes sources à savoir le WUENIC, le MICS et EDS et la répartition de ces couvertures en fonction des caractéristiques socio-économiques pour déterminer les tendances des écarts dans la couverture vaccinale. Les provinces ont été ensuite priorisées à l'aide de 7 critères.

Ces 7 critères sont :

1. CV Penta3 ;
2. Nombre d'enfants non vaccinés en Penta3 ;
3. Taux d'abandon Penta3 et VAR ;
4. Couvertures ECV ;
5. Incidence rougeole ;
6. Existence des cas de cVDPV ;
7. Existence de cas compatibles de polio ;

Les provinces qui ont rempli plus de 5 critères sur les 7 ont été sélectionnées comme prioritaires. Il s'agit de la **Mongala, Tanganyika, Maniema, Ituri et Tshopo**.

Tableau 6 : DPS et Zones de santé prioritaires ciblées pour l'analyse de l'équité

Provinces	Zones de santé retenues
Tshopo	Yahuma, Yalimbongo, Ubundu, Basoko, Opienge, Lowa (6)
Tanganyika	Nyunzu , Nyemba , Ankoro, Kalemi et Manono (5)
Ituri	Tchomia, Drodoro, Jiba, Linga, Mangala, Nia-Nia, Adi, Angumu et Nyarambe (9)
Mongala	Lisala, Bongandanga, Yamaluka, Yambuku et Yamongili (5)
Maniema	Kabambare, Punia, Kunda et Lubutu (4)
Total	29

En dépit du fait qu'il n'existe pas de différence d'accès au service de vaccination entre les filles et les garçons (MICS 2017-2018), le rapport PEV 2018 indique que les obstacles liés à l'inégalité des sexes et qui sont relatifs aux normes sociales et culturelles en lien avec le rôle des femmes constitue une barrière vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé. En plus, la RDC dispose d'un nombre important d'enfants de 0 à 11 mois qui vivent dans les endroits très inaccessibles (Ilots, campements, rivières, forêts, etc.). Les endroits inaccessibles sont répartis dans toutes les provinces avec une forte prédominance dans les Provinces de la cuvette centrale (Equateur, Tshuapa, Mongala, Maïndombe, Sankuru et Maniema) où l'hydrographie et les forêts sont fortement présentes.

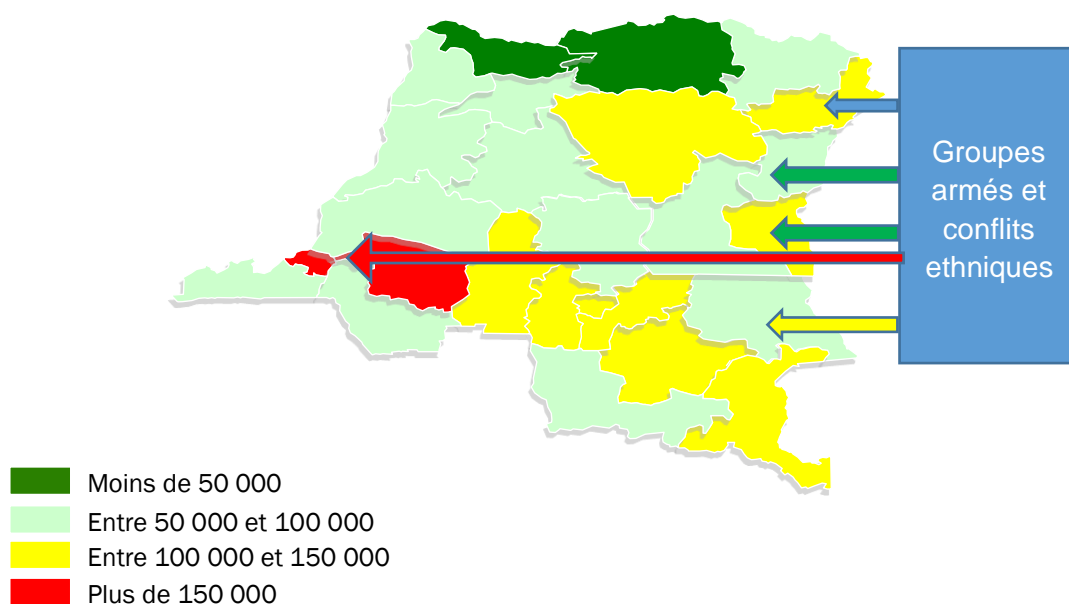
Par ailleurs, les données désagrégées de MICS 4 (voir carte 3 et tableau 5 supra) montrent que 50% (Soit un total de 1 224 000 ENV et EIV) sont réparties dans 9 provinces à savoir :

1. Kinshasa : 192 000
2. Kwilu : 160 000
3. Kasai : 147 000
4. Kasai Oriental 133 000
5. Sud Kivu : 132 000
6. Ituri : 127 000
7. Lomami : 114 000
8. Haut Katanga : 113 000
9. Haut Lomami : 106 000

A ce jour, 6 de ces 9 provinces sont ciblées par le Plan Mashako. Il s'agit des provinces de Kinshasa, Kwilu, Kasai, Ituri, Haut-Lomami, et Haut-Katanga. L'insécurité qui perdure dans le Tanganyika (voir flèche Jaune sur la carte ci-dessous), l'Ituri (voir flèche bleu) et les deux Kivu (voir flèche verte) plus l'épidémie à Maladie à Virus Ebola (MEV) sont également des facteurs majeurs qui sont à la base des occasions manquées pour atteindre les enfants.

En plus, au courant de l'année 2018, la région de Maindombe (Yumbi, voir flèche rouge) était le théâtre d'un conflit ethnique qui a occasionné un nombre important de déplacés internes et externes en décembre 2018. Selon OCHA, plus de 11 000 personnes se sont réfugiées en République du Congo et plus de 9 500 déplacées ont été enregistrés dans les villages, ilots et forêts avoisinants, y compris dans la province de l'Equateur. Entre janvier et mars 2019, le total cumulatif des retours a atteint plus de 5 400 personnes (Population déplacés internes (PDI) et réfugiés). La carte 3 ci-dessous montre les 9 provinces qui comptent 50 % d'enfants non vaccinés et les zones de conflit.

Carte 3 : Représentation des provinces selon le nombre d'Enfants Non Vaccinés ou Incomplètement Vaccinés.



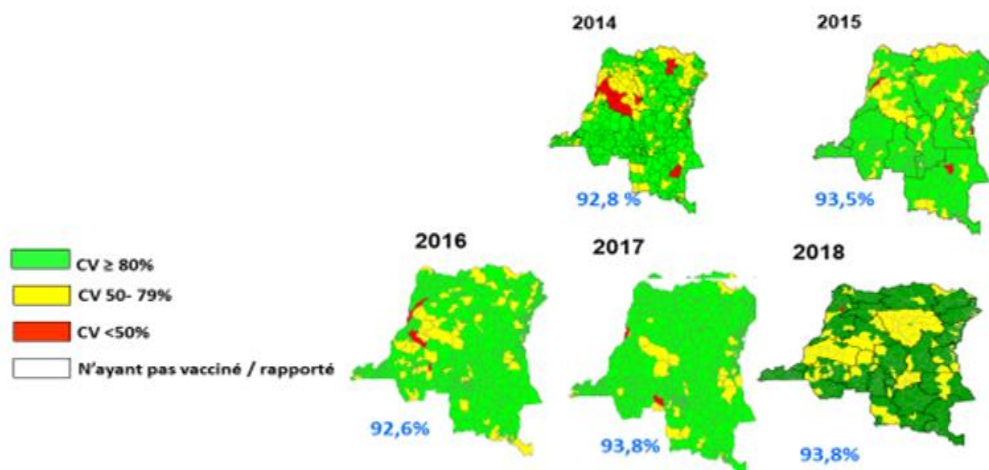
Les 9 provinces qui comptent près de 50% d'ENV ou EIV sont colorées en jaune et en rouge. Comme l'indique les flèches ci haut, quelques provinces parmi elles font face aux conflits.

Pour fournir plus de précisions sur les sections 3.1 et 3.2 ci-dessus, **les pays sont fortement encouragés à inclure des cartes thermiques ou similaires pour montrer les tendances de la couverture vaccinale au fil du temps** et citer les sources de données. Des exemples de cette analyse sont disponibles dans le Guide d'analyse des évaluations conjointes (<http://www.gavi.org/support/process/apply/report-renew/>)

Contrairement aux tendances observées dans les données des enquêtes, les données administratives de couverture vaccinale montrent paradoxalement une amélioration progressive de la CV de 2014 à 2018. Notons que la CV en 2018 est restée identique à celle réalisée en 2017. Le PEV expliquerait cette performance par l'amélioration de la disponibilité des vaccins, ainsi que par le renforcement des activités de vaccination systématique durant les AVS polio. Il en est de même de la récupération des enfants non vaccinés durant les AVI dans certaines provinces. Les cartes ci-dessous montrent l'évolution des couvertures des Zones de Santé en Pentavalent 3 de 2014 à 2018 selon les données administratives du PEV

Carte 4: Evolution des couvertures des Zones de Santé en Pentavalent 3 de 2014 à 2018 (Source rapport annuel PEV 2018)

Carte de DTC3, RDC 2014 à 2018



3.3. Les principaux moteurs de la couverture vaccinale et de l'équité d'accès aux vaccins durables au niveau de la prestation de services

Veillez mettre en évidence les principaux **moteurs – points forts et difficultés – de la couverture vaccinale et de l'équité d'accès aux vaccins au niveau de la prestation de services** : ce qui est nécessaire pour vacciner les enfants, ce qui est mis en place et qui fonctionne, ce qui doit être amélioré.

Veillez énumérer les difficultés ci-après, en hiérarchisant et en classant – dans la mesure du possible – les **3 à 5 plus** gros problèmes touchant la vaccination.

Par rapport à la disponibilité des services

L'offre de service de vaccination est assurée à priori par les structures des soins des ZS à l'aide des stratégies fixe, avancée et mobile : 66% de CS pratiquent la stratégie fixe ; 33% pratiquent la stratégie avancée ; et 1% pratiquent la stratégie mobile (PPAC 2015-2020). Le secteur privé confessionnel et associatif joue un rôle important dans l'offre des services de santé de base. Ce secteur compte pour 40% de structures sanitaires. Selon l'EPSS 2017-2018 les services de vaccination sont organisés dans 99 % de structures sanitaires enquêtées à l'exception des structures des provinces du Kasaï oriental et du Tanganyika qui présentent un taux de 30%.

De manière globale les CS organisent 2,3 séances de vaccination par mois par CS en 2018 (JRF 2018). Les stratégies avancées et mobiles font l'objet de programmation spéciale. La stratégie fixe est plus utilisée en milieu urbain. Les prestataires des milieux ruraux ont tendance à privilégier la stratégie avancée au détriment de la stratégie fixe pour des raisons financières. La stratégie mobile est utilisée pour desservir la population cible se trouvant dans les zones d'accès difficile et qui n'ont pas de service de vaccination fonctionnel. Elle couvre théoriquement près de 1% de la cible globale.

Par ailleurs, la mauvaise planification et l'insuffisance ou l'absence de ressources financières suite à l'allocation tardive et inéquitable de fonds sous forme de forfait, sont également à la base des contreperformances enregistrées.

Par rapport à la qualité des services

Séances de Vaccination

Selon EPSS 2017-2018, quel que soit le type de vaccin, la fréquence de l'offre du service de vaccination de routine est de moins d'un jour par semaine dans les structures sanitaires. Cependant, l'évaluation à mi-parcours du Plan Mashako (2019) indique que la finalisation et la validation des micro planifications agrégées (données par aire de santé) et la planification des objectifs de séances de vaccination par aire de santé a permis d'augmenter le nombre de séances de vaccination dans ces structures.

Vaccins et chaîne du froid

La disponibilité des vaccins de qualité a été rendu possible grâce aux actions ci-après : (i) augmentation de la couverture en chaîne du froid de 51,7% à 74% grâce à l'appui CCOP 1 et GAVI RSS2, (ii) la préparation des plans de livraison des provinces et des antennes avant le début d'un trimestre, (iii) la préparation d'un outil facilitant la gestion des vaccins au niveau des aires santé, des zones de santé et des provinces et (iv) la mise en place d'une équipe chargée d'assurer le suivi des stocks hebdomadaire au niveau des dépôts de province et d'antennes dans le cadre du Plan Mashako.

Le rapport de mise en œuvre du plan Mashako montre une disponibilité de 49 % de vaccin sur les 80 % attendus. Parmi les structures qui offrent le service de vaccination, 70 % disposaient effectivement de tous les vaccins infantiles de base non périmés : DTC, VPO, VAR et BCG (EPSS 2017-2018).

Par ailleurs, la disponibilité des vaccins et des matériels d'injection en tout temps et à tous les niveaux constitue un grand défi (Revue externe PEV 2018 et PPAC 2020-2024). La gestion de stock se fait à flux tendu (surtout au niveau central) et les stocks disponibles sont souvent en dessous des réserves. A titre d'illustration, une rupture de stock de 58 jours était notée en 2018 au niveau central et dans quelques provinces pour l'antigène DTCHeBHib et 151 jours pour le VAR, alors que l'entrepôt central devrait disposer des stocks d'au moins 6 mois (PPAC 2020-2024).

Carte de vaccination

L'enquête MICS 2017-2018 indique que seules 25 % des personnes interrogées possédaient un carnet de vaccination pour les enfants de 12 à 23 mois (carnets vus). Cette situation s'explique entre autres par le monnayage de la distribution des cartes à Kinshasa (70% des mères paient les cartes), les ruptures de stock des outils de gestion dont les cartes, et le mauvais archivage qui ne permet pas de garantir la qualité des données.

Personnel de santé de première ligne-Vaccinateurs

Dans le pays, il y a au moins 1 prestataire qui vaccine dans les 8266 CS que compte la RDC, mais que seuls 23 % de CS compte au moins un prestataire formé à la vaccination (EPSS 2017-2018). Il en découle qu'il faudrait renforcer les capacités d'au moins 6 400 prestataires de première ligne en matière de vaccination. Notons que la formation et la motivation à l'aide des primes ont influé positivement sur l'engagement des prestataires de première ligne dans les activités de vaccination.

Perception des parents et qualité

Les raisons de non vaccination ou de la vaccination incomplète des enfants de 12-23 mois évoquées par les mères sont entre autres : le monnayage de la vaccination, la longue durée d'attente au CS et les dates et horaires non négociés avec la communauté (enquête de CV, Kinshasa 2018). Par ailleurs, les résultats MICS 2017-2018 indiquent que près de 10% de répondants ont déclarés que les problèmes liés à la qualité de prestation étaient à la base de la vaccination incomplète de leurs enfants.

Par rapport aux acteurs communautaires (Relais communautaires, membres des CAC...)

Les états des lieux de la participation communautaire effectués par l'UNICEF, SANRU et DSSP en 2017 montrent que sur 78113 CAC attendues sur l'ensemble du pays, 46797 CAC sont déjà installés, mais que seulement 47% soit 22019 CAC sont fonctionnelles. Ces chiffres sont proches du nombre de CAC installées au cours du programme GAVI RSS2 dans les 14 DPS ciblées qui était évalué à 22 494 dont 98% soit 22 019 CAC étaient fonctionnels (Rapport évaluation mi-parcours RSS 2). La revue externe PEV 2018 renseigne que 86 % des structures de participation communautaire (CAC, CODESA et Relais communautaires) se réunissent mensuellement avec un taux de réalisation des réunions estimé à 80%.

L'approche de la dynamique communautaire a contribué à l'appropriation des activités de santé et de la vaccination en particulier par les communautés. A titre d'illustration, dans les 144 ZS appuyées par GAVI –RSS2, les stratégies de récupération active des enfants perdus de vue par les RECO ont permis de récupérer 84% d'enfants au Penta 3 (Revue externe PEV 2018). Malheureusement, le désengagement progressif des RECO pour insuffisance voire manque de motivation, ainsi que les retards de financement de leurs activités ne garantissent pas la durabilité et la pérennité de leurs actions.

Par rapport à la demande

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

Malgré toutes ces réticences, les RECO ont joué un rôle très important dans la récupération des enfants et femmes enceintes non et insuffisamment vaccinés. Ces résultats ont été obtenus en dépit de la modicité des primes perçues, dans certains cas 7 à 10 USD par CAC par activité, sachant que ce montant est à partager entre 10 à 30 RECO selon la taille de la communauté. Cette prime est payée notamment selon un système de « jeton » qui permet une certaine redevabilité des RECO vis-à-vis des parents mais aussi de l'Infirmier Titulaire (IT) du CS. Entre 2016 et 2018, l'impact de l'implication effective et de l'appropriation des acteurs communautaires est représenté dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 7 : Estimation de l'impact du nombre d'enfants récupérés sur la CV en Penta3 (2016 – 2018)

Année	Nbre de VAD	Nbre enfants vaccinés en DTC-Hep3	Nbre enfants récupérés	Impact sur la 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

Par ailleurs, l'évaluation à mi-parcours de Gavi-RSS2 renseigne un total de 15.556.111 visites à domiciles réalisées sur les 14.032.720 prévues ; et 633.670 / 187.052 enfants ainsi que 103 472 / 211 787 femmes enceintes récupérés sur toute la période du projet. Ces activités constituent des approches innovantes de stimulation de la demande des services de vaccination, et tous les acteurs de terrain reconnaissent l'importance du travail abattu par les RECO, sous l'encadrement des CAC.

Cependant, dans l'ensemble, l'intégration complète de services de vaccination dans les services de santé de qualité reste un défi majeur à relever. En effet, les principaux problèmes relevés sont :

1. Les services de vaccination offerts restent de faible qualité à la suite de l'insuffisance du personnel de qualité (formation) et l'instabilité de ceux qui étaient formés.
2. Les services de vaccination sont facturés dans les structures privées (70% des mères paient les cartes de vaccination (enquête de CV, Kinshasa 2018)
3. La planification des stratégies avancées répond à une logique forfaitaire, plutôt qu'une estimation des besoins pour chaque aire de santé
4. La persistance des occasions manquées de vaccination suite à la mauvaise planification des séances quel que soit la stratégie utilisée (fixe, avancée, mobile...), à l'insécurité, aux ruptures de stock des antigènes et à l'insuffisance de la stimulation de la demande pour la vaccination
5. Des faiblesses majeures dans la gestion des épidémies et la prise en charge inefficace des MAPI et des MEV.

Au centre/lieu de vaccination, éventuellement : - les enfants accédant au service, - le personnel de santé, - les vaccins et - l'équipement pour les conserver, - la carte/le registre pour consigner la vaccination, - les moyens permettant de garantir la qualité, - la prestation d'autres services... tous les éléments nécessaires, ce qui est mis en place et qui fonctionne, ce qui doit être amélioré. Énumérer ensuite les principaux problèmes :

1. ...
2. ...
3. ...

3.4. Les principaux moteurs de la couverture vaccinale et de l'équité d'accès aux vaccins durables au niveau de la gestion du programme

Veillez mettre en évidence les principaux moteurs programmatiques et du système de santé des niveaux de couverture vaccinale et d'équité d'accès aux vaccins. Éventuellement au niveau national et infranational.

Illustrer comment le programme de vaccination arrive à maturité dans les systèmes de santé du pays : quels sont les moteurs, les points forts actuels, les difficultés, les évolutions et les lacunes. Comment le programme de vaccination peut-il protéger la population du pays contre les maladies évitables par la vaccination.

Veillez énumérer les principaux problèmes, en hiérarchisant et en classant – dans la mesure du possible – les 3 à 5 plus gros problèmes et la façon dont ils sont actuellement gérés (y compris tout autre soutien extérieur). Fournir des preuves et indiquer les enseignements tirés des précédentes activités.

- **Personnel de santé** : disponibilité, ensemble des compétences et répartition du personnel de santé au niveau national et infranational. Gestion et développement des ressources humaines.
- **Système de gestion des vaccins et chaîne d'approvisionnement** : intégration, prévision et planification de l'approvisionnement, informations clés provenant des dernières évaluations de la gestion efficace des vaccins (GEV) et mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la GEV, et progrès réalisés dans les cinq principes fondamentaux stratégiques de la chaîne d'approvisionnement.⁵ Cette sous-section peut être informée par les tableaux de bord et outils disponibles, par exemple les indicateurs du tableau de bord de gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins qui assure le lien avec la GEV, la grille de maturité et les tableaux de bord de la chaîne d'approvisionnement en vaccins.
- **Leadership, gestion et coordination** : veuillez décrire les points forts et les difficultés liés à la gestion du programme de vaccination. Cela comprend la structure, le personnel, les capacités et la performance des équipes PEV/de santé qui gèrent la vaccination au niveau national et infranational ; l'utilisation de données pour l'analyse, la gestion et la supervision des services de vaccination ; la coordination de la planification, des prévisions et de la budgétisation, coordination liée aux aspects réglementaires ; la coordination au sein des services de base/soins de santé primaire et les problèmes plus larges de gouvernance du secteur de la santé. Utiliser les résultats de l'évaluation des capacités du programme et/ou d'autres évaluations.

Cela comprend également le fonctionnement efficace du forum de coordination concerné (y compris les liens avec les mécanismes de coordination du secteur de la santé/Ministère de la Santé et le respect des directives Gavi⁶

- **Données/système d'information** : Les points forts et les difficultés concernant les données sur la vaccination (collecte systématique de données et système de déclaration, intégration au système d'information sanitaire, enquêtes régulières, enquêtes ciblées, qualité des données, utilisation des données. Liens avec le système de surveillance). Au niveau national et infranational.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes rencontrées par les soignants** : Veuillez indiquer les barrières auxquelles sont confrontés les soignants pour faire vacciner les enfants et planifier ou mettre en œuvre les interventions (par l'intermédiaire de Gavi ou d'autres fonds), pour faciliter l'accès aux services de vaccination des femmes au bénéfice de leurs enfants. (Par exemple : la flexibilité des services de vaccination pour que ceux-ci s'adaptent aux horaires de travail des femmes, l'éducation

⁵ Vous trouverez plus d'informations à cette adresse : <https://www.gavi.org/soutien/rss/chaine-d-approvisionnement-en-vaccins/>

⁶ Directives Gavi sur la coordination : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/> sous le titre Leadership, gestion et coordination

sanitaire des femmes sur l'importance de la vaccination et la mobilisation sociale des pères, le nombre croissant de femmes travaillant dans le secteur de la santé, etc.)

- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple d'après le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation de la couverture et de l'équité, l'évaluation post-lancement, la GEV ou d'autres plans nationaux, ou les principaux résultats tirés des rapports d'évaluations indépendantes disponibles⁷.

Le programme de vaccination en RD Congo constitue une porte d'entrée efficace pour le renforcement du système de santé (RSS). Ce renforcement s'est réalisé entre autres par : la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque Zones de Santé (ACZ) dans les 114 ZS ciblées par GAVI RSS 2 ; le renforcement de la vaccination de routine lors des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) de Poliomyélite ; la mise en œuvre du plan Mashako au dernier trimestre de 2018 ; et les efforts fournis depuis 2012 pour améliorer la qualité des données de vaccination et de la surveillance. En dépit des efforts fournis, le programme PEV ne permet pas d'atteindre tous les enfants cibles de la vaccination, suite à des nombreux problèmes liés à la gestion du programme.

1) Par rapport au personnel de santé

Disponibilité

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

En dehors des infirmiers et des médecins dont les effectifs semblent suffisants, le pays connaît une carence en ce qui concerne certaines catégories professionnelles dont les sages-femmes (importantes pour la vaccination). Avec moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances, la RDC se situe très en deçà de la norme internationale (qui est de 6) et même de nombreux autres pays africains. Cette situation s'explique par le fait de la création récente de cette filière de formation, avec la première promotion qui a été diplômée au cours de l'année académique 2016-2017 (PPAC 2020-2024).

L'instabilité du personnel de santé surtout au niveau intermédiaire et périphérique est une caractéristique du système de santé de la RDC qui impacte négativement sur la coordination efficace des activités de vaccination (PAO PEV 2019).

Compétences

Des formations en gestion technique PEV sont organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les dernières formations ont eu lieu en 2015 et 2016 (rapport d'évaluation RSS2). Cependant, la masse critique des cadres du niveau opérationnel formée en Gestion technique PEV reste faible et cette faiblesse est accentuée par une instabilité prononcée. En plus, les BCZS et les DPS ne disposent pas de base de données pour le suivi et la traçabilité statistique et géographique des personnels formés en PEV.

En général, la qualité de la formation de base des professionnels de santé a sensiblement baissé suite à la prolifération des établissements d'enseignement du niveau secondaire, supérieur et universitaire qui ne répondant pas aux normes requises. A ceci s'ajoute l'absence d'un système de formation continue opérationnelle (PNDS 2019-2022).

⁷ Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

Au niveau des ZS, l'Evaluation des Prestations des Services de Soins de Santé 2017-2018 (EPSS 2017-2018) montre des disparités d'offres entre les structures (publics et privés) et entre les provinces. A titre d'illustration, seuls 23 % de FOSA offrant des services de vaccination infantile avaient au moins un prestataire ayant reçu une formation continue en PEV au cours des 24 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage était plus élevé dans les Centres de Santé de Référence (CSR) (29 %), comparativement aux autres types de FOSA. Dans cinq provinces sur 26 (Equateur, Haut-Lomami, Kasaï, Sankuru et Tanganyika), moins d'une FOSA sur dix disposait d'au moins un Prestataire formé en PEV, alors que dans les autres provinces, cette disponibilité a varié de 10 % dans la Mongala et le Kongo-Central à 54 % dans le Lualaba.

Répartition

Le système de santé de la RDC est aussi caractérisé par un déséquilibre dans la production et par une répartition inéquitable des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). Certaines catégories (Médecins généralistes, infirmiers) sont en surproduction et d'autres en sous production comme les accoucheuses (PNDS 2019-2022).

Il existe des disparités importantes dans la répartition géographique. En effet, on observe une concentration des personnels de santé dans les grandes villes particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces. Le ratio théorique médecins/habitants et le ratio infirmiers /habitants (4,5 /5000 habitants) est théoriquement bon, excepté pour les accoucheuses. Il représente 0,73 à 1,2/10.000 pour les médecins, de 4,2 à 4.6/5 000 pour les infirmiers et 0,12 à 0,2/5000 pour les accoucheuses. S'agissant du ratio infirmier pour 5000 habitants, il y a lieu au regard des informations ci-dessus d'affirmer une pléthore du personnel infirmier dans toutes les provinces. Par rapport au ratio un médecin pour 10.000 habitants seules 3 provinces comprennent les effectifs conformes ou supérieurs aux normes internationales (PNDRHS 2016-2020, PPAC 2020-2024, PNDS 2019-2022). Comme indiqué plus haut, les activités de vaccination sont assurées par ces catégories de personnel et les répartitions des tâches tiennent compte de ces différents profils.

Gestion des carrières et développement des RH

Le secteur de santé connaît également des difficultés en matière de gestion des carrières du personnel à sa disposition. En effet, la faible rémunération des personnels (moyenne 20 USD) et les mauvaises conditions de travail sont à la base de la démotivation de ces derniers. Cela impacte négativement sur leur rétention et leur fidélisation. Une portion non négligeable de personnels de santé (40%) ne bénéficie ni de salaire ni de prime, surtout en milieu rural. Elle constitue un des problèmes majeurs auxquels le secteur fait face.

Les statistiques actuelles font état d'au moins 7% des personnels éligibles à la retraite (PNDRH 2019-2022, PNDS 2019-2020). Le retard de la mise à la retraite de ces agents et cadres influe négativement sur la mise en œuvre efficace des interventions y compris la vaccination. Le recrutement et affectation des personnels de santé par des autorités non habilités qui ne tiennent pas compte des procédures en vigueur et des besoins réels sont en partie à la base des pléthores et des faibles performances techniques constatées dans les FOSA.

En général, les 5 principaux goulots d'étranglement en lien avec le personnel de santé sont :

1. Le déséquilibre dans la production et la répartition inéquitable des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) ;
2. La proportion des prestataires formés en PEV systématique est faible (23% selon EPSS) ;
3. Les disparités importantes dans la répartition géographique, avec une concentration des personnels de santé dans les grandes villes particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces ;

4. Des faibles performances techniques du personnel dans les FOSA, suite aux recrutements et affectation sans respect des procédures et des besoins réels des structures ;
5. Des faibles rémunérations du personnel (20 USD) en moyenne pour les vaccinateurs associées aux mauvaises conditions de travail.

2) Par rapport au Système de Gestion et chaîne d'approvisionnement

Domaines GEV

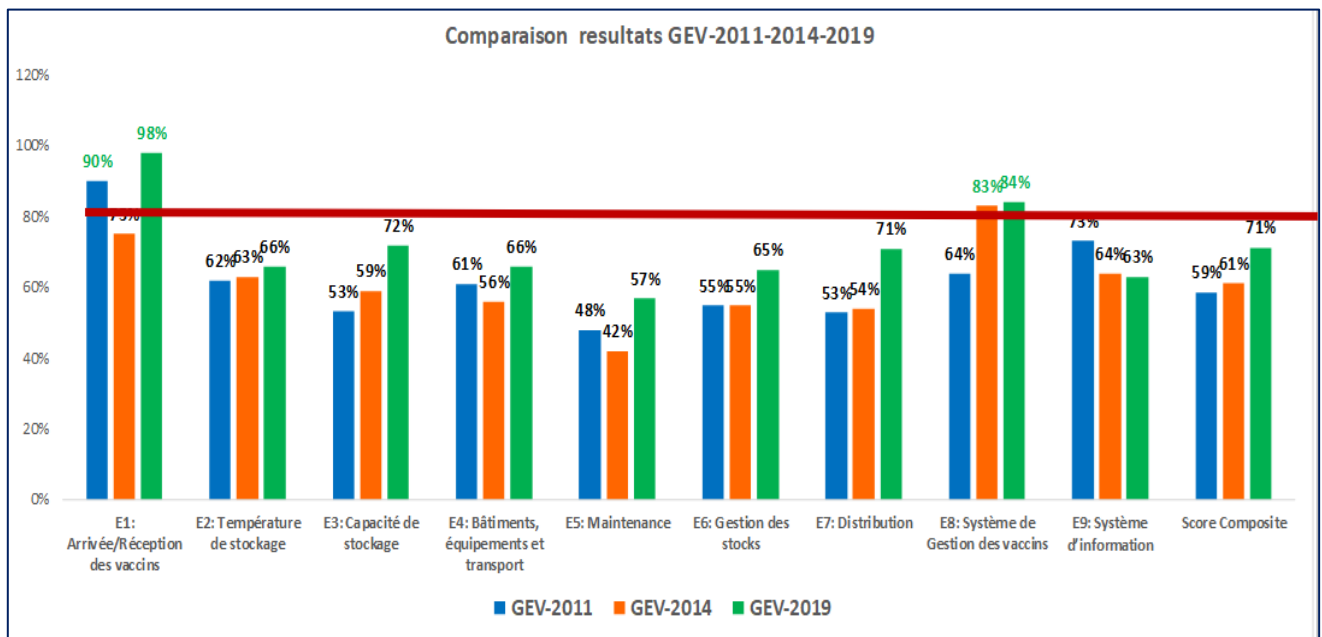
Le pays a réalisé sa troisième évaluation indépendante de la GEV en mai 2019. Il ressort des résultats globaux de l'analyse GEV 2019 que seuls 2 critères sur 9 ont obtenu des scores supérieurs à la cible de 80%. Il s'agit des critères E1 (critère relatif à l'arrivage et réception des vaccins qui obtient un score 98%) et E8 (critère, relatif au système de gestion des vaccins qui enregistre un score de 84%) (Voir le tableau 3 ci-dessous). Des problèmes majeurs sont plus rencontrés au niveau des aires de santé.

Tableau 8 : Résultats de l'évaluation de la GEV de l'année 2019

Criteres	Cible %	National	Niveau Central	Coordinations	Antennes	Zones de sante	Aires de sante
E1: Arrivée/Réception des vaccins	80%	98%	98%				
E2: Température de stockage	80%	66%	55%	79%	68%	74%	52%
E3: Capacité de stockage	80%	72%	90%	78%	76%	68%	68%
E4: Bâtiments, équipements et transport	80%	66%	86%	76%	67%	66%	62%
E5: Maintenance	80%	57%	61%	55%	59%	55%	58%
E6: Gestion des stocks	80%	65%	94%	80%	76%	62%	53%
E7: Distribution	80%	71%	81%	71%	64%	71%	78%
E8: Système de Gestion des vaccins	80%	84%	98%	90%	86%	82%	81%
E9: Système d'information	80%	63%	46%	63%	63%	66%	62%
Ponderation		71%	79%	74%	70%	68%	64%
Categories de la GEV	Cible %	National	Niveau Central	Coordinations	Antennes	Zones de sante	Aires de sante
Bâtiments	80%	67%	76%	75%	67%	72%	58%
Capacité	80%	75%	89%	75%	76%	71%	78%
Equipement	80%	67%	96%	77%	65%	69%	62%
Gestion	80%	48%	74%	37%	49%	41%	55%
Réparations/maintenance	80%	57%	61%	55%	59%	55%	58%
Formation	80%	85%	93%	97%	90%	85%	77%
Véhicules	80%	26%	83%	53%	43%	27%	0%
Ponderation		61%	82%	67%	64%	60%	55%

Cependant, l'analyse comparative des résultats des 3 dernières évaluations GEV (2011, 2014, 2019), montre une progression des performances. De manière générale, le score composite est passé de 59% en 2011 à 61% en 2014 et 71% en 2019. Le gain de la performance en 2014 et 2019 est de 10 points (cf graphique ci-dessous). **Il sied de signaler que le projet RSS2 de Gavi a contribué à l'amélioration des scores : National (E3, E4 et E7) à travers la construction du Hub de Kinkole, la dotation en chambres froides, la dotation en camions, paiement et distributions.**

Graphique 6 : Comparaison des résultats GEV 2011-2019



Les goulots d'étranglement identifiés au cours de cette évaluation sont :

- L'insuffisance dans les relevés et l'analyse des données températures et des alarmes et de leur l'archivage a tous les niveaux ;
- L'insuffisance des capacités en stockage de la chaîne du froid et des entrepôts secs au niveau de certaines coordinations, antennes et zones de santé ;
- Les chambres froides du Hub de Kinkole ne sont pas fonctionnelles plusieurs mois après la réception provisoire ;
- Certaines structures disposent de matériels de chaîne non homologués.
- La maintenance des bâtiments, des équipements de chaîne du froid et des équipements de transport n'est pas assurée correctement à tous les niveaux.
- Les outils de gestion stock et de suivi des livraisons au niveau de certaines structures sanitaires au niveau intermédiaire et opérationnels ne sont pas utilisés correctement ;
- Des insuffisances dans l'enregistrement des données, l'archivage et la sécurisation des outils de gestion (registres de stocks, bordereaux de livraison, etc.) ont été notés.
- Les rapports SMT imprimés sur le mouvement des vaccins ne sont pas archivés
- Les supervisions formatives sont irrégulières et celles réalisées sont de mauvaise qualité à tous les niveaux ;
- Les Procédures Opérationnelles normalisées au niveau intermédiaire et opérationnel ne sont pas diffusées
- Et plusieurs prestataires ne sont pas formés

Intégration

Le leadership dans la chaîne d'approvisionnement est assuré par une commission logistique rattachée au comité de Coordination Inter Agence (CCIA) stratégique. La commission logistique est composée des cadres de la Division logistique de la Direction nationale du PEV et des différents partenaires techniques et financiers qui appuient les activités du PEV (GAVI, Unicef, OMS, BMGF, SANRU, USAID, Village-Reach et autres). La Commission se réunit hebdomadairement sous la coordination de la Division logistique. L'appréciation du niveau d'avancement des activités logistiques est assurée au cours des réunions mensuelles du CCIA. En outre des revues semestrielles (revues à mi-parcours) sont organisées pour identifier les contraintes pour l'atteinte des objectifs afin d'y apporter des mesures correctrices.

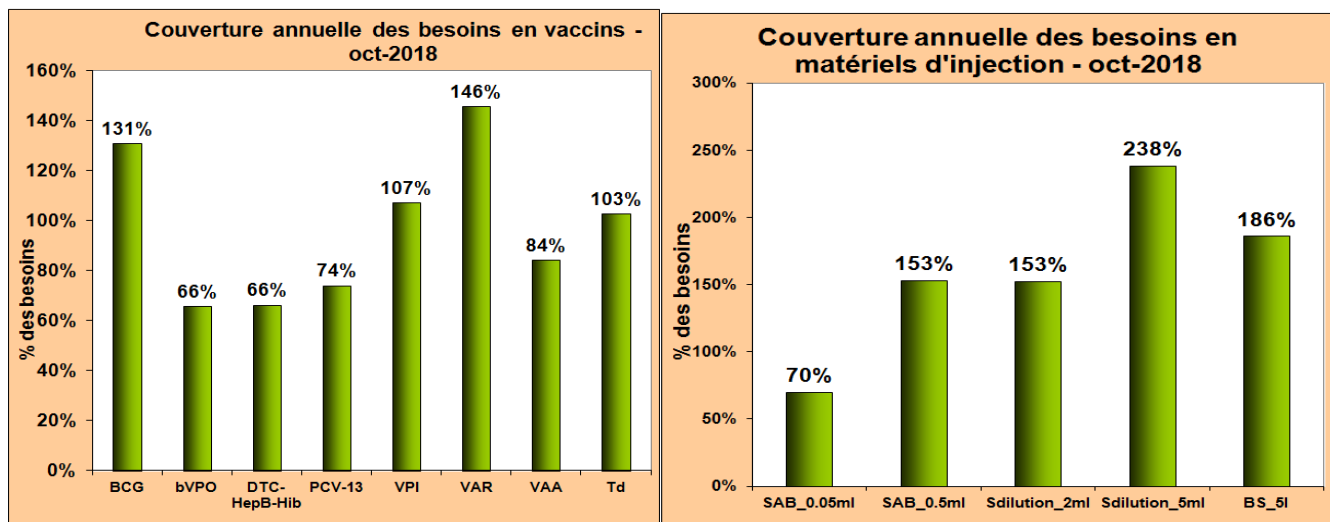
La commission logistique rend régulièrement compte au Directeur du PEV qui assure le leadership de la chaîne d'approvisionnement. Par ailleurs, des supervisions formatives sont organisées par les cadres de la division logistique pour le renforcement des compétences pratiques des cadres des niveaux provinciaux et des zones de santé. En effet, les cadres de la division logistique du PEV sont formés en logistique de la vaccination (CCL, leadership dans la chaîne d'approvisionnement) afin de mieux réaliser ces tâches. Par ailleurs, deux ateliers d'orientation sont organisés chaque année pour le partage d'expériences et la remise à niveau des cadres provinciaux. Cependant les supervisions ne sont pas régulières et la formation en CCL n'est pas encore réalisée dans certaines zones de santé du pays.

Prévision et planification de l'approvisionnement

Le Programme Elargi de Vaccination, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, élabore, à la fin de chaque année à travers le « forecast », les prévisions pluri annuelles en vaccins et consommables de vaccination et un plan d'approvisionnement annuel pour l'année à venir sur base des données de micro planifications des aires de santé. L'agrégation de ces données se fait au niveau des ZS et de provinces à travers les PAO. La consolidation de micro plans au niveau central permet ainsi d'estimer les besoins qui sont pris en compte dans la commande à travers la centrale d'achat de l'UNICEF. Le Gouvernement central finance l'achat des vaccins traditionnels (BCG, VPO, VAR, Td) depuis 2013 et les nouveaux vaccins (VAA, DTC-HepB-Hib, PCV-13) sont totalement (ou en partie) pris en charge par GAVI.

L'analyse des données des Stock Management Tool (SMT) de 2017 à juin 2018 (intrants effectivement reçus) confrontée à la planification des livraisons dans les « forecast » de la même période, indique qu'aucun intrant n'a été livré selon la quantité commandée. En plus, le délai de livraison planifié n'était pas respecté. Les quantités livrées sont soit excédentaires, soit déficitaires.

Graphique 7 et 8 : Couvertures annuelles des besoins en vaccin et en matériels d'injection



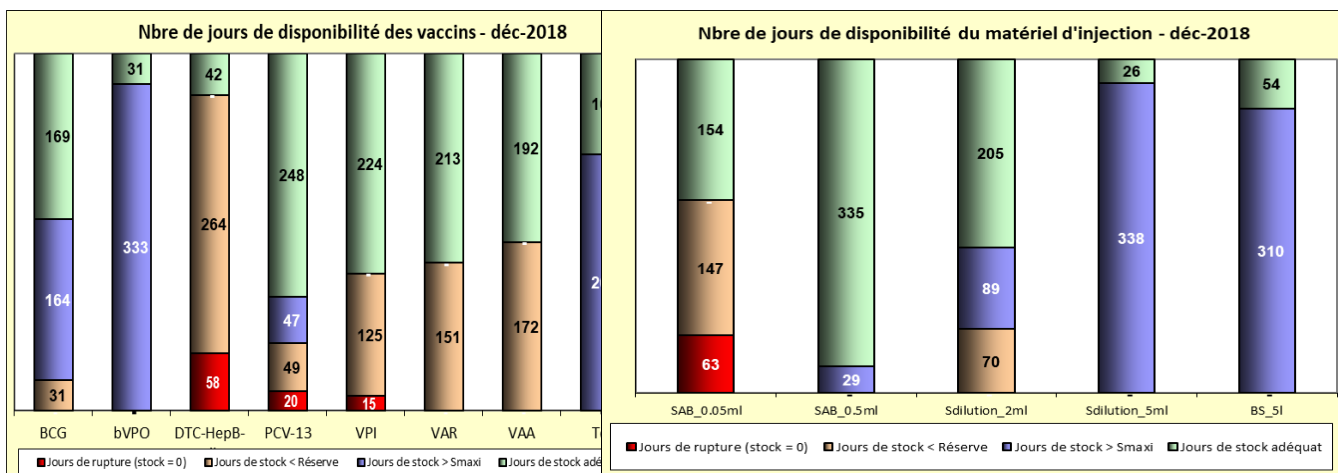
Gestion des vaccins

Les stocks de vaccins sont gérés par lots. Le « bundling » est respecté. En plus, le principe de « premier expiré, premier sortie » en prenant en compte le stock disponible au niveau des structures est appliqué. Cependant, vu l'immensité du pays, la disponibilité des vaccins et des matériels d'injection en tout temps

et à tous les niveaux constitue un grand défi. En outre le retard de co-financement ne permet pas au pays de disposer des vaccins au moment opportun et en quantités requises.

Ce qui est à la base des inadéquations des stocks voire des ruptures des stocks en vaccin et de la gestion des stocks à flux tendu au niveau central (réception et distribution immédiate des vaccins et intrants reçus du niveau central au niveau intermédiaire en dépit du fait que le niveau central devrait disposer d'un stock pouvant couvrir le pays durant 6 mois).A titre d'exemple, au cours de l'année 2018, le pays a connu des ruptures de stock de 58 jours pour le DTC-HepB-Hib, 20 jours pour PCV13 et 15 jours pour le VPI et un fonctionnement avec le stock en dessous de réserve pour les vaccins suivants : BCG (31jours), DTC-HepB-Hib (264jours), PCV-13 (49 jours), VPI (125jours), VAR (151 jours), VAA (172jours).En ce qui concerne les matériels d'injection, l'année 2018 a été caractérisée principalement par une rupture de stock de 63 jours de SAB 0,05 ml, entraînant le non-respect de bundling lors des distributions suite à la rupture de stock au niveau central.

Graphiques 9 et 10 : Disponibilité des vaccins et des matériels d'inoculation au niveau central en 2018 (Source: Stock Management Tool 2018)



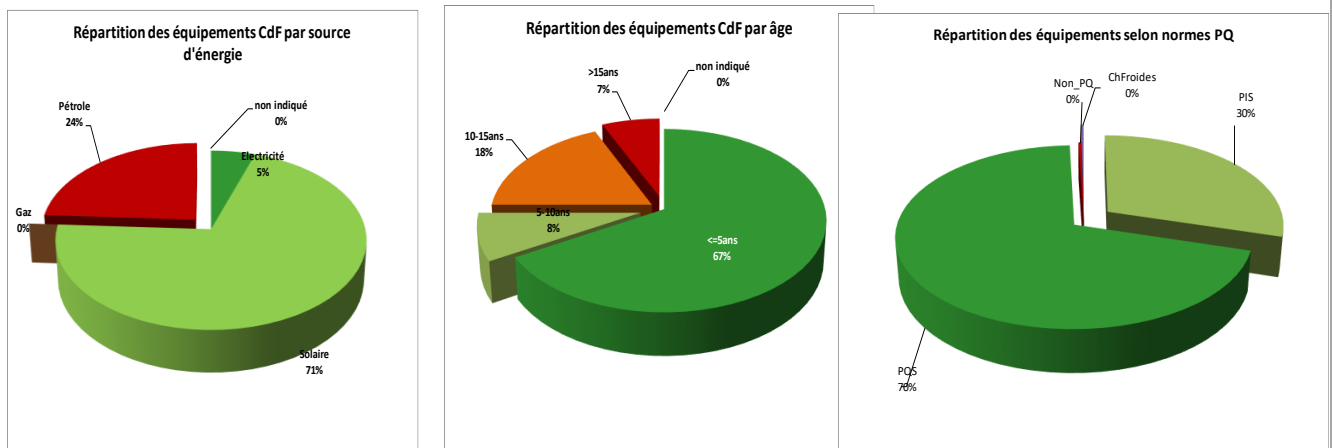
Equipement chaine de froid : couverture réelle et gap

L'inventaire des équipements de la chaîne du froid mis à jour en 2018 montre que le niveau central dispose de 20 chambres froides dont 15 positives (480 m3 brut) et 5 chambres froides négatives (130 m3 brut). Parmi ces chambres froides une est en panne et doit être déclasser. Il sied de noter que la capacité de stockage disponible, ne permet pas de couvrir les besoins du niveau central. Cependant, la construction du Hub de Kinkole grâce à l'appui de GAVI a permis au pays d'augmenter sa capacité de stockage au niveau central. Inauguré en octobre 2018, ce hub dispose de 10 grandes chambres froides d'une capacité brute totale de 2 200 m 3 et d'un espace sec de 1 000 m3. Malencontreusement, les chambres froides du hub ne sont pas encore fonctionnelles suite aux difficultés de fournitures en électricité. Seule la partie entrepôt intrants secs est pour le moment utilisées. Le processus de son opérationnalisation est en cours. Notons également que conformément a la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement, la construction de l'entrepôt déconcentré du Kisangani est cours ; même si les travaux de démarrage ont connu des problèmes liés à l'accréditation des terrains par les gouvernements provinciaux respectifs.

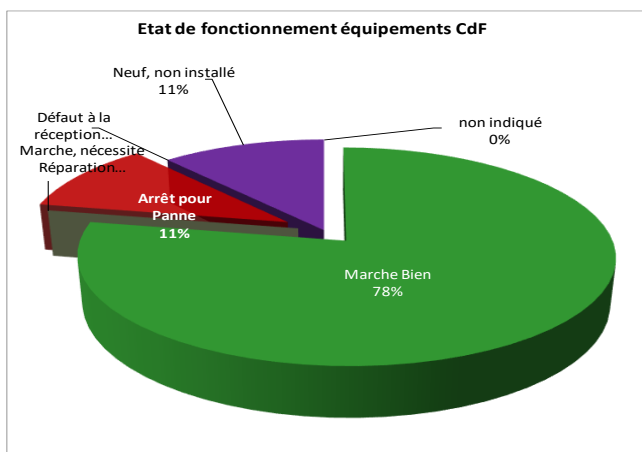
Au niveau intermédiaire, les données de l'inventaire des équipements de la CDF mis à jour en 2018 montrent les capacités de stockage sont suffisantes et permettront de faire face à l'introduction progressive des nouveaux vaccins jusqu'en 2020. Au total 70 chambres froides dont 58 chambres froides

positives et 12 chambres froides négatives sont installées au niveau des dépôts de coordination et des antennes. Cependant, plus de 15 chambres froides nécessitent le remplacement le remplacement de groupes frigorifiques.

Au niveau opérationnel (zones de santé), il ressort des données de l'inventaire que 132 ZS sur les 516 ne disposent pas des capacités suffisantes de stockage. L'inventaire des équipements de CDF des centres de santé montre une couverture de 74%. Seuls 1,2% des CS sont connectés au réseau électrique national. L'analyse des données montre également qu'environ 26% des centres de santé ne disposent pas encore d'équipements de chaîne du froid et s'approvisionnent au niveau des centres de santé voisins ou au niveau des BCZ. Les évaluations précédentes particulièrement la GEV de 2014 avaient identifiés de nombreux goulets d'étranglement empêchant l'atteinte des objectifs en matière de vaccination.



Parmi les équipements inventoriés, 71% fonctionnent à l'aide de l'énergie solaire, 24% fonctionnent avec le pétrole, 5% sont des équipements électriques. Aussi, 67 % des réfrigérateurs disponibles au niveau des centres de santé ont moins de 5 ans d'âge, 8% des réfrigérateurs ont un âge compris entre 5 et 10 ans, 18% 10 et 15 ans et 7% ont plus de 15 ans d'âge. S'agissant de la fonctionnalité, 78% des équipements inventories au niveau des centres de santé sont fonctionnels, 18% sont en panne et 11% sont en cours d'installation (CCEOP2).

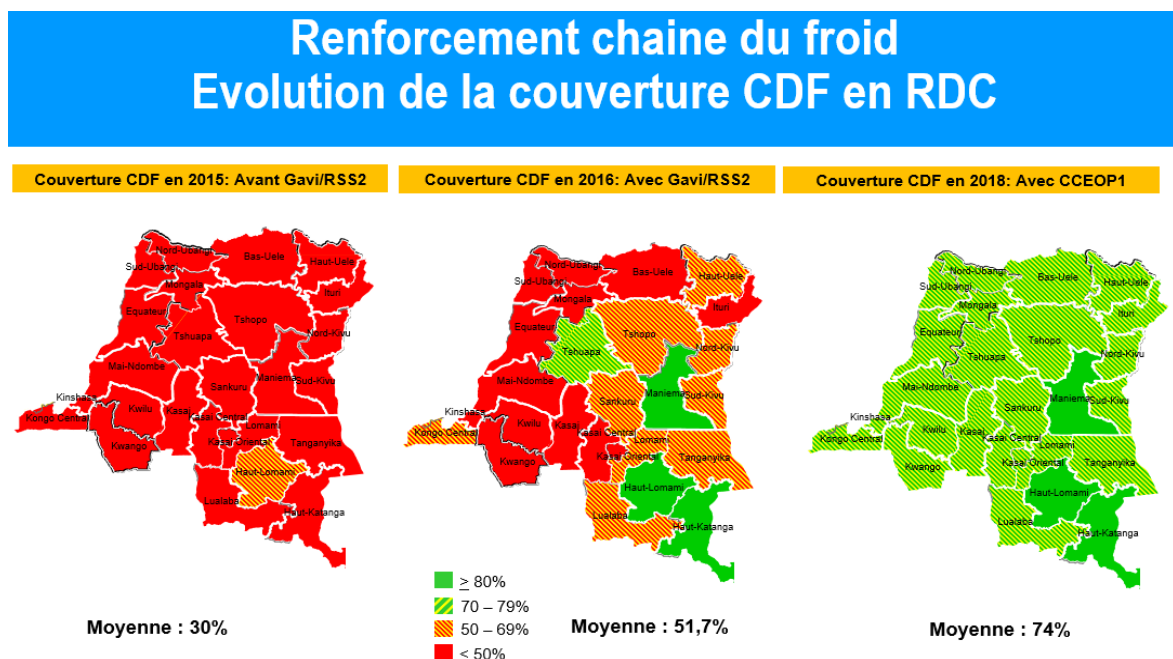


Des actions d'optimisation de la chaîne de froid en RDC ont été menées grâce à l'appui de GAVI RSS 2 2016-2017 et des projets CCEOP 1 et CCEOP 2. Le projet GAVI RSS 2 avait permis d'augmenter la couverture en chaîne de froid de 30% à 51,7%. Après installation de 2 087 réfrigérateurs grâce au projet CCEOP 1, la couverture en chaîne de froid était passé de 51,7% à 75%. Les investissements de CCEOP 2 en cours permettra d'atteindre une couverture en chaîne de froid de 80% après installation 1 426 réfrigérateurs. A ce jour, 123 réfrigérateurs CCEOP 2 ont été déjà installés.

Il ressort des éléments supra qu'il persistera encore un gap de 20% à l'issu du projet CCEOP 2. En plus, il faudrait remplacer les réfrigérateurs vétustes (réfrigérateurs à pétrole et ceux qui sont en panne) et garantir la maintenance des équipements fonctionnels à travers la mise en œuvre du plan d'amélioration GEV et le déploiement de 35 Ingénieurs/techniciens au niveau des provinces.

A ce jour, les équipements reçus sont fonctionnels. Le système de suivi de la température à distance et à temps réel acquis par le pays permet d'assurer la bonne conservation des vaccins dans toutes les chambres froides du pays. Ce système est déjà installé au niveau central et dans les provinces. Un accès au site internet permettrait pour la gestion de matériel de chaîne de froid renforcera la qualité des vaccins mis à la disposition des communautés.

Carte 5: Evolution du renforcement de la chaîne du froid de 2015 à 2018 en RD Congo.



La couverture en matériel de chaîne du froid dans les provinces varie de 73% à 90%.

Solarisation

Dans le cadre de l'introduction des vaccins sous utilisés et des nouveaux vaccins (anti pneumocoque, anti amaril et anti hépatite B), la République Démocratique du Congo avait renforcé les capacités de stockage des dépôts de conservation des vaccins par l'acquisition des 44 chambres froides, réparties dans les coordinations et antennes PEV du pays. Sur les 44 chambres froides, 23 chambres froides couvrant une population de 0-11 mois estimée à 1.623.666 soit 47% de la population cible du pays se trouvent dans les régions faiblement ou (non) desservies en énergie électrique. Les 23 chambres froides recourent aux groupes électrogènes pour leur fonctionnement. Cela nécessite un approvisionnement régulier en carburant, estimé à 28 750 USD par mois soit 345 000 USD par an. Cela équivaut à 840 litres par mois par chambre froide pour une valeur estimée à 1250 USD. Par ailleurs, une maintenance adéquate de ces chambres froides est importante pour le maintien de la température entre + 2 et + 8. En plus, le volume de vaccins stockés (valeur de 9 273 807 USD par trimestre soit 37 095 228 USD par an) exige en moyenne 20 heures de fonctionnement du groupe électrogène pour une bonne conservation des vaccins.

Malheureusement, le manque des fonds sécurisés pour l'achat du carburant, la pénurie de carburant dans certaines régions et l'irrégularité voire l'absence d'une maintenance préventive des groupes ne permettent pas de fonctionner aux chambres froides de fonctionner d'une manière optimale (moins de 12 heures par jour et d'une manière intermittente avec des T° de plus de 8° C) et entraîne des ruptures de stocks en vaccins.

Pour faire face à ces défis, le pays a opté pour la solarisation progressive de ces 23 chambres froides en commençant par le projet expérimental de la solarisation de la chambre froide de l'antenne PEV de Kenge situé dans la province de Kwango à 275 Km de la capitale Kinshasa.

A l'heure actuelle toutes les 23 chambres froides fonctionnent avec le système solaire comme source d'énergie principale. Le pays prévoit l'extension de la solarisation dans les provinces où le courant électrique n'est pas stable.

Maintenance

Le pays dispose d'un plan de maintenance structuré des équipements. Ce plan de maintenance concerne les matériels de chaîne du froid et de transport dans le cadre de la vaccination. Un contrat a été signé pour bénéficier de ces services au niveau du dépôt central. Depuis 2016, les interruptions répétées de ces contrats ne garantissent plus des services de maintenance régulière au niveau central.

Au niveau des Antennes et Coordinations PEV, la maintenance curative des équipements est assurée par le secteur privé de manière ponctuelle grâce aux subventions(fonctionnement) mis à leurs dispositions.

Au niveau opérationnel, la maintenance préventive des équipements de la chaîne de froid (solaires DC, solaires SDD, absorption...) déployés dans le pays est assurée par les équipes cadres du BCZS. La maintenance curative est assurée par le secteur privé et les Techniciens PEV du niveau central et du B 13. Par rapport aux pièces de rechange (mèches, brûleurs, carottes, ...) les besoins sont identifiés annuellement et financés par le gouvernement, UNICEF et d'autres partenaires. Ainsi, la maintenance reste encore défaillante à cause de l'insuffisance du personnel qualifié, des ruptures prolongées et répétées en pétrole ont été notées. Les fonds alloués pour la maintenance sont insuffisants.

C'est ainsi que le pays prévoit une formation des 35 ingénieurs au cours de cette année.

A l'issue de cette formation, des pools de maintenance seront créés et installés pour assurer la maintenance de qualité des équipements de chaîne du froid et optimiser leurs fonctionnements.

Intégration dans la chaîne d'approvisionnement

Le renforcement des capacités de stockage et en CDF de certaines CDR constitue une opportunité pour la consolidation de la chaîne d'approvisionnement des vaccins. En plus, l'utilisation des hubs dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments permettra de mobiliser les ressources à travers des coûts d'exploitation pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Enfin, le développement du Système d'Information en Gestion Logistique avec 115 médicaments y compris tous les vaccins, constitue également une opportunité pour la visibilité du réseau et la facilitation de la prise de décisions à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement pour les vaccins et les autres médicaments. Il en est de même de l'approche de distribution mutualisée des médicaments y compris les vaccins. Des efforts devront être fournis pour poursuivre le développement du SIGL dans le cadre du PEV.

3) Par rapport au Leadership, Gestion et Coordination

Structures

Les mutations subies par le PEV dans le cadre de la réforme du système de santé et au niveau des instances de coordination et sur l'organisation interne ont été très bénéfique pour la performance de la

structure. Ces instances sont : le Comité Inter Agence de Coordination Central (CCIA), le CCIA provincial et la coordination au niveau des ZS.

CCIA central

Le CCIA central a organisé 2 réunions de CCIA stratégique sur 2 et 5 de CCIA technique sur 10 en 2018. Ces réunions avaient permis de valider les différents rapports du PEV et le PAO 2018. C'est l'organe qui assure la coordination des interventions au niveau national. Le leadership du ministre de la santé au sein de cette institution est un atout majeur pour l'ancrage de ses actions. Un effort réel devra être fourni pour organiser les réunions du CCIA technique selon les programmes établis (PAO PEV 2019).

CCIA provincial

L'accompagnement du niveau central (Secrétaire Général ou son délégué) et l'implication des chefs DPS dans l'organisation des activités des CCIA au niveau des provinces constitue des éléments d'ancrage des actions du PEV dans le SS. Ces réunions constituent des opportunités pour traiter les problèmes et les informations d'ordre technique et financier sur les activités de la vaccination. Cependant, les réunions de CCIA provincial au niveau intermédiaire sont irrégulières. L'intégration des CCIA dans le Comité Provincial de Pilotage (CPP) renforcera davantage l'ancrage de cet organe de pilotage dans le SS.

Coordination au niveau des ZS

La revitalisation de la vaccination à travers le renforcement de l'approche ACZ dans le cadre du Plan Mashako est une action à encourager. L'adaptation des stratégies pour atteindre chaque communauté dans le cadre de ce plan a permis aux équipes cadre ciblées de mieux coordonner les actions en lien avec la vaccination. Néanmoins, des faiblesses de coordination des activités des SSP en général et du PEV en particulier sont signalés dans les zones d'insécurité/de post conflit/de retournés de guerre et/ou d'urgence. En plus, la coordination des actions entre les partenaires (ONGS, Gouvernement, Agences des Nations Unies...) reste encore faible. Il est important de consolider cette coordination en vue d'assurer le renforcement du système de santé en général et du système de vaccination de routine en particulier.

Malencontreusement, l'application hâtive de la réforme dans le secteur de la santé influe négativement sur le pilotage des organes et des structures de coordination du PEV. Ces faiblesses sont plus marquées au niveau intermédiaire. Ainsi, le nombre de Divisions provinciales de la santé est passé de 11 à 26, sans que le gouvernement puisse les doter des moyens conséquents. Il faut aussi noter la mise en place de l'Inspection Générale de la santé avec ses structures dans les différentes provinces mais qui ne sont pas encore réellement opérationnelles.

Personnels, capacités et performance des équipes PEV/MSP qui gèrent la vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en RD Congo compte actuellement un effectif de 590 agents répartis comme suit :

Niveau	Effectif du personnel
Niveau central	185
Coordinations	72
Antennes	333
Dépôts relais	26

Malencontreusement, on note une instabilité du personnel au niveau intermédiaire qui a un effet négatif sur les performances des coordinations, des antennes et des dépôts relais. Ces antennes et dépôt relais apportent un appui technique et logistique aux 516 Zones de santé du pays en attendant la finalisation du processus de réforme du système de santé en cours qui recommande l'intégration complète du programme PEV au niveau provincial dans les DPS.

Il faut noter que les agents chargés de vaccination relèvent des ZS et ont des profils différents : médecins, infirmiers, accoucheuses, administratifs et sans qualification (PNDRHS 2016-2020). En effet, les superviseurs sont désignés parmi les médecins et les infirmiers. Les vaccinateurs sont dans la majorité des cas infirmiers ou accoucheuses. La logistique et la gestion des données sont assurées soit par les infirmiers, soit par les administratifs.

La Revue externe PEV a relevé que le personnel affecté dans les structures de santé a une bonne connaissance théorique sur le PEV (maladies cibles, antigènes utilisés, calendrier vaccinal, stratégie de récupération des perdus de vue, gestion de la chaîne du froid...). Néanmoins, les modules de formation sur les composantes du PEV ne sont pas encore introduits dans le cursus de formation de base. En outre, la formation continue connaît des insuffisances dans la production des modules de formation, la qualité de formation et le suivi de formation. C'est le cas MLM, gestion logistique de santé, STEP, gestion des données et la formation des prestataires. (PPAC 2020-2024). Enfin, il sied de signaler que les capacités de gestion des prestataires au niveau périphérique sont encore limitées et les faiblesses de coordination notées au niveau central et intermédiaire ne facilitent pas un transfert adéquat des compétences et la durabilité des actions déjà amorcées.

Gestion et Supervision des services de vaccination

Ils existent des facteurs internes qui impactent positivement sur la vaccination est la gestion actuelle du PEV. A titre d'illustration, la création du Comité Nationale de Pilotage du Système de Santé (CNP-SS) qui regroupe en son sein le CCM-RDC, le comité ad hoc GAVI et le Comité de Pilotage Provincial (CPP). Cependant, il faudrait renforcer le système d'Inspection Contrôle pour améliorer la gouvernance. En plus, l'engagement des parlementaires réunis au sein du RECAPAV et l'intérêt croissant de GAVI pour le renforcement des organisations de la société civile sont des facteurs externes importants pour le renforcement du PEV. Au niveau intermédiaire et périphérique, la mise en œuvre de la réforme du système de santé constitue une belle opportunité pour garantir une gestion efficace du PEV nonobstant les difficultés rencontrées à ce jour.

La gestion du PEV est confrontée aux difficultés liées au faible taux de décaissement et au faible engagement des gouvernements provinciaux dans le financement de la vaccination. Le partage des données financières entre la CAGF et le PEV est irrégulier. L'inspection contrôle des fonds alloués à la vaccination n'est pas systématique du fait de la faible remontée des données financières.

Par ailleurs, les supervisions organisées actuellement dans le cadre du PEV sont jugées opportunes et sont bien appréciée par les acteurs de terrain. Elles prennent en compte toutes les composantes du PEV et contribuent au renforcement des capacités des prestataires. Malheureusement, le nombre de supervision réalisé à tous les niveaux restent faible, les supervisions réalisées sont très peu documentées et les recommandations issues des supervisions réalisées et documentées ne sont pas suivies.

Planification et budgétisation

La planification des activités du PEV est étroitement liée à celle de la planification du système de santé en général. Elle se fait à tous les niveaux du système et mobilise toutes les parties prenantes du système de santé en partant de Aires de santé jusqu'au niveau national. Au niveau périphérique, les micro

planification PEV des aires de santé s'intègrent dans les PAO des ZS et des provinces. Par ailleurs, le PAO du PEV est élaboré séparément. Elle découle du Plan Pluri Annuel complet (PPAC) que le PEV élabore chaque 5 an. Le PPAC 2015-2019 est en cours d'exécution. Celui de 2020-2024 est en cours d'élaboration. Ces PPAC sont alignés sur la Plan d'action Mondial pour les Vaccins (GVAP), le Plan Régional sur la Vaccination, le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 et les résultats de la revue externe PEV 2018. A ce jour, des efforts réels ont été fournis par le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS) dans la réalisation de la cartographie des interventions des partenaires pour le renforcement du Système de Santé afin de mieux coordonner les actions dans le futur. Néanmoins, la coordination des actions entre les partenaires (ONGS, Gouvernement, Agences des Nations Unies...) reste encore faible. Par conséquent, la planification et la mise en œuvre des campagnes de vaccination et des activités de vaccination de routine dans les Zones de santé pour atteindre toutes les cibles rencontrent encore des obstacles. Les activités de vaccination transfrontalière ne sont pas épargnées par ce problème, alors que le pays connaît des flux des populations réfugiés (RCA) et des activités économiques transfrontalières (Ouganda, Angola...). Le processus de budgétisation des activités du PEV répond à la même logique décrite ci haut sur la planification.

Aspects réglementaires

La revue externe du Programme Elargi de Vaccination en RD Congo réalisé en octobre 2018, a montré les performances actuelles et les défis auxquels le PEV fait face. Les textes législatifs et réglementaires pris pour encadrer les interventions en faveur du PEV à l'instar de la mise en œuvre de la décentralisation et la forte implication des autorités à la base dans la mise en œuvre des interventions PEV facilite l'ancrage institutionnel et l'engagement politique des acteurs pour améliorer les performances du PEV. L'organisation et le fonctionnement de la direction du PEV est facilité grâce à l'existence des arrêtés portant création, organisation et fonctionnement du PEV (1988,2003 et 2004). En plus, l'intégration du PEV au sein des DPS est un atout potentiel pour renforcer les performances du PEV. Les documents de politique, directives et outils pour la planification des activités de vaccination disponibles aux niveaux, central et des antennes contribuent de manière efficace à la réalisation des activités de PEV à tous les niveaux du système de santé. Cependant, l'organigramme actuel du PEV n'est pas adapté aux missions assignées au programme depuis la mise en œuvre de la réforme sanitaire au niveau intermédiaire en fonction de la décentralisation territoriale en RDC. Du point de vue ancrage institutionnelle, l'absence d'un audit organisationnel et fonctionnel avant la mise en œuvre des réformes en cours n'a pas permis un transfert réel des ressources au niveau intermédiaire et périphérique plus les compétences requises. Par conséquent, nous assistons à des contradictions entre le niveau national et provincial dans l'organisation du travail en lien avec LE PEV. Cette situation fragilise le PEV.

Au regard de ce qui précède les principaux goulots d'étranglements liés à la gestion et coordination du programme PEV retenus sont :

1. Application hâtive de la réforme dans le secteur de la santé, ce qui influe négativement sur le pilotage des organes et des structures de coordination du PEV
2. Instabilité du personnel affecté au programme, en plus de la carence des sages-femmes dont le rôle est déterminant pour la vaccination : moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances
3. Faible coordination des partenaires qui perturbe la planification et la mise en œuvre des campagnes de vaccination et des activités de vaccination de routine dans les Zones de santé pour atteindre toutes les cibles
4. Faible qualité et quantité des supervisions réalisées à tous les niveaux ; en plus du fait qu'elles sont très peu documentées et que les recommandations formulées ne sont pas suivies
5. Absence d'un audit organisationnel et fonctionnel avant la mise en œuvre des réformes en cours, ce qui n'a pas permis un transfert réel des ressources et des compétences requises aux niveaux intermédiaire et périphérique.

4) Par rapport aux données et système d'information

Collecte systématique des données et système de déclaration

Les activités ayant été entreprises dans ce domaine sont : la dotation en outils de collecte et de transmission des informations à toutes les 516 ZS. Par ailleurs, la redevabilité des prestataires a sensiblement augmenté suite à l'utilisation des coordonnées GPS et au prélèvement des températures. Malencontreusement, la multiplicité des outils mis à la disposition des prestataires a contribué à l'augmentation de leurs charges de travail. En plus, les outils mis à la disposition des équipes étaient insuffisants. Enfin, les matériels internet étaient mis à leur disposition sans abonnement (plan stratégique de la qualité des données).

Une revue approfondie du système d'informations sanitaire du PEV a été réalisée en Juillet 2019. Les résultats ci-après ont été enregistrés :

- L'enregistrement des données PEV se fait sur deux supports à savoir le support du Système National d'Information Sanitaire où quelques variables du PEV sont rapportées dans DHIS2 et le support PEV où toutes les variables sont rapportés dans DVD-MT. Avec cette multiplicité des outils de rapportage, les Zones de santé privilégient la saisie de données dans DHIS2, ce qui fait que la complétude de données DVD-MT est en baisse. Pour la période évalué, la complétude de données est de 90% pour le support SNIS et 80% pour le support PEV ;
- Pendant les séances de vaccination, la majorité des personnes chargées de la consultation préscolaire ne remplissent pas directement les données dans les outils de collecte ; cela a comme conséquence l'incohérence de données rapportés.

Intégration au système d'information sanitaire

La généralisation progressive de l'utilisation de DHIS2 et l'abandon du DVDMT est une approche qui permet de réduire la multiplicité des outils et de réduire la charge de travail et les erreurs. Malencontreusement, les matériels informatiques et internet mis à la disposition des ZS ne sont plus fonctionnels dans la majorité des ZS à ce jour faute d'abonnement internet.

Selon la revue approfondie du système d'information sanitaire du PEV réalisé en Juillet 2019, les indicateurs du support de collecte de données du PEV sont déjà intégrés dans le nouveau canevas du SNIS et sont paramétrés dans DHIS2 mais non encore activés pour devenir opérationnel en attendant l'impression du nouveau canevas SNIS.

Enquêtes régulières et ciblées

Les enquêtes de couverture vaccinale (DQR, LQAS, enquêtes ciblées, ...) réalisés au niveau des ZS ont permis de prendre des décisions utiles pour l'amélioration de la couverture vaccinale dans les aires de santé. Mais, l'utilisation des mesures correctrices par les acteurs de terrain n'est pas systématique. Par ailleurs, au cours des années 2017 et 2018 des études sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination ont été réalisées Il s'agit de l'Enquête de couverture post campagne de suivi contre la rougeole (2016-2017), l'Etude sur les raisons d'absence lors des AVS en RDC, le MICS 2017-2018 et l'étude sur la séroprévalence dans le Haut Lomami par l'UCLA (PPAC 2020-2024).

Ces études sont importantes pour le renforcement du PEV. A titre d'illustration, les résultats de MICS 2017-2018 ont permis de mettre en évidence la chute brutale de la couverture vaccinale en RDC par rapport aux données de l'enquête EDS 2013-2014, pendant que les données administratives montrent que le PEV est performant.

Cependant, la diffusion des résultats de ces études à large échelle n'est pas systématique. Les versions « light » contenant des informations phares pour les prestataires ne sont pas diffusées. L'exploitation reste l'apanage des scientifiques et des hauts cadres.

Qualité des données

La mise en place du comité d'analyse des données de vaccination et de la surveillance épidémiologique depuis 2012 et l'autoévaluation de la qualité des données au niveau des ZS ont permis de :

1. Améliorer progressivement de la promptitude des données. Elle est passée de 20% en 2011 à 43,4% en 2018.
2. Améliorer le rapportage des données de gestion des vaccins a permis de réduire le nombre de ZS avec le taux de perte négatif qui est passé pour le DTC3 de 239 ZS en 2011 à 91 ZS en 2018
3. Réduire le nombre de ZS avec Taux d'abandon négatif pour le DTC1/DTC3 de 35 en 2011 à 12 ZS en 2018
4. Intégrer les bases de surveillance au cas par cas de PFA, Rougeole et Fièvre jaune décentralisées dans 6 provinces (Kasaï Oriental, Kwango, Kongo central, Haut Katanga, Kasaï, Tshopo) et les données sont transmises hebdomadairement (chaque lundi) au niveau central ;
5. Améliorer la qualité des informations collectées sur les formulaires de cas de PFA, fièvre jaune et Rougeole dans les provinces avec bases installées.

Selon le rapport annuel PEV 2018, les réunions de validation des données organisées au niveau central et en provinces ainsi que les DQS menés au niveau des ZS en 2018 traduisent également les efforts consentis pour améliorer la qualité des données au niveau du pays. Néanmoins, des incohérences ont été observées entre les données administratives et les données issues des enquêtes (ECV, EDS, MI, LQAS et estimations OMS-UNICEF). En dépit de ces efforts et des effets que cela a produit, les écarts énormes subsistent entre les données administratives et les données issues des enquêtes. Ces écarts varient de 15 à 40% en fonction du type d'enquête. Problème de qualité : erreur de transcription, manque d'outil, erreur de catégorie d'âge, manque de motivation/de redevabilité ; et problème de sur-rapportage : achat des performances.

Utilisation des données pour l'analyse

L'utilisation des données pour l'analyse est rendue possible grâce l'organisation des réunions d'analyse et de validation des données PEV à tous les niveaux du système de santé. En plus, des DQS, du monitoring indépendant et des enquêtes LQAS dans les ZS permettent d'établir des plans de correction des problèmes en vue d'améliorer les performances du PEV. Enfin, l'analyse mensuelle des performances du programme au cours des réunions de CCIA technique suivie de partage avec les parties prenantes pour la prise des décisions sont des bonnes pratiques à pérenniser.

Malheureusement, la faible appropriation du processus d'analyse et de validation des données au niveau des ZS et les difficultés d'accéder aux rapports des réunions mensuelles de validation des données PEV ne permet pas l'utilisation correcte des données issues de la vaccination. En plus, la prise en compte partielle du PEV dans le DIHS 2 ne facilite pas l'analyse des données de gestion des vaccins.

Lien avec le système de surveillance

L'intégration progressive des nouvelles technologies (e-Surv, ISS, AVADAR, GIS, application Gestion PEV,) a permis d'améliorer la promptitude des données suite à leurs disponibilités en temps réel. Cela a permis d'augmenter le nombre de cas de PFA notifié dans le cadre de la surveillance.

Malencontreusement, le nombre de ZS touchée reste encore faible et des problèmes de connectivité sont encore signalés.

De manière générale et par rapport aux données et système d'information, les principaux goulots d'étranglements retenus pour cette section sont :

1. La multiplicité des outils mis à la disposition des prestataires a contribué à l'augmentation de leurs charges de travail. En plus, les outils mis à la disposition des équipes étaient insuffisants. Enfin, les matériels internet étaient mis à leur disposition sans abonnement
2. Les équipements internet pour DIHS2 ne sont pas fonctionnels dans la majorité des ZS suite aux problèmes d'abonnement.
3. La diffusion des résultats des études sur la couverture est assurée plus au niveau central
4. La faible appropriation du processus d'analyse et de validation des données au niveau des ZS
5. Faible utilisation des données PEV par les acteurs pour la prise des décisions

5) Barrières liées à l'inégalité des sexes

Différences entre filles et garçons

Les enquêtes EDS 2013-14 et MICS 2017-2018 montrent qu'en RDC, il n'y a pas de différences entre la vaccination des filles et des garçons. Le rapport de la revue externe PEV 2018, indique que les obstacles liés à l'inégalité des sexes sont les barrières (vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé) qui sont issues des normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes. Les femmes ont tendance à être les premières à prendre soin des enfants mais, elles manquent parfois de pouvoir quant à la prise de décision et de ressources pour avoir accès ou utiliser les services de santé disponibles. La faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination constitue un des facteurs qui contribue à l'iniquité des services.

Flexibilité des services de vaccination pour l'adapter aux horaires des femmes

Une systématisation de l'adaptation des horaires des services de vaccination à ceux des femmes n'est pas encore démontrée. Néanmoins, la récupération des enfants pour les antigènes de routine lors des AVS est, dans la plupart des cas, réalisé de commun accord avec les horaires des mères après identification des enfants. Cette flexibilité est également notée au niveau des sites des soins communautaires. En plus, la vaccination à tous contact est pratiquée dans les points d'attraction est pratiquée dans certaines villes (cas de Kinshasa, avec l'appui de JSI à la ZS de Limete). Malheureusement, les prestataires et les relais communautaires sont souvent butés au problème de disponibilité de vaccin et des intrants pour organiser ces séances spéciales.

Education sanitaire

Le rôle déterminant des cellules d'Animation communautaire implantées dans plus de 40% des villages des ZS de la RDC dans l'Education Sanitaire des communautés dans le domaine de la vaccination est à encourager. Les CAC constituent une courroie de transmission entre les ménages de chaque village et les services de santé et de développement en général. L'implication du secteur de l'Education dans la promotion de la santé (Ecoles Assainies, Promotion des pratiques familiales clés) a constitué également une opportunité pour la promotion de la vaccination. La formation de 7 membres de la Task Force Communication formés en tant que formateurs des formateurs des Acteurs/prestataires de première ligne en matière de vaccination en 2019 est un atout majeur. Par ailleurs, les outils de communication ne sont pas disponibles et les activités de communication financées lors des AVS ne sont pas capitalisés pour renforcer les séances d'Education Sanitaire lors des activités de routine.

Les séances d'Education Sanitaire qui précède l'immunisation des enfants lors des activités de vaccination de routine sont réalisées dans la majorité des cas sans support visuel (Revue externe PEV 2018).

Les principaux goulots d'étranglements retenus par rapport aux barrières liées à l'inégalité des sexes sont :

1. Les normes sociales et culturelles concernant les rôles des hommes et des femmes constituent des barrières vis-à-vis de l'accès et de l'utilisation des services de santé
2. La faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination constitue un des facteurs qui contribue à l'iniquité des services
3. La faible disponibilité des vaccins et intrant ne permet pas aux prestataires et aux relais communautaires d'organiser des séances spéciales de vaccination.
4. Les séances d'Education Sanitaire qui précède l'immunisation des enfants lors des activités de vaccination de routine sont réalisées dans la majorité des cas sans support visuel.
5. Les activités de communication financées lors des AVS ne sont pas capitalisées pour renforcer les séances d'Education Sanitaire lors des activités de routine.

6) Autres aspects critiques : La surveillance des Maladies évitables par la vaccination

La surveillance des Maladies Evitables par la Vaccination (MEV) est caractérisée par la recrudescence des épidémies dans les zones de santé malgré les bonnes couvertures vaccinales administratives. Cependant, celles-ci sont en opposition avec les données des enquêtes ménages, notamment celles de MICS 2018-2019. Il existe un système de surveillance des MEV avec deux modalités de surveillance à savoir la surveillance au cas par cas (rougeole, tétanos néo-natal, fièvre jaune,) et la surveillance sentinelle (Rotavirus, Méningites bactériennes en milieu pédiatrique,). Il est à noter quelques aspects de ce système de surveillance des MEV sont bien fonctionnels. A titre d'illustration, la recherche active des cas de PFA, Rougeole et TNN se réalise 3 fois par mois dans les centres de santé enquêtés selon les résultats de l'évaluation externe du PEV de 2018.

Les principaux problèmes en lien avec la surveillance des MEV et la gestion des MAPI notés sont :

1. Ruptures fréquentes des kits de prélèvement et des réactifs de laboratoire
2. Ruptures fréquentes des outils de surveillance épidémiologique
3. Insuffisance en personnel formé en surveillance des MEV et des MAPI
4. Insuffisance en personnel formé en gestion des MAPI
5. Insuffisance de fonds pour le transport des prélèvements et les missions d'investigations des épidémies
6. Forte dépendance de la surveillance rougeole au fonds Polio
7. Manque de ressources pour soutenir les sites de surveillance sentinelles
8. Le système électronique pour la notification des cas n'est pas optimal.

3.5. Financement de la vaccination

- **Existence d'un cadre national de financement de la santé publique ainsi que de plans et budgets opérationnels de vaccination à moyen terme et à l'année**, qu'ils soient intégrés au plan/budget national de développement sanitaire à plus grande échelle, et leur lien ainsi que leur cohérence avec les processus de micro planification
- **Allocation de ressources suffisantes aux budgets nationaux pour la santé dédiée au programme/aux services de vaccination**, y compris pour les vaccins soutenus ou non par Gavi, les coûts opérationnels (intégrés) et liés aux prestations des services. Expliquer dans quelle mesure la stratégie nationale de santé intègre ces coûts et toute mesure prise pour augmenter les ressources nationales allouées à la vaccination. En cas de manquement lié au cofinancement dans les trois années passées, décrire les mesures d'atténuation mises en œuvre pour éviter tout autre manquement de ce type à l'avenir.

- **Décaissement et exploitation des ressources en temps voulu** : la mesure dans laquelle les fonds alloués aux activités liées à la vaccination (dont les coûts liés ou non aux vaccins) sont mis à disposition et exploités en temps opportun à tous les niveaux (par ex. au niveau du pays, de la province, du district).
- **Déclaration adéquate** du financement de la vaccination et disponibilité opportune d'informations fiables sur le financement pour améliorer la prise de décision.

La **Loi-cadre** sur la santé publique N° 18/035 du 13 décembre 2018 mentionne dans son article 89 (du titre IV ayant trait à la vaccination) l'obligation pour le ministère de la santé à assurer l'approvisionnement et la gestion des vaccins. Malgré des plans budgétisés des structures qui gèrent la vaccination, et malgré l'existence d'une ligne budgétaire spécifique à la vaccination dans le budget de l'Etat, la part du financement du gouvernement est faible. En conséquence, le financement de la vaccination est plus tributaire du financement extérieur qui suit les mécanismes du montage CAGF& GIZ pour les fonds de partenaires.

Pour l'allocation de ressources, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS 2016) de la RD Congo renseignent que le budget de la santé a accru de 3 à 7% par rapport au budget national entre 2008 et 2016. Néanmoins, la contribution de l'Etat par rapport aux dépenses totales de la santé (DTS) a stagné entre 14-15% durant la même période et la proportion des dépenses publiques par rapport aux dépenses de santé publiques est évaluée à 6%. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont connu une croissance depuis 2008, passant de 15 dollars par habitant par an à 23 dollars par habitant par an en 2016 (PNCNS 2016). Cependant, ces dépenses restent en dessous du cout de paquet de services essentiels établis à 86\$ (Mc Tynre, 2014). Ces ressources proviennent des bailleurs (45%), des ménages (40%) et de l'Etat (15%). Par rapport au PEV de routine, le budget de l'Etat, exercice 2018 avait prévu un crédit de près de 4 040 000 USD dont 50 % était réservé à l'achat des vaccins et de matériels d'approvisionnements (Source ministère du budget RDC).

Par rapport au décaissement, les dépenses de la subvention Gavi-RSS2 ont été effectuées conformément aux règles et procédure appliquées dans le pays. Les fonds gérés par les PTFs ont connu une mise en œuvre plus régulière, avec un taux d'absorption supérieur à 90% contre 42.3% pour le MSP, au 30 Novembre 2018. Toutefois, il faut noter la lourdeur des procédures de décaissement des ressources de l'Etat et l'existence de « mécanisme de retour sur décaissement » qui constituent des facteurs majeurs de faible allocation des ressources en faveur du PEV.

Par rapport aux ressources de l'Etat, le taux de décaissement du budget de l'Etat réservé à la vaccination en 2018 était de plus de 100%. Malencontreusement, aucune ressource n'était allouée à l'achat des vaccins et matériels d'inoculation (Source : ministère du budget RDC).

La déclaration adéquate du financement en faveur de la vaccination n'est pas évidente. Les données sur la cartographie des financements disponibles sont pour la plupart agrégées et les modalités d'allocation ne sont pas toujours maîtrisées par les acteurs de terrain. Les retards de transfert et les changements des modalités de mise à disposition des fonds aux niveaux opérationnels (ZS - CAC/CODESA) compliquent singulièrement la mise en œuvre et atténuent la portée des interventions. La mauvaise gouvernance et la lourdeur administrative au sein du système de santé en constitue deux facteurs majeurs.

Mais le nouvel élan enclenché lors de la table ronde sur la vaccination tenue à Kinshasa, a permis aux autorités du pays de prendre des engagements fermes pour l'appui des services de vaccination dans les domaines de mobilisation des communautés à participer aux activités de vaccination, appui aux réunions, prise en charge du personnel et le co financement pour l'achat du vaccin.

3.6. Planification de la transition de la poliomyélite (le cas échéant)

En cas de transition pour mettre fin au soutien d'autres sources principales en matière de soutien au programme de vaccination, telle que l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, décrire brièvement le plan de transition. S'il n'en existe aucun, décrire les plans pour en élaborer un et les autres mesures préparatoires.

Une baisse voire une suspension brutale des financements actuels acquis à travers l'IMEP auraient des répercussions sur la dynamique de relance du système de vaccination et du système de santé en général en RDC vu l'insuffisance du financement du secteur de la santé par l'Etat. En effet, les ressources utilisées pour mener la surveillance cas par cas sont des fonds de la polio. Il est donc essentiel que le soutien à ces activités soit transféré non seulement pour la surveillance polio, mais également pour la surveillance de la rougeole ; d'où le plan stratégique de la transition de la Poliomyélite.

Tableau 9 : Stratégies de transition par fonction

Fonctions	Sous fonction	Objectifs	Stratégies alternatives	Stratégies de transition
Implémentation et prestation de service	Flambée épidémique et planification des urgences	D'ici à 2022 toute flambée ou événement devront bénéficier d'une réponse adéquate dans les délais (excepté les épidémies isolées de la rougeole)	Mobilisation des ressources sécurisées pour faire face aux USPPI	Maintien et intégration progressive des actifs (nécessité d'une capitalisation formelle)
Surveillance	Surveillance terrain	D'ici à 2022 réduire progressivement l'assistance technique des agences avant la certification de l'éradication en garantissant le transfert de compétence (ce progrès sera mesuré à l'aide des indicateurs de surveillance de routine)	Utiliser les données de la capitalisation	Maintien et intégration progressive des actifs
	Laboratoire et confinement	D'ici à 2022 maintenir le score d'accréditation du laboratoire national de référence à $\geq 90\%$	Réseautage du laboratoire avec d'autres laboratoires de référence	Maintien des activités de labo et confinement
Renforcement Capacités	Formation	D'ici 2022, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme	Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources	Maintien et intégration progressive des actifs
Financement	Mobilisation des ressources	D'ici à 2022, accroître le budget de l'Etat de 5% en faveur de la vaccination	Mobilisation des ressources adéquates Augmentation de, l'accès aux financements mobilisés	Maintien de la fonction

4. Performance antérieure du soutien Gavi, défis dans la mise en œuvre et enseignements

Commenter brièvement la performance du soutien aux vaccins et le renforcement du système de santé et de vaccination (RSS, Ops, AFV, POECF, subventions de transition) reçus de la part de Gavi.

4.1. Performance programmatique des subventions de Gavi sur les plans suivants :

- Objectifs atteints par rapport aux cibles convenues
- Avancée dans la mise en œuvre globale, enseignements tirés et meilleures pratiques
- Avancées et objectifs atteints, plus particulièrement avec le soutien de Gavi en matière de RSS et de POECF
- Utilisation et résultats du financement basé sur la performance (FBP)
- S'il y a lieu, avancée de la mise en œuvre du plan de transition, goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives

Par rapport aux performances du programme de vaccination en général, les objectifs des couvertures vaccinales n'ont pas été atteints pour tous les antigènes en 2018, si l'on se réfère aux données des enquêtes MICS 2017/2018, contrairement aux données administratives du PEV. Cette situation est illustrée avec les données des antigènes phares et le taux d'abandon dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10 : niveau d'atteinte des objectifs de couverture Pentavalent 3 et Var par rapport aux cibles

Antigène	Objectifs 2017	CV réalisés en 2017 données administratives	Objectifs 2018	CV réalisées en 2018 données administratives	EDS 2013-2014	Estimation OMS-Unicef 2018	Résultats MICS 2018
Penta 1	94%	100%	95%	100%	81,2%	82%	66%
Penta 3	92%	93,8%	93,0%	94 %	60,3%	81%	48%
VAR	91%	91,7%	92,0%	92%	71,2%	80%	53,6%
Taux d'abandon Penta 1 et 3	7 %	6%	7 %	6,5%			>18%

Ainsi, selon les données MICS 2017-2018, 1 224 000 enfants sont non vaccinés ou incomplètement vaccinés en RDC. Cette situation est à la base de la recrudescence des épidémies de rougeole, de fièvre jaune et de la persistance de la circulation du poliovirus vaccinal en 2018.

Par rapport à la performance de la subvention RSS2 de 2015 à 2020, la plupart des objectifs ont été atteints lors de l'évaluation à mi-parcours de 2018 avec toutefois quelques exceptions.

Pour l'objectif 1 relatif à la disponibilité des vaccins et autres intrants de qualité, il a été rapporté une augmentation des capacités du stockage du pays et de la couverture en CF qui est passée de 30 % à 74% en fin 2018. Les dépenses engagées s'élevaient à \$ 56 230 112 sur les \$66 708 043 prévus, soit 84,3% au 31 décembre 2018.

Pour l'objectif 2 relatif à la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité, il faut noter que l'implantation de toutes les composantes de l'approche ACZ dans les ZS ciblées a permis d'augmenter le nombre d'enfants et de femmes enceintes récupérés (633.670/187.052 enfants et 103.472/211.787 femmes enceintes) par les RECO. Néanmoins, il persiste encore un nombre élevé d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés.

Il faut également noter que la vaccination de routine a été renforcée dans 16 DPS couvrant 372 ZS qui ont bénéficié de l'appui pour le transport des vaccins et la maintenance de la CF. En plus, le Plan Mashako a été implanté dans 9 DPS couvrant 89 ZS qui ont bénéficié d'un appui spécifique pour l'intégration des stratégies innovantes dont la mise à disposition et l'utilisation des téléphones androïde par ECZ, EC DPS et IPS pour la collecte des données et le suivi des activités.

Pour cet objectif, \$ 20 164 566 ont été dépensés sur les \$ 22 571 229 prévus, soit 89% au 31 décembre 2018.

Pour l'objectif 3 relatif à l'amélioration de la qualité des données, le résultat n'a pas été atteint, en dépit de l'appui reçu, et avec seulement 37% du budget consommé, soit \$ 4 427 718 dépensés sur \$12 089 449 prévus, au 31 décembre 2018.

Pour l'objectif 4 relatif au renforcement des capacités institutionnelles, le projet s'est focalisé à renforcer les activités de planification, suivi et évaluation à la base et aux niveaux intermédiaire et central. Au total, 12 revues semestrielles et 3 revues annuelles ont été organisées, 3 assemblées générales du CNP-SS de 2016, 2017 et 2018, l'évaluation à mi-parcours de la RSS2 et celui du PNDS 2015-2020, sans oublier les missions de suivi trimestriel dans les 10 DPS prioritaires.

Néanmoins, il y a eu un problème des arriérés des primes qui n'ont été payés uniquement que pour l'exercice 2017 aux niveaux central et intermédiaire. Le taux d'exécution budgétaire pour cet objectif est de 30% soit \$ 5 886 339 dépensés sur \$19 457 713, au 31 décembre 2018.

Pour l'objectif 5, une impulsion de la dynamique communautaire a été notée dans le cadre de l'amélioration de la demande pour la vaccination : 23 992 CAC étaient installés sur les 24 547 attendues soit 95% et 24 199 RECO étaient formés. Ceci a conduit à 182 066 femmes enceintes récupérées sur 3 ans. Le taux d'exécution budgétaire était de 73%, soit \$ 15 127 650 dépensés sur les \$ 20 587 2018 au 31 décembre 2018.

Pour l'objectif 6 concernant la réforme du financement et la gestion du programme, les résultats des audits ont été favorables en 2015, 2016 et 2017 et les justifications sur les avances ouvertes ont été réduites de 85%. Le projet a permis notamment le montage d'un mécanisme de financement efficace, le CAGF-AF/GIZ et le renforcement des capacités en gestion des experts et cadres du MSP en provinces par l'AGEFIN/GIZ. Néanmoins, le gel de financement n'a pas permis au MSP de mettre en service 10 gestionnaires recrutés. Le taux d'exécution budgétaire était de 80% soit \$ 2 871 709 dépensés sur \$ 3 577 510, au 31 décembre 2018.

Par rapport au CCEOP, la couverture en chaîne de froid est à ce jour évaluée à 74% au niveau des aires de santé. En effet, le pays avait soumis deux propositions de CCEOP en 2017.

Proposal CCEOP	Couverture en CF de départ	Nombre de réfrigérateurs solaires installés	Couverture en CF après installation
CCEOP 1	30%	2 087	51%
CCEOP 2	51%	1 303	74%

En plus, l'analyse comparative des résultats des 3 dernières évaluations GEV (2011, 2014, 2019), montre une progression des performances. De manière générale, le score composite est passé de 59% en 2011 à 61% en 2014 et 71% en 2019. Le gain de la performance de 2014 et 2019 est de 10 points. Il sied de signaler que le projet RSS2 de Gavi a contribué à l'amélioration de ce score grâce à la construction du Hub de Kinkole, la dotation en chambres froides, la dotation en camions et paiement et distributions. La couverture en CF était passée de 30% à 51% grâce à RSS2.

Par rapport à l'utilisation et aux résultats du financement basé sur la performance (FBP)

Les appuis techniques et les investissements réalisés au cours du projet RSS2 ont permis au système PEV ses performances à travers la construction des infrastructures (centres de santé, dépôts, hub...), la dotation en équipements et matériels de CDF, la redynamisation de la participation communautaire et la motivation des prestataires à travers les primes de performance.

Néanmoins, la dotation des ZS VSAT pour la gestion des données SNIS en général et de la vaccination en particulier n'a pas permis aux ZS d'améliorer leurs performances dans le domaine de gestion des données. Les VSAT n'ont pas permis d'améliorer les volets analyse, transmission et utilisation des

données suite aux problèmes de connectivité. En plus, le paiement des primes des niveaux central et intermédiaire n'est pas régulier. Seuls les arriérés des primes de 2017 ont été apurés.

Leçons tirées

L'intégration des approches innovantes de suivi des activités et le renforcement combiné des initiatives à base communautaire (installation des CAC et leurs motivations) et des stratégies avancées pour récupérer les enfants non vaccinés a permis de rapprocher les activités de vaccination près des communautés difficilement accessibles. La réduction du taux d'abandon Penta1 et 3 et l'augmentation du nombre d'enfants et des femmes enceintes non vaccinés récupérés dans les Zones de concentration RSS 2 en constitue la preuve.

Les procédures de gestion mis en place et le renforcement des capacités des acteurs pour la maîtrise de ces dernières ont contribué à la bonne gouvernance du programme.

Bonnes pratiques

Appui spécifique qui prend en compte les approches innovantes dans le cadre du plan Mashako

Synergie des actions dans le cadre de l'amélioration de la couverture en chaîne de froid

Mis en place d'un système de gestion transparent à travers les AGEFIN avec option de transfert progressif des compétences à la CAGF.

4.2. Performance de la gestion financière sur les plans suivants :

- Taux d'absorption financière et d'utilisation
- Conformité avec les rapports financiers et avancée dans le traitement des exigences imposées en matière d'audit
- Principaux problèmes issus des engagements d'examen (par ex. audits de programmes de liquidités réalisés par Gavi, évaluations des capacités du programme mené par Gavi, audits externes/internes annuels, etc.) et liés à l'avancement de la mise en œuvre d'une recommandation
- Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux précédentes dispositions

Le taux global d'utilisation des fonds RSS 2 au 31 décembre 2018 était évalué à 79%. Ces fonds avaient permis de réaliser en moyenne 85 % d'activités du projet. Sur les 144 991 152 USD engagés, les dépenses effectuées représentaient 115 251 641 USD. Les fonds gérés par les PTFs ont connu une mise en œuvre plus régulière comparée au MSP. Au 30 Novembre 2018, le taux moyen d'absorption des PTFs était supérieur à 90% contre 42.3% pour le MSP. Toutefois, les fonds transférés aux niveaux opérationnels (DPS, BCZ, AS/CS) ont été totalement utilisés.

En juillet 2019), le taux d'utilisation de ces fonds était passé à près de 92%, soit des dépenses de 132 823 703 USD sur les 144 991 152 USD engagés.

Les dépenses ont été effectuées conformément aux règles et procédures appliquées dans le pays. Néanmoins, des réallocations ont souvent été nécessaires pour faire face aux nouvelles options et aux dépenses imprévues.

Les retards de transfert et les changements (fonds initialement transférés au BCZ ; actuellement DPS) des modalités de mise à disposition des fonds aux niveaux opérationnels (ZS - CAC/CODESA) compliquent singulièrement la mise en œuvre et atténuent la portée des interventions, avec le risque de perte d'effet et des bénéficiaires de celles déjà amorcées. Par ailleurs, la période de chevauchement entre les financements RSS1 et RSS2 n'a pas facilité la gestion financière. En effet, pour le MSP, la mise en œuvre des activités avec fonds RSS1 s'est poursuivie jusqu'au 31/03/2016, tandis que les activités avec fonds RSS2 ont débuté dès Octobre 2015 pour les PTFs susmentionnés. Ainsi, l'implantation de l'ACZ dans les DPS ciblées n'a été effective qu'à partir de Juin 2017 en raison de la suspension des fonds par Gavi pour des dépenses inéligibles (1.6M USD). Corollaire de cette décision, seulement 39,5% de décaissement sur les

20.3M planifiés en 2017. Une nouvelle expérience avec « Orange money » est déjà en cours pour faciliter les transferts des frais de supervision et la prime des data managers.

Pour faire face à ces défis, la consolidation du système de gestion financière basé sur l'utilisation du circuit de la CAGF est importante. En effet, ce système est basé sur une double vérification. Concrètement, les vérifications des dépenses sont assurées par la CAGF. L'AGEFIN assure la revue de ces dépenses avant de transférer le dossier à la trésorerie pour paiement. Néanmoins, une attention particulière devra être accordée aux faiblesses relevées lors de l'audit externe : avances ouvertes et retard dans les passations des marchés en vue d'une mise en œuvre adéquate des activités. La mobilisation d'Unicef et d'Unops pour les activités qui nécessitent des passations de marché importante permettra également de résorber ce problème.

SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation supra s'est basée sur plusieurs sources d'informations dont les principales sont les productions des travaux du premier et du second dialogue pays sur la JSP GAVI RSS 3, y compris les données préliminaires du Plan Mashako, la revue externe PEV d'octobre 2018, les données du MICS-4 2017-2018, l'évaluation mi-parcours de la RSS 2, le Plan de renforcement 2020-2024, le rapport de la GEV et son plan d'amélioration plus toutes les ressources mis à la disposition des experts pour la préparation du premier dialogue JSP GAVI RSS 3. Ces ressources ont permis de mieux décrire les goulots majeurs d'étranglement de l'offre des services de vaccination et les opportunités d'intégration, de l'inventaire de la chaîne de froid et des moyens de distributions des vaccins et intrants spécifiques qui sont disponibles dans le pays, y compris les stratégies pour atteindre les enfants vivant dans les aires de santé à accès difficile et, enfin de l'évaluation des mécanismes de gestion financière mis en place par le Ministère de la Santé Publique dans le cadre de la RSS 2.

La synthèse de ces goulots d'étranglement peut être décrite comme suit :

1. Système de gestion des vaccins et chaîne d'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement en vaccins en RDC ne garantit pas toujours la disponibilité des vaccins de qualité au niveau périphérique, suite aux problèmes de transport, de stockage et de gestion logistique. Cela, en dépit des améliorations notées durant la mise en œuvre de la RSS 2 (ex. score composite GEV de 61% en 2014 à 71% en 2019), de l'appui avec la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (CCEOP) dont la couverture était de 74% au 31 décembre 2018 avec possibilité de passer à 80% à la fin de l'année 2019. Les principaux goulots d'étranglements (problèmes) qui induisent cette faible disponibilité des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement sont :

1. Absence des fonds sécurisés pour l'achat des vaccins traditionnels et retard de co-financement ;
2. Approvisionnements fractionnés des vaccins et intrants suite à la faible capacité de transport par voie aérienne et au stockage à certains niveaux de la chaîne d'approvisionnement.
3. Persistance des problèmes de transport des vaccins et intrants liés à la forte dépendance au mode aérien (22 DPS sur 26 soit environ 85%).
4. Insuffisance de la maintenance (préventive et curative) des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux ;
5. Faible couverture en source d'énergie électrique et solaire ; en outre les provinces desservies en énergie électrique ne bénéficient pas des services de qualité ;

6. Faible capacité technique des prestataires en gestion logistique PEV
7. Déficience du système de monitoring et de rapportage des données logistiques en temps réel (système SIGL non performante).

2. Prestation de services, activités de vaccination

L'intégration complète de services de vaccination dans les services de santé reste un défi majeur à relever. Par ailleurs, les services offerts n'ont pas la qualité recherchée, avec les caractéristiques suivantes :

1. L'accès aux services de vaccination est faible en milieu rural, en raison du nombre insuffisant de stratégies avancées réalisées en comparaison à la taille du pays (1 stratégie avancée mensuelle par 140 km² en moyenne en 2018 ; le nombre planifié n'est pas suffisant pour couvrir les 8 830 aires de santé dans le pays en dépit d'un taux de réalisation de plus de 80% : 174 943 séances planifiées dont 153 237 séances réalisées)
2. Le nombre de stratégie fixe est insuffisant (2,3 séances par CS par mois par CS en 2018 selon JRF)
3. Absence de centres de santé fonctionnels dans 238 aires de santé ; ils n'offrent pas les services de vaccination ;
4. L'inadaptation des stratégies de la vaccination systématique aux zones urbaines ;
5. Le paiement des services de vaccination, réduisant l'accessibilité et l'utilisation des services
6. La persistance des occasions manquées de vaccination suite à la mauvaise planification des séances, à l'insécurité et aux ruptures de stock des vaccins et autres intrants ;
7. Les services de vaccination offerts restent de faible qualité à la suite de l'insuffisance et l'instabilité du personnel formé ;
8. Et des faiblesses majeures dans la gestion des épidémies, la surveillance des MAPI et des maladies évitables par la vaccination ont été notées.

3. Gestion des données/système d'information sanitaire et qualité des données SNIS et DHIS-2

Les données générées par les structures ne sont pas de bonne qualité. Cela ne permet pas d'avoir une appréciation adéquate des efforts fournis par les équipes à tous les niveaux du système, impactant ainsi négativement les décisions en matière de vaccination. Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :

1. Les dénominateurs ne sont pas maîtrisés à tous les niveaux ;
2. La transition du DVDMT vers DHIS2 n'est pas encore complétée (canevas SNIS actualisé intégrant les éléments PEV non imprimé, utilisation des données au niveau du PEV non amorcé) et les problèmes de fonctionnalité de matériels et équipements informatiques ont été notés (internet, connectivité...) ;
3. Problème de promptitude des données
4. Toutes les informations nécessaires à l'amélioration des couvertures ne sont pas encore intégrées dans le DHIS2 (Cas de plan de Mashako): pas de tracker des RH-Vaccinateurs, des services de vaccinations, des séances de vaccination, des supervisions) ;
5. Problème de numérateur due à la faiblesse du système de gestion des données (ex. rapportage des données) et de la qualité et de la motivation des Ressources Humaines (RH) : problème de qualité dues aux erreurs et problème du sur-rapportage
6. Faible utilisation des données au niveau opérationnel dans leur ensemble pour la prise de décision et absence de sanctions pour ceux qui produisent les données de mauvaise qualité

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

4. Gestion des programmes, financement et bonne gouvernance

Les capacités institutionnelles demeurent faibles, en dépit des efforts fournis dans le cadre de la réforme du SS. Le pilotage des organes et des structures révèle des faiblesses importantes. Cette faiblesse est plus marquée au niveau intermédiaire et est en partie liée à la mise en œuvre d'un processus de décentralisation mal accompagné. Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :

1. Faible taux de décaissement des fonds du gouvernement et des partenaires en faveur de la vaccination ;
2. L'engagement des gouvernements provinciaux dans le financement de la vaccination reste faible ;
3. La remontée des données financières du niveau provincial vers le niveau central n'est pas automatique ; ne facilite pas le travail de mutualisation des ressources ;
4. La masse critique des cadres du niveau opérationnel formée en Gestion technique PEV reste faible ;
5. Les effectifs des prestataires ne sont pas maîtrisés (inexistence d'un registre électronique à jour et instabilité du personnel au niveau intermédiaire due à la politisation exagérée de la gestion des ressources humaines impacte négativement la coordination efficace des activités de vaccination) ;
6. Les organes de coordination des activités PEV ne fonctionnent pas de manière optimale (Réunions et supervisions irrégulières et de faible qualité au niveau provincial et dans les Zones de santé).

5. Demande de la vaccination et engagement communautaire :

L'accessibilité aux services de vaccination reste inéquitable entre les provinces et les groupes spécifiques, à la suite des problèmes d'accessibilité géographique, socio culturelle et économique. Les nombre d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés demeure important (près de 2,5 millions selon MICS 4 de 2018). Il persiste une faible demande des services de vaccination par la communauté, y compris dans les ZS où les services sont disponibles. Une attention particulière devra être portée également aux ZS des milieux urbains. Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :

1. Persistance du nombre élevé des enfants non vaccinés en dépit des améliorations notées lors de l'évaluation du programme GAVI RSS 2. Le rapport MICS 4 l'évalue à 2,5 millions enfants ;
2. Existence des groupes réfractaires à la vaccination dans les communautés ;
3. Problème de motivation des relais communautaires et leaders des communautés impliqués dans les activités communautaires de vaccination ;
4. L'équilibre des forces entre le système de santé et les usagers en vue d'améliorer la qualité des services n'est pas suffisamment garanti : la gestion des CAC et d'autres organes de participation communautaire sont fortement influencée par les prestataires des soins ;
5. Inexistence d'un système de suivi systématique du statut vaccinale et autres interventions à haut impact à base communautaire des enfants et des mères partant de la période prénatale

en passant par la période néonatale jusqu'à 23 mois d'âge et dans un proche avenir jusqu'à 13 ans pour les jeunes filles.

Ces analyses montrent que le défi majeur auquel le pays devra faire face est l'immunisation complète et correcte des enfants congolais à travers un système de santé performant dont le PEV fait partie, au regard de la persistance des épidémies dues aux maladies évitables par la vaccination (cas de rougeole), des estimations des couvertures inférieures aux objectifs du PEV et des résultats MICS 2017-2018 qui montrent une baisse drastique de la couverture vaccinale dans le pays. Ainsi, les provinces/zones prioritaires et les interventions à déployer dans le cadre de la RSS 3 ont été déterminées sur base de cette analyse de la situation, et l'identification s'est faite sur base du critère majeur ci-après: **Nombre d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés au regard des résultats de MICS 2017-2018**. Le choix de ce critère a été motivé par le fait qu'il combine deux indicateurs à savoir : le nombre d'enfants zéro doses (n'ayant reçu aucun vaccin) et ceux qui ont reçu au moins un vaccin. Par ailleurs, les résultats de la cartographie des interventions ont permis d'identifier les provinces qui disposent d'un appui basique RSS identique à celui apporté par GAVI. Dans le but d'éviter la duplication des appuis, leurs interventions seront prises en compte en complément de l'appui basique de GAVI. Seuls les bailleurs ci-après étaient concernés : USAID (Maternal and Child program), UNICEF (Survie de l'enfant), Bill and Melinda Gate Foundation (BMGF) et DFID program (dans les ZS appuyées par le programme), PDDS/Banque Mondiale et Fonds Mondial.

Les interventions à déployer sont regroupées à trois niveaux à savoir : (1) *Appui systémique à l'échelle nationale en coordination avec les autres partenaires*, (2) *Appui à la vaccination/paquet essentiel à l'échelle nationale en coordination/en complémentarité avec les autres partenaires soutenant l'offre des services/soins de santé primaires* et (3) *Activités complémentaires/renforcées/innovantes*.

1. Appui systémique à l'échelle nationale en coordination avec les autres partenaires :

Il consistera à apporter un appui à toutes les provinces (en complémentarité avec d'autres partenaires) dans le domaine de :

- SNIS (intégration du DIHS 2 dans le PEV),
- système de surveillance,
- prise en charge des maladies évitables par la vaccination et des MAPI,
- chaîne logistique (stockage, distribution et SIGL),
- et E Learning pour le renforcement des capacités des prestataires.

2. Appui à la vaccination/paquet essentiel à l'échelle nationale en coordination/en complémentarité avec les autres partenaires soutenant l'offre des services/soins de santé primaires :

Appui à la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque Zone de Santé (ACZ) avec l'intégration d'une approche innovante basé sur le renforcement du suivi, de la supervision et de la redevabilité à l'aide des NTIC (application gestion PEV utilisée dans le plan Mashako).

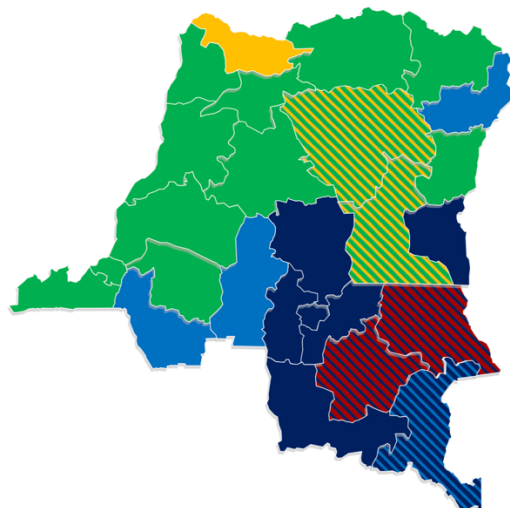
GAVI RSS appuiera les provinces et les Zones de santé non couvertes par les bailleurs partenaires qui apportent un appui similaire à GAVI RSS 3 à l'instar de l'USAID, DFID et Bill et Melinda Gate Fondation (BMGF). Les détails sur les provinces ciblées sont repris dans le tableau ci-dessous.

Bailleurs/Partenaires	Projet/Programme	Provinces ciblées	Nbre de ZS ciblées	Brève description
1.USAID	Maternal and Child Health (y compris vaccination)	Toutes les provinces	243	Appui à la mise en oeuvre à l'approche RED (Reaching Every District) et chaine de froid ;
Sous total 1 USAID		26	243	
2.DFID	-	Kasai	18	Appui à la mise en oeuvre à l'approche RED (Reaching Every District) et chaine de froid ; Les ZS non appuyées par DFID dans le Kasai et Maniema seront pris en charge par GAVI RSS ;
		Nord Ubangi	11	
		Maniema	18	
Sous total 2 DFID		3	47	
3.BMGF	-	Haut Lomami	16	idem
		Tanganyika	11	
Sous total 3 BMGF		2	27	
4.Unicef	Survie de la mère Et de l'enfant	Kasai	18	idem
		Kwango	14	
		Ituri	36	
Sous total 4 Unicef		3	68	
5.GAVI	RSS 3	Kinshasa	35	Appui à la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque Zone de Santé (ACZ) et chaine de froid avec l'intégration d'une approche innovante basé sur le renforcement du suivi, de la supervision et de la redevabilité à l'aide des NTIC (application gestion PEV utilisée dans le plan Mashako).
		Kwuilu	24	
		Kasai central	26	
		Sud Kivu	34	
		Tshopo	23	
		Mongala	12	
		Kongo central	31	
		Equateur	18	
		Nord Kivu	34	
		Tshuapa	12	
		Maindombe	13	
		Haut Uele	11	
		Bas Uele	11	
Sous total 5 GAVI		13	284	

Ce tableau montre que GAVI R SS 3 appuiera 13 provinces (antennes et DPS) et 284 Zones de santé pour le volet Appui à la vaccination/paquet essentiel à l'échelle nationale en coordination/en complémentarité avec les autres partenaires soutenant l'offre des services/soins de santé primaires. Notons que des complémentarités sont également valables à l'intérieur de chaque province et ZS ciblées par les bailleurs pour éviter des doublons d'appui dans les provinces et/ou Zones de santé appuyées par plus d'un bailleur.

Le but poursuivi est celui de garantir à toutes les provinces un appui basique (en complémentarité avec d'autres partenaires) pour la mise en œuvre des activités de vaccination de routine en vue de garantir l'équité d'accès aux services de vaccination de base à tous les enfants. Voir carte ci-dessous.

Financement potentiel des activités de base pour la vaccination



Carte 6 : Financement potentiel des activités de base de la vaccination. Gavi-RSS 3 interviendrait dans 13 provinces, en complémentarité aux financements disponibles des autres bailleurs de fonds

3. Activités complémentaires/renforcées/innovantes :

Ce sont des activités complémentaires à celles reprises dans les niveaux 1 et 2 supra.

Il s'agit de :

- Approche transport vaccin jusqu'au dernier kilomètre et utilisation des drones,
- Micro planification et cartographie participative à l'aide de GRID,
- Solarisation des chambres froides dans les antennes,
- Registres électroniques d'immunisation en zone urbaine,
- Renforcement du système communautaire (mise en place d'un système de suivi communautaire des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 13 ans),
- Stratégie urbaine (partenariat public privé, vaccination dans les zones de concentration,)
- Stratégie de réduction des occasions manquées...

GAVI RSS3 apportera un appui supplémentaire en plus de l'appui à la vaccination/paquet essentiel (niveau 2) qui est assuré dans toutes les provinces GAVI RSS 3 et d'autres bailleurs selon les zones de concentration reprises dans le tableau ci-dessus.

Cet appui sera déployé dans les 9 provinces prioritaires identifiées en fonction du nombre d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés selon MICS 2017-2018. Les détails sur cette priorisation sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Tableau de priorisation des provinces pour l'appui GAVI RSS 3

Provinces	Nombre ZS	Nombre d'enfants non ou incomplètement vaccinés selon MICS 2017-2018	%	Cumul %	Spécificité
Kinshasa*	35	192 000	8%	8%	Stratégie urbaine et Registres électroniques d'immunisation
Kwilu*	24	160 000	6%	14%	Stratégie urbaine
Kasai*	18	147 000	6%	20%	Stratégie urbaine
Kasai oriental*	19	133 000	5%	26%	Stratégie urbaine
Sud Kivu*	34	132 000	5%	31%	Stratégie urbaine et drones
Ituri*	36	127 000	5%	36%	
Lomami*	16	114 000	5%	41%	
Haut Katanga*	27	113 000	5%	45%	Stratégie urbaine
Haut Lomami*	16	106 000	4%	50%	
Kasai central	26	102 000	4%	54%	
Tshopo	23	102 000	4%	58%	
Tanganyika	11	88 000	4%	62%	
Maniema	18	86 000	3%	65%	
Sud Ubangi	34	84 000	3%	68%	
Mongala	12	83 000	3%	72%	
Kwango	14	79 000	3%	75%	
Kongo central	31	75 000	3%	78%	
Lualaba	14	73 000	3%	81%	
Sankuru	16	70 000	3%	84%	
Equateur	18	66 000	3%	87%	
Nord Kivu	34	66 000	3%	89%	
Tshuapa	12	66 000	3%	92%	
Maindombe	14	60 000	2%	94%	
Haut Uele	13	55 000	2%	97%	
Nord Ubangi	11	47 000	2%	99%	
Bas Uele	11	36 000	1%	100%	

*DPS ciblées par GAVI RSS 3.


Il ressort de ce tableau de priorisation que 9 Provinces (Kinshasa, Kwilu, Kasai, Kasai oriental, Sud Kivu, Ituri, Lomami, Haut Katanga et Haut Lomami) et 225 ZS **bénéficieront d'un appui supplémentaire pour la mise en œuvre des activités innovantes en vue d'atteindre un plus grand nombre d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés. En effet, ces 9 provinces comptent à elles seules 50% d'enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés selon MICS 2017-2018.**

Tableau 12 : Liste des DPS prioritaires et activités mise en œuvre

Activités	ZS	Paquet 2 Activités de base	Paquet 3 Haut Impact
		<p>Appui à la mise en oeuvre de l'approche Atteindre Chaque Zone de Santé (ACZ) et chaîne de froid avec l'intégration d'une approche innovante basé sur le renforcement du suivi, de la supervision et de la redevabilité à l'aide des NTIC (application gestion PEV utilisée dans le Plan Mashako).</p>	<p>Approche transport vaccin jusqu'au dernier kilomètre et utilisation des drones (1),</p> <p>Micro planification et cartographie participative à l'aide de GRID (2),</p> <p>Solarisation des chambres froides dans les antennes (3),</p> <p>Registres électroniques d'immunisation en zone urbaine (4),</p> <p>Renforcement du système communautaire (mise en place d'un système de suivi communautaire des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans) (5),</p> <p>Stratégie urbaine (partenariat public privé, vaccination dans les zones de concentration,) (6)</p> <p>Stratégie de réduction des occasions manquées (7) ...</p>
Kinshasa*	35	X	X (Activités retenues : (2), (4), (5),(6) et (7)). Les interventions (4), (6) et (7) seront mis en œuvre dans 30 ZS.
Kwuilu *	24	X	X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5), (6) et (7)). Les interventions (6) et (7) seront mis en œuvre dans 2 zones de santé dans la ville de Kikwit.
Kasai central	26	X	
Sud Kivu*	34	X	X (Activités retenues : (1), (2), (3),(5), (6) et (7)). Les interventions (6) et (7) seront mis en œuvre dans la ville de Bukavu dans 5 ZS.
Tshopo	23	X	
Mongala	12	X	
Kongo central	31	X	
Equateur	18	X	
Nord Kivu	34	X	
Tshuapa	12	X	
Maindombe	13	X	
Haut Uele	11	X	
Bas Uele	11	X	
Kasai*	18		X (Activités retenues : (1), (2), (3), (5), (6) et (7)).Les interventions (6) et (7) seront mis en œuvre dans la ville de Tshikapa dans 4 ZS.
Kasai Oriental	19		X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5), (6) et (7)). Les interventions (6) et (7) seront mis en œuvre dans la ville de Mbuji-Mayi dans 10 ZS.
Ituri	36		X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5)).
Lomami	16		X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5)).

Haut Katanga*	27		X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5), (6) et (7)). Les interventions (6) et (7) seront mis en œuvre dans la ville de Lubumbashi dans 12 ZS.
Haut Lomami	16		X (Activités retenues : (1) (2), (3), (5)).

Partie C : Planification du futur soutien de Gavi⁸

 La **Section C** détaille le soutien au renforcement des systèmes de santé et aux vaccins nouveaux demandé pour les 3 à 5 ans à venir, y compris les considérations stratégiques et les activités prioritaires. Les détails opérationnels sont présentés dans le **modèle de budgétisation et planification de Gavi**, et la mesure de la performance est présentée dans un **cadre de performance des subventions** actualisé.

Si vous prévoyez de demander un soutien aux vaccins nouveaux (lancements de programme de vaccination systématique et/ou campagnes) **au cours des 3 à 5 ans à venir**, veuillez remplir la section 7 ci-dessous.

Si vous prévoyez de lancer des programmes de vaccination systématique et/ou des campagnes au cours des 18 prochains mois, veuillez en plus remplir la demande pertinente propre au vaccin, sur le Portail pays, ici : <http://www.gavi.org/support/process/country-portal/>

5. Planification du futur soutien : approche stratégique, coordination et alignement

5.1. Approche stratégique des investissements Gavi demandés pour les 3 à 5 prochaines années

À partir de l'analyse de situation de la **Partie B**, décrire la **justification des investissements Gavi demandés** pour les soutiens au RSS, à la POECF et aux vaccins (nouveaux) ainsi que les résultats attendus.

Décrire les **synergies** dans le cadre du soutien Gavi, y compris les **lancements de programmes de vaccination et/ou campagnes prévus**. Le cas échéant, faire un commentaire sur les capacités et systèmes appropriés pour présenter plusieurs vaccins. Décrire également la façon dont le pays va atténuer tout risque programmatique et financier associé à plusieurs lancements de programmes de vaccination.

Expliquer comment le soutien demandé servira à **améliorer la couverture vaccinale et l'équité d'accès à la vaccination systématique**.

Les différents défis relevés dans l'analyse de la situation permettent de regrouper en cinq catégories les principaux problèmes qui empêchent l'amélioration de la CV :

- Faiblesse de la chaîne d'approvisionnement et de la gestion des vaccins qui ne permet pas son suivi jusqu'au dernier km
- Prestation de services et d'activités de vaccination qui laissent encore un grand nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés

⁸ La durée du financement de Gavi devra être discutée en consultation avec le secrétariat Gavi pour s'aligner autant que possible sur la période stratégique du pays. Pour la rougeole et la rubéole, le plan de haut niveau avec des activités cohérentes et intégrées de contrôle de ces maladies devra s'étendre sur les 5 prochaines années, et ce indifféremment de la durée de la stratégie nationale.

- Système d'information et la qualité de données qui ne permet ni la prise de décision, ni la surveillance des maladies dans un contexte de multiples épidémies
- Faiblesses dans la capacité d'absorption des fonds qui contrastent avec des retards dans les paiements des prestations de service sur le terrain
- Demande de la vaccination et engagement communautaire qui montre la persistance des groupes réfractaires à la vaccination et des populations marginalisées et difficiles d'accès.

Les différents regroupements de ces goulots d'étranglement constituent les principaux axes d'interventions pour les investissements dans les 5 prochaines années. Cependant, l'accent doit être mis sur :

- Le renforcement de la vaccination de routine tout en diversifiant les stratégies
- La multiplication des séances de vaccination pour augmenter les occasions offertes aux mères de faire vacciner leurs enfants
- Les approches et stratégies de vaccination en faveur des communautés non/mal desservies et des enfants « zéro dose »
- La responsabilisation des communautés à travers les structures communautaires

En plus, le soutien de Gavi au programme doit se placer dans une synergie d'interventions avec d'autres programmes de santé, dans le cadre des soins de santé primaires, surtout au niveau communautaire.

Selon la logique de la théorie du changement pour cette subvention, les investissements doivent conduire à une amélioration significative de la CV, notamment de plus de 20 points pour le Penta 3 et de moins 15 points pour les enfants 0 dose.

En effet la situation actuelle part d'une contreperformance du programme de vaccination, caractérisée notamment par des faibles CV à 20% des enfants 0 dose et <30% des ECV, des épidémies récurrentes (ex. rougeole) suite à des ruptures de stock des vaccins et intrants, des sessions de vaccination insuffisantes, la mauvaise qualité des données, les retards dans les paiements des prestataires sur le terrain et l'inexistence d'un système de suivi systématique des enfants.

Les efforts à fournir pour que le changement s'observe d'ici à 2024 portent sur l'adoption et la mise en œuvre des nouvelles stratégies et interventions innovantes, mais aussi l'intensification de celles qui ont démontré leur efficacité. Il s'agit entre autres de l'approche pour la distribution des vaccins et intrants jusqu'au dernier km, la poursuite de la solarisation pour le matériel de la CDF, la mise à échelle du plan Mashako, l'intégration des données de la vaccination dans le DHIS2, l'allocation direct des fonds aux ZS, l'approche communautaire pour le suivi des enfants dès la naissance, la micro planification et la cartographie participative. La logique du changement souhaité est représentée dans le diagramme de la théorie du changement en annexe.

5.2. Harmonisation

Comment le soutien Gavi s’aligne-t-il sur les stratégies de vaccination et de santé nationales du pays, y compris les plans pluriannuels (par ex. plan du secteur de la santé, PPAC) ?

- Indiquer clairement comment le soutien Gavi complètera, à la fois sur le plan financier et programmatique, la réalisation des objectifs énoncés dans le tout dernier plan stratégique pluriannuel (par ex. PPAC).
- Étant donné les stratégies de vaccination proposées dans cette JSP, expliquer et montrer comment celles-ci contribueront à la mise en œuvre de la stratégie de santé et des priorités sanitaires nationales, notamment l’approche du pays en matière de soins de santé primaires et des soins de santé universels ou, s’il y a des lacunes, décrire ce qui doit être fait pour les corriger.
- Indiquer dans quelle mesure le soutien de Gavi proposé dans cette JSP (dans des domaines comme ceux des données, de la chaîne d’approvisionnement, etc.) sera mis en œuvre par le biais de systèmes ou processus nationaux systématiques ou expliquer les mesures prises pour réaliser cette intégration.

L’approche stratégique du soutien au programme de la vaccination est celle définie dans le PPAC 2020 – 2024. A ce titre il doit être un plan harmonisé pour guider toutes les interventions à mettre en œuvre en faveur de la vaccination dans le pays. C’est pourquoi, au plan programmatique, cette subvention s’aligne quasiment sur les 5 principaux objectifs spécifiques du PPAC. Par le fait de cet alignement, les financements de la subvention auront également un impact sur les objectifs fixés dans le PPAC. Ainsi, cette subvention constitue également un des mécanismes de financement du PPAC, au même titre que les interventions des autres PTF.

Au final, avec une approche de portefeuille pour la planification de la subvention, aucune composante du soutien Gavi ne peut être considérée indépendamment. En plus il faut aussi considérer la Prise en compte des appuis des autres PTF comme le Fonds mondial, Banque Mondiale et les autres donateurs bilatéraux (DFID, USAID, etc.) en vue d’optimiser l’impact recherché.

En effet, grâce à l’appui du Groupe Inter bailleur Santé (GIBS), le pays dispose d’une cartographie globale de financement avec localisation géographique et domaines d’intervention des partenaires par pilier du PNDS pour la couverture sanitaire universelle et dans le cadre des soins de santé primaires.

Pour ce faire, les interventions en synergie et en complémentarité sont indispensables et doivent s’inscrire dans le PPAC qui constitue le plan fédérateur du PEV et qui, au besoin, devra être actualisé pour inclure les nouvelles activités qui découleraient de la présente JSP.

5.3. Coordination

Quelles mesures ont été prises pour garantir la complémentarité, la cohérence et la solidité technique du soutien de Gavi avec le gouvernement et les parties prenantes ?

- Quel rôle le forum national de coordination (CCIA, CCSS ou équivalent) et le groupe technique consultatif national sur la vaccination (GTCV) ont-ils joué dans l’élaboration de la JSP ?

Le processus d'élaboration de la JSP s'est fait dans le cadre du Comité National de Pilotage de l'élaboration de la JSP. Ce Comité était constitué d'une équipe de supervision, d'un secrétariat permanent et d'une équipe technique élargie aux experts du Ministère de la santé, aux PTF principalement ceux qui étaient déjà partenaires du RSS2. L'expertise déjà diversifiée du Comité de pilotage s'est totalement ouverte à certains membres des CCIA, CCSS et GTCV, aux représentants des DPS et zones de santé et aux acteurs de la société civile, lors des deux dialogues pays organisés avec les orientations de Gavi.

Les discussions engagées au cours de ces deux dialogues ont contribué à fixer les contours de la JSP pour la RSS 3. Dans une première phase, les discussions ont contribué à parfaire l'analyse de la situation avec la diversité des expériences des parties prenantes. Les différents apports ont permis d'affiner les analyses sur base des nombreuses évidences rapportées par les uns et les autres.

Dans une seconde phase, les représentants des partenaires ont contribué à clarifier les domaines de complémentarité avec leurs propres projets pour éviter les chevauchements et favoriser la cohérence dans les initiatives proposées.

La partie gouvernementale a défendu l'alignement avec les orientations stratégiques du Ministère de la santé contenues dans le PNDS et dans les plans stratégiques des programmes spécialisés du Ministère dont le PPAC du PEV.

Dans la mise en œuvre, la gouvernance de cette subvention sera assurée via les diverses réunions du CCIAT, CCIA stratégique, CCT-SS, CPP et CNP.

5.4. Harmonisation et synergies avec d'autres initiatives mondiales en faveur de la santé

En quoi le soutien demandé est-il complémentaire et crée-t-il des synergies avec le soutien d'autres initiatives mondiales en faveur de la santé, tels que le Fonds mondial et le Mécanisme de financement mondial (GFF) ?

Ce prochain soutien GAVI s'inscrit dans la philosophie du PNDS 2019-2022, en complément et en synergie avec les interventions des autres PTF, notamment dans le financement des PAO (plan d'actions sanitaires) de 26 DPS. Ces PAO sont toutes soumises progressivement aux contrats uniques, seul outil d'évaluation de toute prestation en RDC. Les directives existent et 16 Divisions provinciales (DPS) les appliquent déjà.

L'utilisation harmonieuse du logiciel Tompro et du manuel des procédures pour la gestion des financements des différents PTFs garantissent la gestion harmonisée des fonds Gavi, du FM et de la BM/PDSS. Ceci montre aussi clairement la complémentarité et la synergie dans lesquelles cette subvention s'inscrit.

L'adoption du DHIS2 (SNIS) est un autre mécanisme d'harmonisation des données générées par l'ensemble des interventions appuyées par les PTF.

Au niveau du Comité Provincial de Pilotage, l'intégration du CCIA/PEV comme sous-commission traitant des matières de vaccination constitue une passerelle pour garantir des synergies dans le domaine de la vaccination. Au niveau national, le CCIA PEV Stratégique présidé par le Ministre de la santé tout comme le comité national de pilotage constituent des instances de décisions qui consacrent l'harmonisation et la synergie des interventions dans le secteur de santé en RDC.

Sur le plan géographique, cette subvention sera complémentaire et synergique aux autres interventions des PTFs d'autant plus qu'il sera focalisé sur les interventions à hauts impacts dans 9 provinces, mais avec des interventions basiques dans 13 provinces identifiées sur base de la cartographie des interventions et des intervenants.

En effet la cartographie des interventions et des intervenants a permis de clarifier les domaines de complémentarité entre l'appui sollicité auprès de GAVI et d'autres projets.

Les principaux résultats obtenus ont montré que tous les piliers du PNDS sont appuyés à travers les 26 provinces de la RDC à l'aide de 69 projets dont 40 sont axés sur les interventions du Renforcement du Système de Santé avec un focus sur les domaines spécifiques ci-après : la survie de l'enfant, la nutrition, les maladies endémiques et chroniques (Paludisme, Tuberculose, VIH-Sida, planning familial...) offrant des possibilités de synergie avec le programme RSS 3 de GAVI.

De ces 40 principaux projets, 4 projets sont similaires au projet GAVI RSS (appui RSS avec un focus sur la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque Zone de Santé (ACZ)).

Il s'agit des projets appuyés par l'USAID, DFID, Unicef et BMGF (Appui paquet basique de la RSS 3). La synergie avec la Banque Mondiale, à travers le projet PDSS sera matérialisé à travers le PBF qui prend en compte les activités de vaccination dans le paiement des performances.

5.5. Pérennité financière

Aborder les implications liées au financement du soutien aux vaccins nouveaux demandé, en particulier la manière dont le gouvernement envisage de financer les obligations supplémentaires de cofinancement.


Le Chef de l'Etat s'est engagé dans divers domaines prioritaires dont la santé.


Il y a une nouvelle loi cadre sur la santé qui met clairement en exergue les activités de la vaccination qui est non seulement un droit pour la population mais aussi une obligation pour l'Etat. Cette loi prévoit même la source de financement de la santé (dont la vaccination): le Fond national de solidarité. Un travail sur la définition des mesures d'application est en cours d'exécution.

Un forum de haut niveau a été organisé en juillet 2019, sous le patronage du Président de la République, avec la participation des Gouverneurs, Présidents des Assemblées provinciales, CIO GAVI, Président BMGF, Directrice régionale de l'OMS, etc. A cette occasion, il a été obtenu un engagement politique en faveur du financement et une redevabilité à tous les niveaux pour la vaccination et la lutte contre la polio. Ce processus, couplé à l'engagement du Gouvernement central et des Gouvernements provinciaux devra aboutir à la mobilisation des ressources autochtones pour la pérennisation de l'appui à la vaccination. Ces fonds proviendront des fonds de contrepartie des projets et du fonds national de promotion de la santé. Ce dernier fonds sera alimenté par les taxes sur les produits des nuisances, des fonds verts de l'environnement et réchauffement climatique et de financements des partenaires. Dans certaines provinces (cas du Nord Kivu et du Lualaba), les gouvernements provinciaux mobilisent déjà des financements en faveur de la vaccination. Enfin, dans le cadre du processus de la décentralisation, un plaidoyer est prévu pour la mobilisation de ressources locales au travers des Entité Territoriales Décentralisées (ETD) et des OSC.

6. Description programmatique des investissements dans le RSS soutenus par Gavi

6.1. Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi

 Étant donné les zones géographiques et groupes de population cibles identifiés ainsi que les principaux goulots d'étranglement nationaux et infranationaux déterminés à la **Section B**, il vous est demandé dans cette section de prendre stratégiquement en considération ces résultats et d'établir les **3 à 5 objectifs essentiels ainsi que les activités spécifiques à chacun d'eux pour bénéficier du soutien de Gavi et de justifier ces choix**. Le lien entre les données ainsi que les preuves et les interventions proposées doivent être clairs. **Les activités énumérées ici doivent être chiffrées dans le modèle de budgétisation et planification de Gavi.**

 Les activités proposées doivent contribuer à des améliorations pérennes de la couverture et de l'équité. Pour le **Guide de programmation** sur les interventions ciblées dans chacun des domaines stratégiques prioritaires de Gavi - (i) leadership, gestion et coordination, (ii) chaîne d'approvisionnement, (iii) données, (iv) promotion de la demande et (v) financement de la vaccination - veuillez consulter le site Internet de Gavi ici :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/hss/>

Pour demander le soutien à la POECF, intégrer la POECF comme l'une des activités participant aux objectifs de la chaîne d'approvisionnement. Pour les pays en phase de transition accélérée, consacrer un objectif aux activités propres à la planification appropriée de la transition.

Objectif 1 :	Accroître l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux en augmentant le score composite de la Gestion Efficace des vaccins (GEV) de 71% en 2019 à au moins 80% en 2024.
Calendrier :	2020 à 2024
Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B	<p>La chaîne d'approvisionnement en vaccins en RDC ne garantit pas toujours la disponibilité des vaccins de qualité au niveau périphérique, suite aux problèmes de transport, de stockage et de gestion logistique. Cela, en dépit des améliorations notées durant la mise en œuvre de la RSS 2(ex. score composite GEV de 61% en 2014 à 71% en 2019), de l'appui avec la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (CCEOP) dont la couverture était de 74%(au niveau des aires de santé) au 31 décembre 2018 avec possibilité de passer à 80% à la fin de l'année 2019. Les principaux goulots d'étranglements (problèmes) qui induisent cette faible disponibilité des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absence des fonds sécurisés pour l'achat des vaccins traditionnels et retard de cofinancement ; 2. Approvisionnements fractionnés des vaccins et intrants suite à la faible capacité de transport par voie aérienne et au stockage à certains niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Persistance de retards de transport de vaccins et intrants liés aux procédures, pour le mode aérien (22 DPS sur 26 soit environ 85%) ou terrestre. 4. Insuffisance de la maintenance (préventive et curative) des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux ; 5. Faible couverture en source d'énergie électrique et solaire ; en outre les provinces desservies en énergie électrique ne bénéficient pas des services de qualité ; 6. Faible capacité technique des prestataires en gestion logistique PEV 7. Déficience du système de monitoring et de rapportage des données logistiques en temps réel (système SIGL non performant).
--	--

Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées en conséquence de cet investissement.

Des interventions seront mises en œuvre sous forme d'appui systémique à l'échelle nationale en coordination avec les autres partenaires. Elles ont trait à : (1) l'amélioration/reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, (2) au renforcement du système de transport et distribution, (3) l'amélioration de la chaîne du froid (CDF) et de la maintenance des équipements de la CDF, et (4) à la modernisation du système d'information logistique (SIGL).

Les interventions retenues pour la réalisation de l'objectif 1 font partie du paquet 1

(Appui systémique à l'échelle nationale en coordination avec les autres partenaires excepté celles qui ont trait au déploiement des drones pour le transport des vaccins. des vaccins.

Ces interventions sont :

1. Plaidoyer auprès des autorités compétentes pour résoudre en urgence le problème de l'instabilité d'électricité au HUB de Kinkole.
2. Réaliser la cartographie de température des 26 chambres froides du HUB de Kinkole et des chambres froides de Kisangani, dépôt de transit Kananga et les 8 nouvelles antennes.
3. Mener une étude de température dans la chaîne d'approvisionnement
4. Organiser un atelier à Kinshasa sur la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement
5. Effectuer des missions d'accompagnement au niveau de provinces pour la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement
6. Tenir un atelier de révision des modules de formation en CCL
7. Organiser des sessions de formations en CCL à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement
8. Former les techniciens sur l'installation et l'utilisation de monitoring à distance de température (RTMD)
9. Organiser un atelier d'actualisation de PON
10. Reproduire, diffuser et former tout le personnel aux PON et Plans d'urgence (pannes, etc.) qui sont élaborées.
11. Acquérir 40 RTMD pour toutes les chambres et former le personnel à l'issue des installations
12. Acquérir 1200 fridges tag2 pour les réfrigérateurs au niveau de BCZS
13. Construire 2 dépôts de stockage des intrants secs dans les nouvelles antennes et provinces

14. Acquérir 6 Chambres froides positives de 30m³ pour les nouvelles antennes et celles vétustes
15. Acquérir 100 réfrigérateurs solaires TCW4000SDD pour augmenter la capacité de stockage dans les BCZS
16. Acquérir 250 réfrigérateurs solaires TCW40SDD pour la dotation des CS non encore équipés et ceux dont les équipements sont en panne
17. Étendre la solarisation dans - chambres froides dans les nouvelles antennes et aux provinces qui n'ont pas de courant stable
18. Doter les personnels en équipement de protection individuelle dans les entrepôts
19. Acquérir 50 stabilisateurs de 15 kVA pour les chambres froides
20. Doter des dépôts d'antennes et coordinations en 150 extincteurs
21. Acquérir 20 groupes électrogènes pour les antennes
22. Acquérir 35 motos pour les pools de maintenance
23. Acquérir 2552 Data Logger pour le suivi de températures à distance des réfrigérateurs au niveau de ZS et de CS
24. Assurer la maintenance des équipements de chaîne du froid (Chambres froides, réfrigérateurs) au niveau de dépôts de provinces, Bureaux centraux de Zones de santé et Centres de santé
25. Sous-traiter la maintenance des équipements de la chaîne du froid en attendant l'installation des pools de maintenance
26. Appuyer le fonctionnement du PEV central par la prise en charge des frais de fonctionnement du HUB
27. Appuyer le fonctionnement de HUB Kisangani
28. Acquérir 2500 portes-vaccins pour les points de prestation
29. Acquérir de 500 Glacières pour le niveau central, les dépôts intermédiaires et les BCZS
30. Acquérir 20 groupes frigorifiques pour remplacer ceux qui sont vétustes et irréparables au niveau de DPS
31. Doter le niveau intermédiaire en 3 camions de 10 t (Lisala, Mbuji-Mayi, Bukavu)
32. Doter l'antenne d'Aru d'un véhicule pickup réfrigéré
33. Doter les dépôts provinciaux et des antennes PEV de 25 véhicules (land cruiser 4X4) pour le transport de vaccins vers les ZS
34. Acquérir 20 hors-bord pour les ZS fluviales et lacustres
35. Acquérir 40 pirogues pour les ZS fluviales et lacustres
36. Réaliser la délocalisation des 6 chambres froides de la Direction PEV vers Kamina, Lubumbashi, Kindu, Kinshasa, Bandundu et Bunia
37. Renforcer les capacités en 70 équipements informatiques du PEV au niveau central, de dépôts provinciaux et des antennes
38. Allouer un montant mensuel aux chargés du PEV, à tous les niveaux, pour les besoins de communications téléphoniques.
39. Mettre à jour l'inventaire complet des équipements de la chaîne du froid et des moyens de transport
40. Organiser un atelier d'actualisation des outils de gestion du PEV
41. Reproduire les outils de gestion du PEV
42. Organiser une supervision de suivi pour évaluer le niveau de mise en œuvre de plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)

43. Organiser une autoévaluation de la gestion efficace des vaccins "GEV"
44. Mener une étude de faisabilité sur l'utilisation de drone dans les ZS ciblées
45. Assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables 75 Aires de santé à accès difficile par drone
46. Organiser une fois le mois les conférences avec les provinces dans le cadre de suivi des indicateurs
47. Acquérir un logiciel open eMLS pour la gestion des stocks et le suivi de fonctionnement des équipements de la CdF à temps réel
48. Organiser une évaluation externe des 26 chambres froides positives solarisées
49. Organiser la GEV, version 2
50. Assurer le transport de vaccins du niveau central vers les dépôts déconcentrés, des dépôts déconcentrés vers les DPS
51. Sous-traiter les activités de la manutention au niveau des dépôts déconcentrés
52. Assurer le transport de vaccins des DPS vers les Zones
53. Assurer le transport de vaccins des BCZS vers les Centre de santé
54. Acquérir 15000 indicateurs de gel
55. Acquérir de l'outillage pour niveau central
56. Acquérir de l'outillage pour maintenance des équipements de la chaîne du froid dans les DPS
57. Acquérir des pièces de rechange pour chambres froides (10 kits)
58. Acquérir des pièces de rechange pour réfrigérateurs (250 kits)
59. Acquérir des thermomètres Logtags pour la cartographie de température de chambres froides
60. Acquérir des interfaces de Logtags pour la lecture de la cartographie de température

Énumérer environ cinq (6) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de budgétisation et planification***

1. Assurer les commandes des vaccins et consommables selon les besoins et conditions du pays.
2. Augmenter la capacité de stockage à tous les niveaux avec un fonctionnement optimal des équipements de la chaîne du froid
3. Assurer le transport et la distribution des vaccins et consommables jusqu'au dernier kilomètre
4. Mettre en place un système d'information logistique en temps réel, avec une surveillance et visibilité des stocks jusque dans les ZS
5. Assurer la formation des agents de la chaîne d'approvisionnement par la formation et la supervision
6. Mutualiser les ressources allouées à la logistique avec les autres intervenants du secteur de la santé pour la minimisation des coûts opérationnels liés à la chaîne d'approvisionnement

- *Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.*
- *Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)*

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en TA et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)

L'assistance technique sera assurée par :

1. **OMS** : Achats de portes échantillons et Kits des prélèvements, Formation en logistique de la chaîne du froid (CCL); Achats de vaccins pour les AVS (VPOb); Gestion de stock, Gestion des déchets et Evaluation GEV, suivi de la température de la chaîne de froid rétrograde
2. **UNICEF** : Achat des équipements de chaîne du froid (matériels actifs et passifs) et moyens de transport ; Cartographie de chambres froides ; Formation en logistique de la chaîne du froid (CCL) au niveau central et en provinces ; Achats de vaccins; Distribution de vaccins et autres intrants ; Gestion de stock ; Evaluation GEV, système de monitoring des températures.
3. **UNOPS** : Construction des infrastructures de santé.

Par ailleurs, l'appui financier et technique des partenaires ci-dessous sera également mis à profit au cours de la mise en œuvre des activités :

1. **Village Reach** : Distribution de vaccins jusqu'au dernier kilomètre dans 3 provinces (Equateur, Haut Lomami et Tanganyika) ; Evaluation des capacités des ressources humaines
2. **PATH** : Appui à l'évaluation sur l'impact de réfrigérateurs solaires
3. **Banque Mondiale** : PBF, Achats de véhicules ; Achats de réfrigérateurs ; Achats de vaccins
4. **Union Européenne** : Achats de réfrigérateurs solaires
5. **Acasus** : Gestion des vaccins
6. **JSI** : appui à l'introduction des nouveaux vaccins, Gestion des médicaments
7. **USAID** : appui à l'achat de matériel de CDF et transports
8. **DIFD** : matériel chaîne de froid et transport des vaccins

Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.

→ **Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents** (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>).

La mobilisation des ressources pour les primes du personnel impliqué dans la gestion des vaccins et la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux est important. Ces primes seront octroyés en complément de leurs salaires et des primes octroyés par l'Eta ou d'autres partenaires. Les personnel extérieur(consultant) qui pourront être mobilisées bénéficieront également d'une rémunération grâce à l'appui de GAVI RSS 3.

Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → Mettre en évidence les détails dans le modèle de	Années 2020 à 2021	\$ 16 713 437
	Années 2022 à 2024	\$ 13 197 784

<i>budgetisation et planification</i>		
Veillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :		
<p>Les générateurs de coûts pour les principales activités de l'objectif 1 sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fonctionnement des Hub ; • La construction des chambres froides positives et négatives, des dépôts... ; • Ateliers et accompagnement sur la réflexion pour la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement ; • L'achat et la distribution de matériels et équipement de la CDF ; • Mise en place d'un système de suivi et de maintenance des matériels acquis ; • La dotation en matériel roulant pour le transport des vaccins ; • L'évaluation du niveau de mise en œuvre de plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) une fois par an • Autoévaluation de la gestion efficace des vaccins "GEV" tous les deux ans • Evaluation externe des chambres froides positives solarisées • Transport des vaccins à l'aide des approches innovantes (ex. drones) • L'évaluation GEV en 2024 (Formation, missions terrain, 28 tablettes android) <p>Les facteurs et hypothèses essentiels pour l'atteinte de ces objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires techniques et financières mutualisent effectivement leurs ressources pour améliorer le système de gestion des vaccins. • Engagement effectif des autorités sanitaires pour l'allocation effective et dans le délai des ressources pour l'approvisionnement du pays en vaccins et autres intrants • La culture de la maintenance préventive et curative des équipements et matériels PEV est effective au sein des structures à tous les niveaux ; 		

Objectif 2 :	Assurer la prestation des services de vaccination, la surveillance des MEV et MAPI dans 100% des Aires de santé d'ici à 2024.
Calendrier :	2020 - 2024
Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B	<p>L'accessibilité aux services de vaccination reste un problème majeur en RDC. Selon l'enquête MICS 4, 20% des enfants n'ont reçu aucun vaccin, 45% sont insuffisamment vaccinés, et seulement 35% sont complètement vaccinés. Les principaux problèmes qui concourent à ces contreperformances dans le domaine de prestation sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'accès aux services de vaccination est faible en milieu rural, en raison du nombre insuffisant de stratégies avancées réalisées en comparaison à la taille du pays (1 stratégie avancée mensuelle par 140 km² en moyenne en 2018 ; le nombre planifié n'est pas suffisant pour couvrir les 8 830 aires de santé dans le pays en dépit d'un taux de réalisation de plus de 80%: 174 943 séances planifiées dont 153 237 séances réalisées) 2. Le nombre de stratégie fixe est insuffisant (2,3 séances par CS par mois par CS en 2018 selon JRF) 3. Absence de centres de santé fonctionnels dans 238 aires de santé ; ils n'offrent pas les services de vaccination ; 4. L'inadaptation des stratégies de la vaccination systématique aux zones urbaines ;

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Le paiement des services de vaccination, réduisant l'accessibilité et l'utilisation des services ; 6. La persistance des occasions manquées de vaccination suite à la mauvaise planification des séances, à l'insécurité et aux ruptures de stock des vaccins et autres intrants ; 7. Les services de vaccination offerts restent de faible qualité à la suite de l'insuffisance et l'instabilité du personnel formé ; 8. Et des faiblesses majeures dans la gestion des épidémies, la surveillance des MAPI et des maladies évitables par la vaccination ont été notées.
--	---

Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées en conséquence de cet investissement.

Afin d'adresser ces problématiques, 5 grandes interventions (typologie d'intervention) sont proposées :

Par rapport aux interventions systémique dans toutes les provinces en coordination avec les autres partenaires

1. Renforcement des compétences pratiques des prestataires à l'aide des méthodes innovantes de formation (e-learning, système de formation modulaire sous forme de trajet de formation...) et la supervision formative des BCZS et des FOSA qui prend en compte le suivi post formation
2. Renforcer les capacités des prestataires dans la prise en charge des MEV et des MAP

Par rapport au paquet essentiel de vaccination dans les 284 ZS ne bénéficiant pas d'un appui des bailleurs

3. Augmenter l'accessibilité des services de vaccination
4. Garantir la gratuité des services de vaccination

Par rapport aux activités innovantes dans les 9 provinces prioritaires GAVI (Kinshasa, Kwilu, Kasai, Kasai oriental, Sud Kivu, Ituri, Lomami, Haut Katanga et Haut Lomami) et 225 ZS

5. Améliorer la micro planification et l'intégrer au processus de planification de la zone de santé
1. Renforcement des compétences pratiques des prestataires à l'aide des méthodes innovantes de formation (e-learning, système de formation modulaire sous forme de trajet de formation...) et la supervision formative des BCZS et des FOSA qui prend en compte le suivi post formation
 - Mise en place d'un système de formation modulaire à l'aide des modules de formation/contenu des formations adaptés aux contextes autour des thèmes tels que le MLM, la Vaccinologie, la logistique, la chaîne du froid, la surveillance, la gestion efficace des vaccins, le suivi et évaluation, le STEP et la vaccination...
 - Développer une plateforme technologique avant la mise en œuvre des formations (tablettes, smartphones...).
 - Méthodes innovantes pour l'organisation des formations : e-learning sur tablette avec des modules en ligne, intégrant des quiz et la triangulation avec les données DIHS2 sur les

stocks des vaccins, les taux de couverture, le sondage communautaire sur la qualité des services...

- Suivi post formation au cours des supervisions/mentorat qui viserait les lacunes dévoilées par les évaluations / les données mentionnées ci-dessus.
- Introduction de la formation PEV dans le curricula de base. Le pays compte plus de 50 facultés de Médecine et une centaine d'établissements de santé qui livrent sur le marché un grand nombre de prestataires dont la charge de travail une fois engagés intègre la mise en œuvre voire la supervision directe des activités de vaccination, notamment dans les formations médicales privées. Par ailleurs, les formations en cours d'emploi pour le PEV deviennent de plus en plus rares et très coûteuses mettant souvent à l'écart les jeunes diplômés. L'absence de ces prérequis ne facilite pas la mise en œuvre correcte des activités de vaccination par les jeunes diplômés nouvellement affectés dans les formations médicales à travers le pays. Aussi, la revue externe du PEV, aout 2018, a recommandé au Pays d'introduire du Cours PEV dans le curricula de base pour lever ce goulot d'étranglement. Le Bureau régional de l'OMS a conduit en 2015, une évaluation qui a constaté l'absence du cours PEV dans le curricula et a produit des modules pour combler cette lacune (Recommandation du dernier cours MLM 2013 à Matadi). Les autres programmes du MSP ont pu introduire les cours dans le cursus académiques (VIH, PCIME)
- L'accompagnement des BCZS et des formations sanitaires permet de garantir la formation continue du personnel et la qualité des services de vaccination. Dans le cadre du plan Mashako, la supervision électronique permet de suivre mensuellement les indicateurs de chacune des aires de santé supervisées, et d'améliorer l'efficacité et la qualité des services de vaccination fournis. Les supervisions devront être financées au niveau des provinces, des antennes et des BCZS, en complément avec les financements disponibles de la part des autres partenaires. Afin de renforcer la qualité et la redevabilité dans le cadre de ces supervisions, un focus sera mis sur le passage à échelle des applications de supervision en cours d'utilisation (ISS et Application gestion PEV)

2. Renforcer les capacités des prestataires dans la prise en charge des MEV et des MAPI

Par rapport aux MEV

- Renforcer les capacités des 10000 prestataires sur la surveillance des MEV
- Réaliser les missions d'investigations des cas suspects MEV et MAPI
- Supervision des sites sentinelles
- Doter de ressources de motivation pour les sites sentinelles
- Doter de ressources financières pour les réunions de monitoring
- Etendre à 3 nouveaux sites sentinelle dans l'est et au centre du Pays
- Réhabiliter 3 nouveaux sites sentinelles

Par rapport aux MAPI

- Former le personnel en surveillance des MAPI
- Rechercher activement les cas de MAPI
- Investiguer les cas graves de MAPI
- Assurer le classement des cas graves de MAPI
- Prendre en charge des cas de MAPI graves

3. Augmenter l'accessibilité des services de vaccination

En 2017 et 2018, le pays a réalisé annuellement environ 460 000 séances de vaccination. Selon le modèle développé dans le cadre du plan Mashako pour garantir des services de vaccination dans chaque aire de santé en fonction de la population, le pays aurait dû organiser au minimum 720 000 séances de vaccination par an pour offrir des services adéquats à la population. Ce taux de réalisation de 64% explique en partie la faible couverture vaccinale. En raison de la croissance de la population, le pays devra organiser plus de 760 000 séances de vaccination en 2020 et 826 000 en 2024. En prenant en compte la répartition actuelle des stratégies, soit 65% en fixe, 34% en avancée, et 1% en stratégie mobile, cela veut dire que le pays devra organiser :

- En 2020, 494 000 stratégies fixes, 258 000 stratégies avancées ou urbaines, et 7600 stratégies mobiles soit au total 759 600
- En 2024, 537 000 stratégies fixes, 280 800 stratégies avancées ou urbaines et 8 260 stratégies mobiles, soit au total 826 060

Cette augmentation de l'offre des services devrait garantir la mise en œuvre de l'approche ACZ dans l'ensemble des aires de santé du pays, permettant de passer en moyenne d'une séance hebdomadaire par aire de santé en 2017 à 2 séances hebdomadaires en 2024.

Parmi les 516 zones de santé du pays, 75 zones de santé se retrouvent dans les 11 plus grandes villes du pays, dans un contexte de densité urbaine importante (Kinshasa (30), Lubumbashi (12), Mbuji-Mayi (10), Kananga (6), Bukavu (5), Tshikapa (4), Likasi (2), Goma (2), Kisangani (1), Kolwezi (1), Kikwit (2)). Ces zones de santé nécessitent aujourd'hui des stratégies urbaines adaptées. Parmi ces Villes à forte densité urbaine, seules 6 villes dont Kinshasa (30), Lubumbashi (12), Mbuji-Mayi (10), Bukavu (5), Tshikapa (4) et Kikwit (2)) ont été retenues étant donné qu'ils font partie des 9 provinces prioritaires ciblées par GAVI R SS3.

1.1 Augmentation des stratégies fixes, au sein des centres de santé

L'augmentation des stratégies fixes pour atteindre les objectifs passe par 4 activités :

- L'augmentation du nombre de séances au sein des établissements qui vaccinent déjà. L'expérience du plan Mashako a montré une augmentation moyenne de 20% du nombre de séances de vaccination dans les centres de santé qui fournissent déjà des services de vaccination, sans coûts supplémentaires. Les objectifs doivent être partagés au niveau de chaque zone et aire de santé. Cette stratégie devrait s'accompagner de la vaccination quotidienne dans les aires de santé disposant d'un réfrigérateur et à forte densité urbaine ;
- La contractualisation avec les formations sanitaires privées, afin d'augmenter le nombre de points de service et de les rapprocher des populations, principalement dans les 75 zones de santé urbaines à forte densité. L'expérience de JSI dans les zones de santé de Kimbanseke et Limete a montré un grand intérêt de la part des formations privées pour l'intégration des services de vaccination; Un système de financement basé sur les performances sera mis en place pour le financement des structures privées qui auront des bons scores.
- La vaccination à tout contact, principalement dans les 75 zones de santé urbaines à forte densité, afin de réduire les opportunités manquées de vaccination. Une expérience prometteuse est en cours à Kinshasa avec l'appui de l'OMS ;
- La construction de centres de santé dans les aires de santé qui ne disposent d'aucun point de service fixe (238 aires de santé).

1.2 Augmentation des stratégies avancées ou urbaines et mobiles en fonction du type de zone de santé

L'amélioration de l'offre de la vaccination aux populations éloignées des centres de santé ou qui ne fréquentent pas les formations sanitaires passe par les 4 activités suivantes :

- La réalisation des stratégies urbaines dans 75 zones de santé à forte densité de population. Ces stratégies passent notamment par la réalisation de séances de vaccination dans les points de concentration urbain (marchés, gares, ports, ...) pour les mères occupées qui ne peuvent pas assister aux services de vaccination traditionnels. Le nombre de stratégies à réaliser passera de 39 158 en 2020 à 42 649 en 2024 ;
- La réalisation des stratégies avancées dans les autres 441 zones de santé du pays. Le nombre de stratégies à réaliser passera de 221 391 en 2020 à 241 134 en 2024 ;
- La réalisation de stratégies mobiles permettra d'atteindre les populations les plus reculées (5328 séances seront réalisées chaque année entre 2020 et 2024);
- La mise en place de services de vaccination dans les camps de réfugiés, de déplacés internes et les zones d'insécurité en partenariat avec les agences et ONG qui travaillent dans ce domaine (ex. UNHCR, OIM, MSF, ADRA, ALIMA, UNICEF, OMS...)
- Mise en place de la stratégie « **Occasion de Vaccination Manquée (OVM)** » : Il s'agit de la vaccination à tout contact avec un service de santé d'un enfant (ou d'un adulte) éligible à la vaccination (non vacciné, partiellement vacciné, non à jour et ne présentant aucune contre-indication à la vaccination) qui n'aboutit pas à l'administration de toutes les doses de vaccins pour lesquelles ce dernier remplit les conditions. Au niveau global cette proportion est estimée entre 38 à 50%. En RD Congo, l'évaluation des occasions manquées dans deux antennes du pays (Mbuji mayi et Kinshasai) en Mars 2015 a montré que 48% d'enfants cibles du PEV échappaient à la vaccination parce qu'aucune question ne leur avait été adressée lors de la visite avec la formation médicale (soins curatifs, préventifs, hospitalisation, visite ect) pour connaître leur statut vaccinal. Les OVM sont dues aux problèmes de politiques, de formation, d'organisation et de gestion des services de santé. Il s'agit d'une approche qui va au-delà de la simple approche ACZ. Cependant, ces choses peuvent être corrigées rapidement et avec relativement peu d'investissement et peuvent avoir un impact sur l'augmentation de la couverture vaccinale – ET contribuer à la réalisation des objectifs du GVAP. Fort de l'expérience entamée depuis 2018 dans certaines provinces (Kinshasa, Kasai Oriental, Haut Katanga) du plan Mashako, le pays s'engage au cours de cinq prochaines années à renforcer cette nouvelle stratégie, résoudre les problèmes qui génèrent les OVM pour contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale.

4. Garantir la qualité et la gratuité des services de vaccination

Les enquêtes de couvertures réalisées au cours des dernières années ont montré que 50% à 80% des mères payaient les services de vaccination. Ces coûts incluent le paiement de la carte de vaccination, de la prestation ou d'autres services reliés. Le paiement des services de vaccination réduit l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination. Les activités à mettre en œuvre dans le cadre de cette intervention sont :

- Evaluer et réviser les conventions de collaboration entre le ministère de la santé et les réseaux privés (professionnels et à but lucratif) sur la vaccination en vue de prendre en compte la gratuité.
- Distribuer des cartes de vaccination gratuites aux mères. L'option de dupliquer les cartes, ou d'imprimer des cartes avec partie détachable devront être explorées afin qu'un exemplaire puisse être gardé dans les formations sanitaires ; avec possibilité de distribution à base communautaire.
- Réaliser l'inspection aléatoire des activités de vaccination, afin de garantir la gratuité ;

- Approvisionner en quantité suffisante les cartes de vaccination dans toutes les structures (Etats ou Privées) du pays qui vaccinent.
- Mettre en place un système d'évaluation des activités de la vaccination avec l'implication des communautés (tableau de bord de suivi des indicateurs discutés avec les OSC) et identification des pistes de solution pour améliorer la qualité des services

5. Améliorer la micro planification et l'intégrer au processus de planification de la zone de santé (PAO).

Réaliser la cartographie satellitaire dans 9 provinces prioritaires. Cette intervention permettra de déterminer la population de chaque aire de santé et sa distribution, la localisation de tous les villages et points de prestation de services de santé. L'accès à ces informations permettra de mettre en place un nouveau processus de microplanifications plus fiable. Par ailleurs, le canevas de planification de soins de santé primaires de la Zone de Santé devra être amélioré par l'intégration des données de micro planification PEV en prenant en compte l'approche de l'équité d'accès aux soins.

En résumé, les interventions ci-après seront réalisées :

1. Organisation des stratégies avancées (paquet 2) dans 13 provinces (284 ZS)
2. Organisation des stratégies urbaines (paquet 3) dans 9 Provinces (225 ZS)
3. Organisation des stratégies mobiles (paquet 2) dans 9 Provinces (225 ZS)
4. Atelier sur la gratuité de la vaccination avec les réseaux privés (paquet 2) dans 13 provinces (284 ZS)
5. Construction de formations sanitaires (paquet 3) dans 9 provinces (225 ZS)
6. Assurer la supervision mensuelle des aires de santé par les BCZS (paquet 2) dans 13 provinces (284 ZS)
7. Assurer la supervision trimestrielle des BCZS par la province /antenne (paquet 2) dans 13 provinces (225 ZS)
8. Assurer la supervision trimestrielle des provinces par le niveau central (paquet 2) dans 13 provinces.
9. Assurer l'inspection contrôle trimestrielle par les provinces vers les ZS (paquet 2) dans 13 provinces (225 ZS)
10. Assurer l'inspection contrôle semestriel du niveau central vers les provinces (paquet 2) dans 13 provinces (225 ZS)
11. Réaliser des microplans de qualité à l'aide de la cartographie GRID (paquet 3) dans 9 provinces (225 ZS)
12. Formation des prestataires en surveillance MEV et MAPI (paquet 1) dans 13 provinces (225 ZS)
13. Réaliser les missions d'investigations des cas suspects MEV et MAPI (paquet 1) dans 13 provinces (225 ZS)
14. Classifier les MAPI grave (paquet 1) dans 13 provinces (284 ZS)
15. Supervision des sites sentinelles (paquet 1) dans 13 provinces (225 ZS)

16.Rehabiliter 3 sites sentinelles(paquet 1) dans 3 provinces

17.Introduire le cours du PEV dans le curricula de base des professionnels de santé (paquet 1) dans 13 provinces(284 ZS)

18.Stratégie de réduction des OVM (paquet 3) dans 9 provinces(284 ZS)

19.Conduire une étude sur la qualité de l'offre de la vaccination(paquet 1) dans 13 provinces (284 ZS)

Énumérer environ cinq (6) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de budgétisation et planification***

1. Organiser les stratégies de vaccination avancées, urbaines et mobiles dans les zones d'insécurité afin d'améliorer l'offre des services de vaccination en faveur des populations ;
2. Organiser des missions de supervision formative et d'inspection pour garantir la qualité et la gratuité des services de vaccination aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;
3. Réviser les conventions de collaboration entre le ministère de la santé et les réseaux privés (confessionnels et à but lucratif) sur la vaccination en vue de prendre en compte la gratuité.
4. Construire des nouveaux CS dans les aires de santé qui n'en disposent pas en vue de l'augmentation de la couverture sanitaire ;
5. Organiser la micro planification en utilisant l'approche de l'équité d'accès aux soins et les résultats de la cartographie satellitaire ;
6. Renforcer les activités de surveillance des MEV et des MAPI

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ ***Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)***

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)

L'assistance technique sera assurée par :

- Accompagnement des activités de vaccination systématique :OMS et UNICEF
- Construction des centres de santé : UNOPS .

Par ailleurs, l'appui financier et technique des partenaires ci-dessous sera également mis à profit au cours de la mise en œuvre des activités :

- Formation du personnel : USAID, JSI et Acasus ;
- Intégration de la vaccination dans les FOSA privées et confessionnelles, stratégies de vaccination dans les points de concentration de la population : JSI ;

- Mise en œuvre de la stratégie de réduction des occasions manquées (OVM) dans les ZS ciblées : JSI;
- Surveillance des MEV et MAPI : CDC Atlanta, Acasus et JSI;

Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.

→ **Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents** (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>).

La mise en œuvre des activités de l'objectif 1, fait appel aux frais récurrent liés aux indemnités /allocations journalières en faveur des infirmiers vaccinateurs, des encadreurs et du personnel d'appoint. ...pour les séances de vaccination et les activités de surveillance. Les principaux générateurs des coûts liés à ces indemnités sont repris ci-dessous.

Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → Mettre en évidence les détails dans le modèle de budgétisation et planification	Années 2020 à 2021	\$ 11 106 379
	Années 2022 à 2024	\$ 16 218 033

Veuillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :

Les générateurs de coûts pour les principales activités de l'objectif 2 sont :

- Les travaux de construction des CS ;
- La mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles ;
- Les microplanification au niveau des aires de santé ;
- Le coût inhérent des supervisions et des encadrements dans une Zone de Santé ;
- Le coût pour l'investigation des épidémies dans les ZS qui se base sur **3 personnes*4 ZS à épidémie par an * 26 DPS*7 jours *100 USD *3 épidémies ;**
- Pour la supervision des sites sentinelles : **3 personnes*4 trimestres* 6 Sites sentinelles*7 jours *100 USD**
- La motivation du personnel du personnel des sites sentinelles : **3 personnes*6 sites*50 USD*12 mois**
- Ressources pour les réunions de monitoring : **50 USD* 4mois*6 sites ;**
- Extension de site sentinelle : 50 000 USD par site
- Réhabilitation des sites sentinelles : 10 000 USD par site.
- Formation du personnel en Surveillance MAPI : 1172 cadres x 2jours x 100\$us; 2personnes x 8000FOSA x 25\$us x 1jour)
- Recherche active des cas de MAPI : suivi des cas pendant 10 jours* 5 enquêteurs* 4 trimestre*25 Usd*516 ZS ;
- Investigation du cas de MAPI : 3 personnes*2 ZS* 26 DPS*4 jours *100 Usd
- Classement des cas graves de MAPI : 1 réunion*8 personnes*100 Usd*2 jours
- Prise en charge des cas de MAPI grave : 5 cas graves*15 Usd/an

Les facteurs et hypothèses essentiels pour l'atteinte de ces objectifs sont :

- Les autorités sanitaires garantissent la stabilité du personnel formé au sein des structures sanitaires à l'aide d'une motivation axée sur la gestion de leurs carrières (salaire, avancement en grade, prime, perspective de formation...) ;

- Les acteurs du secteur privé en milieu urbain s'engagent dans la mise en œuvre des activités de vaccination par l'intégration des services de vaccination dans leurs structures ;
- Les partenaires techniques et financières mutualisent effectivement leurs ressources pour appuyer les activités de surveillance épidémiologique.

Objectif 3 :	Améliorer la gestion des données de vaccination et de surveillance de MEV avec une réduction de l'écart entre les données administratives et celles des enquêtes à moins de 15 points.
Calendrier :	2020-2024
<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B</p>	<p>Les données générées par les structures ne sont pas de bonne qualité. Cela ne permet pas d'avoir une appréciation adéquate des efforts fournis par les équipes à tous les niveaux du système, impactant ainsi négativement les décisions en matière de vaccination. Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :</p> <p>Par rapport au domaine gouvernance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transition du DVDMT vers DHIS2 n'est pas encore complétée (canevas SNIS actualisé intégrant les éléments PEV non imprimé, utilisation des données au niveau du PEV non amorcé) et les problèmes de fonctionnalité de matériels et équipements informatiques ont été notés (internet, connectivité...); • Problème de promptitude des données. <p>Par rapport aux sources des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les informations nécessaires à l'amélioration des couvertures ne sont pas encore intégrées dans le DIHS2 (Cas de plan de Mashako): pas de tracker des RH-Vaccinateurs, des services de vaccinations, des séances de vaccination, des supervisions) ; • Les dénominateurs ne sont pas maîtrisés à tous les niveaux ; • Problème de numérateur due à la faiblesse du système de gestion des données, à une mauvaise perception des seuils de couverture à atteindre (ex. rapportage des données en fonction de la CV) et à la faible qualité et motivation des Ressources Humaines (RH) : problème de qualité dues aux erreurs et problème de sur-rapportage <p>Par rapport à l'utilisation des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible utilisation des données au niveau opérationnel dans leur ensemble pour la prise de

décision et absence de sanctions pour ceux qui produisent les données de mauvaise qualité ;

Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées en conséquence de cet investissement.

Au regard des problèmes prioritaires définis ci-dessus, les interventions ci-après seront menées selon les différents axes:

Contribution au plan intégré de la DSNIS (en complément des contributions du Fonds Mondial, USAID, DFID, Banque Mondiale)(26 DPS)

- Contribuer aux outils intégrés du SNIS (Canevas SNIS actualisé intégrant les éléments du PEV ;
- Contribuer à une connexion internet adaptée au contexte de chaque ZS
- Contribuer à doter les structures en matériels informatique pour améliorer la gestion de données et faciliter la migration vers le DIHS2
- Contribution au RDQA intégré trimestriel
- Contribution aux DQR intégré national en 2021 et 2023
- Contribution aux formations des personnels du niveau central sur DHIS2
- Soutenir la coordination de la cartographie satellitaire par le secrétariat Général pour l'intégration des résultats dans une base des données harmonisée à la DSSP/DSNIS

Paquet essentiel pour la disponibilité, traitement, l'utilisation des données de vaccination dans tout le pays(13 DPS :284 ZS)

- Mettre à la disposition de chaque FOSA en quantité suffisante les outils de gestion des données : outils spécifiques au PEV : (fiches de pointage, registre de vaccination, cartes de vaccination CPS)
- Fournir une connexion internet aux antennes PEV pour le suivi de DHIS2
- Organiser des recherches opérationnelles sur les raisons de sur-rapportage des données de couverture vaccinale administrative de routine de PEV et éventuellement des autres programmes si intéressés et mettre en œuvre les recommandations
- Utilisation des nouvelles technologies de l'information et communication pour l'exploitation des données de vaccination de routine sur la plateforme DHIS2, la surveillance électronique des cas de PFA (AVADAR) et la supervision électronique intégrée par l'utilisation des outils ODK.
- Développement d'un module e-Learning certifiant sur le DQS et former les DPS à accompagner les ZS à l'autoformation DQS
- Développement d'un module e-Learning certifiant sur le monitoring et la gestion des données d'immunisation, formation d'un pool d'accompagnateurs avec les gestionnaires de données PEV des DPS (MCA +logisticien + data managers) pour accompagner les ZS à l'autoformation
- Développement d'un module e-Learning certifiant sur les réunions de validation mensuelles des données et revue des performances, formation d'un pool d'accompagnateurs avec les points focaux PEV des DPS pour accompagner les ZS à l'autoformation et contribuer aux réunions de validation mensuelles des données des ZS (réunions intégrées pour tous les programmes)

- Développement d'un module e-Learning certifiant sur l'utilisation des données, sur le ciblage des supervisions, le suivi des recommandations de supervisions l'identification des thèmes de formation et des prestataires à former ; formation d'un pool d'accompagnateurs avec les points focaux PEV des DPS (par le PEV et DSNIS) pour accompagner les ZS à l'autoformation, et développement d'une Application de supervision et suivi des recommandations ;
- Ateliers d'amélioration de données à tous les niveaux (Organiser la session annuelle d'harmonisations des données avec les DPS, Appuyer techniquement et financièrement les DPS lors des réunions de validation des données ,Conduire la revue documentaire des données et élaborer le plan annuel d'amélioration de la qualité des données, Organiser l'atelier d'élaboration du rapport conjoint GVT-OMS-UNICEF, Organiser des réunions mensuelles d'analyse et de validation des données au niveau central, Organiser les réunions trimestrielles d'évaluation du plan d'amélioration de données au niveau central, Elaborer et reproduire les bulletins trimestrielles d'information et retro information du PEV)

Paquet renforcé pour l'optimisation de l'utilisation de données pour augmenter la couverture dans les provinces prioritaires (9 DPS/225 ZS)

- Contribuer au projet GRID-Infuse (dénominateurs et microplanification) ;
- Organisation des enquêtes de couverture vaccinale chaque année dans au moins 9 provinces (provinces prioritaires), les LQAS et les monitorages pour mesurer les performances atteintes par les ZS;
- Appui technique des ECZ aux IT des FOSA pour corriger l'ensemble des erreurs entraînant des différences entre les données et les enquêtes de couverture dans au moins 10 ZS ;
- Extension de l'application gestion PEV de supervision électronique dans toutes les provinces en incorporant les questions de qualité des données dans le canevas et intégration des données dans le DHIS2
- Utilisation des résultats de la cartographie satellitaire GRID des 9 provinces prioritaires pour la micro planification améliorée à la base et digitalisation des microplans
- Suivi/tracking des vaccinateurs lors des stratégies avancées et mobiles dans au moins 30 ZS à l'aide des smartphones.
- Pilotage de l'introduction progressive des registres électroniques de vaccination dans les structures de santé de Kinshasa pour le suivi des enregistrements de vaccination individuelles dans le cadre de la stratégie urbaine
- Développement d'un module e-Learning certifiant sur les réunions de monitoring des Aires de santé ; Formation d'un pool d'accompagnateurs dans 36 ZS chaque année à partir de la deuxième année pour couvrir 146 ZS dans les provinces prioritaires pour accompagner les AS à l'autoformation, et contribution aux réunions de monitoring dans ces zones de santé.;

Énumérer environ cinq (5) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de budgétisation et planification***

1. Garantir la connectivité à l'internet, l'achat et la maintenance des équipements pour l'utilisation du DIHS2 et des outils NTIC.

2. Diffuser les supports et les logiciels standardisés et pertinents (e-Surv, ISS, AVADAR, GIS, Application téléphonique en gestion PEV/RDC, e-tracking, e-learning, cartographie satellitaire, registre électronique etc.) pour assurer la digitalisation des données de vaccination ;
3. Approvisionner chaque FOSA en quantité suffisante outils (fiches de pointage, registre de vaccination, cartes de vaccination CPS, Canevas SNIS actualisé intégrant les éléments du PEV ...) ;
4. Organiser des enquêtes de couverture vaccinale chaque année dans au moins 11 provinces (provinces prioritaires), les LQAS et les monitorages pour mesurer les performances atteintes par les ZS ;
5. Assurer la formation et l'appui technique des prestataires dans le domaine de la gestion des données de vaccination et de la surveillance (DQS, formation/recyclage, plan de correction et suivi

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ **Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)**

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)

L'assistance technique sera assurée par :

- L'OMS, l'UNICEF et l'université de Columbia et PATH (pour la cartographie satellitaire GRID)

Par ailleurs, l'appui financier et technique des partenaires ci-dessous sera également mis à profit au cours de la mise en œuvre des activités :

- Acasus et Université d'Oslo peuvent être ciblée pour l'Assistance technique nécessaire pour les enquêtes sur la qualité des données ou l'organisation des missions de vérification de la qualité (DQS, RDQA, Monitoring Rapide de Convenance, LQAS et triangulation entre OG) des données.

Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.

→ **Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents** (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>).

La mobilisation des ressources pour l'organisation des activités en lien avec l'amélioration de la qualité des données et les primes du personnel impliqué dans la gestion des données à tous les niveaux constituent des piliers majeurs pour l'atteinte des objectifs assignés. Les primes seront octroyés en complément de leurs salaires et des primes octroyés par l'Etat ou d'autres partenaires. Les personnel extérieur(consultant) qui pourront être mobilisés bénéficieront également d'une rémunération grâce à l'appui de GAVI RSS 3.

Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → Mettre en évidence les détails dans le modèle de budgétisation et planification	Années 2020 à 2021	\$ 4 711 900
	Années 2022 à 2024	\$ 7 273 900

Veillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :

Les générateurs de coûts pour les principales activités de l'objectif 3 sont :

- L'impression et le transport des outils pour la collecte des données de la vaccination ;
- La connectivité internet au niveau des sites ciblés ;
- Le soutien à la coordination de la cartographie à travers le financement des réunions au niveau central ;
- La mise en place d'un dispositif pour l'organisation d'e Learning en faveur des prestataires (les couts de l'analyse des besoins, les couts relatifs à la conception de la formation, les couts de déploiement et les coûts d'entretien) ;
- Les missions d'accompagnement technique assurées par l'ECZ et les ateliers de formation/renforcement des capacités dans le domaine de gestion des données ;
- L'achat des smartphones et les formations sur l'application de supervision électronique en vue de l'extension de l'application électronique de la supervision ;
- L'intégration progressive des registres électroniques...

Les facteurs et hypothèses essentiels pour l'atteinte de ces objectifs sont :

- La capitalisation de l'expérience Mashako sur l'application électronique pour les supervisions est un atout majeur pour l'amélioration de la qualité des données ;
- La mutualisation des ressources avec d'autres partenaires est un facteur déterminant pour la résolution du problème de connexion internet au niveau des DPS ;

Objectif 4 :	Améliorer la gouvernance administrative et financière du système de santé, y compris le renforcement des capacités des ressources humaines, d'ici à 2024.
Calendrier :	2020 - 2024
Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif : → Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B	<p>Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, la décentralisation n'a pas apporté des changements attendus sur le plan de l'amélioration de la gestion du système de santé. La multiplication du nombre de provinces n'a pas été soutenu par un transfert effectif des ressources nécessaires.</p> <p>Cependant, les structures de dialogue ont été mise en place pour améliorer la gouvernance du secteur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. C'est le cas du Conseil d'Administration au niveau des ZS, du Comité provincial de pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) et ses groupes de travail en province et du Comité national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) et ses commissions techniques au niveau national, à l'instar du comité de coordination inter Agences (CCIA), le Comité ad hoc GAVI et le Comité Nationale de Coordination du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCM). Et</p>

récemment le Groupe Technique Consultatif National pour la Vaccination(GTCV).

Toutefois, le degré de fonctionnalité de ces structures au niveau provincial et des ZS n'est pas optimal. En effet, leurs réunions sont irrégulières. La situation est plus préoccupante au niveau des aires de santé et communautaire. En effet, les structures de participation communautaire ne sont pas suffisamment accompagnées dans leur fonctionnement. Cependant, ces structures provinciales et locales sont aussi importantes pour la coordination des interventions, la mise en place des mécanismes de redevabilité et surtout le plaidoyer pour la mobilisation des ressources locales. A l'instar d'autres programmes de santé, le PEV est directement affecté par cette organisation des structures de gouvernance du secteur de la santé.

Par rapport à la gestion financière, la subvention Gavi est gérée par le Ministère de la santé à travers sa Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF) qui est accompagnée par une agence fiduciaire. L'agence fiduciaire sélectionnée est la GIZ (la Coopération Technique Allemande) Malgré ces dispositifs, les taux d'absorption des fonds de la subvention sont très bas pour la partie gouvernementale. Cette faiblesse est plus marquée au niveau intermédiaire, notamment suite à une décentralisation hâtive des DPS.

En somme, les capacités institutionnelles demeurent faibles en dépit des efforts fournis dans le cadre de la réforme du Système de Santé(SS). Le pilotage des organes et des structures affiche des faiblesses importantes. Cette faiblesse est plus marquée au niveau intermédiaire suite à une décentralisation hâtive et mal accompagnée.

Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :

1. Faible taux de décaissement des fonds du gouvernement et des partenaires en faveur de la vaccination ;
2. L'engagement des gouvernements provinciaux dans le financement de la vaccination reste faible ;
3. La remontée des données financières du niveau provincial vers le niveau central n'est pas automatique ; Et ceci ne facilite pas le travail de mutualisation des ressources ;
4. La masse critique des cadres du niveau opérationnel formée en Gestion technique PEV reste faible ;
5. Les effectifs des prestataires ne sont pas maîtrisés (suite à l'inexistence d'un registre électronique à jour et instabilité du personnel au niveau intermédiaire due à la politisation exagérée de la gestion des ressources humaines impacte négativement la coordination efficace des activités de vaccination) ;
6. Les organes de coordination des activités PEV ne fonctionnent pas de manière optimale (réunions et

supervisions irrégulières et de faible qualité aux niveaux provincial et des Zones de santé).

Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées en conséquence de cet investissement.

Par rapport à la Gouvernance

- Pour la réforme institutionnelle, il y a lieu d'appuyer la mise en œuvre efficace de la décentralisation, notamment par la formation / briefing d'une masse critique de principaux acteurs du secteur de la santé au niveau provincial et périphérique pour une meilleure maîtrise des mécanismes et contenus de la décentralisation ; avec ses droits et obligations en faveur des populations. A ce sujet, si les anciens Gouverneurs de province ont bénéficié de cette formation, avec la législature passée, il faudrait prévoir une formation pour les nouveaux gouverneurs, les députés provinciaux et les cadres des DPS (26 gouverneurs, 26 présidents des assemblées provinciales, 26 ministres provinciaux de la santé, 26 chefs DPS, 6 chefs de bureau par DPS) ;
- Pour la stabilisation du personnel au niveau provincial et des ZS, inclure une clause y afférent dans le mécanisme de contrat unique ;
- Parallèlement, mener un plaidoyer pour encourager les responsables des provinces à payer les primes de performance d'une partie des prestataires à l'aide des ressources locales ;
- Il faudrait également mettre en place un mécanisme de redevabilité adapté à chaque contexte à tous les niveaux du système y compris au niveau communautaire (ex. présentation des résultats atteints à la hiérarchie et aux membres des communautés à travers les organes de gestion, engagement pris au cours du forum national sur la vaccination en termes de contribution au niveau central et provincial) ;
- Enfin le renforcement opérationnel des Inspections Provinciales de la Santé (IPS) (compétences et moyens) pour la réalisation des inspection-contrôle de qualité.

Par rapport au financement

Pour la mobilisation des ressources domestiques en faveur de la vaccination et leurs décaissements, la subvention devra soutenir : le **plaidoyer pour la mise en œuvre de la loi sur la santé** ; le **renforcement de l'action des parlementaires du Réseau des Parlementaires Congolais pour l'Appui à la Vaccination (REPACAV)**. Cela permettra de résoudre le problème lié au faible taux de décaissement par rapport aux prévisions. Les budgets alloués au secteur de la santé représentaient seulement 20% en 2016, 45% en 2017 et 36% en 2018. De ces allocations, les taux d'exécution ont été de 87,6 % en 2016, 52,2 % en 2017 et 36,1 % en fin avril 2018 (Evaluation mi-parcours PNDS 2015-2019).

Concernant les retards dans les paiements des prestataires sur le terrain, l'amélioration de cette situation passe par **l'actualisation des manuels des procédures pour les adapter aux conditions et circuits financiers du terrain et la mise en place d'un système de paiement directe des prestations aux bénéficiaires avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication**. Cela nécessite un **Partenariat avec les entreprises de télécommunication**. La subvention doit contribuer au renforcement des capacités des prestataires par la **formation sur les procédures financières et l'utilisation des outils de gestion**.

Par rapport au leadership et à la coordination des activités

La redynamisation du leadership du programme sera assurée grâce aux **réunions hebdomadaires pour le suivi et l'évaluation des activités (suivi technique et financier du PPAC et du PAO)**. En dehors des réunions face à face, des **téléconférences mensuelles** seront réalisées dans le pays avec les Antennes PEV et les partenaires locaux, mais aussi à l'international avec les bureaux régionaux et les sièges de l'OMS, UNICEF, GAVI, CDC, BMGF, J SI, USAID, ACASUS, etc.

En plus, des **réunions semestrielles du CCIA stratégique présidée par le Ministre de la Santé Publique ou son délégué, des réunions mensuelles des CCIA techniques présidée par le secrétaire général à la santé publique ou son délégué** au niveau central et le ministre provincial de la santé ou son délégué au niveau provincial. La subvention devra appuyer la tenue de ces réunions dont l'efficacité dans la coordination des activités du PEV n'est plus à démontrer. Une attention particulière sera accordée à un accompagnement technique et financier du niveau central aux DPS à problèmes.

Pour la matérialisation des principes de redevabilité, le programme a prévu de mener les **audits internes et externes à tous les niveaux plus les supervisions intégrées**.

Pour assurer le suivi et l'évaluation des progrès réalisés, **deux revues internes** sont réalisées au cours de chaque année. Ces pratiques sont fondées sur des expériences concluantes des **revues annuelles et semestrielles organisés dans le secteur chaque année**.

Le développement d'un système d'information sur les ressources humaines à l'instar iHRIS logiciel open et de WISN (indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail) contribuera à la résolution des problèmes liés à la non maîtrise des effectifs et à l'instabilité du personnel. DFID a développé ce système dans le Kasaï et le Nord Ubangi.

Les interventions retenues pour la réalisation de l'objectif 4 font partie du paquet 1 **(Appui systémique à l'échelle nationale en coordination avec les autres partenaires)** .

Il s'agit de :

- 1.Tenir des réunions semestrielles de CCIA stratégiques
- 2.Tenir des réunions mensuelles de CCIA provincial
- 3.Appuyer la tenue des réunions mensuelles du CCIA techniques au niveau central
- 4.Tenir des réunions du comité national de coordination « CNC »,
- 5.Consolider la réforme du financement dans le secteur
- 6.Garantir les Frais de gestion coordination du programme (SG-CAGF-DEP-PEV-DPS)
- 7.Appuyer le processus de la normalisation (élaboration des normes, stratégies et politiques) ainsi que la consolidation de la réforme des DPS et du niveau central
- 8.Contribuer au fonctionnement mensuel du PEV
- 9.Organiser la revue annuelle, à mi-parcours et évaluation conjointe
- 10.Complément allocation structurelle pour le financement basé sur les résultats aux structures du niveau central impliquées dans la mise en œuvre du programme GAVI-RSS3 (SG, DEP, PEV, DLM, DDSP, DES) y compris les primes du personnel du niveau central impliqué dans la mise en œuvre du plan Mashako "
- 11.Complément allocation structurelle pour le financement basé sur les résultats aux 14 DPS GAVI-RSS3

12. Allocation structurelle pour le financement basé sur les résultats aux ingénieurs maintenanciers et logisticiens de santé de 26 DPS
13. Assurer les missions d'évaluation de la mise en œuvre des activités de PAO dans les DPS
14. Organiser la révision du Plan Pluriannuel Complet (PPAC 2020-2024)
15. Plaidoyers pour l'appropriation des activités de vaccination et l'accroissement des budgets y afférents
16. Audits internes externes plus revues internes d'évaluation des activités de vaccination à tous les niveaux
17. Organiser les missions d'inspection des activités de vaccination par l'IGS
18. Organiser les missions d'inspection des activités de vaccination par l'IPS
19. Vulgariser la loi-cadre sur la santé avec focus sur la vaccination
20. Formations sur la Vaccinologie
21. Formations sur la logistique en santé intégrée,
22. Formations sur la gestion PEV (MLM)
23. Formations sur le Strategic Training Executive Program (STEP)

Énumérer environ cinq (6) activités spécifiques à entreprendre pour atteindre cet objectif :

→ ***Mettre ces activités en évidence dans le modèle de budgétisation et planification***

1. Assurer la coordination des interventions entre le gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) à tous les niveaux ;
2. Apporter un financement institutionnel du gouvernement et des partenaires à tous les niveaux ;
3. Accompagner le processus de renforcement du cadre de redevabilité à tous les niveaux (formaliser les engagements des gouvernements provinciaux, appuyer les missions d'inspection contrôle et appuyer les plateformes de redevabilité)
4. Appuyer la mise en œuvre des réformes institutionnelles au niveau provincial (évaluation des réformes mises en œuvre au niveau des provinces, mise à l'échelle des bonnes pratiques, rationalisation des programmes et leurs structures au niveau provincial)
5. Mettre en place les mécanismes de sécurisation du financement de la vaccination (mesures d'application de la loi cadre sur la santé publique, groupes de pression le REPACAV, la société civile, faire de la vaccination une dépenses contraignante, ...)
6. Vulgariser la loi-cadre sur la santé publique et les directives/normes relatives à la vaccination.

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ ***Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)***

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en TA et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)

L'assistance technique sera assurée par :

- GIZ : Gestion financière et audits sur l'utilisation des fonds,
- OMS et UNICEF: Appui technique aux revues semestrielles, CNP et revue du secteur mais surtout pour les évaluations à mi-parcours et final du projet, évaluations conjointes des programmes financés par GAVI

Par ailleurs, l'appui financier et technique des partenaires ci-dessous sera également mis à profit au cours de la mise en œuvre des activités :

- Membres du Comité ad hoc : Gouvernance participative du projet avec tous les PTF impliqués. Le mécanisme à utiliser est le Comité ad hoc Gavi dont les réunions devront avoir un contenu technique solide pour requérir les avis des parties prenantes.
- Pour les téléconférences : USAID, JSI, ACASUS, BMGF etc.

Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.
 → **Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents** (veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici : <http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>).

La mise en œuvre des activités de l'objectif 4, fait appel aux frais récurrent liés aux compléments de salaire et au financement des activités de pilotage des activités de vaccination. Les principaux générateurs des coûts liés à ces indemnités sont repris ci-dessous.

Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → Mettre en évidence les détails dans le modèle de budgétisation et planification	Années 2020 à 2021	\$7 439 640
	Années 2022 à 2024	\$ 10 311 240

Veuillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :

Le pilotage de cet objectif est essentiellement basé au niveau central du programme qui a la responsabilité de la mise en œuvre de la subvention. Pour ce faire les coûts les plus importants à considérer proviendront de :

- Formation des agents impliqués dans la gestion financière de la subvention, aussi bien au niveau central que dans les DPS ;
- Missions trimestrielles sur le terrain pour l'accompagnement technique, la supervision, le suivi et évaluation dans les DPS, notamment par les experts du PEV, DEP, DLM, CAGF Secrétariat Général et Inspection générale à la Santé ;
- Paiement des primes de performance liées aux activités d'encadrement et de suivi de la mise en œuvre de la subvention ;
- Organisation et Assistance technique pour les revues annuelles et les évaluations à mi-parcours et finale tout au long du projet ;
- etc.

Les coûts de cet objectif peuvent être allégés avec des interventions en synergie avec les activités d'autres projets. Les supervisions conjointes sont une des formules à adopter. Le

financement par les PTF des revues trimestrielles dans les DPS constituent également une autre approche de partage des charges financières.

<p>Objectif 5 :</p>	<p>Renforcer le rôle de 90% des organes de participation communautaire appuyés, pour lutter contre les freins à la demande de vaccination pour les enfants cibles et les femmes enceintes, d’ici à 2024.</p>
<p>Calendrier :</p>	<p>2020-2024</p>
<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d’équité devant être traitée(s) par l’objectif : → Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B</p>	<p>L’accessibilité aux services de vaccination reste inéquitable entre les provinces et les groupes spécifiques, à la suite des problèmes d’accessibilité géographique, socio culturelle et économique. Les nombre d’enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés demeure important (près de 2,5 millions selon MICS 4 de 2018). Il persiste une faible demande des services de vaccination par la communauté y compris dans les ZS où l’offre des services est disponible. Une attention particulière devra être portée également aux ZS des milieux urbains. Par ailleurs, la revue documentaire (Revue externe du PEV, Evaluation à mi-parcours du Gavi-RSS2, MICS, rapports des supervisions, etc.) nous renseigne sur les principales contraintes relatives aux aspects communautaires qui empêchent l’amélioration de la couverture vaccinale. Il s’agit entre-autres de (i) L’absence d’un système d’identification des localités avec grands nombre de cibles ; (ii) La faible exécution du suivi individuel des cibles ayant manqué des séances de vaccination ; (iii) L’inexistence de stratégie de communication pour le PEV qui tracerait les lignes de force à suivre par le PEV et de laquelle seraient extraites les stratégies opérationnelles annuelles de communication ; (iv) Les inégalités au sein d’un même milieu selon le lieu de résidence ; la distance entre le domicile et le Centre de santé. En matière d’équité dans la vaccination, il a été rapporté des disparités entre les milieux urbains et ruraux. Selon l’enquête EDS 2013-2014, les taux d’enfants complètement vaccinés sont plus élevés en milieu urbain qu’en milieu rural (53 % contre 42%). De même, cette disparité s’observe sur les taux d’abandon entre les penta 1 et 3 avec 28,9% en milieu rural contre 19,4% en milieu urbain. Ces chiffres suggèrent que plus d’efforts et d’investissements soient orientés vers l’engagement communautaire en milieu rural dans le prochain cycle du projet Gavi-RSS3.</p> <p>Concrètement, les principaux problèmes ci-après ont été notés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persistance du nombre élevé des enfants non vaccinés en dépit des améliorations notées lors de l’évaluation du programme GAVI RSS 2. Le rapport MICS 4 l’évalue à 2,5 millions enfants ; 2. Existence des groupes réfractaires à la vaccination dans les communautés ;

3. Faible motivation des relais communautaires et leaders des communautés impliqués dans les activités communautaires de vaccination ;
4. Inexistence d'un système de suivi systématique du statut vaccinale et autres interventions à haut impact à base communautaire des enfants et des mères partant de la période prénatale en passant par la période néonatale jusqu'à 23 mois d'âge et dans un proche avenir jusqu'à 13 ans pour les jeunes filles.
5. Faible niveau d'accompagnement des structures de PARTICOM par les ECZS et ECP

Décrire les interventions adaptées pour faire face à cette contrainte et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention. Décrire les capacités nationales essentielles qui seront acquises ou renforcées en conséquence de cet investissement.

Pour améliorer les prestations de routine et atteindre toutes les cibles y compris les populations d'accès difficile, l'approche « Atteindre Chaque Zone de santé » reste efficace à condition d'être bien appliquée sur l'ensemble du Pays. Ceci passe par la maîtrise des populations cibles de la vaccination, notamment les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes qui sont à 0 doses de vaccins ou qui sont sous vaccinés pour des multiples raisons. On note qu'en 2017, le nombre moyen d'enfants récupérés pour le DTC-HepB-Hib3 dans les Zones de santé Gavi-RSS2 était de 589 contre 570 en moyenne nationale, traduisant ainsi un début d'évolution dans cette dynamique de travail. Ces populations en déficit de vaccination peuvent être identifiées dans les localités, regroupements et mêmes les campements isolés qui sont tous souvent difficile d'accès ou éloignés des principaux axes de circulation. Cette identification peut se faire avec une micro planification de qualité à travers les organes de PARTICOM pour une identification exhaustive des populations marginalisées et difficile d'accès.

Le renforcement des capacités et la responsabilisation des communautés pour la vaccination constituent une approche innovante qui a fait ses preuves aussi bien dans la récupération des perdues de vue que dans l'incitation des 0 doses à se présenter aux sites de vaccination. Selon les expériences mises en œuvre par l'UNICEF et la société civile (SANRU et ses sous récipiendaires...), le fait de redynamiser les organes de PARTICOM et de les mobiliser en faveur de la vaccination est une approche innovante efficace pour réduire les inégalités et ainsi augmenter la couverture vaccinale. En effet, dans les 10 DPS appuyées par GAVI-RSS2, sur les 24.547 CAC installées, 23 292, (95%) étaient fonctionnelles. C'est donc sur cette base que ces CAC doivent maintenant être totalement responsabilisées et systématiquement intégrées dans les activités de vaccination selon « l'approche village » pour permettre l'identification de tous les enfants de 0 à 11 mois à vacciner en routine, surtout dans les communautés marginalisées et difficiles d'accès.

Cette approche passe par une meilleure formation des RECO et des autres membres des CAC et CODESA en gestion et technique de vaccination, en techniques de communication interpersonnelle, etc. Un focus sera mis sur l'extension des structures de PARTICOM par l'installation des unions des CODESA (UCODESA) au niveau des BCZS et Task Force communication santé au niveau provincial. Elle nécessite également la prise en compte de leur motivation, notamment par l'achat des prestations de services ainsi que la promotion des activités génératrices des revenus.

Par ailleurs, la performance des acteurs communautaires sur le terrain est aussi liée à la disponibilité des outils de collecte des données, supports de communication et les moyens de transport, tout au moins les motos et vélos, pour la réalisation des différentes stratégies

afin d'atteindre chaque enfant et assurer les activités de suivi jusqu'aux confins les plus difficiles d'accès.

En plus de favoriser l'autonomisation des communautés, investir dans la redynamisation des structures communautaires constitue également une porte d'entrée et un point d'encrage sur lequel plusieurs autres secteurs de développement peuvent s'agripper pour intervenir dans les communautés.

Concrètement, Les RECO seront mobilisés pour accompagner les communautés à évaluer la qualité des services offerts par les prestataires, sensibiliser les ménages à travers les visites à domicile, identifier les mères et les enfants à vacciner .et promouvoir l'approche genre avec l'implication des pères pour la vaccination des enfants dans les ménages.

A ce jour, les actions ci-après ont contribué au renforcement de la demande de service de vaccination : (i) la collaboration avec les Eglises, les Organisations Non gouvernementales (ONGs) et Associations (cas de l'appui GAVI à SANRU, CARITAS, APEC et CRRDC) pour l'accompagnement des communautés dans la micro planification et la récupération des enfants non vaccinés ; (ii) le plaidoyer des OSC auprès des autorités provinciales pour leur implication dans les activités de vaccination ; et (iv) la collaboration avec la communauté humanitaire et le dialogue avec les groupes armés dans les zones de conflit (Revue externe PEV 2018 et Rapport d'Evaluation mi-parcours de GAVI RSS 2).

En somme, les interventions majeures à réaliser sont :

1. Mettre en place 8872 CAC dans 53 ZS des 2 DPS là où ils n'existent pas
2. contribuer au fonctionnement de 31757 CAC
3. Appuyer les réunions mensuelles de monitoring de 3873 CODESA
4. Former/recycler 31757 RECO DES 225 ZS sur ses rôles et responsabilités, le dénombrement de la population y compris l'enregistrement des naissances et des décès, l'élaboration de plan d'action communautaire, la communication en faveur de la vaccination, la surveillance de MEV, gestion des outils de collecte et transmission des données.
5. Assurer le suivi mensuel des activités communautaires et la validation des données produites par les acteurs communautaires par les ONG Locales dans les 225 ZS
6. Appuyer les réunions trimestrielles pour évaluer la qualité de l'offre des services de Santé par les déléguées des villages dans les 3873 AS
7. Assurer le suivi stratégique des activités des PARTICOM par le niveau central
8. Appuyer la réalisation des VAD pour la sensibilisation, suivi communautaire et récupération des enfants et femmes enceintes par les RECO dans les 31757 CAC
9. Appuyer les missions de suivi semestriel de la mise en œuvre de la dynamique communautaire dans les 13 DPS par le niveau central ;
10. Appuyer les structures de PARTICOM (CODESA) sous forme de récompense en fonction de leurs performances sur le nombre des enfants zéro dose et complètement vacciné
11. Appuyer le fonctionnement des OSC (5%)

Enumérer environ cinq (5) activités spécifiques à entreprendre cet objectif :

→ **Mettre ces activités en évidence dans le modèle de budgétisation et planification**

1. Assurer l'organisation, le fonctionnement et la responsabilisation des structures de participation communautaire.
2. Organiser le renforcement des capacités des acteurs communautaires (RECO) au cours de deux premières années du projet sur les thèmes ci - après : organisation et

fonctionnement des structures de participation communautaire ; gestion et technique de vaccination, le dénombrement de la population y compris l'enregistrement des naissances et des décès, la communication interpersonnelle et les visites à domicile pour la sensibilisation de la population, la récupération des enfants et femmes enceintes qui ont manqué les séances de vaccination, etc.

3. Assurer le suivi des activités de la dynamique communautaire et la récupération des enfants jusqu'à 13 ans et des femmes enceintes dans les AS des zones prioritaires.
4. Organiser les évaluations des structures de participation communautaire en vue d'une récompense en fonction de performance.
5. Contractualiser avec les organisations des Nations Unies pour l'ouverture des couloirs humanitaires dans les Zones insécurisées.

Actualiser le GPF pour proposer des indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers cet objectif : cela donne un moyen d'évaluer l'atteinte des résultats intermédiaires et la mise en œuvre de l'activité.

→ ***Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)***

Assistance technique : énumérer les besoins prévus en AT et les délais à tenir pour faciliter cet objectif et les plans visant à le garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)

- Dans le cadre de cet objectif, il sera nécessaire de faire appel à des contrats de sous-traitance ou à des sous-récepteurs pour essentiellement redynamiser les CAC et conduire des sessions de formation des acteurs communautaires : USAID/UNICEF/BMGF/SANRU/CARITAS/ARCC/CRRDC/APEC/ etc.
- L'appui pour le plaidoyer auprès des APA, le dénombrement de la population et la cartographie satellitaire : OMS/PATH/UCLA/GRID
- Dans l'ensemble, la mise en œuvre des activités de cet objectif devra faire appel aux experts de la Division en charge de la Santé communautaire, au sein de la DGOSS, qui pilote la mise en œuvre du plan stratégique national de la santé communautaire et de la division d'appui du PEV ayant en charge la communication en son sein.

Financement : justifier toute demande afin que Gavi soutienne les principaux frais récurrents (par ex. les ressources humaines) indépendamment de l'étape de transition.

→ **Il est interdit aux pays en phase de transition préparatoire et accélérée d'utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents** (*veuillez consulter le Guide sur le soutien aux capacités en ressources humaines des pays disponible ici* :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/additional-guidance/>).

L'engagement communautaire est une approche efficace pour augmenter la couverture vaccinale dans les communautés. Pour atteindre ce résultat, l'implication directe de la communauté en tant que partenaire des services de santé est indispensable. Cette implication doit se faire à travers ses représentants que sont les RECO qui sont également acteurs à divers titres dans les activités de vaccination. Cependant, malgré des résultats probants enregistrés avec l'action des RECO, il subsiste trois types de défis à relever pour garantir leur efficacité, à savoir leur redevabilité vis-à-vis de la communauté qui les a mandatés, leur motivation et les moyens de déplacement dans les confins les plus reculés du pays, surtout en milieu rural.

La dotation en moyens de locomotion pour les déplacements sur terrain ainsi que l'achat de leurs prestations (PBF) comme mode de paiement pour soutenir leur motivation constituent donc les possibilités de relever ces défis. Au préalable, les RECO doivent être soutenus et gérés par leurs structures communautaires pour plus de responsabilité. Ainsi, une subvention de Gavi pour financer le renforcement des organes de PARTICOM (CAC, CODESA, UCODESA, Task Force communication) et de leurs activités est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés.

Quel budget RSS est alloué à cet objectif : → <i>Mettre en évidence les détails dans le modèle de budgétisation et planification</i>	Années 2020 à 2021	\$ 8 348 189
	Années 2022 à 2024	\$ 4 679 253

Veillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :

L'engagement communautaire pour la génération de la demande de vaccination constitue une approche innovante dans les stratégies du PEV, étant donné que les performances des structures de santé ont montré leurs limites. Ceci justifie l'apparition des coûts non conventionnels dans les budgets des programmes de vaccination. Cependant, il ne s'agit pas seulement de soutenir le travail direct des RECO, il s'agit surtout de renforcer les capacités des structures communautaires pour obtenir leur implication totale dans les activités du PEV et aussi induire des nouvelles normes sociales en faveur de la vaccination. Parmi les hypothèses à formuler en faveur de cette approche, il faut reconnaître que c'est dans les communautés non structurées que les CV sont les plus basses. Plus les dirigeants d'une communauté ont le contrôle de leur population, plus cette communauté peut être mobilisée et engagée pour les activités de développement. Les CAC et CODESA fonctionnels sont actuellement promus comme structures communautaires qui encadrent le développement en général et la santé de leurs populations en particulier.

La résilience des structures communautaires jadis appuyées par les projets de l'USAID ou du DFID qui sont arrivés à terme (MCSP, PROSANI-Plus, ASSP...) peut être un facteur déterminant dans la poursuite de la dynamique communautaire dans les zones d'intervention du projet Gavi-RSS3.

Les risques majeurs sont liés aux conditions de sécurité dans les provinces retenues et particulièrement dans les ZS où sévissent encore les conflits armés ou intercommunautaires. D'autres risques peuvent également être attribués au manque de synergie dans le financement des activités de santé de la part de certains PTF qui ont suspendu ou ralenti leur coopération et donc l'appui financier au pays.

Modèle de la chaîne d'approvisionnement (applicable même si le pays ne soumet pas de demande pour la POECF) :

<p>Objectif :</p>	<p>Renforcer la chaîne d'approvisionnement du programme élargi de vaccination de la RDC à partir de 2020 en augmentant le score composite de la GEV de 71% en 2019 à 80% en 2024 afin de rendre disponibles les vaccins et les intrants à tous les niveaux pour l'atteinte de tous les enfants cibles</p>
<p>Calendrier :</p>	<p>2020-2024</p>
<p>Zones géographiques/groupes de population prioritaires ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</p> <p><input type="checkbox"/> Établir une liste afin de parvenir à une correspondance avec ceux identifiés dans la Section B</p>	<p>9 Provinces prioritaires dont Kinshasa, Kwilu, Kasai, Kasai oriental, Sud Kivu, Ituri, Lomami, Haut Katanga et Haut Lomami et 225 ZS</p>
<p>Décrire l'intervention adaptée pour faire face aux contraintes spécifiques liées à la chaîne d'approvisionnement et fournir des preuves de l'efficacité de l'intervention :</p>	
<p>La RDC est l'un des pays les plus vastes et les plus peuplés d'Afrique avec une population estimée à plus de 100 millions d'habitants (selon les estimations du dénombrement). Le programme Élargi de Vaccination en RDC connaît un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont liées à la chaîne d'approvisionnement pour l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel, à l'insuffisance des supervisions formatives au niveau intermédiaire et opérationnel, à la non atteinte des enfants dans les zones de santé d'accès difficile, à l'instabilité et à la démotivation du personnel. La chaîne d'approvisionnement du PEV comprend trois niveaux : (i) Le niveau central y compris le Hub de Kinshasa dont les travaux de construction sont terminés et le Hub déconcentré de Kisangani dont les travaux sont en cours ; (ii) Le niveau intermédiaire constitué de 8 dépôts de coordination et 49 dépôts des antennes et relais; (iii) et le niveau périphérique qui comprend 516 dépôts des zones de santé et 8830 aires de santé. Le programme national du PEV doit relever plusieurs défis pour atteindre ses objectifs d'équité et de couverture parmi lesquels le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. La grande majorité des approvisionnements du niveau central vers les coordinations et les antennes se fait par voie aérienne et souvent les vols sont très irréguliers sur certaines destinations rendant ainsi le coût de transport excessivement élevé. En outre certaines antennes et zones de santé sont inaccessibles pendant certaines périodes de l'année. Afin de relever les défis de la chaîne d'approvisionnement le pays est dans le processus de la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement afin d'assurer la disponibilité permanente des vaccins et des intrants à tous les niveaux. Dans ce cadre les actions envisagées pour surmonter ces défis sont entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remodeler la chaîne d'approvisionnement en tenant compte de la nouvelle reconfiguration intégrant le Hub de Kinkole, les dépôts déconcentrés (Kisangani), les dépôts provinciaux et les nouvelles antennes ; 	

- Utiliser les moyens de transport selon les infrastructures disponibles : routière, aérienne, fluviale ;
- Acquérir et doter les différentes structures qui en manquent en moyens de transport adéquats ;
- Exploiter l'utilisation de drone pour l'approvisionnement de certains centres de santé à accès difficile ;
- Doter les nouvelles Antennes en chambres froides, congélateurs et autres équipements de chaîne du froid et réhabiliter les anciennes chambres froides vétustes de certaines antennes et des Coordinations ;
- Renforcer la capacité de stockage au niveau de 250 Zones de santé en leur dotant de nouveaux réfrigérateurs solaires adaptés

Énumérer les activités prioritaires pour chacun des cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement :

Décrire les activités liées aux fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement – Pour celles prévues les années 1 et 2 et celles prévues les dernières années (3 à 5).

☐ Ces activités doivent être liées au dernier Plan d'amélioration de la GEV et être mises en évidence dans le plan de travail et le budget opérationnels

1. Amélioration continue

Deux premières années (Années 2020-2021)

1. Organiser trimestriellement des missions de supervisions formative pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) ;
2. Organiser une évaluation externe des 23 chambres froides positives solarisées.

Dernières années (Années 2022- 2024)

1. Organiser une autoévaluation de la gestion efficace des vaccins "GEV" en 2022;
2. Organiser l'évaluation de la GEV, version 2 en 2024.
3. Acquérir des incinérateurs avec tous accessoires (conteneurs, gants, etc.), pour l'élimination des déchets issus de la vaccination selon les normes de l'OMS.

2. Gestion/Leadership

Deux premières années (Années 2020-2021)

1. Organiser une fois par mois des télé- conférences avec les provinces dans le cadre du suivi des indicateurs logistiques ;
2. Organiser des sessions de formations en CCL à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
3. Organiser un atelier au niveau central sur le remodelage de la chaîne d'approvisionnement en impliquant les autres programmes dans le cadre de la mutualisation de moyens ;
4. Organiser des missions d'accompagnements du niveau central vers les provinces sur le remodelage de la chaîne d'approvisionnement avec la mutualisation de moyens ;
5. Former les agents sur la gestion et la sécurité dans les entrepôts ;
6. Allouer un montant mensuel aux chargés du PEV, à tous les niveaux, pour les besoins de communications téléphoniques.

Dernières années (Années 2022-2024)

1. Former 40 ingénieurs de maintenance des ECF PEV ;
2. Renforcer les capacités de 35 agents en logistique de santé et 35 agents en leadership de la chaîne d'approvisionnement...

3. Données pour la gestion

Deux premières années (Années 2020-2021)

1. Organiser un atelier au niveau central pour l'élaboration/révision des supports des supports de formation en CCL;
2. Acquérir un logiciel de gestion de stock en temps réel ;
3. Organiser un atelier d'actualisation de PON ;
4. Reproduire, diffuser et former tout le personnel aux PON et Plans d'urgence (pannes, etc.) qui sont élaborées ;
5. Installer l'outil SMT dans tous les BCZS et instaurer un système d'archivage ;
6. Organiser les inventaires périodiques de stock de vaccins et autres intrants (activité continue) ;
7. Former les techniciens sur l'installation et le personnel sur l'utilisation du système de monitoring à distance de température (RTMD) ;
8. Acquérir des kits informatiques et autres outils pour la gestion logistique de vaccins à tous les niveaux (ordinateur, onduleur, internet, imprimante, disque dur externe, clé USB, Classeurs) ;
9. Acquérir des kits de gestion de stocks avec code-barres.
10. Organiser une étude de températures dans la chaîne d'approvisionnement

Dernières années (Années 2022-2024)

11. Organiser un atelier d'actualisation des outils de gestion du PEV ;
12. Reproduire les outils de gestion du PEV.

4. Équipement de la chaîne du froid (dont la maintenance)

- Comment le pays s'assurera-t-il que certains aspects du maintien de la chaîne du froid seront garantis (par ex., maintenance préventive et corrective, suivi de la fonctionnalité, techniciens, financement de la maintenance, approvisionnement des pièces détachées, etc.) ?
- À quelle fréquence le pays s'engage-t-il à effectuer la maintenance préventive et corrective (avec le soutien des partenaires)?
 - Le pays s'engage à effectuer la maintenance préventive mensuellement et pour celle corrective, à chaque fois qu'il y a une panne.
- Comment le pays surveillera-t-il la bonne exécution de la maintenance préventive et corrective?
 - La surveillance de la maintenance préventive et corrective sera effectuée d'un rapport qui sera transmis au niveau central par les pools de maintenance et aussi lors de la tenue mensuelle de téléconférence de suivi des indicateurs de la chaîne du froid.
- Indiquer les sources de financement pour les activités de maintenance planifiées
 - GAVI RSS3
- Comment le pays mettra-t-il au rebut l'équipement obsolète et irréparable, remplacé par un nouvel équipement?
 - Tous les équipements de chaîne du froid obsolète et irréparable seront retirés au niveau de chaque structure pour être acheminés à un site sûr en attendant la destruction finale à une société appropriée.

Deux premières années (Années 2020-2021)

1. Renforcer la capacité de stockage de dépôt de Lubumbashi par l'acquisition et l'installation de 2 chambres froides positives de 50m³ et 1 chambre froide négative de 20m³ ;
2. Acquérir et installer 6 Chambres froides positives de 30m³ pour les nouvelles antennes et celles vétustes ;

3. Acquérir 100 réfrigérateurs solaires TCW4000SDD pour augmenter la capacité de stockage dans les BCZS
4. Acquérir 1000 réfrigérateurs solaires TCW40SDD pour la dotation des CS non encore équipés et ceux dont les équipements sont en panne
5. Doter les dépôts provinciaux et des antennes PEV de 32 véhicules (land cruiser 4X4) pour le transport de vaccins, des matériels d'injection et d'autres produits de santé vers les ZS ;
6. Acquérir 50 équipements pour le suivi de l'utilisation des véhicules avec le tracking ;
7. Acquérir 90 RTMD pour toutes les chambres et former le personnel à l'utilisation et les installations ;
8. Acquérir des Datas Logers (2552) pour le suivi de températures à distance des réfrigérateurs au niveau de CS
9. Déployer les 35 ingénieurs et rendre opérationnel les pools de maintenance au niveau de toutes les provinces
10. Mettre en place, à tous les niveaux, un système de maintenance des équipements de la chaîne du froid, de la logistique roulante et des bâtiments (techniciens, outillage, pièces de rechange, système d'information, transport) ;
11. Assurer le fonctionnement continu du Hub de Kinkole et de Kisangani ;
12. Acquérir de kits d'outillage pour les pools de maintenance (niveau central et provinces);
13. Acquérir des kits de pièces de rechange pour les chambres froides (10 kits) ;
14. Acquérir des kits de pièces de rechange pour les réfrigérateurs solaires (250 kits) ;
15. Acquérir des groupes électrogènes pour certaines antennes et pour certains BCZ ;
16. Etendre la solarisation des chambres froides aux provinces qui n'ont pas de courant électrique stable ;
17. Construire 8 dépôts de stockage des intrants secs dans les nouvelles antennes et provinces ;
18. Mettre à jour l'inventaire complet des équipements de la chaîne du froid et des moyens de transport ;
19. Doter les personnels en équipement de protection individuelle dans les entrepôts ;
20. Doter les dépôts d'antennes et coordinations d'extincteurs ;
21. Renforcer les capacités du personnel dans le monitoring et la maintenance préventive et curative des équipements de la chaîne du froid et de la logistique roulante à tous les niveaux
22. Développer des outils de gestion pour les inventaires et la maintenance de matériels ;
23. Réaliser la cartographie des 26 chambres froides du HUB de Kinkole et des chambres froides de Kisangani et Kananga (dépôt de transit)

Dernières années (Années 2022-2024)

1. Acquérir 1000 réfrigérateurs solaires TCW40SDD pour la dotation des CS non encore équipés et ceux dont les équipements sont défectueux ;
2. Acquérir de 1500 Glacières pour le niveau central, les dépôts intermédiaires et les BCZS ;
3. Acquérir des portes-vaccins (5000) pour les points de prestation ;
4. Acquérir des hors-bords et des pirogues pour les ZS fluviales et lacustres ;
5. Construire 19 dépôts de stockage des intrants secs dans les nouvelles antennes et provinces ;
6. Doter l'antenne d'Aru d'un véhicule pickup réfrigéré.

5. Conception du système (tous les pays doivent répondre) Si le pays fait une demande pour la POECF, indiquer également dans quelle mesure ces considérations en matière de conception du système ont eu un impact sur le choix de l'ECF pour lequel le soutien de la POECF est demandé.

Deux premières années (Années 2020-2021)

1. Assurer le transport de vaccins du niveau central vers les dépôts déconcentrés, des dépôts déconcentrés vers les DPS, des DPS vers les ZS et de ZS vers les Aires de santé;
2. Expérimenter l'utilisation de drones dans les Aires de santé à accès difficile.

Dernières années (Années 2022-2024)

1. Assurer le transport de vaccins du niveau central vers les dépôts déconcentrés, des dépôts déconcentrés vers les DPS, des DPS vers les ZS et de ZS vers les Aires de santé;
2. Expérimenter l'utilisation de drones dans les Aires de santé à accès difficile.

Décrire la manière dont la pérennité de ces activités sera garantie à l'avenir :

L'approvisionnement en vaccins de qualité et le renforcement de la chaîne du froid sont des questions cruciales auxquelles est confronté le PEV en RDC. En effet, la RDC est un très grand pays avec des ressources limitées et un réseau routier très peu développé. L'approvisionnement en vaccins et intrants du niveau central vers les provinces se fait en grande partie par voie aérienne. De ce fait le PEV avec l'appui de ses principaux partenaires met en œuvre des mesures visant à renforcer les structures de gestion de la chaîne d'approvisionnement et plus particulièrement, le remodelage de la chaîne d'approvisionnement et la mutualisation avec les autres programmes. La construction des entrepôts modernes à Kinkole et Kisangani permettra la réduction de coût de transport des vaccins de Kinshasa vers les provinces. Le renforcement de la maintenance des équipements de la chaîne du froid par la mise en place de pools de maintenance et la formation de 35 ingénieurs au niveau central, la mise en place d'un système de monitoring continue des températures à différents niveaux. Tous ces investissements contribueront à améliorer la couverture et l'équité.

Énumérer les indicateurs permettant de surveiller l'avancée vers l'objectif :

Le mettre en évidence dans le cadre de performance des subventions (GPF)

Si le soutien à la POECF est demandé, inclure les indicateurs obligatoires (veuillez-vous reporter aux conseils sur la programmation ici :

<http://www.gavi.org/support/process/apply/hss/>)

Les principaux indicateurs

- % de dépôts de vaccins ayant enregistré des alarmes avec température +/- (RTMD) (Base line : - Cible en 2024 : 0%)
- Taux de couverture des CS en matériels de CDF (Base line : 74% Cible : 90%)
- % de dépôts provinciaux connecté au système de gestion électronique de stock en temps réel (Base line : 0 Cible en 2024 : 100%)
- % de BCZS connecté au système de gestion électronique de stock en temps réel (Base line : 0 Cible en 2024 : 50%)

Détailler les besoins en TA nécessaires pour faciliter cette activité et clarifier le montant qui n'est pas pris en charge dans le PEF/l'assistance au pays ciblé.

Partenariat technique et financier :

1. **OMS** : Achats de portes échantillons et Kits des prélèvements, Appui technique de solarisation de chambres froides, Formation en logistique de la chaîne du froid (CCL);

- Achats de vaccins pour les AVS (VPOb); Gestion de stock, Gestion des déchets et Evaluation GEV, suivi température chaine de froid rétrograde
2. **UNICEF** : Achat des équipements de chaine du froid (matériels actifs et passifs) et moyens de transport; Cartographie de chambres froides; Formation en logistique de la chaine du froid (CCL) au niveau central et en provinces ; Achats de vaccins; Distribution de vaccins et autres intrants ; Gestion de stock ; Evaluation GEV, système de monitoring des températures.
 3. **Village Reach** : Distribution de vaccins jusqu'au dernier kilomètre dans 3 provinces (Equateur, Haut Lomami et Tanganyika) ; Evaluation des capacités des ressources humaines
 4. **PATH** : Appui à l'évaluation sur l'impact de réfrigérateurs solaires
 5. **Banque Mondiale** : PBF, Achats de véhicules ; Achats de réfrigérateurs ; Achats de vaccins
 6. **Union Européenne** : Achats de réfrigérateurs solaires
 7. **UNOPS** : Construction des infrastructures de santé
 8. **Acasus** : Gestion des vaccins
 9. **JSI** : appui à l'introduction des nouveaux vaccins, Gestion des médicaments
 10. **USAID** : appui à l'achat de matériel de CDF et transports
 11. **DIFD** : matériel chaine de froid et transport des vaccins

Quelle proportion du budget RSS et POECF est allouée à cet objectif <input type="checkbox"/> <i>Insérer ici les mêmes chiffres que dans le tableau 2.4 et les mettre également en évidence dans le modèle de budgétisation et planification</i>	Années 2020 à 2022	-
	Années 2023 à 2025	-

Veillez également fournir des détails sur les générateurs de coûts, facteurs et hypothèses essentiels requis pour les principales activités de cet objectif, ici :

Les générateurs de coûts pour les principales activités sont identiques à ceux repris au niveau de l'objectif 1.il s'agit de :


- Le fonctionnement des Hub ;
- La construction des chambres froides positives et négatives, des dépôts... ;
- Ateliers et accompagnement sur la réflexion pour la reconfiguration de la chaine d'approvisionnement ;
- L'achat et la distribution de matériels et équipement de la CDF ;
- Mise en place d'un système de suivi et de maintenance des matériels acquis ;
- La dotation en matériel roulant pour le transport des vaccins ;
- L'évaluation du niveau de mise en œuvre de plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) une fois par an
- Autoévaluation de la gestion efficace des vaccins "GEV" tous les deux ans
- Evaluation externe des chambres froides positives solarisées
- Transport des vaccins à l'aide des approches innovantes (ex. drones)
- L'évaluation GEV en 2024 (Formation, missions terrain, 28 tablettes android)

Les facteurs et hypothèses essentiels pour l'atteinte de ces objectifs sont :

- Les partenaires techniques et financières mutualisent effectivement leurs ressources pour améliorer le système de gestion des vaccins.
- Engagement effectif des autorités sanitaires pour l'allocation effective et dans le délai des ressources pour l'approvisionnement du pays en vaccins et autres intrants

- La culture de la maintenance préventive et curative des équipements et matériels PEV est effective au sein des structures à tous les niveaux ;

7. Description du soutien demandé pour les nouveaux vaccins

 **Les besoins de planification plus spécifiques concernant le soutien aux vaccins nouveaux**, énumérés dans le tableau 1.2, sont décrits ici. Des détails plus complets sur les activités nécessaires pour préparer l'introduction du vaccin et/ou la campagne de vaccination (gestion des défis programmatiques et des goulots d'étranglement décrits ci-dessus) doivent figurer dans le plan de travail annuel du PEV du pays.

Exclure ici les vaccins qui ont déjà été approuvés par Gavi, même si la campagne de vaccination n'a pas encore été lancée.

Supprimer les cases ci-dessous qui ne sont pas pertinentes

Vaccination systématique anti-VPH	Date d'introduction prévue : Février 2023
	Décrire la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible, la vaccination potentielle par cohorte multi-âge en année 1, le déploiement régional potentiel, etc.).
	Conformément aux recommandations de l'OMS, durant la première année, les fillettes de 9 à 13 ans seront ciblées par une campagne, suivi d'une vaccination systématique annuelle d'une cohorte unique des fillettes de 9 ans qui devront recevoir une vaccination anti-VPH en 2 doses (0,5 ml) espacées entre elles d'au moins 6 mois, sauf pour les populations spéciales (ex : les immunodéprimées) pour qui 3 doses sont recommandées. Tirant les leçons des précédentes introductions des nouveaux vaccins, la RDC préconise une introduction progressive en trois phases comprenant 10 provinces (Kongo Central, Kinshasa, Kwango, Kwilu, Mai-Ndombe, Equateur, Tshuapa, Mongala, Nord- Ubangi et Sud-Ubangi) pour la première phase, 10 provinces (Kasaï, Kasaï Central, Kasaï Oriental, Sankuru, Lomami, Haut Lomami, Haut Katanga, Tanganyika, Lualaba et Maniema) pour la seconde phase et 6 provinces (Nord Kivu, Sud Kivu, Tshopo, Haut Uélé, Bas Uélé et Ituri) pour la troisième phase. Ces introductions se feront avec un intervalle de 2 mois entre les phases à partir de février 2023. Ainsi, au plus tard en juin 2023, toutes les provinces/zones de santé du pays auront introduit le vaccin contre le cancer du col utérin dans le programme de vaccination de routine.
	Décrire les étapes qui finaliseront la stratégie d'introduction et permettront aux principales parties prenantes de participer
	Les étapes ci-après devront permettre de finaliser la stratégie d'introduction :
	<ol style="list-style-type: none"> 1. La soumission de la demande est prévue en août 2021. Il sera question pour le Ministère de la santé, avec l'appui de ses partenaires appuyant la vaccination de préparer et soumettre à Gavi les documents requis pour la demande de financement, notamment le plan d'introduction du vaccin anti HPV. 2. La mise en œuvre du plan d'introduction dès l'approbation et l'obtention de financement de soutien d'introduction du vaccin anti HPV.

	<p>3. L'approvisionnement de la RDC en vaccin anti HPV par Gavi en aout 2022 soit 6 mois avant le lancement. Cela donnera suffisamment de temps à la Direction du PEV pour déployer les vaccins dans les différentes provinces et zones de santé.</p> <p>4. Lancement de l'introduction du vaccin anti HPV en février 2023 dans le premier pool de 10 provinces, puis respectivement en avril et en juin 2023 dans les deuxième et troisième pools des provinces.</p> <p>Décrire comment les futurs investissements dans le RSS amélioreront la qualité du lancement du programme de vaccination anti-PVH (par ex. en mettant l'accent sur la génération essentielle de la demande, l'engagement de la société civile, les plates formes de santé destinées aux adolescents pour la prestation intégrée des services, etc.)</p> <p>Les futurs investissements dans le cadre du Renforcement du Système de Santé seront capitalisés pour améliorer le programme de vaccination anti HPV. En effet, le financement RSS pourra contribuer :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. À renforcer la demande de la vaccination auprès des adolescentes (cohorte de 9 à 13 ans, actuellement non visée par les activités de vaccination systématique en RDC) 2. L'implication des organisations de la société civile et le programme national de la santé des adolescents dans la génération de la demande de la vaccination et l'appui à l'utilisation effective des services par les cibles. 3. Au renforcement des capacités du personnel à tous les niveaux dans la prestation des services de vaccination anti HPV intégrés aux autres services destinés à la santé des adolescents <p>Assistance technique : énumérer les besoins prévus en TA et les délais à tenir pour faciliter cette activité et les plans visant à la garantir (par ex. le RSS de Gavi, PEF/assistance au pays ciblé, autres sources ?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration de la proposition et la planification en aout 2021 - La mise en œuvre au moins 10 mois avant le lancement prévu en février 2023 - Le suivi et les évaluations avant et après l'introduction du vaccin anti HPV
<p>Rougeole/rougeole-rubéole (Vaccination systématique et campagne(s))</p>	<p>Afin d'encourager l'adoption d'une approche complète et à plus long terme de la planification du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux, dans l'optique de la pérennité programmatique et financière, un PPAC du pays ou un plan pluriannuel équivalent joint à cette JSP doit comprendre une analyse exhaustive de la situation et un plan sur 5 ans applicable à la rougeole et la rubéole. Si le PPAC actuel ou le plan pluriannuel équivalent ne comportent pas toutes les informations requises, un supplément au PPAC doit être établi et soumis avec la JSP sous forme d'annexe.</p> <p>Pour procéder à votre analyse exhaustive de la situation et élaborer un plan sur 5 ans applicable à la rougeole et la rubéole, veuillez utiliser le modèle de Gavi disponible ici :</p> <p>http://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/m-r-situation-analysis-and-5-year-plan-for-cmyp/</p>

Fournir une **justification technique** pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/rougeole et rubéole au cours des 5 prochaines années et indiquer pour quelle date chaque lancement/campagne est prévu(e)

La RDC fait face à une persistance des épidémies de rougeole depuis 2018 malgré la mise en œuvre des campagnes de suivi de 2016 à 2017. En mars 2019, la mise à jour de la situation épidémiologique de la rougeole révèle 59 zones de santé en épidémie, réparties dans 13 provinces.

Le pays et ses partenaires ont mobilisé auprès de MRI un financement pour l'organisation de la riposte dans ces 59 zones de santé.

Campagne de suivi : Les campagnes de suivi planifiées dans le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 n'ont pas été réalisées tel que prévu suite à la faible mobilisation des ressources. Il s'avère utile de reprogrammer ces campagnes de suivi après l'évaluation à mi-parcours de février 2018 du plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020.

Campagnes de riposte aux épidémies : *Depuis 2018, des ripostes* circonscrites couvrant partiellement ou totalement les zones de santé ont été menées avec l'appui des partenaires OMS, Unicef, MSF, ADRA, AIDS, ALIMMA, ne couvrant malheureusement pas toutes les ZS en épidémie.

En avril 2019 les campagnes de riposte avaient été organisées dans 59 zones de santé avec le financement MRI.

Il sied de noter que des campagnes de riposte seront également planifiées conformément au profil épidémiologique et en veillant au respect du délai entre la déclaration de l'épidémie et la mise en œuvre de la riposte. Toutefois, la RDC prévoit le renforcement des capacités des équipes cadres des niveaux intermédiaire et opérationnel afin d'organiser des ripostes sélectives autour des cas de rougeole.

Vaccination systématique : En plus de l'intégration de la deuxième dose du vaccin RR dans la vaccination de routine, le pays devra assurer la disponibilité de vaccins (RR) et renforcer la stratégie de récupération des enfants avec en routine avec une cohorte élargie (enfants 6 à 23 mois) pendant les activités de vaccination de masse.

Énumérer l'**Assistance technique** nécessaire au soutien des lancements de programmes de vaccination et/ou campagne(s) décrits dans votre plan sur 5 ans. Indiquer comment vous prévoyez de le garantir et pour quelle date.

1. L'élaboration de la proposition et la planification en aout 2019
2. La mise en œuvre au moins 10 mois avant le lancement (prévu en aout 2021)
3. Le suivi et les évaluations avant, pendant et après le lancement de la campagne contre le RR et ensuite, après son intégration dans la vaccination de routine

Décrire la manière dont le soutien au renforcement des systèmes de santé demandé dans cette Justification de soutien au programme contribuera au renforcement de la **vaccination systématique anti-VVR1 et VVR2** et au renforcement de la **surveillance du syndrome de rougeole, de rubéole et de rubéole congénitale**.

Les futurs investissements dans le cadre du Renforcement du Système de Santé seront capitalisés pour améliorer le programme de vaccination avec

un focus sur la vaccination durant la seconde année de vie de l'enfant. En effet, le financement RSS 3 pourra contribuer à :

1. Renforcer la demande de la vaccination RR auprès des parents avec focus sur la vaccination au cours de la 2^{ème} année de vie (renforcement de la vaccination de l'enfant de 12 à 23 mois)
2. Impliquer les organisations de la société civile dans la génération de la demande de la vaccination et l'appui à l'utilisation effective des services par les cibles au cours de la 2^{ème} année de vie.
3. Renforcer les capacités du personnel à tous les niveaux dans la prestation des services de vaccination au cours de la seconde année de vie
4. Démarrer effectivement cette année (2019), la surveillance du syndrome de rubéole congénitale ainsi que le renforcement de la surveillance de la rougeole. Il faut noter que le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 a prévu le démarrage de la surveillance du syndrome de rubéole congénitale mais, non encore effective jusqu'à ce jour.

Partie D : Signatures - Approbation de la Justification de soutien au programme

Formulaire de signature du gouvernement

Le gouvernement de (pays) souhaiterait développer le partenariat existant avec Gavi dans l'optique d'améliorer le programme de vaccination du pays et demande par la présente spécifiquement à Gavi son soutien pour le portefeuille énoncé dans cette Justification de soutien au programme (JSP) :

Le gouvernement de (pays) s'engage à toujours développer les services nationaux de vaccination de manière pérenne, conformément aux plans stratégiques nationaux de développement sanitaire et de vaccination. Le gouvernement demande que Gavi et ses partenaires contribuent à l'assistance financière et technique pour faciliter la vaccination des enfants comme exposé dans cette demande.

Le gouvernement de (pays) tiendra les engagements de cofinancement énoncés dans cette JSP, exprimés en doses ou leur montant équivalent en dollars dans la Partie A ci-dessus.

Nous, soussignés, affirmons que les objectifs et les activités de cette demande correspondent parfaitement aux plans stratégiques nationaux de développement sanitaire et de vaccination (ou équivalents) et que les fonds pour la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds nationaux et tout cofinancement de vaccin requis, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Nous, soussignés, affirmons de plus que le financement demandé pour les salaires, compléments/compensations de salaire, indemnités journalières et avantages n'est pas redondant avec le financement d'autres sources (par ex. d'autres donateurs).

Nous, soussignés, affirmons par ailleurs que les conditions de l'accord-cadre de partenariat conclu entre Gavi et le pays restent en vigueur et s'appliqueront à l'ensemble du soutien apporté par Gavi en vertu de cette demande.

Le/la ministre de la Santé (ou autorité déléguée)		Le/la ministre des Finances (ou autorité déléguée)	
Nom		Nom	
Date		Date	
Signature		Signature	