



Rapport de l'évaluation conjointe 2017

Pays	République Démocratique du Congo
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	Evaluation Conjointe complète
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	KINSHASA PLAZA HOTEL DU 29 /11 AU 1/12/2017
Participants/affiliation ¹	Cadres du Niveau central et provincial du MSP, partenaires Techniques et Financiers, Société civile, Départements ministériels gouvernementaux (Min Finances, Budget et Santé), députés nationaux du réseau de la vaccination.
Période couverte par les rapports de résultats	1 ^{er} juillet 2016 au 31 octobre 2017
Période fiscale ²	1 ^{er} janvier au 31 décembre 2016
Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)	5 ans (2015-2019)

1. RESUME DES DEMANDES DE RENOUELEMENT ET DE PROLONGATION

Dans le cadre du cycle de subvention en cours, Gavi examine et renouvelle son soutien au pays tous les ans (ci-après « renouvellement »). Si le soutien à un vaccin nouveau et sous-utilisé (SVN) pour un pays arrive à son terme et que le pays est encore éligible à un soutien de Gavi, il peut déposer une demande de prolongation du soutien (ci-après « prolongation »).

Les tableaux 1.1 à 1.4 ci-dessous seront pré-remplis par le Secrétariat Gavi, en se basant sur les informations des pays soumises via le Portail pays au 15 mai et quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe. Si des modifications doivent être apportées, elles doivent être discutées au cours de l'évaluation conjointe et signalées dans le rapport d'évaluation conjointe.

1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Type de soutien (routine ou campagne)	Vaccin	Année de fin du soutien	Année de demande du soutien	Cible (population devant être vaccinée)	Montant indicatif devant être payé par le pays	Montant indicatif devant être payé par Gavi
					\$US	\$US
					\$US	\$US

1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

Si 2017 est la dernière année d'un soutien pluriannuel pour un certain vaccin et que le pays souhaite prolonger le soutien de Gavi, veuillez faire une demande de prolongation de soutien pour ledit vaccin. La prolongation peut être demandée au maximum pour la durée du Plan pluriannuel complet (PPAC), qui doit être soumis à Gavi.

Type de soutien	Vaccin	Année de démarrage	Année de fin

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

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

1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Gavi s'engage sur des subventions de Renforcement des systèmes de santé pour une période allant jusqu'à cinq ans, avec la première tranche validée au moment de l'approbation de la proposition. Les années suivantes, le pays devra soumettre une demande de renouvellement pour la validation des tranches de financement de RSS suivantes.

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante. Veuillez noter que les fonds précédemment demandés et validés peuvent s'apparenter à des décaissements en cours et ne nécessitent **pas** de validation supplémentaire.

Montant total de la subvention RSS	\$ 144 991 152
Durée de la subvention RSS (de 2015 à 2019)	5 ans
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée	2018 -2019
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)	\$US 33 688 212

1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)

Comparable au soutien pour le RSS de Gavi, la POECF fournit un soutien progressif pour une durée maximum de cinq ans et qui est assujéti à une décision de renouvellement annuelle.

Le tableau ci-dessous résume les principales informations qui concernent les montants demandés pour l'année suivante.

Montant total de la subvention POECF	N/A	
Durée de la subvention POECF (de... à...)		
Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé		
Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF		
Investissement conjoint du pays	Ressources du pays	
	Ressources partenaires	
	Ressources RSS Gavi³	

1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir⁴

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

³ Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

⁴ Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

Contexte

Gavi renouvelle son soutien au(x) programme(s) de vaccination d'un pays, sous réserve d'une **évaluation annuelle de la performance**. L'évaluation conjointe est une étape importante dans cet examen des performances. Il s'agit d'une évaluation annuelle, nationale et multipartite de la progression de la mise en œuvre et de la performance du soutien de Gavi au pays et de sa contribution à l'amélioration des résultats en matière de vaccination.

Afin de renseigner la discussion d'évaluation conjointe, le pays doit soumettre tous les documents des rapports sur le portail pays de Gavi, au plus tard **quatre semaines avant la réunion de l'évaluation conjointe**.

Ceci inclut les rapports concernant les **principales exigences** :

- Mise à jour du cadre de performance des subventions (GPF) pour les indicateurs qui sont dus
- Rapports financiers périodiques, états financiers annuels et rapports d'audit (pour tous les types de soutien financier direct perçu, avec des dates limites de soumission spécifiques qui dépendent de l'exercice fiscal du pays)
- Rapport de stock de fin d'année (doit obligatoirement être soumis au 15 mai de chaque année pour le calcul des besoins futurs en vaccins)

Parmi les autres informations essentielles qui doivent être soumis sur le portail pays quatre semaines avant l'évaluation conjointe, on retrouve :

- Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination
- Des informations sur la qualité des données (y compris la revue documentaire annuelle et le rapport de progression sur la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité des données de vaccination)
- La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)
- Les rapports de campagne (le cas échéant)
- Le rapport spécifique sur le vaccin contre le papillomavirus humain (le cas échéant)
- L'évaluation de fin de subvention RSS (le cas échéant)
- Les rapports d'évaluation post-introduction (le cas échéant)
- Les revues du programme élargi de vaccination (PEV) (le cas échéant)
- Les plans de transition Gavi et/ou anti-poliomyélite ou les informations relatives à la cartographie des actifs (le cas échéant)

Parmi les autres informations qui renseigneront la discussion d'évaluation conjointe, on retrouve :

- Le rapport de l'OMS et de l'UNICEF sur les étapes de leur assistance technique financée via le PEF, et qui doit être mis à jour quatre semaines avant l'évaluation conjointe
- L'analyse en matière de couverture et d'équité et tous les aspects pertinents du programme, conformément aux informations fournies par les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe (le cas échéant)
- Les rapports d'évaluation complets du pays (le cas échéant)
- D'autres évaluations sur les programmes Gavi

Remarque : Si les informations pertinentes, telles que décrites ci-dessus, ne sont pas soumises sur le portail pays quatre semaines avant la réunion d'évaluation conjointe (à l'exception de la demande de renouvellement des vaccins qui doit être soumise au 15 mai), cela pourrait avoir un impact sur la décision de Gavi à tenir la réunion d'évaluation conjointe et à renouveler son soutien.

2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE

Veillez commenter les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe, le cas échéant, au niveau des facteurs contextuels qui affectent directement la performance du système de vaccination et les subventions de Gavi (tels que les désastres naturels, l'instabilité politique, les populations déplacées, les régions inaccessibles, etc., ou les tendances macroéconomiques ou les épidémies).

Veillez indiquer si le pays a été formellement identifié par Gavi comme étant fragile et spécifier si une certaine flexibilité dans la gestion de la subvention est demandée.⁵



La République Démocratique du Congo (RDC) subdivisée en 26 provinces a une population estimée à 89 762 789 habitants en 2017, selon la projection Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1984 plus concentrée en milieu urbain (>10 millions pour la seule ville province de Kinshasa) qu'en milieu rural avec de fortes variations provinciales. Etendue sur 2 345 000 Km² de superficie, avec des endroits à accès difficile, la RDC constitue déjà en soit un défi logistique majeur pour vacciner complètement tous les 3,5 millions des enfants cible PEV par an. Le contexte national a subi quelques mutations majeures qui méritent d'être élucidées dans la présente évaluation :

1. Du point de vue politique: la période couverte par l'évaluation a été marquée par plusieurs faits, relatifs à la fin du second et dernier mandat du chef de l'Etat. Deux dialogues ont été organisés entre le pouvoir, l'opposition et la société civile, ayant conduit à la mise en place de deux gouvernements consécutifs en l'espace de 4 mois. Cette situation a une conséquence sur la mise en œuvre des programmes Gavi en RDC. En effet, le changement du 1^{er} Ministre et des Ministres impliqués dans l'Accord Cadre de Partenariat (ACP), signé le 30/10/2014 entre GAVI et le Gouvernement de la RDC (Finances, Budget, Santé) fait que les nouveaux membres du gouvernement doivent prendre du temps pour comprendre les prescrits de l'accord cadre de partenariat, les procédures et les règles de gestion de subvention. Pour cette raison, certaines décisions stratégiques dépendant de leurs ministères (Santé Publique, Budget et Finances), ont été exécutées avec un retard significatif. Il s'agit principalement du cofinancement des vaccins, du remboursement des dépenses jugées inéligibles et irrégulières, et voire de la signature et de la transmission de certains rapports. Ceci a, d'une manière ou d'une autre, causé un arrêt momentané des activités sur terrain, avec un impact négatif sur les résultats du secteur d'une manière générale et de la vaccination en particulier d'autant plus que le cabinet du Ministre actuel revérifie toutes les requêtes de financement, ce qui est bonne chose, mais à cause de la lenteur de cette reverification, cela alourdit le circuit de décaissement.

2. Du point de vue économique : la baisse des cours des matières premières dont la RDC est 1^{er} productrice et exportatrice (cuivre, cobalt, or, diamants, cassitérite, pétrole, etc...), a considérablement causé un impact négatif sur la mobilisation des ressources budgétaires internes avec comme conséquence : PIB/hab 800\$ en 2015 et 499\$ en 2016ⁱ) et a actuellement 0,435/1 d'indice de développement humain en 2015. En outre, cette situation a entraîné une réduction significative des devises étrangères, effondrant les réserves de change du pays entraînant une dépréciation significative du Franc Congolais avec une inflation de plus de 50% (**passant de 925,98 FC pour 1\$ au T3 2015 à 1226,11FC au T3 2017ⁱⁱ**), ralentissant ainsi l'ensemble de l'activité économique, qui s'est répercuté sur le budget de l'Etat. L'ensemble de cette situation économique a causé un impact sur la mise en œuvre

⁵ Pour de plus amples informations, veuillez consulter <https://gavinet.sharepoint.com/gov/Board%20Meetings/Board-2016-Mtg-2-7-8%20December%202016/08a%20-%20Fragile%20settings,%20emergencies%20and%20displaced%20people.pdf>

des activités du programme de vaccination qui devront être financé par les ressources internes et aussi un retard des engagements du Gouvernement vis à vis de Gavi, l'Alliance du vaccin .

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

4. Du point de vue de la Santé Publique, les efforts ont été poursuivis pour maintenir la RDC sans aucune circulation du poliovirus sauvage, augmenter la couverture vaccinale et améliorer la qualité des données. Ces efforts s'anéantissent à chaque fois qu'il y a retard et arrêt de décaissement, comme actuellement, ce qui entrave la poursuite régulière des activités avec comme conséquence une baisse de la couverture vaccinale, une résurgence de certaines épidémies comme celles encourus dans les 53/516 ZS, (Rougeole dans le Kasai, Maniema ...) et la circulation des cVDPV2 dans 3 provinces (Maniema, Haut-Lomami et Tanganyika). En plus, il faut noter que l'apparition de certaines urgences (Epidémies de la maladie à virus Ebola, de cVDPV2, de rougeole, de cholera...) auxquelles le pays a fait face a ralenti à certains moments la mise en œuvre des activités du plan d'action opérationnel 2017 et la non atteinte des tous les enfants cibles PEV en 2015,2016 et 2017 en cours.

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

6. Le pays a signé en 2013 avec GAVI, Alliance pour le vaccin, l'Approche Taille sur Mesure (ATM), pour **flexibilités en rapport avec les spécificités de la RDC dans la gestion de la subvention RSS dont les principaux composants sont : (i) renforcer la fourniture des services de vaccination dans le cadre du système de santé,(ii) améliorer le système de la chaine d'approvisionnement et la gestion des vaccins, (iii) agir sur la qualité des données pour une meilleure prise de décisions et (iv) renforcer le financement durable des vaccins en tant qu'élément de viabilité financière de la vaccination.**

3. PERFORMANCES DU SYSTEME DE VACCINATION PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

Cette section doit fournir une analyse succincte des performances du système de vaccination, y compris une analyse approfondie de la couverture et de l'équité vaccinales, et un examen des principaux facteurs de faible couverture. Elle doit se concentrer sur l'évolution/les tendances observées au cours des deux à trois années précédentes et particulièrement sur les changements intervenus depuis la dernière évaluation conjointe.

Les informations contenues dans cette section seront essentiellement issues de l'analyse recommandée en matière de couverture et d'équité et de tous les aspects pertinents du programme, qui peuvent être trouvés dans les directives pour l'analyse de l'évaluation conjointe.
<http://www.gavi.org/soutien/processus/rapporter-renouveler/evaluation-conjointe>.

3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Veillez fournir une analyse de la situation relative à la couverture et à l'équité en matière de vaccination dans le pays.

Fournir un résumé des différences de couverture au sein des différentes zones géographiques, des diverses populations et communautés et de l'évolution au cours des années précédentes. Les informations pertinentes comprennent : une vue d'ensemble des districts/communautés qui présentent des taux de couverture les plus faibles et/ou le nombre le plus élevé d'enfants sous-vaccinés, le nombre de cas de maladies à prévention vaccinale observés dans des régions/districts différents, etc.

Les pays sont fortement encouragés à inclure les cartes thermiques ou équivalentes pour indiquer les tendances de couverture en matière de vaccination dans le temps. Des exemples de telles analyses sont disponibles dans les directives d'analyse pour l'évaluation conjointe (disponibles sur <http://www.gavi.org/soutien/processus/rapporter-renouveler/evaluation-conjointe>).

Au niveau national, les objectifs des couvertures vaccinales ont été atteints en 2016 si on considère les couvertures administratives pour tous les antigènes exceptés, le VPI (Obj : 80%/ CV 70,7% ; le VAR (Obj : 90%/CV : 89,9%) et le VAA Obj: 90%/CV :79,1%).

De janvier à septembre 2017, aucun antigène n'a atteint les objectifs fixés quoique certains ont pu l'approcher. Ainsi la situation des CV réalisées par rapport aux objectifs se présente de la manière suivante : VPI (74,4%/92%), le VAA (80,8%/91%), VAR (89,6%/91%), le VPO3 (89,1%/92%) et le PCV-13 (87,9%/92%).

Tableau 1 : Evolution des CV administrative & du rapport conjoint OMS et UNICEF de 2013 au T3 2017.

Indicateur		Résultat 2013 (%)	Résultat 2014 (%)	Résultats 2015 (%)	Résultat 2016 (%)	Du 1er janvier au 30 à septembre 2017 (%)	
						Résultat en %	Objectif
BCG	Administratives	95	90	86	92.9	87.3	94
	OMS Unicef	83	78	74	80		
Penta 1	Administratives	97	99	100	99.1	97.5	94
	OMS Unicef	79	81	82	80		
Penta 3	Administratives	93	93	93	92.6	91.3	92
	OMS Unicef	80	80	81	79		
VPO3	Administratives	90%	91,7%	91,4%	87.5	89.9	92
	OMS Unicef	74	79	78	74		
PCV-13	Administratives	74	74	86	90.4	87.8	92
	OMS Unicef	31	61	73	77		
VAA	Administratives	91	91	88	79.1	82.7	91
	OMS Unicef	64	65	66	67		
VAR	Administratives	88	89.2	91	89.9	88.5	91
	OMS Unicef	76	77	79	77		
VAT 2+	Administratives	87	88	91	90.2	91.1	91
	OMS Unicef						
VPI	Administratives	NA	NA	48	70.7	76.6	92
	OMS Unicef	NA	NA	48	57		
Taux Aban Penta 1- 3		7	7	6	6.5	6.3	<5
Taux Aban PCV 1- 3		32	14	8	6.6	7.7	<5
Proportion de ZS avec au moins 80% CV Penta 3		81	84.0	86	84.4	85	85%

Cependant, il demeure des différences de plus de 10% d'écarts pour tous les antigènes entre les couvertures administratives rapportées et les estimations OMS-Unicef (tableau 1) bien que les deux sources montrent une augmentation progressive entre 2013 et 2016.

En rapport avec l'équité, le nombre des Zones de santé avec une couverture en Penta 3 inférieure à 80% est passé de 14% à 15,1% de 2015 à 2016 et à 12,9% pour la période de janvier à septembre 2017 contre un objectif de 15%. **Et le nombre des enfants non vaccinés (ENV) en provinces qui était de 242 117 en 2016 est réduit à 206 541 en 2017.**

Tableau 2 : Pourcentage des Zones de Santé avec une CV en Penta 3 inférieure à 80% par Provinces.

Provinces	% ZS avec CV DTC-HepB-Hib3 <80% par Province en 2016	% ZS avec CV DTC-HepB-Hib3 <80% par Province de janvier à septembre 2017
BAS UELE	27,3%	9,1%
EQUATEUR	38,9%	44,4%
HAUT KATANGA	25,9%	14,8%
HAUT LOMAMI	0,0%	12,5%
HAUT UELE	23,1%	7,7%
ITURI	8,3%	11,1%
KASAI	0,0%	33,3%
KASAI CENTRAL	0,0%	23,1%
KASAI-ORIENTAL	10,5%	0,0%
KINSHASA	17,1%	8,6%
KONGO CENTRAL	9,7%	22,6%
KWANGO	35,7%	21,4%
KWILU	12,5%	12,5%
LOMAMI	0,0%	18,8%
LUALABA	35,7%	7,1%
MA INDOMBE	50,0%	0,0%
MANIEMA	16,7%	27,8%
MONGALA	16,7%	0,0%
NORD-KIVU	6,1%	6,1%
NORD-UBANGI	0,0%	9,1%
SANKURU	6,3%	12,5%
SUD-KIVU	5,9%	5,9%
SUD-UBANGI	0,0%	0,0%
TANGANYIKA	0,0%	9,1%
TSHOPO	13,0%	4,3%
TSHUAPA	33,3%	8,3%
National	15,1%	12,9%

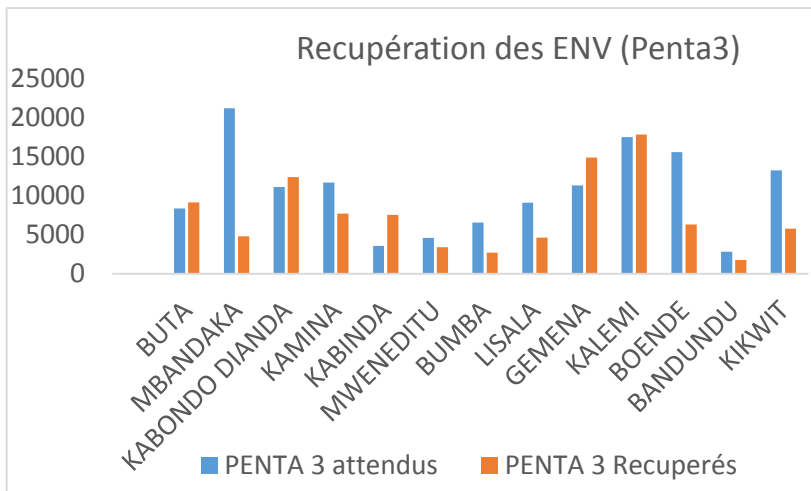
L'analyse de l'équité par province, montre que les DPS sous RSS 2 avec la stratégie "Approche Antennes" qui n'a commencé qu'en juin 2017 avec fonds GAVI-RSS2, ont toutes moins de 10% des ZS avec une CV en penta 3 inférieure à 80% de janvier à septembre 2017, exception faite pour l'Equateur (44.4%) ; Haut Katanga (14.8%) ; Haut Lomami (12.5%) ; Kwilu (12.5%) Lomami (18.8%). Ses 10 DPS sont composées de 144 Zones Sanitaires. Par ailleurs, en plus de l'Equateur et de la Lomami, on note la persistance des provinces disposant plus de 15% des ZS n'ayant pas atteint une moyenne de CV de 80% en DTC3. Il s'agit de Kasai (33,3%) ; Kasai central (23,1%) ; Kongo central (22,6%) ; Kwango (21.4%) et Maniema (27.8%). Il s'avère que dans ces provinces, bon nombre d'enfants ne soient pas vaccinés.

Les Provinces de Kasai et Kasai central, enregistrent plus des ZS avec une CV en penta 3 à moins de 80%, dû probablement à des conflits ethno- tribal (Phénomène KAMUINA SAPU) de ces derniers mois ayant occasionné les déplacements massifs de la population, empêchant les activités vaccinales. L'accessibilité réduite pour la plus part des ZS de la province de l'Equateur et le non décaissement de fonds pour l'Approche antenne au premier trimestre 2017, expliquerait ce niveau élevé des ZS avec une CV en penta 3 inférieure à 80%.

Selon le rapport de l'EDS 2013-2014, la couverture vaccinale complète est de 45% et ne varie pas selon le sexe de l'enfant. Par contre les couvertures vaccinales varient selon le milieu (53 % des enfants du milieu urbain sont complètement vaccinés contre seulement 42 % de ceux du milieu rural, l'instruction de la mère (42 % d'enfants vaccinés quand la mère est sans instruction, contre

54 % chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire. En outre les inégalités liées au statut économique montrent un écart de 20% entre quintile 1 et 5.

Les stratégies appropriées de récupération actives des enfants perdus de vue mises en marche par OSC/SANRU dans les 144 ZS des 10 DPS prioritaires Gavi donnent de l'espoir dans l'amélioration de la CV dans ces ZS ; **101 089/120 052** soit **84%** d'enfants ont été récupérés en **Penta 3** par les **RECO** de Juillet **2016** à Octobre **2017**,



Le graphique ci-contre démontre la répartition de la récupération des enfants dans chaque antenne PEV appuyée par le projet.

. La redynamisation des organes de participation communautaire avec l'installation des CAC dans chaque village permettra d'atteindre chaque enfant/femme cible du PEV. Pour les cinq DPS dans l'espace Kasaï, il faudra mobiliser en urgence les ressources additionnelles pour mettre en place une approche permettant de récupérer les

enfants non vaccinés dans les ZS concernées. Pour l'Equateur, le Haut - Lomami et le Haut Katanga, le suivi rapproché et l'accompagnement technique du niveau central dans la mise en œuvre de l'approche antenne s'avère indispensable pour améliorer les CV dans les ZS concernées. Ceci implique un décaissement adéquat et régulier des fonds RSS 2 en faveur non seulement de ces 3 DPS ; mais aussi de l'ensemble de 10 DPS bénéficiaires. Pour la Province du Kongo Central, les ZS pourraient bénéficier d'une mobilisation des ressources additionnelle pour la mise en œuvre intégrale de l'ACZ.

Le renforcement de l'approche ACZ devra être réalisé dans toutes les zones de santé du pays avec un focus sur la vaccination à tout contact dans les structures de santé avec une chaîne de froid fiable.

3.2. Facteurs de faible performance/équité

*Veillez souligner les principaux facteurs des faibles niveaux de couverture et d'équité, indiqués dans la section ci-dessus. Pour les districts/communautés identifiés comme ayant une faible performance, expliquer les **principales barrières** à l'amélioration de la couverture.*

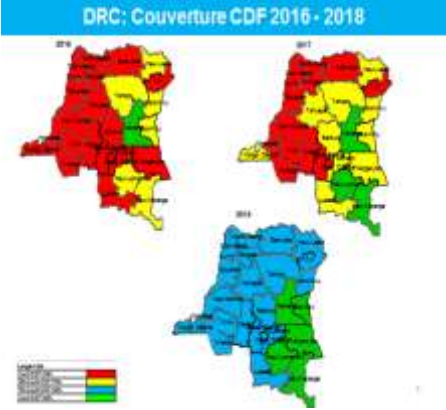
- **Personnel sanitaire** : disponibilité et répartition du personnel sanitaire.
- **Chaîne d'approvisionnement** : principaux enseignements du dernier plan de GEV et mise en œuvre du Plan d'amélioration de la GEV.
- **Génération de la demande/demande de vaccination** : principaux enseignements liés à la demande de services de vaccination, de calendriers de vaccination, etc.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes⁶** : tous les problèmes spécifiques liés à l'accès au système de santé par des femmes.
- **Leadership, gestion et coordination** : en tirant profit des résultats de l'évaluation de la capacité du programme et/ou d'autres évaluations, veuillez de décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion du programme de vaccination ; ceci inclut la performance des équipes de PEV nationales/régionales (par ex., les défis liés aux structures, au personnel ou aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou les problèmes de gouvernance sectorielle plus larges.
- **Gestion des finances publiques** : la mesure dans laquelle les fonds demandés sont rendus disponibles en temps opportun à tous les niveaux, en faisant ressortir les blocages du processus de décaissement.

⁶ 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.

- **Autres aspects critiques** : tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles⁷.

- **Personnel sanitaire** : Le problème de la disponibilité et de la répartition des personnels se pose. On note une forte concentration du personnel de la santé (toutes professions confondues) dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. Par ailleurs, on note une instabilité du personnel à tous les niveaux mais surtout au niveau opérationnel due à une faible motivation des agents et des permutations intempestives. De plus, la dernière formation en gestion du PEV (MLM) a eu lieu il y a de cela trois ans. En outre, les agents du niveau opérationnel n'ont pas été formés depuis plus de 5 ans en Gestion du PEV en pratique.

- **Chaîne d'approvisionnement** :

- Le Plan d'amélioration de la GEV prévoyait une augmentation de la capacité de la chaîne de froid au niveau des formations sanitaires, une amélioration des moyens de transport ainsi que le renforcement des ressources humaines. Le nombre des structures sanitaires disposant d'un réfrigérateur dans les normes du PEV (Réfrigérateurs solaire sans batteries) est en nette augmentation. La mise en œuvre de RSS2 avec l'apport de 2522 Frigos solaires, 132 congélateurs solaires fin installation novembre 2016 y compris 57 systèmes de monitoring de la température dans les 45 chambres froides des 26 DPS dans l'ensemble du Pays a porté sensiblement la couverture en Chaîne de froid qui était de **36% avant RSS2 à 51,7%** actuellement. Avec le CCEOP1, la couverture en chaîne du froid au niveau des aires de santé passera à 74,5% et avec le CCEOP2 (GAVI finance à 9 Million\$ + 20% de BM), cette couverture atteindra près de 80% (dans les aires de santé d'ici à fin 2019). Etant donné que nous avons 8830 aires de santé qui organisent la vaccination et que dans une aire de santé, il doit y avoir au moins un réfrigérateur performant et économe en énergie selon les normes pour une bonne performance, le défi reste encore énorme pour le pays car le gap des réfrigérateurs pour atteindre la norme d'un réfrigérateur par aire de santé. Il existe aussi certaines zones de santé à faible capacité de stockage pouvant faire face à l'introduction des nouveaux vaccins.
- 
- S'agissant du renforcement de la chaîne d'approvisionnement, la construction des 3 hubs modernes (Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi) est en cours. La construction du hub de Kinshasa disposant d'une capacité de 10000 m3 pour l'entrepôt sec et 2000 m3 pour les chambres froides est très avancée avec un taux de réalisation de 90%. Pour ce qui concerne les Hubs de Lubumbashi et de Kisangani, les contrats avec les entreprises ont été signés mais les travaux tardent à démarrer du fait de la non disponibilité des permis de bâtir pour les 2 sites et en plus pour Lubumbashi la parcelle prévue fait l'objet d'une occupation illicite. Une mission est prévue à Lubumbashi avec le prestataire pour valider le choix d'une parcelle alternative. Ces retards entraîneront la nécessité d'étendre la durée du contrat tripartite MSP/Gavi/UNICEF dont la date actuelle de fin est le 31 juillet 2018. S'agissant des 14 camions (7camions frigorifiques, 7camions ordinaires) et d'un pick-up frigorifique de Kananga prévus pour ces hubs et Kananga. 10 camions (5 camions frigorifiques et 5 camions ordinaires) sont déjà arrivés à Kinshasa et seront remis officiellement au Ministère dans les tout prochains jours ; parmi eux 6 sont destinés au hub de Kinshasa, 4 à celui de Kisangani. Les 4 camions restants seront livrés directement à Lubumbashi avant la fin du mois de décembre 2017.
 - Malgré la dotation des véhicules (40 véhicules pick-up des antennes et zones de santé) des motos (160 motos dont 110 pour les aires de santé) pirogues motorisées (75 pirogues pour les

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).

zones et aires de santé riveraines) et les coques avec moteurs hors-bords planifiés aux antennes et zones de santé, 100ZS/144 dans l'approche antennes et 1000 aires de santé demeurent dépourvues de moyens de transport (véhicules, motos ou pirogues) pouvant être utilisés pour la distribution des vaccins et autres produits de santé et pour les activités mobiles et avancées de vaccination.

- A cause du gel depuis août 2017 de financement Gavi suite aux inéligibilités, les provinces connaissent des retards de décaissement de fonds de la subvention RSS2 avec comme conséquences la non réalisation des activités du quatrième trimestre prévues dans le cadre de l'approche antenne au niveau des ZS comme audits de qualité des données, les supervisions formatives, et l'approvisionnement des ZS en intrants. En 2017, seuls les fonds du 2^{ème} trimestre et 2/3 du 3^{ème} trimestre ont été décaissés uniquement dans les 10 provinces bénéficiant de l'approche antenne (144 ZS). Les 12 DPS en dehors des DPS sous financement UNICEF avec RPR (Kinshasa, Ituri, Haut Katanga et Tshopo) n'ont bénéficié d'aucun financement pour le transport des vaccins des antennes aux ZS. Ceci a pour conséquence, des approvisionnements irréguliers des ZS avec parfois des ruptures des stocks au-delà de 30 jours dans la mesure où seules les circonstances occasionnelles de passage des Equipes Cadres des ZS permettent leur approvisionnement en vaccins.
- L'approvisionnement des CS par la ZS, se fait généralement lors des réunions de monitoring mensuelles des activités des Zones de santé. Aussi, l'accompagnement des ZS par les équipes de la province, les monitorages mensuels dans les AS et Bureaux centraux de 144 ZS avec appui OSC/SANRU et 113 ZS avec appui Unicef ont énormément contribué à la disponibilité des vaccins et autres intrants dans ces ZS. Ceci implique un très bon leadership de l'Equipe Cadre de la ZS à organiser ces réunions et d'en faire aussi une opportunité pour le transport des vaccins et autres intrants. Outre ces réunions, les missions mensuelles de supervision des ECZ vers les CS constituent des opportunités de transport des vaccins et intrants. Il est nécessaire d'optimiser le système d'approvisionnement des vaccins des centres de santé par les bureaux centraux en redéfinissant le circuit et en régularisant le rythme de distribution à ce niveau sur base de l'expérience de Village Reach à l'Equateur dans les 3 ZS appuyées qui doit être étendue à d'autres provinces. Parmi les résultats atteints dans ces 3 ZS, nous citerons entre autres : (i) les distributions directes de vaccin à ces ZS,(ii) les supervisions systémiques de soutien à tous les niveaux périphériques de ces ZS,(iii) l'amélioration de la promptitude et complétude des informations sanitaires dans les ZS MANKANZA & BOLOMBA;(iv) l'amélioration des couvertures vaccinales dans les trois zones et (v) l'amélioration nette des taux de perte des vaccins dans ces 3 ZS .
- Le retard pris dans la solarisation des 23 chambres froides fonctionnant avec les générateurs comme source d'énergie principale, activité réalisée avec le financement Gavi à travers l'OMS/Pays, entraîne des coûts additionnels pour le fonctionnement des générateurs en vue de continuer la mise en marche des chambres froides au niveau de ces antennes. L'irrégularité de financement, fait que les médecins chefs d'antennes ont recours à des financements imprévus pour alimenter les chambres froides, en l'absence de financement RSS 2. Cette situation ne garantit pas une bonne sécurité en matière de conservation des vaccins à ce niveau. Toutes fois, les contrats étant déjà signés entre l'OMS et les deux fournisseurs sélectionnés, les commandes étant placées, la situation pourrait s'améliorer avant juin 2018. En attendant la fin de ce processus dont le chronogramme mis à jour a été partagé, des mesures transitoires, notamment l'approvisionnement en carburant de ces structures, devront être mises en place afin de garantir la qualité des vaccins et autres intrants.
- En ce qui concerne la gestion des stocks, Il existe des structures qui ne disposent pas encore d'une unité informatique comprenant un ordinateur, une imprimante, un stabilisateur/régulateur avec batterie, un disque dur externe pour la sauvegarde des données. En outre les coupures intempestives de la connexion internet par manque de paiement de l'abonnement, ne permet pas d'assurer la transmission des données à temps directs au moment voulu des ZS vers les DPS. Parmi les recommandations de la GEV 2014 sur la gestion de stock figurent la mise à disposition des kits informatiques et une connexion internet permanente dans toutes les 516 Zones de Santé via VSAT et la mise en réseau avec les outils logistiques pour une visualisation à temps réels de

stocks des vaccins à tous les niveaux. L'existence des kits informatiques et de la connexion internet devra permettre une amélioration de la gestion informatisée des vaccins avec le réseautage des outils logistiques notamment le SMT, l'outil d'inventaire des équipements de chaîne du froid et l'interconnexion de DHIS2/DVD-MT via VSAT avec connectivité à long terme dont le DAO est prêt et sera lancé avec l'accord de financement des tous les PTF adhérant au financement de la qualité des données. Actuellement la gestion manuelle des stocks et la non mise en réseaux des ZS, ne permettent pas au niveau intermédiaire et central de suivre en temps réels les problèmes de pré-ruptures des stocks et les besoins en commandes des vaccins entre les ZS et les antennes PEV.

- **Génération de la demande de vaccination** : Il existe encore quelques poches comprenant des groupes réfractaires à la vaccination dans quelques provinces (Haut-Lomami, Maniema, Tshuapa, Tanganyika, Equateur, espace Kasai etc.). Outre ce problème, le fait qu'en milieu rural, les mères d'enfants de moins de 12 mois sont souvent dans les activités champêtres ; les enfants à cet âge sont souvent gardés par les jeunes filles à l'âge scolaire qui parfois ignorent le calendrier vaccinal, ou encore le jour de rendez-vous de la vaccination. Le déficit d'un programme de sensibilisation à ce niveau est une cause de la réduction de la demande, car il faut obligatoirement une séance de sensibilisation communautaire à la veille de chaque rendez-vous vaccinal, pour éveiller les mamans et leur rappeler la nécessité de se rendre à l'endroit indiqué et au jour et l'heure de la vaccination, pour se rassurer que toutes les cibles attendues seront vaccinées. A ce jour, ce programme n'est limité que dans 144 (dans ces ZS, 25% au moins n'étaient pas atteint ou vaccinés avant la mise en œuvre de l'approche antenne du fait qu'il y a des AS d'accès difficile comme à l'Ex Province Equateur et/ou avec des populations réfractaires à la vaccination comme au Tanganyika) des 516 ZS via les OSC/SANRU. Le renforcement de la communication interpersonnelle par les RECO lors des visites à domicile ; basées sur les listes préétablies par les IT en collaboration avec CAC ; les rappels des rendez-vous chaque dimanche dans les églises mobilisent de plus en plus tous les membres de la communauté à l'activité vaccinale.
- **Barrières liées à l'inégalité des sexes⁸ : Les enquêtes MICS et EDS (2011, 2013-14) montrent qu'en RDC, il n'y a pas de différences entre la vaccination des filles et des garçons.**
- **Barrières géographiques** : La RDC dispose d'un bon nombre d'enfants de 0 à 11 mois, qui vivent dans les endroits très inaccessibles (Ilots, campements, rivières, forêts, etc.). Certains de ces endroits sont périodiques en fonction des saisons productives. 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 intenses. Par ailleurs, en plus de l'Equateur et de la Lomami, on note la persistance des provinces disposant de plus de 15% des ZS n'ayant pas atteint une moyenne de CV de 80% en DTCHepBHib3.
- **Autres barrières qui entravent les couvertures vaccinales sont:**
 - Lieu de résidence: 53 % des enfants du milieu urbain sont complètement vaccinés contre seulement 42 % de ceux du milieu rural. Cependant, il existe aussi des inégalités au sein d'un même milieu.
 - Niveau d'instruction : 54 % des enfants vaccinés chez les enfants dont la mère a un niveau secondaire contre 42 % des enfants vaccinés chez les mères sans instruction.
 - Statut socio-économique: un écart de 20% entre les quintiles 1 et 5.
- **Leadership, gestion et coordination** : Le leadership du PEV central est suffisant pour assurer une très bonne coordination des activités de vaccination (supervision, validation des données, revues, etc.) au niveau central. A ce niveau, 14 cadres du PEV sont en cours de formation sur le «Strategic training executive programme » ou STEP afin de développer des compétences fondamentales en leadership, en gestion de la chaîne d'approvisionnement, en gestion des ressources humaines, en planification, en établissement de relations, amélioration des performances et de développement personnel. Par contre, au niveau intermédiaire, seules 10/ 26 DPS dites prioritaires financées par le RSS 2, disposent actuellement de ressources sécurisées pour assurer une bonne coordination des activités vaccinales. Toutefois le décaissement tardif de ces fonds, la faible coordination des activités

⁸ 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.

dans les DPS/ZS et le déficit de fonctionnalité des clusters santé provinciaux doivent être corrigés. Le problème de coordination dans les 16 autres DPS se pose, car il faudra une harmonisation avec tous les autres partenaires qui appuient ces provinces, pour s'assurer que les activités vaccinales sont prises en compte lors des missions d'accompagnements des ZS, des revues trimestrielles des provinces, des évaluations des ZS, etc. Il faudra donc un leadership fort à ce niveau en vue de garantir que les activités dans ces provinces se déroulent de la même manière que dans les 10 avec appui du RSS 2. Hors, à ce niveau, on ne peut pas le garantir. Il faudra d'autres sources de financement pour appuyer ces 16 autres provinces en matière de coordination avec accent sur les activités vaccinales, en l'occurrence l'accompagnement des ZS, les revues trimestrielles, les séances d'auto évaluation de la qualité des données au niveau des ZS.

- Gestion des finances publiques : les faibles performances des finances publiques sont enregistrées en 2016 et en 2017, comme l'indique les figure 3 et 4 ci-dessous :

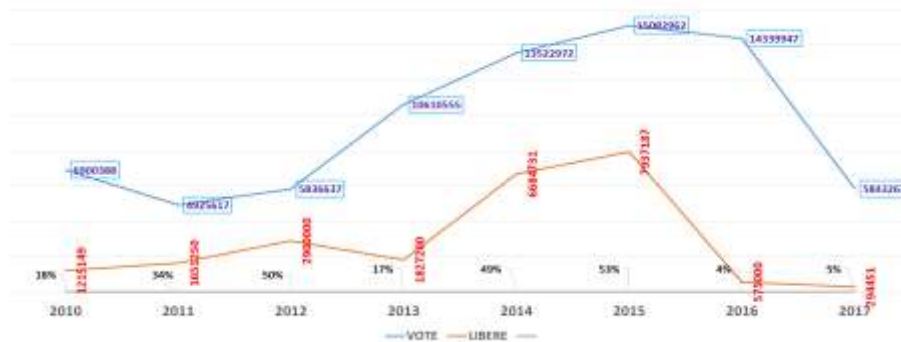


Fig 3 : Décaissement de l'Etat en faveur de la vaccination de 2010 au 27 novembre 2017.

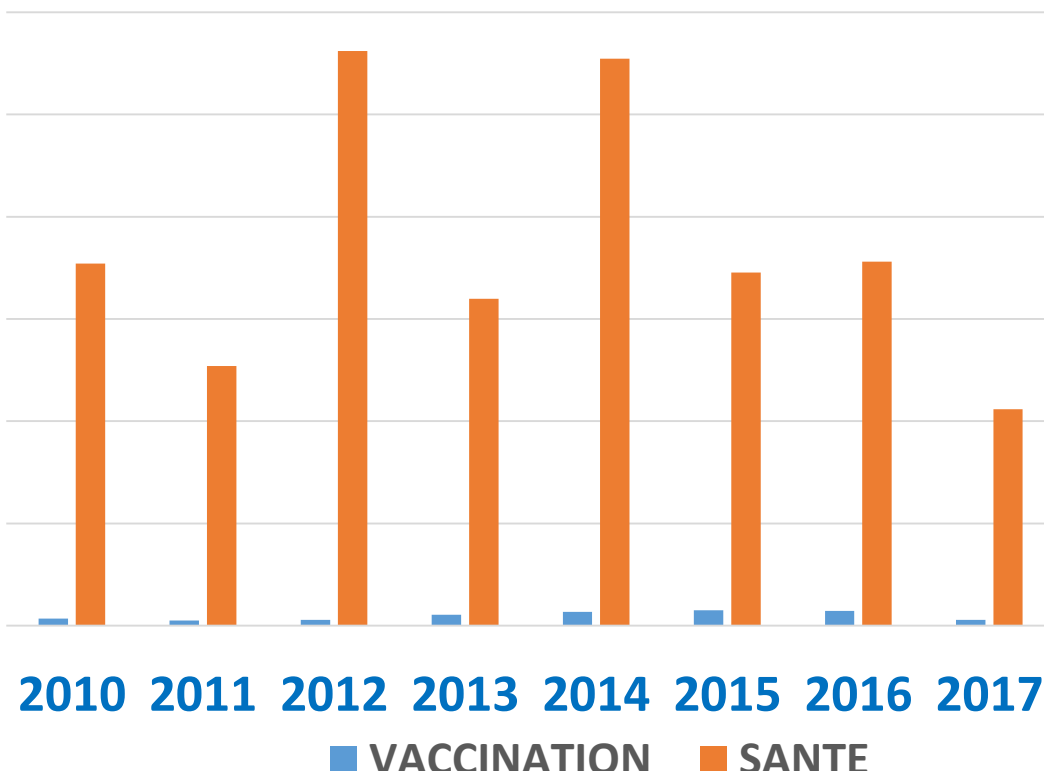


Fig 4 : évolution des budgets previsionnelles de la vacc par rapport à celui de Santé de 2010 à 2017.

- sur 203 645 829 \$ (2015), 289 049 042 \$ (2016) et 161 253 796 \$ jusque fin aout 2017 de budget de l'Etat pour la santé, seuls les montants suivants sont exécutés par le MSP pour les activités de vaccination en RDC, soit respectivement : 7 937 187\$, 575 000\$ et 294 451\$. Ceci démontre clairement l'influence négative des faibles performances des finances publiques sur les activités de vaccination, susceptibles d'impacter sur la qualité des prestations. Aussi le retard dans le remboursement des dépenses irrégulières et inéligibles a occasionné 5 mois de déficit de la trésorerie avec un retard conséquent dans la mise en œuvre des activités de 3ème trimestre 2017. En outre, les faiblesses des finances publiques au niveau des provinces décentralisées, font que certaines activités de coordination (revues, réunions de comité de pilotage, etc.) devant être financées par ces derniers, ne l'ont pas été. Ceci a une conséquence sur la prise des décisions et le suivi de la mise en œuvre des activités en dépit du bon mécanisme ou montage CAGF – AGFIN/GIZ qui fait arriver facilement les ressources financières mises à leur disposition dans les DPS et ZS.

3.3. Données

*Fournir un examen rapide des principaux défis liés à la disponibilité, la qualité et l'utilisation des **données sur la vaccination**. Cette section doit a minima couvrir les connaissances en matière de données de couverture (populations cibles, nombre d'enfants vaccinés) et pourra également couvrir des thèmes tels que les données de la chaîne d'approvisionnement des vaccins, les données de surveillance des maladies à prévention vaccinale, les données sur les effets indésirables suite à la vaccination.*

Veillez prendre en compte les aspects suivants :

- **La conformité** avec la qualité des données Gavi et les exigences en matière d'enquêtes (les exigences sont détaillées dans les directives d'application générales, disponibles sur <http://www.gavi.org/soutien/processus/demander>). Si vous n'êtes pas en conformité, veuillez expliquer pourquoi.
- *Veillez souligner les principaux défis relatifs à la disponibilité des données, à leur qualité et à leur utilisation, en se reportant aux résultats de l'étude documentaire la plus récente, de toutes les évaluations récentes et de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données en matière de vaccination. Par exemple, avez-vous conscience des principales limites/faiblesses liées à la qualité des données et aux analyses de données que vous avez utilisées pour renseigner cette évaluation conjointe ?*
- **Principaux efforts/innovations/bonnes pratiques** axés sur l'amélioration du renforcement du système de données et la résolution des principaux problèmes.

La RDC dispose d'un système d'information sanitaire (SNIS) avec le logiciel DHIS2 mis en place depuis 2015. A ce jour, ce système intègre certaines données du PEV dont la complétude demeure faible. Le PEV, depuis des années, a mis en place son système de gestion des données qui utilise un logiciel développé en MS Excel appelé DVD MT (District Vaccine Data Management Tool) qui lui permet d'avoir accès aux données de vaccination effectuée, de gestion des vaccins et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Le pays est dans processus d'harmonisation aussi bien des outils de collecte que ceux de gestion des données avec la Division du SNIS pour éviter le double emploi.

Dans tous les 44 antennes, 11 Coordinations PEV et au niveau central, l'outil SMT (Stock Management Tool), développé en MS Excel par l'OMS est utilisé pour gérer les stocks des vaccins et consommables à ces niveaux. Actuellement il existe aussi un système de rapportage hebdomadaire des stocks des vaccins et consommables au niveau central par des provinces à travers le partage de quelques feuilles Excel du SMT. Toutefois, des efforts devront être fournis par le pays afin de mettre à place un outil pouvant permettre de visualiser à distance et en temps réel les stocks des vaccins et consommables disponibles à tous les niveaux incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents et ainsi contribuer à l'atteinte de l'objectif de rendre disponible le vaccin de qualité jusqu'au dernier kilomètre

Les données de couvertures vaccinales administratives et celles de gestion des vaccins présentées dans ce document proviennent du DVD MT.

REVUE DOCUMENTAIRE

Complétude et promptitude des données par province, janvier –septembre 2017

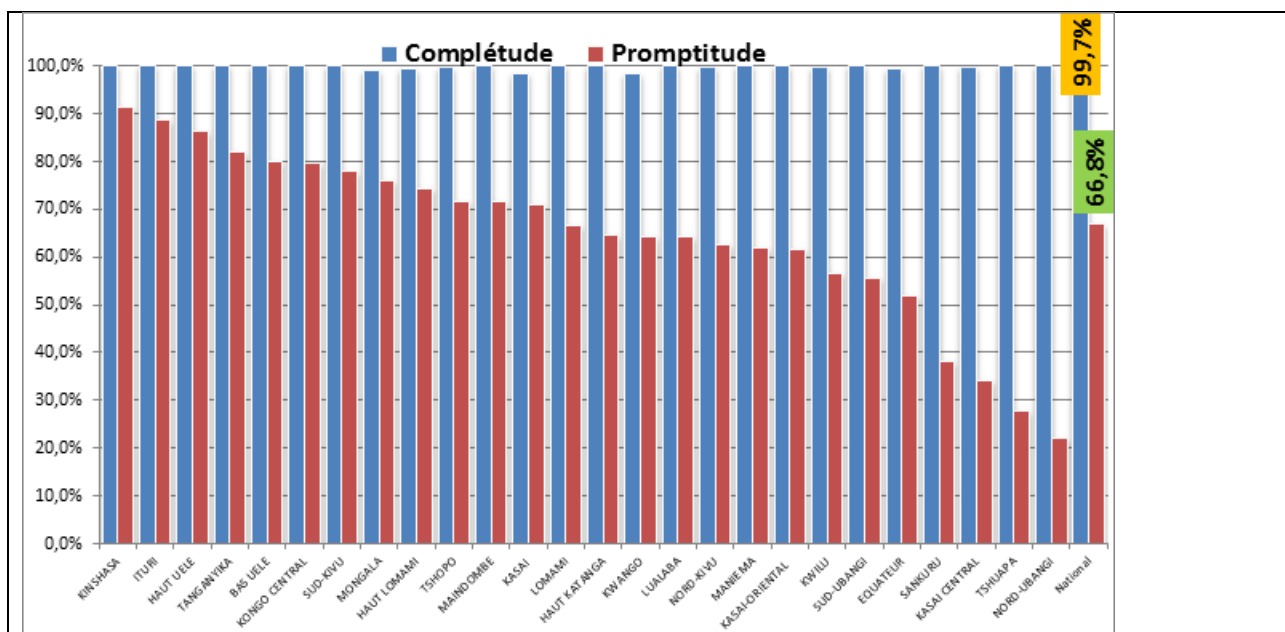


Figure 1 : Complétude et promptitude des données par province, janvier –septembre 2017

De manière générale, on observe une bonne complétude des rapports des ZS avoisinant les 100% pour les 9 premiers mois de l’année non seulement pour le niveau national mais aussi pour l’ensemble des provinces du pays. Ceci est dû au fait que les équipes de suivi mises en place au niveau central s’occupent régulièrement de la recherche active des données. Néanmoins, il se pose encore un problème de complétude interne et celui de la promptitude pour lesquels des efforts restent encore nécessaires dans la quasi-totalité des provinces, à l’exception de Kinshasa, Ituri, Haut Uélé, Tanganyika et Bas Uélé qui sont les seules provinces ayant atteint 80% de promptitude minimale recommandée. Ci- dessous, la discussion sur cohérence des données pour les 516 ZS :

Tableau3 : Illustration d’incohérence des données.

	Indicateurs	Nombre de ZS 2015	Nombre de ZS 2016	Nombre de ZS 2017
1	Nombre de ZS avec taux d’abandon négatif (DTC1/DTC 3)	12	9	7 ZS
2	Nombre de ZS avec taux d’abandon négatif (DTC2/DTC 3)	238	209	240 ZS
3	Nombre de ZS avec taux de perte négatif (pour au moins un antigène)	190	166	62 ZS
4	Nombre de ZS avec CV (DTC3) de plus de 100%	122	143	106 ZS

Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, il reste encore un nombre important des ZS avec des problèmes de cohérences internes des données. Malgré une légère amélioration constatée comparée à la situation d’il y a deux ans.

Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, on peut citer la non maîtrise de la population liée à un recensement qui date de 1984 couplée à un dénombrement de faible qualité réalisé en 2016 ; la faible qualité du personnel de terrain, insuffisance de formation et rupture de stock.

Incohérences: VPO, Penta, PCV2 > VPO, Penta, PCV1 et VPO, Penta, PCV3 > VPO, Penta, PCV2 RDC, Janvier- Septembre 2017

Tableau 4 : incohérences internes majeures dans les données de vaccination en RDC

DPS	CV de plus de 100%	VPO2>VPO1	VPO3>VPO 2	PENTA2>PENTA1	PENTA3>PENTA2	PNEUMO2>PNEU MO1	PNEUMO3>PNEUMO 2
BAS UELE	1	0	4	0	3	1	4
EQUATEUR	3	2	8	0	6	0	7
HAUT KATANGA	9	0	21	2	23	2	21
HAUT LOMAMI	1	0	5	1	6	0	6
HAUT UELE	0	1	8	0	11	0	9
ITURI	18	0	2	0	5	0	4
KASAI	1	4	8	0	8	0	7
KASAI CENTRAL	3	2	10	0	13	2	10
KASAI-ORIENTAL	3	0	5	0	3	0	3
KINSHASA	8	0	10	0	10	0	10
KONGO CENTRAL	4	0	22	0	25	0	12
KWANGO	3	2	4	0	3	0	1
KWILU	2	2	7	0	19	1	1
LOMAMI	1	0	4	0	4	0	5
LUALABA	0	0	12	0	13	0	13
MAINDOMBE	0	0	3	1	4	0	1
MANIEMA	3	0	7	0	4	0	6
MONGALA	1	0	4	0	4	0	4
NORD-KIVU	15	1	25	0	25	0	29
NORD-UBANGI	2	1	2	0	11	0	1
SANKURU	2	2	3	0	2	0	1
SUD-KIVU	12	3	22	0	23	1	25
SUD-UBANGI	2	0	2	0	0	0	1
TANGANYIKA	1	0	7	0	7	0	6
TSHOPO	11	1	7	1	8	2	10
TSHUAPA	0	0	0	0	0	0	0
National	106	21	212	5	240	9	197
Proportion	20,5%	4,1%	41,1%	1,0%	46,5%	1,7%	38,2%

Le tableau ci -dessus montre qu'il existe encore des incohérences internes majeures dans les données de vaccination sous analyse pour la période de janvier à septembre 2017. Il s'agit notamment des ZS avec couverture vaccinale de plus de 100%, de différence de couverture pour les antigènes se donnant au même moment et des doses postérieures supérieur aux doses antérieures pour les vaccins multi doses.

Tableau 5 : comparatif des doses utilisées et enfants vaccinés au DTC-HepB-Hib, 2015 et 2016

Province	2015		2016	
	Doses utilisées	Enfants vaccinés	Doses utilisées	Enfants vaccinés
BAS UELE	98800	110860	94072	87101
EQUATEUR	185460	200057	176243	148195
HAUT KATANGA	499932	472074	428986	368937
HAUT LOMAMI	403920	373543	641190	296709
HAUT UELE	222347	174676	163180	134128
ITURI	515265	527543	533639	416953
KASAI	505934	464308	392810	340436
KASAI CENTRAL	499461	463020	433820	342383
KASAI-ORIENTAL	391354	465711	464747	367870
KINSHASA	862537	840789	731547	645550
KONGO CENTRAL	384341	359945	347526	270617
KWANGO	258360	230579	215923	166795
KWILU	584116	470661	508418	335515
LOMAMI	438609	363484	364390	298498
LUALABA	259050	232629	197459	164868
MAINDOMBE	60270	160978	54310	127775
MANIEMA	255087	235720	238314	183170
MONGALA	211084	213902	225766	175263
NORD-KIVU	986125	848136	726852	112369
NORD-UBANGI	162713	144567	131610	162066
SANKURU	176277	189510	170390	156525
SUD-KIVU	627076	630060	520533	486862
SUD-UBANGI	253629	240898	286689	225253
TANGANYIKA	266510	261656	260990	208006
TSHOPO	268502	281553	256563	231736
TSHUAPA	192298	181786	178450	143250
National	9569057	9138645	8744417	6596830

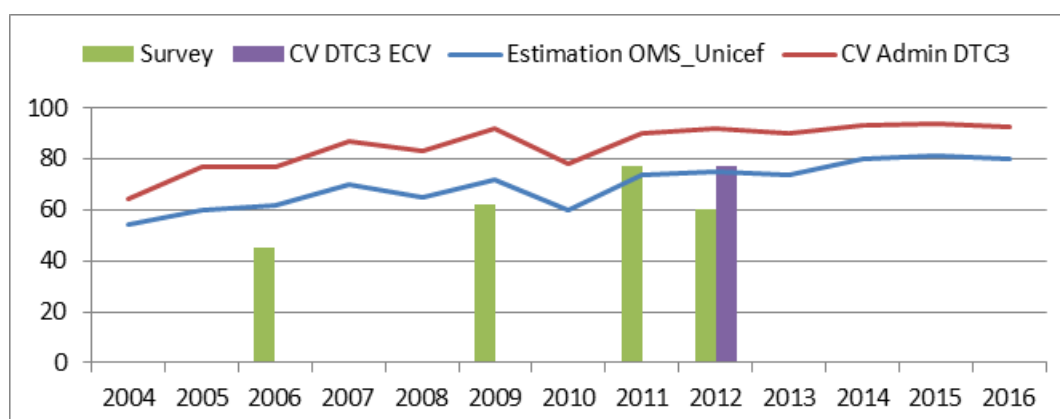


Figure 2 : Triangulation avec les données des enquêtes et les estimations OMS-Unicef

Le graphique indique que depuis plusieurs années il existe des écarts importants (plus de 10 points) entre d'une part les CV administratives et celle des enquêtes et les estimations OMS-Unicef de l'autre. Ceci démontre que les efforts supplémentaires restent nécessaires dans ce volet.

De ce qui précède, nous pensons qu'en 2018 les activités seront plus focalisées sur la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données avec les priorités ci-dessous documentés dans les pages 29 au 31 du document :

1. **Renforcement de capacité technique**
2. **Supervision formative**
3. **Renforcement de capacité en ressource,**

4. **Amélioration de l'estimation de la population cible.**
5. **Renforcement de l'analyse de performance et assurance qualité des données.**
6. **Intégration de système et outils de collecte des données**
7. **Renforcement de la gouvernance**
8. **Renforcement de la planification stratégique.**

En rapport avec la rougeole

Poursuivant la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020, la République Démocratique du Congo a organisé en 2016 une série **des campagnes de suivi contre la rougeole** selon sa proposition approuvée par Gavi et les autres partenaires (OMS, UNICEF & Gouvernement de la RDC) ciblant les enfants de 6 à 59 mois, suivant le chronogramme ci-dessous :

- **Août 2016:** Bas Uélé, Equateur, Haut Uélé, Ituri, Maniema, Mongala, Nord Kivu, Nord- Ubangi, Sud Kivu, Sud- Ubangi, Tshopo et Tshuapa ;
- **Octobre 2016:** Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu et Maï- Ndombe ;
- **Février 2017:** Haut Katanga, Haut Lomami, Kasaï, Kasaï Central, Kasaï Oriental, Lomami, Lualaba, Sankuru et Tanganyika

Pour garantir la qualité de ces AVS, le Gouvernement de la RD Congo et ses partenaires avaient organisé du 12 au 14 janvier 2016 un atelier de réflexion sur la mise en œuvre des activités supplémentaires de vaccination (AVS) de qualité sur base des leçons apprises des campagnes antérieures. A l'issue de cet atelier, il a été élaboré une feuille de route prenant en compte les principales phases préparatoires, la mise en œuvre et l'évaluation des campagnes de 2016-2017.

L'objectif général est de contribuer à l'élimination de la rougeole par l'organisation des campagnes de suivi contre la rougeole de qualité en vaccinant au moins 95% d'enfants de 6 à 59 mois révolus, contre la rougeole,

La synthèse de résultats des couvertures vaccinales obtenues se présente comme suit :

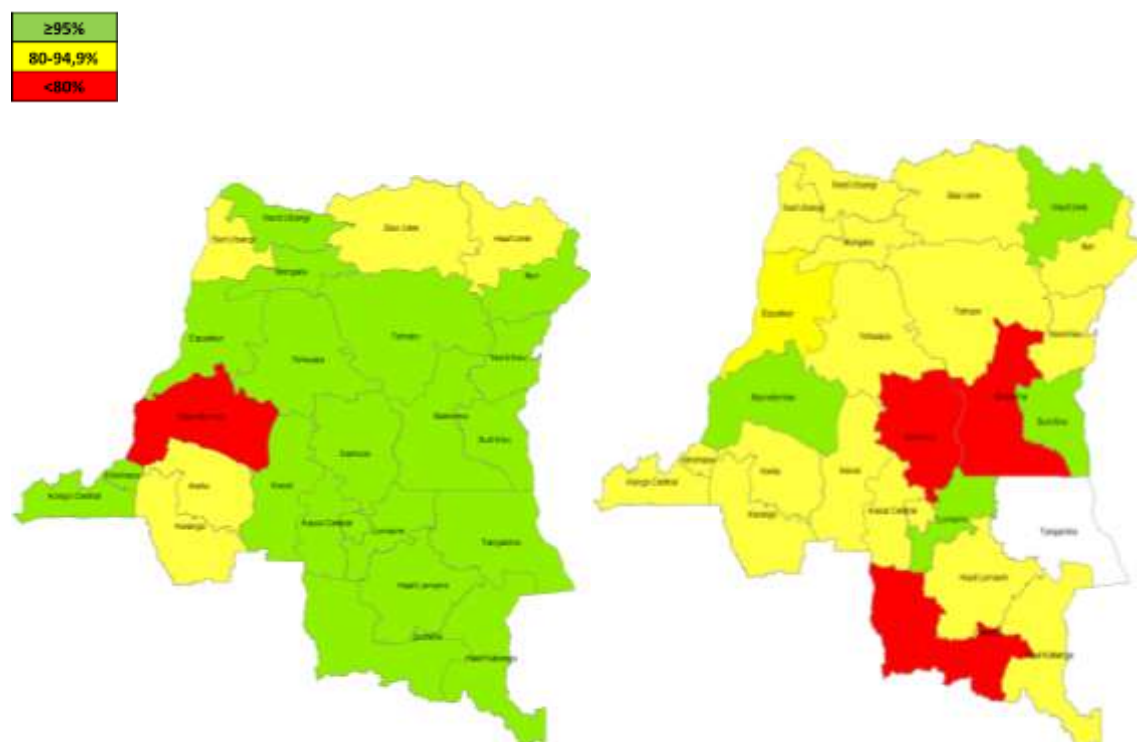


Figure3: Couverture Administrative des AVS et des Enquêtes post campagne

De cette figure, il ressort que 25/26 provinces ont organisé les enquêtes post campagne à exception de la province de Tanganyika.

Synthèse des résultats des AVS réalisées en RDC en 2016-2017

Provinces concernées	Nombre de ZS	Population (0-59 mois)	Personnes vaccinées		Nombre de districts avec un taux de couverture >95%	Période
			Nombre de personnes vaccinées	CV (%)		
Bloc1: Bas-Congo, Équateur, Haut-Congo, Ituri, Maniema, Mongala, Nord-Kivu, Nord-Ubangi, Sud-Kivu, Sud-Ubangi, Tshopo, Tshuapa	237	7 081 288	7 199 520	101,7%	220/237 Zones de Santé ont eu une couverture vaccinale administrative ≥95% soit 93% des ZS	Du 27/31/08/2016
Bloc2: Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Kwilu, Mai-Ndombe,	118	3 734 572	3 708 437	99,8%	111 Zones de Santé ont eu une couverture vaccinale administrative ≥95% soit 94,1% des ZS	Du 06-10/10/2016
Bloc3: Haut Katanga, Haut Lomami, Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami, Lualaba, Sankuru. Et Tanganyika	159	5 685 222	5 868 785	103,2%	Des 159 Zones de santé ciblées lors des AVS Bloc 3, nous notons que 3 Zones de Santé n'ont pas atteint une couverture >95%.	Du 14-18/02/2017

Le défi pour le pays pour le pays et ses partenaires reste une bonne planification, préparation, mise en œuvre et évaluation.

Face à ce défi, un accent particulier a été mis sur :

- **Le renforcement de la vaccination systématique pendant les AVS** : il s'agit de poursuivre les activités de vaccination de routine planifiées à la période des AVS et ou de vacciner/récupérer les enfants non ou insuffisamment vaccinés en PEV de routine pendant toute la durée de la campagne.
- **La récupération des enfants non vaccinés au cours des AVS par les aidants communautaires**
- **La tenue des réunions du Comité National de coordination** à tous les niveaux qui se tiendront régulièrement jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation de cette campagne.
- **La formation** : elle a été organisée en cascade à partir du niveau central avec transfert des compétences au niveau intermédiaire et au niveau opérationnel par catégorie et par pools en privilégiant les démonstrations et le jeu de rôle.
- **Les visites de sites** de stockage et de vaccination étaient faites en vue de confirmer les données de la mission de prospection à tous les niveaux.
- **La supervision formative** : Cette supervision s'est faite à deux niveaux:
 - (i) le niveau central vers les coordinations, Antennes et Zones de Santé ciblées pour 14 à 16 jours
 - et (ii) le niveau provincial vers toutes les zones de santé ciblées pour 12 jours.

Face au défi d'organiser des campagnes de suivi contre la rougeole de qualité dans les dites provinces, des missions prospectives ont été planifiées pour permettre de s'assurer du niveau des préparatifs de la campagne, l'identification des goulots d'étranglement ainsi que de la recherche des pistes de solutions ; Il sied de noter que les dites missions n'ont pas été effectives dans toutes les provinces du Bloc1, de même que celles du niveau central vers le niveau intermédiaire.

Principales activités

Du processus préparatoire pour un accompagnement de qualité, on note comme principales activités menées aux dates ci-dessous :

- Atelier de réflexion sur la mise en œuvre des AVS de qualité sur base des leçons apprises des campagnes antérieures du **12 au 14 janvier 2016 à Kinshasa**,
- Atelier des formations des formateurs sur le processus de micro-planification pour les activités de vaccination de qualité et dénombrement sanitaire du **28 au 29 janvier 2016 à Kinshasa**

- Formation des ECZ, IT, PRESICOSA, RECO et APA locales sur le dénombrement sanitaire et la micro planification à la base du **1 au 15 mars 2016**
- Dénombrement sanitaire, micro planification à la base et défense des micros plans au niveau de la DPS du **15 mars au 30 Juin 2016**
- Réception et validation des micro-plans de zones de santé au niveau central (**du 16 au 20 Mai 2016**) ;
- Feedback des micro-plans au niveau de provinces (**du 26 au 31 Mai 2016**) ;
- Vulgarisation de micros-plans dans toutes les ZS (**le 1^{er} Juin 2016**) ;
- Déploiement des intrants et outils de gestion dans les 26 provinces selon les chronogrammes de chaque bloc
- Transfert des fonds dans les 26 provinces selon le chronogramme
- Formation des prestataires selon le chronogramme dans chaque province ;
- Lancement officiel de la campagne

Mécanismes de coordination

Des Comités de coordination sont fonctionnels à différents niveaux et constituent le cadre des discussions et de prise de décisions en vue résoudre les problèmes lors des préparatifs, la mise en œuvre ainsi que les évaluations de la campagne et améliorer ainsi la qualité des AVS (dont la composition est faite des politiques et des cadres du Ministère de la Santé et les différents partenaires sont membres).

On distingue comme comité de coordination à différents niveaux :

- National : Comité National de Coordination (**CNC**) ;
- Provincial : Comité Provincial de Coordination (**CPC**) ;
- District : Comité de District de Coordination (**CDC**) dans les Antennes non situées au niveau du chef- lieu des provinces,
- Zone de Santé/local : Comité local de Coordination (**CLC**);

Un Poste de commandement (PC) a été mis en place au niveau de la Direction du PEV à Kinshasa ainsi qu'au niveau de la province qui grâce à des conférences téléphoniques ont permis d'interagir étroitement avec les Antennes et les ZS pour assurer le suivi rapproché du niveau des préparatifs, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la campagne de suivi contre la rougeole dans les 12 provinces.

Ressources impliquées

En vue de la mise en œuvre des AVS de qualité, un total **23 110 sites de vaccination et 247 628 prestataires** toutes tendances confondues (vaccinateurs, mobilisateurs, agents de l'ordre, pointeurs, personnels de sites de stockage, volontaires, et superviseurs) ont été opérationnels dans les 26 provinces. Les stratégies nationales retenues ont été les stratégies fixes et avancées ; les équipes se déployaient selon un plan défini lors de la micro-planification en stratégies fixe, avancée et mixte (fixe et avancée). Un montant total de 14 913 028 USD, couvrant le cout opérationnel, a été mobilisé et décaissé par GAVI.

Stratégies pour résoudre les difficiles d'accès

Des stratégies spécifiques ont été discutées et retenues lors de l'atelier de validation des micros plans. Une cartographie a été faite des Zones et localités difficiles d'accès et des stratégies avancées et mobiles ont été définis avec allocations de sites et d'équipes de vaccination supplémentaires pour couvrir et atteindre tous les enfants

Qualité de la vaccination, surveillance et Gestion des MAPI

La campagne a été mise à profit pour renforcer la surveillance active des cas des maladies évitables par la vaccination (PFA, rougeole, tétanos, FJ) et la recherche des cas de MAPI.

Un volet important a porté sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination en général et en particulier la rougeole ainsi que la gestion des MAPI lors du briefing des superviseurs centraux, provinciaux, des Equipes Cadres de Zones de Santé et des prestataires.

Au total, **4 307 cas de MAPI** ont été notifiés tout au long de la campagne parmi lesquels **101 cas de MAPI graves** dont aucun décès.

Sécurité des Injections et Destruction des déchets

Des instructions ont été données à différents niveaux lors du briefing relatif à la sécurité des injections et la destruction des déchets générés au cours de la vaccination.

C'est ainsi qu'en rapport avec:

- **La sécurité des injections**, des insuffisances/défaillances ont été observées au début de la campagne dans certains sites de vaccination (non respect de l'angle d'injection et le ré-capuchonnement ; ces faiblesses ont été corrigées lors des supervisions.
- **La destruction des déchets** ; au niveau opérationnel (des ZS), chaque Equipe Cadre était appelée à élaborer un plan de gestion de déchets en identifiant les structures privées ou publiques détenteurs d'incinérateurs et effectuer un plan de ramassage des déchets vers le point de destruction préalablement choisi. En cas d'absence des incinérateurs, d'autres méthodes ont été utilisées à savoir (brûlage dans les fûts métalliques, dans un trou préalablement creusé et enfouissement des résidus).

De la qualité des données

Nous retenons que dans certains sites, on a noté des discordances des données entre les enfants vaccinés et la gestion des vaccins. C'est ainsi que des efforts ont été menés pour améliorer le rapportage des données par analyse journalière de l'équipe/ site de vaccination appuyé par le superviseur de proximité et d'axe avant la transmission au BCZ ainsi qu'une gestion correcte des vaccins et autres intrants (de l'équipe et site de stockage).

Enquête rapide de convenance ou sondage rapide (erc) et enquête post campagne:

Enquête rapide de convenance ou Sondage Rapide

Des orientations précises sur la conduite des sondages/Enquêtes rapides de convenance dans les Provinces /Antennes/ZS, ont été partagées avec les superviseurs tant du niveau central que provincial.

L'OMS a déployé des moniteurs indépendants dans **79,4% des ZS sur l'ensemble des ZS concernées par la campagne.**

C'est ainsi que tous (superviseurs et moniteurs indépendants) ont réalisé des Enquêtes rapides de convenance et la récupération des enfants a été effective à partir des résultats de monitoring partagés lors des réunions de coordination par les moniteurs indépendants et superviseurs.

Les listes de ces localités insuffisamment vaccinées sont disponibles et ont été passées en revue lors de l'évaluation de la campagne aux niveaux ZS et provincial.

Comme mesures correctrices, l'organisation du ratissage qui a permis de récupérer **1.115.951 enfants de 6-59 mois.**

Les cinq principales raisons de non-vaccination des enfants au cours des AVS Rougeole selon les résultats du monitoring rapide en post campagne sont :

- Enfant était absent/loin de la maison : 29%
- J'ignore qu'il y a une campagne / ne connais pas l'emplacement du site de vaccination : 10 %
- Planifier d'aller plus tard aujourd'hui / demain : 13 %
- Refus : 27%
- Enfant déjà vacciné : 6%

Les principales causes de refus chez les enfants non vaccinés sont :

- Les croyances religieuses (30 %)
- La peur du vaccin (18 %),
- Enfants malades (18 %),
- Enfants malades (18%),
- Et ce n'est pas moi qui décide (15%).

Enquête post campagne

Le processus d'évaluation post campagne de ces AVS a connu du retard, et l'enquête a été réalisée dans

25/26 provinces à l'exception de la province de Tanganyika (avec l'OMS) à cause de l'insécurité suite aux conflits ethniques entre les pygmées et les bantous de cette espace.

Principaux Résultats atteints :

- La systématisation de la supervision prospective par le niveau central dans toutes les 09/26 provinces et 15/44 antennes, dans au moins 6 ZS par antennes et dans 2 AS par ZS visitée a permis d'établir le niveau réel des préparatifs et un plan de corrections des gaps ayant amélioré la qualité des préparatifs et de la mise en œuvre de la campagne ;
- La mise en place d'un plan de sécurisation des intrants suivi par semaine qui maintenait la conservation des vaccins dans les chambres froides des antennes, et bloquait les intrants secs déployés au niveau des ZS a permis de garantir la qualité et la disponibilité des intrants pendant la période de report de la campagne;
- La tenue sans interruption sous le leadership du Ministre des sessions hebdomadaires du Comité National de Coordination avec redevabilité du PEV et différentes commissions de la campagne a permis de maintenir la dynamique des préparatifs
- La mise à contribution des médiateurs (qui ont servi de personnes tampon entre les miliciens et les militaires pour des cessez-le-feu temporaires) ainsi que l'intégration des miliciens dans les équipes de vaccination comme agents de l'ordre ou mobilisateurs ; a permis la poursuite des séances de vaccination.

Problèmes majeurs rencontrés au cours des AVS :

- Dans le domaine de la coordination, on a noté une insuffisance dans le leadership du Poste de Commandement (PC) et l'efficacité des Télé conférences (TC) par le faible niveau de représentativité des membres au niveau provincial ;
- Le plan de décaissement des fonds en plusieurs tranches vers les provinces quoique permettant de limiter les risques, n'as pas suivi le chronogramme des activités dont la mise en œuvre de certaines activités se faisant sans les fonds prévues ;
- Non décaissement de la 3ème tranche de fonds (CPC, CLC, personnel PEV, formation au niveau intermédiaire, Poste de commandement et Data manager) pour les provinces ayant organisé la campagne au bloc3
- Le plan de briefing en cascade (Formation des superviseurs provinciaux et de 3 membres ECZ par ZS avec appui du niveau central, Formation des prestataires en pools par les ECZ formées avec appui des superviseurs provinciaux) n'a pas été respecté dans certaines provinces (Exemple : Haut-Katanga et Haut Lomami) pour budget non adapté et arrivé tardive des superviseurs centraux.
- Les enquêtes post campagnes ont été organisé

Leçons tirées:

- L'organisation des missions prospectives, l'utilisation de l'outil de suivi des préparatifs de la campagne ainsi que les Télé Conférences hebdomadaire organisé par le niveau central avec les provinces ont permis de sensibiliser les acteurs et la reprise des préparatifs jusqu'à la mise en œuvre effective d'une campagne de qualité
- Les reports de la campagne à un effet démoteur et entraîne une léthargie dans les préparatifs de la campagne et le faible engouement dans certains sites de vaccinations
- L'appropriation de l'activité par l'autorité politico administrative est un facteur déclenchant pour l'implication des acteurs tant du Ministère que des partenaires à tous les niveaux (superviseurs Centraux, DPS, antenne, ZS et aire de santé)
- La réalisation effective du monitoring interne par tous les superviseurs, le partage des résultats lors des réunions de coordination (du monitoring interne et externe) permet d'identifier les localités

mal couvertes ainsi récupérer les enfants et d'augmenter la couverture vaccinale

On note également que :

- Lorsqu'un report de longue durée (17/11/16 au 14/02/17) de la campagne intervient après le déploiement des intrants vers les provinces, il est indispensable de mettre en place un plan de sécurisation et de suivi des intrants pour garantir leur qualité et leur disponibilité au moment de la reprogrammation et la mise en œuvre de la campagne ;
- La santé et particulièrement la vaccination est un domaine fédérateur pour toutes les sensibilités en période de troubles et d'insécurité. La campagne de vaccination contre la rougeole a été réclamée par les miliciens de Kamunia Nsapu qui ne voulaient pas rester en marge.

3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

Veillez fournir les informations pertinentes sur le rôle et l'implication des différentes parties prenantes :

- **Forum de coordination national** (CCIA/CCSS ou organisme équivalent) : l'étendue du forum correspond aux exigences de Gavi (veillez consulter <http://www.gavi.org/soutien/coordination/> pour les exigences).
- **Société civile** : le rôle et l'implication de la société civile dans le système de vaccination de la dernière année (fourniture de services, génération de la demande, etc.).
- **Autres donateurs** : le rôle et l'investissement d'autres donateurs bilatéraux ou multilatéraux dans le système de vaccination. Veuillez inclure toute information sur de possibles réductions du soutien de donateurs non Gavi qui influencent l'ensemble de la capacité du système (ex., réductions du financement de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite).
- **Secteur privé** : collaboration des secteurs public-privé, indiquant une possible fourniture de vaccins entre le gouvernement et le secteur privé, et le pourcentage d'enfants bénéficiant de la vaccination via le secteur privé.
- **Collaboration intersectorielle** : par ex., une collaboration entre les programmes de santé et d'éducation.

- **Forum de coordination nationale :**

- **Le CNP-SS**, appelé Comité National de Pilotage de secteur santé (CNP-SS), regroupe les Ministres provinciaux en charge de santé, les directeurs centraux des Directions et programmes de santé du Ministère, les bailleurs de fonds appuyant le secteur santé, les cadres des provinces, les secteurs connexes, la société civile, les sociétés savantes, les privés, c'est l'organe de coordination suprême, jouant le rôle de l'adoption des plans stratégiques et opérationnels de tous les sous- secteurs incluant le PEV. Il sert en outre de s'assurer de la coordination des interventions en termes d'harmonisation, d'alignement et de complémentarité à tous les niveaux. Les structures provinciales - comité provincial de pilotage du système de santé (CPP-SS)- facilitent l'intégration des activités au niveau des DPS avec un effet d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre des interventions. Le dernier en date a eu lieu au mois de juillet 2017 et a adopté la réforme du niveau central notamment la réduction de 13 Directions à 7 et la séparation du Secrétariat Général à la santé et de l'Inspection Générale de la santé. Cette dernière devrait jouer le rôle d'audit interne au sein du MSP.
- **Le Comité de Coordination Inter Agence Technique (CCIAT)** regroupe, le PEV, les autres services du Ministère de la santé, les bailleurs et les agences d'exécution partenaires appuyant la vaccination, la société civile et un certain nombre de parlementaires acquis à la vaccination. Il se réunit une fois /mois ou chaque fois que c'est nécessaire sous présidence/modération du Secrétaire General à la santé. Il assure le suivi régulier de la mise en œuvre des activités du PEV et formule les recommandations pertinentes pour la mise en œuvre des activités, le suivi, l'évaluation et la planification. **Le CCIA stratégique a la même composition mais sous présidence/modération de Son excellence Mr le Ministre de la santé qui invite aussi les autres Ministres ou leur représentants (Budget, Finances &ESU...).** Il se réunit une fois/semestre ou sur demande et assure la coordination des activités de vaccination notamment, l'adoption des subventions des nouveaux vaccins et des campagnes, la validation des plans stratégiques de vaccination (PPAC) et des plans annuels (PAO), l'adoption d'un certain nombre d'activités et rapport

comme celui de l'évaluation conjointe... Les CCIA (Technique & stratégique) jouent un rôle important dans la mobilisation des ressources et le suivi de la mise en œuvre des activités de vaccination dans l'ensemble du pays.

- **Société civile** : la société civile, formée des églises, des ONG et associations, jouent un rôle important dans le renforcement de la demande de la vaccination au sein de la communauté. Dans le cadre de la subvention GAVI les 5 ONG (SANRU, ARCC, CARITAS, APEC et CRRDC) de mise en œuvre du projet apportent un appui technique et financier au niveau des ZS afin d'accompagner les organes de participation communautaire dans l'élaboration des plans d'action communautaire découlant des micro plans des AS et ZS .
- **Un autre rôle joué par les OSC est de mener le plaidoyer auprès des décideurs pour la mobilisation des ressources et obtenir leurs engagements dans le secteur de la santé.** A titre d'exemple, lors de l'installation des CAC dans les villages, une des activités à mener était le plaidoyer auprès des gouverneurs des provinces pour obtenir leur implication. Ceci a abouti à l'engagement des gouverneurs qui ont instruit les administrateurs territoriaux à travers les notes circulaires pour faciliter le processus d'implantation des CAC dans les villages.
- Enfin, la société civile doit en plus, exercer un contrôle citoyen sur l'utilisation des ressources (humaines, matérielles, financières, etc.).
- Cependant, la mise en œuvre de ces actions demeure encore faible, et une évaluation de l'impact de leurs actions doit être envisagée dans l'avenir en vue de mieux adapter les efforts aux besoins.
- *L'approche dynamique communautaire basée sur le renforcement des structures de participation communautaire a contribué aussi bien à l'implication de la communauté dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation, qu'à l'appropriation des activités de santé en général et de la vaccination en particulier. Il en résulte la réduction de cas de résistance et la récupération des enfants de 0 – 11 mois et femmes enceintes non ou insuffisamment vaccinés.* La société civile travaille en parfaite collaboration avec les organisations de participations communautaires (Comité de développement des Aires de Santé, cellule d'animation communautaire, et les relais communautaires) pour atteindre les enfants perdus de vue ou non atteints par la sensibilisation et la recherche active des cas suspects des maladies évitables par la vaccination.

Autres donateurs : Tous les autres donateurs sont membres du CNP-SS et du CCIA. Ils interviennent pour la plus part dans les investissements des activités de la vaccination, notamment en matière de la dotation des formations sanitaires en matériels de chaîne de froid. Certains d'entre eux qui appuient les provinces, assurent le financement des activités de coordination (revues, supervision, suivi, etc.), qui ont un impact positif sur la vaccination. Le projet « Accès aux soins de santé primaire (ASSP) » financé par DFID, en phase de clôture actuellement, appuie 56 ZS en équipements de matériel de chaîne de froid, micro planification, formation continue, matériel roulant, stratégies avancées, accélérations vaccinales, AVS et la redynamisation des organes de participation communautaire pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés. 28 ZS sont dans les DPS de Kasai avec 32 981 enfants non vaccinés et Kasai central avec 20 147 enfants non vaccinés suite au conflit armé qui a affecté cette partie de la RDC durant les derniers mois.

- **Secteur privé** : Composé de lucratif et de non lucratif (confessionnels), dont l'offrent des soins de santé et de vaccination (la vaccination comme acte est gratuite dans ses FOSA) dans au moins 60% des formations sanitaires (FOSA) du Pays, dont une grande partie des structures des références primaires. Ces structures vaccinent **à plus ou moins 60%** d'enfants dans leurs aires de santé respectives car intégrées et formées en PEV. Leur importance dans le système de santé est très significative. Le Ministère développe un partenariat efficace avec ces privées via les **approches contractuelles**. Toutes les dotations en matériels de chaîne de froid, et des équipements médicaux sont remises de manière équitable entre ces différentes FOSA. Ceci fait que ces structures participent au processus de suivi et évaluation des activités de vaccination de routine et de masse (les campagnes de vaccination).
- **Collaboration intersectorielle** : Cette collaboration est franche avec les autres secteurs connexes notamment Budget & Finances en rapport avec le financement des activités de vaccinations, renforcement du système de santé, le Ministère de l'Education Nationale lors des campagnes de vaccination genre rougeole, Fièvre Jaune et méningite. De même le Ministère de communication et médias facilitent la transmission de certains messages liés au calendrier vaccinal et campagne de vaccination aux médias nationaux.

3.5. Données en rapport avec la surveillance des maladies évitables par la vaccination

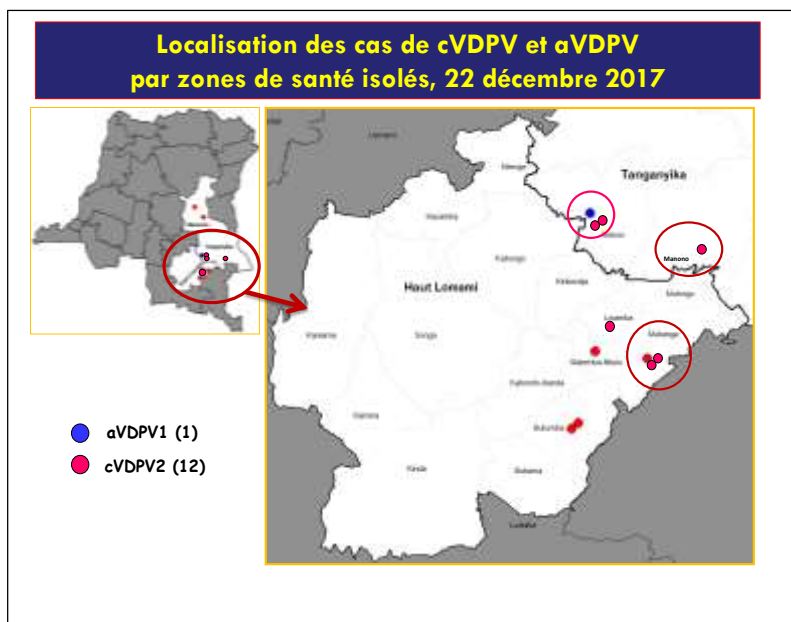
3.5.1. Initiative pour l'éradication de la polio

La RDC a été maintenue pays libre de Polio lors de la réunion de la commission régionale de certification polio en Afrique tenue du 11 au 15 Décembre 2017 à Yaoundé. Cette décision de la CRCA (Commission Régionale de Certification Polio pour la Région Africaine) est sous-tendue par le maintien des indicateurs de performance de la surveillance au standard de certification et l'amélioration de la qualité des AVS y compris la riposte aux cas de cVDPV2.

Néanmoins le pays fait face depuis le 8 mai 2017 à une épidémie de cVDPV2 dans les provinces du Haut Lomami, Maniema, Tanganyika. Au 26 Décembre 2017, les cas cumulés de cVDPV2 sont au nombre de 12 et répartis comme suit : 2 dans le Maniema, 7 dans le Haut Lomami et 3 dans le Tanganyika.

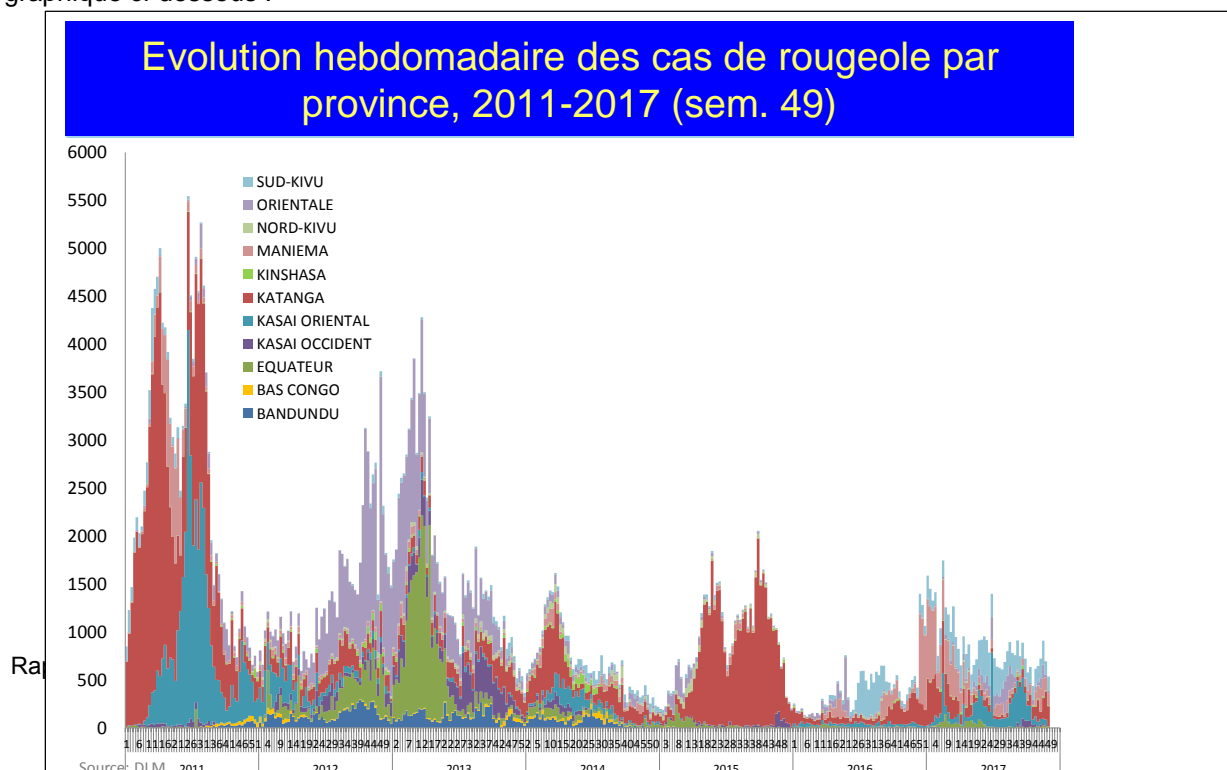
L'investigation de ces cas montre qu'il s'agit des enfants qui ont en moyenne 2 à 3 ans et généralement non vaccinés à cause des convictions religieuses des parents appartenant à des groupes réfractaires à la vaccination.

Les cas de cVDPV2 sont repartis comme dans la carte ci-dessous :



3.5.2. La surveillance de la rougeole

Depuis 2011, il est observé une baisse sensible de l'incidence de la rougeole comme le montre le graphique ci-dessous :

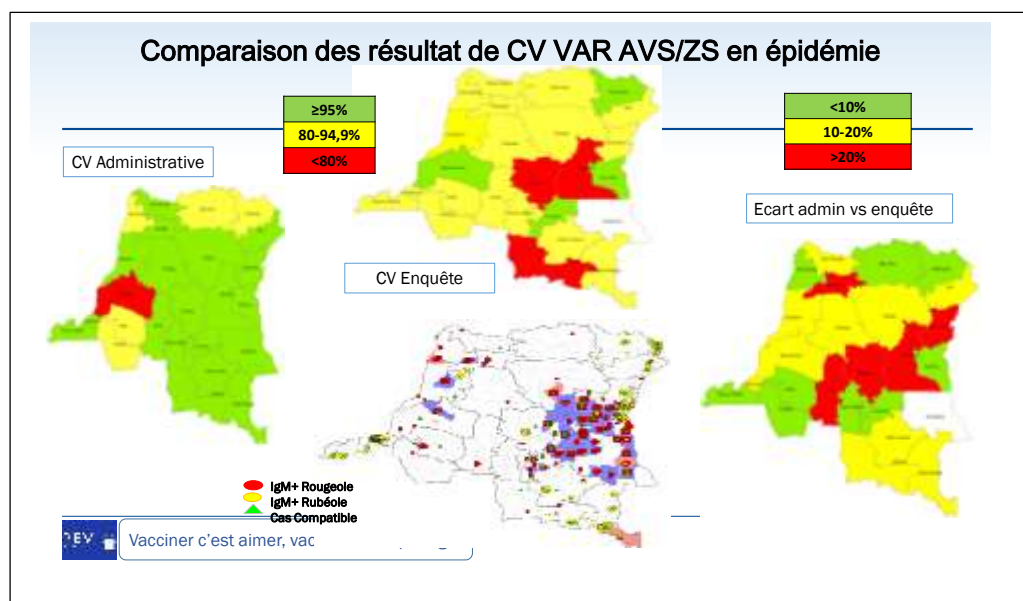


Néanmoins en 2017, un total cumulé de 61 ZS ont enregistré une épidémie de rougeole, principalement dans les Provinces de l'Est du pays, Maniema, Tanganyika, Sud Kivu. Les tableaux ci-dessous résume l'évolution des cas suspects de rougeole, investigués, confirmés rougeole, rubéole, depuis 2010 au 19 Décembre 2017.

Rubriques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (19 Décembre)
Cas suspects	5 407	134 041	73 794	87 366	33 711	50 889	22 162	43 115
décès	185	1 652	2 023	1 393	402	565	278	524
Letalité	3,40%	1,20%	2,70%	1,60%	1,20%	1,10%	1,30%	1,20%
Cas investigués	1444	2 443	3 032	2 553	3 133	2 516	2 189	3 000
Cas IgM+ Rougeole	187	1079	1 191	811	1009	537	406	639
Cas IgM+ Rubéole**	201	296	460	779	854	442	223	507
ZS en epidemie	22	104	124	77	97	45	37	61

*** Le test est réalisé seulement pour les prélèvements négatifs à la rougeole,*

Graphiques : Comparaison de la CV VAR selon les sources et la localisation des épidémies de rougeole



Sur 61 ZS ayant connu une épidémie de rougeole 59 ZS ont bénéficié d'une riposte et l'épidémie a été contrôlée.

Les principales actions en cours sont :

- 1. les préparatifs pour l'investigation de l'épidémie de rougeole dans la ZS de Mbaya (province du Sud-Ubangi).
- 2. la vaccination de riposte dans 6 zones de santé de la province du Sud-Kivu du 15 au 20 décembre 2017.
- le plaidoyer pour la mobilisation de ressources pour la riposte dans les autres ZS en épidémie de rougeole
- la mise en place d'une équipe au niveau central du MSP avec les partenaires pour la préparation des documents et la requête à soumettre à MRI/OR pour l'organisation de la riposte dans d'autres zones de santé en épidémie de rougeole.

3.5.3. La Fièvre jaune

Contrairement à 2016, la RDC n'a pas connu une épidémie de fièvre jaune en 2017. Sur base de l'analyse de risque la RDC a soumis à GAVI un plan d'organisation des campagnes préventives entre 2018 et 2019.

PROV	Cas	Decès	Létalité	Cas Prélevés	% des cas investigués	Cas IgM+	Labo Regional de Dakar
BAS-UELE	61	4	6,6%	12	19,7%	1	Non confirmé
EQUATEUR	49	2	4,1%	24	49,0%	1	Non confirmé
HAUT-KATANGA	6	1	16,7%	1	16,7%	0	
HAUT-LOMAMI	27	3	11,1%	3	11,1%	0	
HAUT-UELE	4	0	0,0%	1	25,0%	1	Non confirmé
ITURI	4	0	0,0%	1	25,0%	0	
KASAI	24	5	20,8%	4	16,7%	0	
KASAI CENTRAL	27	4	14,8%	1	3,7%	0	
KASAI ORIENTAL	1	0	0,0%	0	0,0%	0	
KINSHASA	211	4	1,9%	139	65,9%	15	Non confirmé
KONGO CENTRAL	28	2	7,1%	22	78,6%	0	
KWANGO	103	7	6,8%	39	37,9%	1	Non confirmé
KWILU	14	3	21,4%	1	7,1%	0	
LOMAMI	6	0	0,0%	2	33,3%	0	
LUALABA	65	2	3,1%	21	32,3%	3	Non confirmé
MAINDOMBE	6	0	0,0%	0	0,0%	0	
MANIEMA	3	0	0,0%	6	200,0%	0	
MONGALA	3	0	0,0%	1	33,3%	0	
NORD-KIVU	17	0	0,0%	16	94,1%	0	
NORD-UBANGI	34	1	2,9%	3	8,8%	0	
SUD-KIVU	9		0,0%	1	11,1%	0	
SUD-UBANGI	17	1	5,9%	3	17,6%	0	
TANGANYIKA	7	0	0,0%	3	42,9%	0	
TSHOPO	14	1	7,1%	1	7,1%	0	
TSHUAPA	124	3	2,4%	54	43,5%	1	Non confirmé
RDC	864	43	5,0%	359	41,6%	23	Non confirmé

Un effort doit être fait pour l'amélioration de la proportion des cas investigués de fièvre jaune

3.5.4. Surveillance du TNN

Indicateurs de la surveillance TNN par province de S1-S44

PROV	Cas	Létalité	Cas investigués	% Cas investigués	Nbre de riposte	% de riposte
BAS-UELE	23	52,2%	7	30,4%	2	28,6%
EQUATEUR	64	40,6%	2	3,1%	0	0,0%
HAUT-KATANGA	30	56,7%	7	23,3%	1	14,3%
HAUT-LOMAMI	60	61,7%	2	3,3%	1	50,0%
HAUT-UELE	13	53,8%	5	38,5%	5	100,0%
ITURI	23	56,5%	4	17,4%	1	25,0%
KASAI	16	62,5%	0	0,0%	0	
KASAI CENTRAL	18	66,7%	0	0,0%	0	
KASAI ORIENTAL	41	46,3%	1	2,4%	0	0,0%
KINSHASA	15	13,3%	6	40,0%	4	66,7%
KONGO CENTRAL	24	62,5%	3	12,5%	0	0,0%
KWANGO	9	33,3%	0	0,0%	0	
KWILU	18	38,9%	0	0,0%	0	
LOMAMI	31	54,8%	0	0,0%	0	
LUALABA	17	52,9%	1	5,9%	1	100,0%
MAINDOMBE	35	51,4%	0	0,0%	0	
MANIEMA	70	34,3%	0	0,0%	0	
MONGALA	84	22,6%	5	6,0%	0	0,0%
NORD-KIVU	9	22,2%	7	77,8%	1	14,3%
NORD-UBANGI	12	58,3%	0	0,0%	0	
SANKURU	31	45,2%	16	51,6%	14	87,5%
SUD-KIVU	23	17,4%	0	0,0%	0	
SUD-UBANGI	29	20,7%	6	20,7%	6	100,0%
TANGANYIKA	60	53,3%	19	31,7%	17	89,5%
TSHOPO	35	77,1%	24	68,6%	19	79,2%
TSHUAPA	44	20,5%	1	2,3%	1	100,0%
RDC	834	44,1%	116	13,9%	73	62,9%

La proportion des cas de TNN ayant bénéficié d'une riposte s'est améliorée en 2017 mais reste encore inférieure à la norme d'au moins 80%.

3.5.5. LA SURVEILLANCE DE MAPI

En dépit d'une coordination au niveau national par la tenue de 2 réunions sous la direction du Secrétaire général avec la participation de la DPM, du Centre national de pharmacovigilance (CNPV), PEV,OMS, un effort doit être fourni pour notifier /investiguer les cas des MAPI en routine qui ne sont pas quasi rapportées. Un rapprochement doit être fait entre le PEV et le CNPV en vue d'améliorer le circuit de notification des MAPI conformément au Manuel National sur la surveillance des manifestations post vaccinales indésirables adoptés en juillet 2016.

Les MAPI rapportées antérieurement en routine les sont souvent pour les MAPI graves surtout celles ayant entraîné un soulèvement au niveau des communautés tandis que pendant les AVS, la notification est plus fluide par la mise en place d'un système ad hoc.

La formation des acteurs doit se poursuivre en 2018 au niveau des divisions provinciales planifiées avec la participation des équipes cadres des ZS. En attendant le partage par le CNPV de la base vigiflow, un masque de saisie des cas des MAPI graves et non graves devra être préparé pour renforcer la surveillance au niveau national. Pour faciliter le classement final des cas des MAPI, passés et à venir, le processus de la mise en place du comité d'Experts MAPI par le Ministère de la Santé Publique devra être accéléré en 2018.

4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

4.1. Performance programmatique

Veillez fournir une analyse succincte des performances des subventions Gavi pendant la période de rapports. Décrire la façon dont le soutien de Gavi contribue à faire progresser les performances du programme global de vaccination et les stratégies du secteur de santé (en mettant particulièrement l'accent sur les districts/communautés avec une faible couverture) et la façon dont les barrières, identifiées à la section 3 ci-dessus, sont abordées, en indiquant, le cas échéant, les bonnes pratiques et les innovations.

Cette analyse devra couvrir tout le soutien de Gavi reçu, y compris le SVN, le RSS et le soutien à la Plateforme d'optimisation de l'ECF. Cette section doit aborder les thèmes suivants :

- **Les réalisations vis-à-vis des cibles convenues**, tel que spécifié dans le cadre de performance des subventions (GPF), et des autres plans d'activité liés à la subvention. Le cas échéant, les raisons pour lesquelles les cibles spécifiées dans le GPF n'ont pas été atteintes, en identifiant les zones de sous-performances, les goulots d'étranglement et les risques.
- **Les progrès de mise en œuvre au niveau global** des subventions de Gavi, y compris le SVN, le RSS (y compris la subvention basée sur les performances - PBF) et la **plateforme d'optimisation de l'ECF**.
- Les performances passées en matière de rougeole et de rubéole (analyse de couverture de vaccination et surveillance de la rubéole, performances⁹) et l'avancement du **plan sur 5 ans rougeole-rubéole** du pays.

Veillez mentionner toute autre initiative pertinente non soutenue par Gavi qui aborde les principaux facteurs de faible couverture (décrits à la section 3).

La mise en œuvre des activités du RSS 2 depuis 2015 a permis d'atteindre les résultats enregistrés en 2016, au 31 octobre 2017 et rapportés dans le cadre de performance qui sera en annexe.

1.1. En rapport avec le renforcement de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout :

- 1/3 Dépôts ultra modernes construits et équipés avec financement Gavi Rss2. Les travaux de la construction du dépôt déconcentré de Kinkole/Kinshasa sont réalisés à hauteur de 90%. La construction du Hangar principal est terminée et l'installation des équipements est en cours. La réception est prévue en fin décembre 2017. **Les** travaux de construction de 2 dépôts modernes déconcentrés (Lubumbashi et Kisangani) et l'élargissement du dépôt de relai à Kananga n'ont pas encore commencés
- 43/43 CS ont été réhabilités. La réception des équipements et mobiliers pour les 43/ CS réhabilités et dépôts déconcentrés par l'UNICEF est en cours. Leur expédition vers les structures bénéficiaires interviendra en décembre 2017 et janvier 2018.
- 10/14 camions (7 camions frigorifiques et 7 camions standards) sont déjà arrivés à Kinshasa. Les 4 autres le seront en fin décembre via Lubumbashi. 1/1 pickup pour transport des vaccins et

⁹Veillez inclure l'analyse de la vaccination de routine de VVR1 et VVR2 et la campagne de couverture VVR au niveau national et infranational (données admin. et données d'enquêtes), les informations sur la répartition des cas par tranche d'âge, par secteur géographique, par historique de vaccination, etc., pour la rougeole et la rubéole (y compris le syndrome de rubéole congénitale), en incluant les épidémies au niveau national et infranational.

autres intrants pour le centre du pays est aussi attendu pour fin décembre 2017 et sera basé à Kananga ((Kasaï Central).

- Réception de CDR, dépôts pour intrants secs et centres de santé :
- 9/10 CDR réceptionnés sauf la CDR de Kamina dont les travaux sont réalisés à 70% suite à une sous-estimation au départ. Les travaux additionnels pour parachever le bâtiment avec une capacité de 3200 m³ au lieu de 1800m³ initialement prévue, attendent un financement supplémentaire. La CDR Matadi était victime d'un incendie d'origine inconnue après sa réception. A l'issue d'une mission conjointe GAVI & FM se sont engagés à mobiliser les ressources additionnelles pour sa réhabilitation. 25/26 dépôts pour intrants secs ont été réceptionnés. Le dépôt de Bukavu n'a pas été construit et fonds ont servi à élargir celui d'ARU. Il est envisagé la construction d'une CDR à Bukavu en lieu et place du dépôt avec l'appui de la coopération suisse.
- 42/43 CS ont été réceptionnés, sauf CS Ilunga dans le Haut Lomami dont les travaux sont réalisés à 60%.
- Aucune chambre froide n'est solarisée à ce jour par rapport aux prévisions sur la solarisation de 23 chambres froides dans les milieux dépourvus d'énergie électrique. Deux fournisseurs (PRODIMPEX et WEST TRADING) sont sélectionnés pour ce processus et la livraison est programmée pour juin 2018.
- 35 ingénieurs sont sélectionnés et attendent la formation à l'INPP afin de mettre en place le système de maintenance des équipements et matériels dans les DPS. Cette formation aura lieu après décaissement par GAVI. Ces ingénieurs seront mis en service en 2018.
- 12 cadres formés au Benin dont 2 en logistique de santé et 10 en vaccinologie. Cette cohorte s'ajoute à ceux formés précédemment, soit 16 en vaccinologie et 25 en logistique de santé. soit à ce ,27 logisticiens et 26 en vaccinologie.

Il convient de signaler qu'un certain nombre d'actions innovantes ont été entreprises au cours de la période sous-évaluation en vue d'améliorer la qualité des vaccins pendant le stockage et transport. Il s'agit notamment de la cartographie des chambres froides réalisée dans les dépôts des vaccins et une étude de température, de l'installation du système de monitoring à distance des températures avec option d'envoi des alarmes aux gestionnaires et de la publication des rapports mensuels d'analyse de gestion de stocks des vaccins au niveau central.

1.2. En ce qui concerne l'amélioration de la disponibilité de l'offre des services de santé de qualité en général et de vaccination avec approche antenne en particulier dans 144 ZS, les activités programmées dans le cadre de l'approche antenne ont permis de lever les goulots d'étranglement dans divers composantes de la stratégie atteindre chaque cible et d'entraîner des bons résultats dans les DPS en termes de l'augmentation les couvertures vaccinales :

- Les 10 DPS ciblées (Bas Uélé, Equateur, Haut Lomami, Lomami, Mongala, SUD Ubangi, Tanganika Kwilu, Haut Katanga et Tshuapa) ont eu les fonds depuis mai 2017 et mettent en œuvre l'approche antenne. Le montant total prévu, soit 2 118 307,57 USD est décaissé soit 100% de taux d'absorption.
- Le dénombrement de la population a été réalisé dans les 516 ZS. Ce dénombrement était mené par l'approche village avec pleine participation des relais communautaires à titre de volontariat. Il a permis de se rendre compte des enfants non vaccinés et perdu de vu au niveau de chaque village
- La micro-planification a été organisée dans les 8 830 aires de santé de 516 ZS, soit une réalisation de 100% pour l'année 2017
- Les activités de supervision formatives, le monitoring action (MAA) et renforcement des liens avec la communauté sont organisées en continu dans les ZS en synergie avec les OSC.

1.3. S'agissant de l'amélioration de la disponibilité de la qualité des données en vue de réduire à moins de 5% les écarts existant entre les données administratives et celles des enquêtes :

- L'installation de 370/370 a été installés dans le reste des DPS et leurs ZS en juillet 2017 pour améliorer la transmission de l'information sanitaire au niveau des ZS (ECZS, HGR et CS). La connectivité était maintenue jusqu'au 30 juin 2017. Le dossier d'appel d'offre pour la connectivité à long terme multi bailleurs est finalisé sera lancé dès mobilisation des ressources. Cependant, 246/516 stations ont été relancées sous financement FM.
- Un plan stratégique 2018-2020 sur qualité de données est en élaboration ou en chantier (DSNIS& PEV&DEP) pour permettre la mise en place des mécanismes harmonisés d'évaluation et les audits de la qualité des données ;
- Les activités de routine (DQS, audit des qualités des données et revue dans les ZS) sont organisées dans les 26 DPS

- Les enquêtes des couvertures et de satisfaction des ménages à petite échelle en marge des revues via ESP/KIN ne sont pas encore réalisées suite au gel de décaissement ;
- Informatisation du traitement, de l'analyse et de la transmission des données sanitaires : les données de la vaccination sont transmises via le logiciel DHIS2. Pour les informations programmatique, budgétaire, financière et logistique, PEV utilise encore les logiciels SMT& DVD-MT en attendant en 2018, qu'on finalise les modules complémentaires PEV sur DHIS2 et qu'on mette en place un logiciel pour la visualisation à distance de stocks des vaccins à temps réels à tous les niveaux d'ici 2019.

1.4. En lien avec le renforcement des capacités institutionnelles à tous les niveaux, y compris le mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation ;

- Le processus d'élaboration des PAO 2018 dans les DPS et au niveau central n'a pas été appuyé suite au gel de décaissement.
- L'appui a été apporté au processus de suivi et évaluation à travers la revue annuelle du secteur organisée du 17 au 19 juillet 2017 et les revues semestrielles organisées dans 9/10 DPS prioritaires
- L'appui a été aussi apporté à l'organisation de l'Assemblée Générale du CNP-SS tenue du 20 au 21 juillet 2017 et les revues semestrielles organisées dans 9/10 DPS prioritaires
- La production des cartes des scores, les recherches sur le système de santé et les études macroéconomiques sectorielles n'ont pas été organisées suite au gel de décaissement.

1.5. Renforcement de la demande pour la vaccination à travers la redynamisation des organes de participation communautaire dans le dynamique village

- 4933 cellules d'animation communautaire installées sur les 4476 prévues (4316 dans l'antenne Kikwit et 617 dans l'antenne de Likasi) dans les 144 ZS. Plus des CAC installés que prévue dans la DPS Kwilu (584 au lieu de 409)
- 343 067 enfants et 55 885 femmes enceintes ayant manqué la vaccination récupérés par les relais communautaires. Leur répartition /antigène: 63446 pour BCG, 54642 pour VPO3, 56738 pour penta 3, 55879 pour PCV13, 51702 pour VAR et 60660 pour VAA.
- 1134/1200 réunions mensuelles de monitoring tenues dans les 144 ZS, soit 95% et 20083/22145 réunions tenues dans les aires soit 91%.

1.6. Poursuite de la réforme du financement et la gestion du programme GAVI-RSS en RDC via une nouvelle AGEFIN/

- Un coordonnateur de la CAGF a été recruté et mis en service depuis juin 2017.
- Un secrétaire permanent de la CGPMP a été aussi recruté et déjà mis en service ;

10 assistants techniques nationaux et 10 gestions des projets recrutés pour appuyer les 10 DPS prioritaires et seront mis en service en janvier 2018 si la trésorerie du projet le permettra.

4.2. Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

Veillez fournir un examen succinct des performances en termes de gestion financière des subventions en liquidités de Gavi. Prendre en compte les aspects suivants :

- **Absorption** financière et taux d'utilisation¹⁰ ;
- **Conformité** avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits ;
- **Principaux problèmes** issus des **audits** de programmes de liquidités ou évaluations des capacités du programme ;
- **Systèmes** de gestion financière¹¹.

- **Le système de gestion financière** des subventions Gavi se fait selon un mécanisme de gestion conjointe mis en place par le Gouvernement et Gavi. Ce mécanisme implique une structure du Gouvernement (MSP), la Cellule d'Appui et de Gestion Financière gère le fonds conjointement avec

¹⁰ Si, dans votre pays, des montants significatifs de subventions de Gavi sont gérés par des partenaires (par ex., UNICEF et OMS), il est recommandé d'examiner en parallèle l'utilisation des subventions par ces agences.

¹¹ Si des modifications ont été apportées ou sont prévues vis-à-vis des modalités de gestion financière, veuillez les indiquer dans cette section.

un Agent Fiduciaire (AF GIZ, recruté par le bailleur de fond.). Le MSP reste responsable de l'ensemble de gestion de fonds, par contre l'AF GIZ, joue le rôle de contrôle à priori de toutes les procédures administratives et financières avant d'autoriser tout paiement. L'AF accompagne en outre le MSP à la tenue d'une comptabilité compatible aux normes et standards internationaux.

- L'opérationnalisation harmonieuse de ce mécanisme avec l'AF GIZ fait que les indicateurs de la gestion financière des subventions GAVI se sont améliorés. Cependant le fait qu'il existe des dépenses non justifiées à hauteur de \$ 3,4 millions, le retard persistant dans la transmission des rapports finaux d'audit (qui peuvent impacter les décaissements), l'audit des subventions réalisées en retard pour exercice 2016 ainsi que le retard dans le reporting financier intermédiaire constituent des préoccupations qui minent ce bon montage.
- En outre, les montants conséquents d'avances datant de plus de 6 mois non encore liquidées, constituent la raison d'être de l'opinion avec réserve de l'auditeur sur les rapports financiers de certaines subvention (VPI \$ 0.202) des audits externes 2016 du cabinet Ernest Young mis sur le portail.
- Dans l'ensemble et de manière détaillée, la performance financière est traduite de la manière suivante :
- **L'absorption de fonds** : de 2015 au 31 octobre 2017, les performances dans les mises en œuvre des activités programmatiques comme décrit au point 4.1, se seraient plus nettement améliorées n'eût été le gel de financement Gavi du côté MSP pour raisons déjà évoquées ci haut. En effet, la gestion de la trésorerie a rencontré à plusieurs reprises les problèmes de liquidités, avec ralentissement du rythme et voir arrêt de la mise en œuvre de la plus part d'activités.
- 1. Les Taux d'absorption des fonds de 2015 au 31 octobre 2017 des différentes subventions partie prenantes MSP/DEP/DLM/PEV/DPS/ZS.

Désignations	RSS2/MSP			CUMUL
	2015	2016	2017 (au 30 .09.2017)	
Report solde année précédente	0\$	9'999'935 \$	- 1'357'423 \$	
Décaissement reçu	9'999'935 \$	2'999'960 \$	1'499'460 \$	14'499'855 \$
Total Fonds disponibles	0 \$	12'999'895 \$	141'927 \$	
Fonds dépensés	0\$	14'357'418 \$	1'212'071 \$	15'569'989 \$
Tx d'exécution	0%	110%	854,6%	108%
Engagements		0 \$	1'334'837 \$	1'334'837 \$
solde trésorerie	9'999'935 \$	- 1'357'523 \$	- 2'404'971 \$	- 2'404'971 \$

- 2. Les Taux d'absorption des fonds de 2015 au 31 octobre 2017 via les différentes parties prenantes UNICEF, OMS, UNOPS, OSC/SANRU

Désignations	UNICEF	OMS	UNOPS	OSC/SANRU
Décaissement reçus	48 065 782\$	4 428 475\$	8100 000\$	9 352 543,45\$
Fonds dépensé	40 065 782\$	3 569 343\$	8 100 000 \$	5 909 132,18\$
Taux de décaissement	83%	81%	100 %	63,2%
Engagements	ND	ND	ND	ND
solde trésorerie	8 000 000\$	920 491\$	0 \$	3 443 411,27\$

- Au regard de ces réalisations, il s'observe que les OSC/SANRU a des faibles performances dans l'absorption des fonds qu'il explique par plusieurs contraintes entre autres : chevauchement d'activités des ECZ suite aux campagnes vaccinales, détérioration

de la situation sécuritaire dans la DPS BAS - UELE, antenne PEV MWENE DITU et la DPS Tanganyika et qui ne permet pas la bonne réalisation des activités ainsi que faible appropriation du manuel de procédure des structures de PARTICOM à tous les niveaux,

- Le MSP de 2015 à ce jour n'a eu que 14 499 855 USD pour RSS2 depuis 2015 à ce jour, d'où stagnation ou non réalisation de la plupart des activités prévues.
- Le retard dans le remboursement des dépenses irrégulières et inéligibles par le Gouvernement de la RDC, en faveur de Gavi, constitue la principale cause de non décaissement de fonds de la part de Gavi.
- **Conformité avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits** : depuis la réforme de la CAGF et l'entrée en fonction de l'AF GIZ en 2015, tous les rapports financiers suivent le modèle proposé par Gavi. Les audits externes 2015 et 2016, ont eu une opinion positif sur les comptes des subventions Gavi et sur le respect des procédures y afférentes mais avec réserve pour les subventions dont les avances depuis 2015 ne sont pas encore complètement justifiées (RSS1 & VIP & Menafrivrac). Les audits externes de subvention sont conduits dans le respect des normes en la matière. Le cabinet d'audit est sélectionné au niveau international avec approbation de bailleur. Les auditeurs affectés à ce travail ont accès à toutes les informations tant programmatiques et financières et exerce leur travail sans aucune inquiétude.
- **Principaux problèmes issus des audits**, remontent de celui réalisé par Gavi en 2015, incluant la revue approfondie des dépenses de 2013, 2014 et 1^{er} semestre 2015, a mis en exergue, plusieurs dépenses irrégulières, inéligibles et insuffisamment justifiées en plus le remboursement de la perte de change de \$ 766 099 liés au transfert depuis BIAC à FBN sur compte GVT dédié aux programmes de GAVI en RDC convenue pour payer en novembre 2017. L'ensemble de ces dépenses évaluées à \$ 2 433 002 que le Gouvernement de la RDC s'est engagé de rembourser progressivement en raison de **200 000\$/mois pendant 7 et le dernier mois , il est prévu un versement de 266 903\$ pour les 1,6 millions au plutard le 31 mars 2018**. Pour le montant lié à la perte de change de \$ 766 099. il fera l'objet d'un remboursement en avril 2018 à l'issue du remboursement des dépenses inéligibles.
- Un autre problème soulevé par les audits externes en 2016 pour lequel, les cabinets ont émis l'opinion avec réserve, c'est celui des **avances données non encore justifiées aux structures** (\$ 3 468 368) et aux individus (\$117 942) de 2015 au 31 octobre 2017). Les raisons de non justifications de ces avances à temps sont multiples entre autres : (i) Lenteur dans la transmission de compléments des pièces justificatives après revue de l'Agence Fiduciaire;(ii) faible capacité des DPS et antennes PEV à assurer la mise en œuvre de plusieurs activités simultanément; (iii) tendance à accorder plus d'importance aux activités du bailleur ayant apporté l'enveloppe la plus élevée au détriment des activités financées par les autres bailleurs dont les règles de justification sont moins contraignantes;(iv) non-respect des procédures de passation de marchés et des délais de justification au niveau des provinces;(v) l'instabilité du personnel administratif au niveau provincial et (vi) retard dans la remontée des pièces justificatives des Zones de Santé au niveau des Divisions Provinciales de Santé.
- Les faiblesses des mécanismes de contrôle interne ont été à la base de ces problèmes. Le renforcement de contrôle interne avec la réforme de la CAGF (**présence de l'unité de l'audit interne et de l'ordonnancement**) et l'entrée de l'AF GIZ qui assure le contrôle à priori de toutes les dépenses, ont réduits tous ces risques. La consolidation des acquis de ce mécanisme et le renforcement des capacités des personnels de la CAGF, constituent un défi à relever, dans l'optique du départ de l'AF GIZ. Les rapports d'audits internes et la mise en œuvre des recommandations depuis l'année 2017 a sensiblement augmenté la bonne gestion administrative et financière de la CAGF.
- **Les problèmes de liquidité** : la limitation du niveau de la trésorerie par Gavi et le non décaissement semestriels enregistrés en 2017 a posé beaucoup des problèmes de liquidité. En outre, le fait de **conditionner le décaissement de fonds par le remboursement des dépenses inéligibles par le Gouvernement**, déjà en difficulté de ses finances publiques, engendre des sérieux problèmes de liquidité qui entraînent ipso facto l'arrêt des activités sur terrain. L'arrêt brusque des activités par cessation de décaissement fait courir les risques d'enregistrer des pertes énormes des vaccins par défaut des conservation dans les antennes censées utiliser le diesel, et aussi rater bons nombres d'enfants à vacciner qui pourraient développer les épidémies qui coûteraient encore chers pour le Gouvernement et voir les bailleurs.
- **Les problèmes soulevés dans l'évaluation des capacités financières** : L'actualisation du manuel des procédures, la responsabilisation de la CAGF dans la tenue de la comptabilité ont été les deux problèmes majeurs soulevés. Le manuel de procédure est en processus d'actualisation et l'AF GIZ poursuit son plan de renforcement des capacités auprès des personnels de la CAGF. Les audits

réalisés auprès des OSC exercices clos 2015 et 2016 n'ont fait mention d'aucune réserve.

4.3. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Veillez fournir une rapide vue d'ensemble des principaux aspects et actions qui concernent la pérennité du soutien de Gavi envers votre pays. Veillez spécifier les éléments suivants :

- **Financement du programme de vaccination** : principaux défis liés au financement du programme de vaccination, dont les exigences de co-financement.
- **Planification de la transition post-Gavi** : si votre pays est en transition vers le retrait du soutien financier de Gavi, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. En l'absence de plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition.
- Si un plan de transition a été mis en place, veuillez fournir les informations suivantes :
 - Progression de la mise en œuvre des activités planifiées ;
 - Goulots d'étranglement au niveau de la mise en œuvre et mesures correctives ;
 - Respect du calendrier : les activités sont-elles menées dans les délais ou reportées et, en cas de reports, veuillez indiquer la date de réalisation prévue ;
 - Subvention de transition : veuillez spécifier et expliquer les changements importants proposés pour les activités financées par Gavi à travers la subvention de transition (par ex., abandon d'une activité, ajout d'une nouvelle activité ou modification du contenu/budget d'une activité) ;
 - Version révisée consolidée du plan de transition.
- **Plan de transition pour la poliomyélite** : Si votre pays est en transition vers le retrait du soutien d'autres sources principales en matière de soutien au programme de vaccination, telle que l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, veuillez spécifier si votre pays a mis en place un plan de transition. Si un plan de transition existe, veuillez fournir une brève description de ce plan. En l'absence d'un plan de transition, veuillez décrire les plans nécessaires au développement d'une ou plusieurs action(s) en vue de se préparer à la transition de la poliomyélite.

- La pérennisation de financement Gavi en matière surtout de viabilité de financement de la vaccination pose encore problème en RDC. Le pays traverse actuellement une crise politique, sécuritaire et financière qui ne permet pas une meilleure pérennisation des interventions..
- Les zones d'insécurité dans la partie Est et voire au centre du pays, exigent encore des financements réguliers pour l'approvisionnement des ZS en vaccins de la part de Gavi.
- Le déficit actuel des finances publiques au-delà 30% des recettes mensuelles, liées à la chute des cours des matières premières exportées par la RDC et des incertitudes économiques au vue de la crise politique, a rongé les finances publiques et les réserves de change du pays (**PIB/hab :800\$ en 2015 contre 499\$ en 2017 ;Tx échange 1\$=925,98 FC en 2015 contre 1225,11 FC en 2017 Tx de la banque centrale**). Au regard d'une telle situation, le trésor public a eu du mal à respecter ses engagements en matière de financement d'un certain nombre d'activités dont le **cofinancement des nouveaux vaccins, l'achat des vaccins traditionnels, le remboursement des dépenses inéligibles, les frais de fonctionnement des structures** (PEV, DEP et DPS), etc. L'état actuel des finances publiques et du reste de cadre macroéconomique de la RDC ne permet de penser à une pérennisation des activités au cours de 10 prochaines années. La pérennisation des interventions financées par Gavi n'est possible **qu'en présence d'une stabilité politique et une reprise de l'activité économique en termes de la croissance réelle du PIB par habitant confortable**; la résorption du chômage avec des emplois formels et bien rémunérés, un budget de l'Etat capable de financer le secteur de santé à plus de 50% de ses dépenses totales, un équilibre de la balance de paiement, une stabilité de taux de change couplée à la dollarisation de l'économie, une réduction de l'inflation, etc.. Dans la mesure où ces conditions ne sont pas réunies. La RDC n'est pas encore en phase de transition post Gavi. L'appui de Gavi devrait se poursuivre jusqu'à l'amélioration de la situation politique et économique, dans l'hypothèse où les fonds seraient disponibles. **C'est ainsi que le pays devrait encore discuter avec GAVI pour reconduire et ou réviser sur trois ans encore l'approche taillée sur mesure (ATM) signé en 2013.**

4.4. Assistance technique

Veillez fournir un bref résumé des principales connaissances générées au cours de l'évaluation des activités et des étapes en matière d'assistance du pays ciblé (TCA) soutenues par Gavi.¹² Veillez spécifier si des modifications vis-à-vis des activités actuellement prévues et en cours en matière d'assistance technique sont envisagées (court terme). Si des modifications sont envisagées, veuillez fournir une justification.

Remarque : Les nouvelles exigences en matière d'assistance technique pour le prochain calendrier devront être indiquées dans la section 6 plutôt que dans cette section.

En 2016 et 2017, la RDC bénéficie d'une assistance technique dans la mise en œuvre de la gestion des subventions notamment avec OMS, UNICEF, OSC/SANRU, GIZ, PATH, UNOPS et Imperial ainsi que l'appui de la consultante (experte en passation des marchés) recrutée et payée avec financement GAVI en rapport avec les passations des marchés.

Pour ce qui de l'Unicef, il s'agit d'une assistance technique dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement des vaccins et autres produits de santé (logistique, chaîne du froid et développement de l'intégration des systèmes logistiques) ; dans le cadre de la couverture et équité avec un appui technique au niveau national et 8 au niveau des provinces; ainsi que dans la communication pour le développement (C4D) Celle-ci a permis une contribution aux principales réalisations ci-dessous:

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

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

- Coordination des activités au niveau central ainsi que le suivi régulier de la mise en œuvre des

¹² Un résumé de l'assistance technique, validée dans le cadre du Partner Engagement Framework (PEF), pour l'année en cours d'examen, et le statut des rapports sont disponibles via le portail PEF, auprès des utilisateurs inscrits, ou en contactant le Secrétariat de Gavi.

activités

- Elaboration des plans opérationnels et des plans d'introduction des nouveaux vaccins, notamment le rotavirus,
- Suivi des activités au niveau opérationnel,
- Surveillance des maladies évitables par la vaccination notamment la rougeole, les paralysies flasques aiguës (PFA), la fièvre jaune et le tétanos,
- Analyse hebdomadaire des données de PFA, de rougeole, de fièvre jaune et du tétanos,
- Publication des bulletins hebdomadaires relatifs à la poliomyélite et à la rougeole,
- Analyses de risque trimestrielles,
- Processus de mise en place des structures importantes pour le niveau stratégique, notamment le NITAG,
- Mise en œuvre du processus de solarisation des 23 antennes PEV,
- Coordination des activités de vaccination de masse notamment celles contre la rougeole et la poliomyélite au niveau national et provincial,
- Evaluations externes et indépendantes comme l'évaluation post campagne rougeole, le monitoring indépendant et le LQAS post campagnes polio,
- Amélioration de la qualité des données et à l'utilisation de données de qualité : décentralisation des bases de données dans 6 provinces et formation du personnel aux analyses et au suivi de la qualité : Kasai central, Tshopo et Haut Katanga, Kwango, Kongo central et Kasai oriental
- Formation des agents du MOH dans 25 zones de santé du Sud Kivu sur les stratégies d'amélioration de la couverture vaccinale avec la mise en œuvre de l'approche ACZ

Pour les OSC/Sanru, c'est l'assistance dans la demande accrue de la vaccination et récupération active des enfants non vaccinés et perdus de vue.

Pour PATH, c'est dans le plaidoyer en faveur de la vaccination auprès des autorités politico- Ad ministrative ainsi que dans le dénombrement sanitaire avec cartographie satellitaire avec estimation de la population.

Pour l'UNOPS, c'est dans la géolocalisation et estimations des coûts pour les réhabilitations et constructions des CDR, dépôts déconcentrés et centres de santé ainsi que leurs constructions.

Pour Imperial, c'est dans les types ou mode de gestion et fonctionnement des HUBS en constructions

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

Veillez fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe¹³ et toute autre recommandation significative du CEI ou du HLRP.

Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe	Statut actuel
1. Appuyer le développement et la mise en œuvre du plan d'amélioration des données	Le PAQD n'a pas pu être élaboré à cause du fait que les activités devant permettre de faire une analyse approfondie de la qualité des données au niveau des ZS notamment, les visites de terrain à petit échelle, l'atelier d'élaboration du plan stratégique, etc. n'ont pas été mise en œuvre depuis 2015 et avec l'atelier sur la qualité de données que le pays a organisé avec appui technique (OMS & Gavi) et financier de Gavi du 20 au 22 décembre 2017, le plan stratégique sur la qualité de donnée est effectivement en chantier et fin près d'ici fin mars 2018.
2. Appuyer la mise œuvre de l'approche ACZ dans 13 Antennes (11 antennes initiales +13 antennes PEV. Toutes les activités planifiés ont été Kikwit et Likasi) y compris les populations	L'approche ACZ a été mise en œuvre dans les 10 DPS et bien exécutées dans les limites de trésorerie disponible au

¹³ Veillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

spéciales	cours de l'année 2017 encourus comme décrit ci-haut.
3. Finaliser les installations de VSAT et assurer la connexion, ainsi que l'implémentation et l'utilisation de DHIS2 intégrant les données de la vaccination	Les installations des 570 VSAT ont été finalisées et une connexion internet a été disponible jusqu'au 30 juin 2017. Cette connexion a permis d'amorcer le développement du module vaccination dans le DHIS2, qui doit être utilisé dans l'ensemble des Zones de Santé. De même, elle facilite la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination à travers la transmission des données et la tenue des conférences hebdomadaires de surveillance épidémiologiques via les téléphones VoiP. Il est envisagé le développement d'un logiciel propre à l'enregistrement en ligne des données des vaccinations en se conformant au format actuel de DVDMT. La continuité régulière de la connexion internet est indispensable pour continuer toutes ces actions qui contribueront à l'amélioration de la qualité des données.
4. Améliorer la gestion de vaccins (GEV, Suivi de température à distance, visibilité de stock, étude de taux de perte	<p>Beaucoup d'activités ont été mise en œuvre à différents niveaux sur l'amélioration de la gestion des vaccins, notamment les formations en gestion vaccin, le contrôle des températures avec les systèmes de monitoring à distance des températures dans les chambres froides avec option d'envoi des SMS et e-mails aux gestionnaires et l'utilisation des fridge-tag2 dans les réfrigérateurs au niveau local, les supervisions du niveau central dans le cadre de suivi du plan d'amélioration de la GEV.</p> <p>Le Ministère de la santé a réalisé une mission de partage d'expérience en Tanzanie temps réel et qui a déjà mis en place le système de gestion de stocks avec visibilité de stocks à temps réel (VIMS/LMIS) et un registre national de vaccination informatisé afin d'orienter le pays dans le choix l'option du logiciel à mettre en place.</p> <p>Par ailleurs, le développement du logiciel web de gestion et de visibilité de stocks en temps réels prévu dans le RSS2 n'a pas exécuté. Ce logiciel, qui fonctionnera avec l'interconnexion de toutes les 516 ZS et 44 antennes PEV, permettra d'optimiser la gestion vaccins, en prévoyant toutes ruptures de stocks tant au niveau des antennes que des ZS en tout moment par d'alerte et de commandes automatiques en temps réels en ligne. La disponibilité des Kits informatiques et de la connexion internet permanente dans toutes les ZS et antenne PEV tel que recommandées dans le l'évaluation de la GEV 2014 est une condition de base.</p> <p>Il est prévu une auto-évaluation GEV à mis janvier 2018 afin d'orienter le programme dans la résolution des écarts constatés.</p>
5. Optimiser la chaîne d'approvisionnement avec l'approche de la mutualisation des moyens logistiques à différents niveaux	La mutualisation de la chaîne d'approvisionnement en province est en cours, mais à faible vitesse. Il faut des actions claires concertées entre partenaires au niveau provincial pour y parvenir avec efficacité. Les sous-groupes médicaments des CPP, doivent mettre en place une sous-commission chargée uniquement de cette question. La réception des 5 camions frigorifiques, de 5 camions ordinaires, pick-up frigorifique et deux chambres froides positives par l'Unicef/Pays destinés aux entrepôts en cours de construction et au dépôt de transit de Kananga. La réception provisoire des coques et moteurs

	hors-bords destinés aux provinces afin d'améliorer le système de distribution des vaccins et les supervisions des zones de santé.
Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)	Statut actuel
6. Renforcer la dynamique communautaire à travers : l'installation et l'appui à la fonctionnalité des CAC/CODESA au niveau des AS,	<p>Le travail a été celui de la redynamisation des CAC dans tous les villages identifiés au niveau des aires de santé en tenant compte du poids démographique avec équilibrage des membres des CAC. Ainsi, 24017 (100%) CAC installées par les OSC dans les 144 ZS ciblées</p> <p>L'approche participation communautaire connaît une évolution notable, depuis la revue à mi-parcours des activités du PEV et GAVI de 2015 à Matadi. La dynamique communautaire ; qui est mise en œuvre actuellement permet la coordination des interventions de tous les acteurs communautaires au niveau des aires de santé. Les CAC regroupent toutes les forces vives (délégués des OAC ; églises ; écoles ; RECO.....) des villages/rues ; sous le leadership de chef/Kapita de village ou rue selon que l'on se trouve en milieu rural ou urbain. Les CAC tiennent des réunions mensuelles au cours desquelles elles discutent des problèmes prioritaires des villages (enfants non vaccinés) et identifient les pistes de solutions avec les ressources disponibles (sensibilisation des parents en faveur du PEV et la récupération des enfants perdus de vues). Les comptes rendus de ces réunions sont dressés et les copies transmises aux réunions mensuelles des CODESA ; qui sont composés des délégués de chaque CAC. Parmi les innovations de la nouvelle approche de la dynamique communautaire c'est la redevabilité des RECO vis-à-vis de leurs CAC et non plus leurs inféodations aux IT ainsi que la cohésion dans l'action avec les OAC (associations locales).</p> <p>A ce jour, dans la quasi-totalité des CAC installées, on note :</p> <ul style="list-style-type: none"> -CAC composées de toutes les couches socio professionnelles et impliquant plusieurs réseaux sociaux (comités des parents d'élèves ; enseignants ; religieux ; agriculteurs ; pêcheurs ...) -Identification des enfants et femmes enceintes non ou insuffisamment vaccinés par antigène et par CAC - La prise en compte de la récupération des enfants non atteints en PEV de routine dans les sites de soins communautaires avec l'appui de SANRU/ Fonds mondial Palu - La mise à jour effective de la population de chaque CAC (dénombrement effectué de façon mensuelle par chaque CAC)
7. Poursuivre le plaidoyer auprès des exécutifs et législatifs provinciaux pour un financement durable de la vaccination dans toutes les provinces	Le réseau des parlementaires en appui à la vaccination en collaboration avec le PEV et OSC ont poursuivi en 2017 ; le plaidoyer dans les provinces de Nord et Sud Kivu..
8. Assurer l'introduction des nouveaux vaccins conformément au plan y compris les	Le changement de conditionnement du PCV-13 a eu lieu, mais l'introduction des nouveaux vaccins contre (Rota

changement de conditionnement du PCV-13	virus et HPV conformément au plan est retardé pour raison de minimiser le coût de cofinancement.
9. Appuyer le fonctionnement de NITAG	le fonctionnement du groupe consultatif pour la vaccination en RDC (NITAG) n'est pas encore opérationnel, le processus est lancé et le groupe sera installé avant fin de l'année en cours.
10. Renforcer la surveillance cas par cas, sentinelle et les capacités de laboratoires pour les maladies évitables par la vaccination	La surveillance est assurée cas par cas et la capacité de laboratoires pour les maladies évitables par la vaccination a été renforcé, cas de l'INRB, profitant de la survenue de l'épidémie d'Ebola en 2017 au Bas Uélé, financement non GAVI-RSS, qu'il faille intensifier ce renforcement à tous les laboratoires accrédités par l'OMS.
11. Standardiser le canevas de présentation des activités réalisées par les partenaires (ressortir le taux de réalisation physique des activités et le taux d'absorption de fonds)	LA standardisation des canevas de présentation des activités réalisées par les partenaires est de mise depuis 2016 assortis des taux d'absorption des fonds.
12. Payer les allocations structurelles (primes et rémunération) des cadres, experts et agents (CAGF, Directions & Programmes Spécialisés, DPS et ZS) avec un barème consensuel et harmonisé avec le MSP et les PTF	Le paiement des allocations structurelles (primes et rémunération) des cadres, experts et agents (CAGF, Directions & Programmes Spécialisés, DPS et ZS) n'est pas encore de mise depuis 2016, le processus est lancé et nous attendons le réapprovisionnement du compte une fois le préalable de remboursement levé.

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

N/A

6. PLAN D'ACTION : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE

*Veuillez présenter les **principales activités à mettre en œuvre l'année prochaine** avec le soutien de la subvention Gavi.*

*Dans le cadre de ces activités planifiées, et en se basant sur l'analyse fournie aux sections précédentes, veuillez décrire les cinq **principales constatations prioritaires et actions à mettre en œuvre afin d'améliorer l'impact du soutien de Gavi**, en indiquant le calendrier et les besoins en assistance technique.*

Veuillez indiquer si des modifications au soutien de Gavi seront nécessaires, telles que :

- *Des modifications des cibles du pays, telles qu'elles ont été précédemment établies, soit dans le cadre du Grant Performance Framework (GPF) ou dans le cadre de la demande de renouvellement du SVN soumise au 15 mai ;*
- *Des plans pour modifier toute présentation ou type du vaccin ;*
- *Des plans pour utiliser les possibilités disponibles de réallocation des fonds budgétés, afin de se concentrer sur les zones prioritaires identifiées.*

Remarque : Lorsque les besoins en assistance technique sont spécifiés, ne pas inclure les éléments relatifs aux demandes en termes de ressources. Ceux-ci seront discutés dans le cadre de la planification de l'assistance au pays cible (TCA), qui sera renseignée par les besoins indiqués ici.

Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :

Les principales actions planifiées visent à améliorer l'équité et l'amélioration des couvertures vaccinales, la qualité des données, la gestion efficace des vaccins ainsi que le renforcement de la coordination à tous les niveaux en vue de soutenir les services de vaccination

Principal résultat 1	Le nombre de Zones de santé avec couvertures vaccinales en penta 3 inférieurs à 80% est réduit à moins de 15%, dans chacune des 26 provinces.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des dispositifs de suivi et d'appui technique dans toutes les DPS bénéficiant de l'approche antennes (supervision des DPS par le PEV central, suivi de mise en œuvre des PAO par la DEP, tenues régulières des revues trimestrielles avec appui de la DEP et du PEV, suivi des performances dans la plateforme carte des scores) ; et la reconfiguration et l'intégration de l'optimisation du système logistique dans la chaîne d'approvisionnement dans les provinces. • Réallocation d'une partie des économies du RSS 2 dégagées en 2017, pour intégrer l'approche antenne dans les provinces de Kasaï et Kasaï central, en vue d'augmenter leurs CV ; • Réallocation d'une partie des économies du RSS 2 dégagée en 2017, pour organiser les activités d'accélération vaccinales dans toutes les ZS ayant une CV en penta 3 inférieure à 80%, à l'exception des celles bénéficiant déjà de l'approche antenne ; • Décaisser régulièrement le fonds destinés à la mise en œuvre des activités dans toutes les DPS ciblées par le RSS 2. • Fonctionnement effectif des HUB Kinkole, Lubumbashi, Kisangani et dépôt de transit de Kananga • Poursuite de la mise en œuvre de l'approche antennes ou renforcer la PEV de Routine ou ACZ ou RED dans les 144ZS et l'étendre dans les autres ZS non encore appuyer en dehors de l'appui RPR via UNICEF. • Mise en œuvre de la stratégie pour la réduction des occasions manquées de vaccination • Vaccination de tous les enfants cibles à tout contact (hôpital, école et églises) dans les milieux urbains
Calendrier associé	TI à TIV 2018
Assistance technique	Assistance technique de routine ou traditionnelle régulièrement apportée par les partenaires OMS, UNICEF et les autres sont bien venus comme Cabinet ARCASUS . AT dans la gestion des HUB
Principal résultat 2	Les écarts entre les données administratives rapportées par les formations sanitaires et celles des estimations OMS – UNICEF, ainsi que des petites enquêtes à l'échelle des provinces sont réduits à moins de 5% pour toutes les antigènes.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité technique des acteurs dans l'enregistrement, compilation, l'assurance qualité, d'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux : Décentraliser les bases de données ,organiser la formation du personnel du terrain dans l'enregistrement, compilation, analyse, transmission et utilisation des données ; Organiser la formation des acteurs du terrain non encore formés sur le

	<p>DQS y compris l'importance de l'exercice ; Organiser la formation des cadres des antennes PEV dans la gestion des données ; Organiser la formation sur l'utilisation du DVD MT ciblant les 144 ZS prioritaires, 13 antennes et 10 DPS ; former les acteurs de niveau central, DPS, Antenne , ZS sur le module PEV de DHIS2 y compris les applications additionnelles spécifiques (tableau de bord, revue de la qualité des données, transfert des données.)</p> <p>Réaliser des visites de supervision formatives visant les acteurs de terrain sur la gestion des données lors des séances de vaccination dans les ZS prioritaires (Identification des ZS prioritaires pour la qualité des données, assurance de financement, capacité des équipes cadre des ZS et mise en œuvre et suivi des actions correctrices)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité des structures en ressources humaines, financières, matériels adéquates et outils de gestion des données pour garantir une gestion efficaces des données du PEV : <p>Doter 144 ZS, 13 antennes et 10 DPS en équipements informatiques et en assurer la maintenance ; Doter les formations sanitaires en quantités insuffisantes des outils de gestion ; Conduire un plaidoyer pour l'affectation des gestionnaires des données au niveau des antennes ; plaidoyer pour la sécurisation et décaissement à temps de financement nécessaire pour les activités relatives aux données ; sécuriser les ressources financière adéquates pour la mise en œuvre du PAQD ; plaidoyer pour l'assouplissement du processus de traitement des requêtes ; Conduire une analyse sur le nombre minimum du staff requis pour les SSP y compris l'adéquation entre le staff actuel et les normes ; mettre en place de mécanisme de motivation du personnel à différents niveaux</p> • Amélioration de la maitrise de la population cible nécessaire à une planification et monitoring de qualité pour l'atteinte des enfants habituellement manqués par les services de vaccination en collaboration avec L'INS avec l'utilisation de nouvelle technologie : <p>Conduire un dénombrement de qualité dans toutes les AS avec les équipes formées et suffisamment supervisées et utiliser les résultats pour la planification et le monitoring. Ceci se fera avec l'appui des experts de l'INS y compris avec l'utilisation de la nouvelle technologie.</p> • Amélioration de l'analyse de performance et assurance qualité des données <p>Renforcer la composante données PEV lors des réunions mensuelles de monitoring entre le BCZS et le CS, rappeler les directives relatives à la nécessité de la mise en œuvre et suivi des actions correctrices issues des différentes revues, responsabilisation des acteurs de terrain sur la mise en œuvre du DQS, rappeler les directives relatives à la mise en œuvre de DQS au niveau opérationnel, rappel des directives relatives à la nécessité d'analyse systématique des données et leur utilisation à tous les niveaux, mettre en place le mécanisme de suivi de DQS réalisé à tous les niveaux ; tenir 4 réunions trimestrielles de l'équipe qualité de données pour évaluer le niveau de mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données ; tenir 12 réunions mensuelles de revue et validation des données au niveau central ; appuyer les DPS dans la tenue des réunions mensuelles de revue et validation des données au niveau intermédiaire et en assurer le suivi ; Produire 12 bulletins mensuels d'information et feedback du PEV ; organiser l'atelier d'élaboration du rapport conjoint GVT-OMS-UNICEF 2017</p> • Intégration de données manquantes du PEV dans le DHIS2 et le canevas de collecte des données SNIS et retirer le niveau d'agrégation non nécessaire dans système de gestion de routine pour le programme de vaccination pour alléger la charge du travail conformément aux orientations internationales. Cas de collecte d'enfant vacciné par genre : <p>Organiser un atelier sur l'Intégration des données de gestion de vaccins et d'autres données requises dans l'outil DHIS2 et uniformisation des outils de collecte et de saisie des données de vaccination ;</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la gouvernance dans la gestion des données et la mise en place des mécanismes de redevabilité des acteurs Organiser un atelier d'élaboration des directives, les normes et standards sur la gestion des données (enregistrement, compilation, analyse, transmission et utilisation) et les diffuser ; définir les rôles et responsabilités des acteurs dans la gestion des données, mettre en place des mécanismes de redevabilité des acteurs de terrain à différents niveaux. • Renforcement de la revue de la qualité des données et la planification stratégique pour garantir l'identification de goulot d'étranglement et les mesures correctrices appropriées : Organiser un atelier de revue du système d'information et qualité des données et développement du plan stratégique 2018-2020 et du plan annuel d'amélioration de la qualité des données 2018; Conduire la revue documentaire des données 2018 et élaborer le plan annuel d'amélioration de la qualité des données 2019
Calendrier associé	TI à TIV 2018
Besoins en assistance technique	<p>Assistance technique de Gavi, de l'OMS, de l'UNICEF et de l'Ecole de Santé Publique dans la revue du system d'information, de la qualité de données et l'élaboration du PDQA par le PEV et la DEP ;</p> <p>Assistance technique de l'OMS pour la mise en œuvre et le suivi du plan d'amélioration de la qualité des données y compris</p> <p>Assistance technique de l'OMS et de l'UNICEF dans la définition des fonctionnalités du logiciel web d'enregistrement des données de vaccination ;</p>
Principal résultat 3	Le dénominateur des cibles vaccinales est maîtrisée dans l'ensemble du pays, en vue de disposer d'une cible qui reflète la réalité pour être utilisé dans la planification et le suivi des performances du programme.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du dénombrement sanitaire de qualité et exhaustive de la population avec l'appui des experts en démographie dans l'ensemble d'Aires de santé du pays • Etude de la structure de la population sur base des données du dénombrement (cible femmes en ceinte et naissance vivante, cible nourrisson survivant, etc.) ; • Organisation du dénombrement dans chaque AS une fois tous les deux ans selon l'approche dynamique communautaire en combinant avec la cartographie satellitaire avec appui et expertise du PATH, ULCA et ESP.
Calendrier associé	1er trimestre 2018.
Assistance technique	Assistance technique dans le domaine de la démographie AT de PATH,OMS, ULCA et ESP
Principal résultat 4	Une gestion efficace des vaccins est assurée dans l'ensemble du pays en vue de stopper les ruptures des stocks et de réduire les taux des pertes des vaccins à tous les différents niveaux du système de santé.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Informatisation de la gestion de de stocks des vaccins par un logiciel web (sur format SMT), incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents niveaux ; • Réalisation de la GEV 2018 (évaluations et développement du plan d'amélioration) ; • Instauration d'un système de rapportage des températures instantanées pour les dépôts des vaccins (dépôts central, coordinations, antennes), journalières pour les ZS et hebdomadaire pour les centres de santé ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des personnels des centres de santé et des zones de santé, en logistique de vaccination, une fois tous les deux ans ; • Formation des agents impliqués dans la gestion du PEV dans les 12 DPS appuyées par Gavi et UNICEF sur la formation STEP. • Optimisation de la chaîne d'approvisionnement dans 2 zones sanitaires (1 dans chacune des zones couvertes par l'UNICEF et Gavi) ; • Extension du projet de Village Reach dans une autre zone sanitaire de la province de l'Equateur avec un accent sur l'utilisation des drones ; • Opérationnalisation des différents hubs en commençant par celui de Kinshasa ; • Dotation de toutes les formations sanitaires à un réfrigérateur solaire SDD dans le cadre de CCEOP ; • Finalisation de la solarisation de 23 chambres froides fonctionnant avec l'énergie fossile ; • Réalisation de plusieurs études sur les taux de pertes et l'évaluation de l'impact du monitoring à distance de la température en temps réel. • Sécurisation de fonds RSS 2 pour le transport des vaccins des DPS (antennes PEV) vers toutes les 516 Zones de Santé. • L'utilisation des codes-barres dans la gestion des vaccins • L'opérationnalisation des hubs à commencer par celui de Kinshasa
Calendrier associé	TI & TIV 2018
assistance technique	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF et OMS : mise en œuvre d'un système de gestion de stock des vaccins informatisée à travers un logiciel web (sur format SMT), incluant les fonctionnalités des alertes de pré-rupture de stocks ainsi que des commandes automatiques en ligne entre différents niveaux ; • Centre LOGIVAC et UNICEF : formation des agents impliqués dans la gestion du PEV dans les 12 DPS appuyées par Gavi et UNICEF sur la formation STEP • OMS et UNICEF : réalisation de la GEV 2018 (évaluations et développement du plan d'amélioration) ; • OMS : revue externe du programme • UNICEF : optimisation de la chaîne d'approvisionnement dans 2 zones sanitaires (1 dans chacune des zones couvertes par l'UNICEF et Gavi) ; • VillageReach : extension du projet dans une autre zone sanitaire de la province de l'Equateur avec un accent sur l'utilisation des drones ; • UNICEF : Opérationnalisation des différents hubs en commençant par celui de Kinshasa ; • UNICEF : Etudes sur les taux de pertes et l'évaluation de l'impact du monitoring à distance de la température en temps réel.
Principal résultat 5	Une coordination, une gestion efficace et efficiente est assurée dans l'ensemble du système de santé, en vue de l'harmonisation et de la complémentarité des interventions avec l'ATM de Gavi pour la RDC révisée.
Actions convenues du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Appui à l'opérationnalisation des CPP dans toutes les provinces, pour amener les autres partenaires à financer certaines activités non prises en compte par RSS 2 ; • Mutualisation de moyen transport utilisés par différents intervenants au niveau des provinces lors de l'approvisionnement ses ZS en vaccins et autres intrants ; • Organisation régulière des revues trimestrielle de qualité dans les DPS sous appuis

	<p>Gavi ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite par GIZ & CAGF de formation des équipes de gestion des DPS en procédures financières et passation des marchés ; en vue de consolider la conformité de gestion financières aux exigences de Gavi ; • Mise en œuvre de plan de renforcement des capacités de l'AF GIZ au bénéfice des cadres de la CAGF impliqués dans la chaîne de décaissement de fonds ; • Mise en place des 10 Gestionnaires projet et 10 AT en provinces prioritaires, un gestionnaire au NC, un coordonnateur national pour suivi et coach des gestionnaires recrutés assisté d'un ou 2 consultants nationaux ayant un contrat de de prestation de six mois renouvelable si nécessaire. • Décaissement régulier des fonds pour les activités et le paiement régulier des primes du personnel à différents niveaux • Appui au fonctionnement du NITAG • Appui à la révision de l'approche taillée sur mesure pour la RDC
Calendrier associé	TI & TII 2018
en assistance technique	<ol style="list-style-type: none"> 1. AT de GIZ dans le renforcement des capacités en matière de gestion des agents du MSP 2. AT avec Arcasus, OMS et UNICEF pour l'amélioration de la CV dans l'ensemble du pays et plus dans les ZS et AS à accès difficile. 3. AT avec BM dans les processus de passation des marchés et gestion financières ainsi que dans l'évaluation de l'espace fiscal de la santé et vaccination.

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

Décrire brièvement la façon dont l'évaluation conjointe a été examinée, discutée et approuvée par le Forum de coordination national pertinent (CCIA, CCSS ou équivalent), y compris les principaux points de discussion, les participants, les principales recommandations et décisions et si le quorum a été atteint. Alternativement, partager le procès-verbal de la réunion soulignant ces points.

Le cas échéant, fournir tout commentaire complémentaire du Ministère de la Santé, des partenaires de Gavi Alliance ou d'autres parties prenantes.

Le processus de l'évaluation conjointe 2017 s'est déroulé déjà pertinemment aux instructions et directives GAVI envoyées pour cette fin en avril 2017.

Les activités ont commencé au mois d'octobre 2017 par diffusion de ces instructions à toutes les parties prenantes par le Gestionnaire du projet (les structures du MSP : DEP & PEV & DLM & CAGF & SG & Cabinet du Ministre) et les PTF dont les membres de l'alliance (OMS & UNICEF), USAID, DFID, EU, BM, Sabine Institut, PATH et autres. Ce message a proposé la composition de l'équipe préparatoire pour cette évaluation coordonnée par le Gestionnaire du projet et constituée des experts de la DEP et PEV ainsi que les PTF OMS et UNICEF et les OSC.

L'équipe préparatoire a pu déjà réunir les données des différentes sources des informations des routines (SNIS, Rapports d'activités annuels et semestriels des PTF en charges du projet UNOPS, FDSS, UNICEF, OMS, OSC, de la DEP, PEV et DLM, CAGF & AF/GIZ, CR et PV des réunions (CCIA & CCIA stratégique, Commission Ad hoc GAVI, CNP ; CCT-ss) et données des enquêtes et études (EDS 2013-2014, Mics1&2, SARA, rapport conjoint UNICEF-OMS ainsi que les données du cadre de performance du projet GAVI-RSS2., puis avait produit le draft 0 que le gestionnaire du projet avait consolidé et partagé en le mettant aussi sur le portail GAVI le 10 novembre 2017.

Puis un atelier de validation a eu lieu à Kinshasa à KIN PLAZA hôtel du 30 novembre au 1^{er} décembre

2017 sous le patronage de SEM de la Santé Publique Dr Oly Ilunga Kalenga.

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

Chaque groupe était constitué sur base de l'expertise des participants (RSS, SNV, communication & sensibilisation en faveur de RSS et PEV, ainsi que les groupes qualités des données et financement & Gestion Financière, le contenu du rapport a été ainsi enrichi et les recommandations formulées ainsi que le plan d'assistance technique ont été présenté et amendé en plénière de l'atelier avant de les lire devant Son Excellence Mr le Ministre de la Santé Publique de la RDC à la cérémonie de clôture.

La cérémonie de clôture a eu lieu ce 1^{er} décembre 2017 de 15h30 à 17h0 et a été considérée comme réunion d'adoption des résultats issus de cet atelier : (i) les cinq résultats clés avec leurs actions ad hoc pour 2018, (ii) les 25 recommandations édictées et (iii) les 9 domaines pour lesquels les assistances techniques ont été identifiés.

Les rapports amendés de chaque groupe ont été consolidés par le gestionnaire du projet et partagé à toutes les parties prenantes pour relecture. Les amendements et inputs additionnels ont été intégrés et pour produire ce rapport d'évaluation conjointe définitif.

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

Composition de l'équipe de rédaction :

Pour DEP: Dr Alain Iyeti, Dr Nestor MUKINAY, Dr Thomas Kataba, Dr Lunganga Timothée.

Pour PEV : Dr Guylain KAYA, Dr Elisabeth MUKAMBA, Dr Guillaume NGOIE MWAMBA, Dr Bertin LORA, Dr Norbert YOLOYOLO, Dr Augustin MILABIO, Dr Collard MADIKA, Dr Crispin KAZADI, Mr Pascal MIKENYI, Mr Jean Paul MAKALA, Mr Joël MULUBU, Mr Patrice TSHEKOYA, Mr Didier MAHUNDE, Mr Jean Paul DJOGO, Mr Benjamin MATATA et Mr Eric LUMBALA

Pour CAGF : Dr Didier Gasigwa,

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

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

Pour USAID: Prof Lina Piripiri.

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

8. ANNEXE

8.1. Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

Veillez confirmer le statut des rapports à Gavi, en indiquant si les rapports suivants ont été téléchargés sur le portail pays.

Veillez noter que tout retard dans les rapports est susceptible d'impacter la décision de Gavi quant au renouvellement de son soutien.

	Oui	Non	Non applicable
Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)			
Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus	oui		
Rapports financiers			
Rapports financiers périodiques	oui		
État financier annuel	oui		

Rapport d'audit financier annuel	oui		
Rapport de niveau de stock de fin d'année	oui		
Rapport de champagne VAR et autres	oui		
Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination	oui		
Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes	oui		
Revue documentaires annuelle	oui		
Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)	oui		
Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement	oui		
Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)	oui		
Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)	oui		
La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)	oui		
Évaluation post-introduction (EPI)	oui		
Plan rougeole-rubéole sur 5 ans			N/A
Plan opérationnel pour le programme d'immunisation	oui		
Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS1	oui		
Rapports spécifiques au VPH			N/A
Plan de transition			N/A

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

La plupart des infos exigées sont postées sur le portail, celles qui ne sont pas là, nous avons expliqué dans le texte pourquoi et seront postées dès qu'elles existeront.

8.2. Plan d'Assistance Technique pour 2018

Domaine	Besoin identifié	PTF en charge
1. Gestion des données	AT dans l'élaboration du JRF et des bulletins périodiques du PEV	OMS & UNICEF
	AT pour la décentralisation des bases des données dans 10 provinces et suivi dans les provinces formées en 2017	OMS
	AT pour soutenir la revue organisationnelle du circuit d'information	A déterminer
	AT pour la mise en place du tableau de bord DHIS2 du PEV à	OMS

	tous les niveaux et intégration des données de stock de vaccins	&UNICEF
	AT pour finaliser le plan d'amélioration des données	OMS &UNICEF
	AT pour le dénombrement en vue de la détermination du dénominateur	A déterminer
	AT pour soutenir la mise en œuvre du plan d'amélioration des données	OMS &UNICEF
	AT pour évaluation de la fonctionnalité/utilisation des VSAT	PATH
2. Prestation Services/Couvertures &équité	AT pour l'introduction de la vaccination dans le curricula de base des professionnels de santé dans les établissements de Santé.	OMS
	AT pour le suivi de la mise en œuvre de l'approche antenne en mettant l'accès sur l'équité.	UNICEF
	AT pour augmenter la CV à travers le renforcement de la mise œuvre de l'approche ACD, la stratégie de réduction des Occasions de Vaccination Manquées dans 250 ZS et d'autres approches spécifiques appropriées selon le contexte (PIRI,...)	OMS & ACASUS
	AT pour la mise en œuvre de la stratégie avancée ciblée et intégrée (SACI) dans les 11 zones de santé à haut risque TNN	OMS &UNICEF
	AT dans les 11 sous bureaux OMS pour l'appui à la planification, à la mise en œuvre et suivi de la vaccination systématique, de la surveillance, et des campagnes de vaccination (y compris le renforcement PEV de routine pendant les campagnes).	OMS
	AT mise en œuvre de stratégie de vaccination en milieu péri urbain	JSI
	AT sur aspects gestion/suivi pour améliorer performance routine et enquêtes rapides sur couvertures vaccinales	ACASUS &UNICEF
3. Chaîne d'approvisionnement	Appui/Suivi de la construction et de l'équipement des Hubs et la définition des modalités de gestion et de fonctionnement des hubs	UNICEF
	AT appui à la formation de 250 responsables de maintenance préventive de la CDF et 100 gestionnaires de SMT et DVDMT	OMS &UNICEF
	AT pour la mise en œuvre d'un système de gestion de stock des vaccins informatisée à travers un logiciel web (sur format SMT)	UNICEF
	AT pour la formation des agents impliqués dans la gestion du PEV dans les 10 ZS appuyées par Gavi sur la formation ST	UNICEF

	AT pour optimisation de la chaîne d'approvisionnement dans 2 zones sanitaires (1 dans chacune des zones couvertes par l'UNICEF et Gavi	UNICEF
	AT pour l'extension du projet dans une autre zone sanitaire de la province de l'Equateur avec un accent sur l'utilisation des drones	Village Reach
	AT pour l'opérationnalisation des différents hubs en commençant par celui de Kinshasa	REP
	AT pour préparer la MEO de l'utilisation des codes-barres dans la gestion des vaccins	PATH
	AT pour la réalisation des études sur les taux de pertes et l'évaluation de l'impact du monitoring à distance de la température en temps réel	UNICEF
4. Leadership & Management & Coordination (LMC)	AT Appuyer le fonctionnement du NITAG et le renforcement des capacités	OMS & UNICEF
	AT Appuyer la fonctionnalité des CCIA aux différents niveaux et plaider au niveau provincial pour mobilisation des ressources	PATH
5. Finances	AT Activités Agence Fiduciaire et Renforcement capacité Gestion Financière	GIZ
	AT Revue dépenses publiques, et évaluation coûts Enfant Complètement Vacciné au niveau opérationnel	BM
6. Génération de la demande	AT mise à jour du plan de communication lié à la vaccination en mettant un accent sur les enfants non atteints ainsi que les foyers de résistance à la vaccination	OSC/SANRU & UNICEF
7. Soutien aux Vaccins	AT pour l'introduction du vaccin anti Rotavirus en 3 Bloc	OMS & UNICEF & JSI
	AT pour la révision du plan stratégique d'élimination de la rougeole et pour l'appui à l'application pour l'introduction du VAR2/RR	OMS & UNICEF
	AT pour la soumission à ICG pour la vaccination contre le cholera	CDC
	AT pour la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre la rougeole	OMS & JSI & UNICEF
	AT pour la mise en œuvre de la campagne préventive contre la fièvre jaune	OMS & UNICEF
8. MAPI	AT pour renforcer la coordination du comité MAPI	OMS
9. Surveillance	AT pour la surveillance du syndrome de rubéole congénitale dans 4 sites sentinelles	CDC

	AT pour développer et mettre en œuvre le plan de renforcement de la surveillance et l'extension des sites sentinelles	OMS
--	---	-----

8.3. Plan de mise en œuvre des recommandations issues de l'EC 2017

Recommandations de l'évaluation conjointe 2017							
N°	Recommandations	Responsable	Echéance	Niveau execution			Observations
				Réalisée	En cours	Non réalisée	
1	Organiser l'évaluation indépendante de RSS2 en vue de mesurer l'impact réel de l'implication de toutes les parties prenantes sur l'évolution de la couverture vaccinale en RDC	MSP/GAVI	T1 2018				
2	Evaluer la fonctionnalité des V-SAT et proposer des solutions alternatives pour améliorer la complétude et la promptitude des données sanitaires y compris celles de la vaccination	PATH	T1 2018				
3	Inclure la triangulation des données dans les présentations des OSC (processus VS résultats de Couverture vaccinale) pour mieux évaluer l'impact de leurs interventions	PEV/OSC	Continue				
4	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du personnel du niveau périphérique en gestion des finances publiques.	CAGF/GIZ	T1 2018				
5	Etendre les structures de GIZ dans les DPS non couvertes	GIZ/GAVI	T1 2018				
6	Intégrer l'indicateur d'évaluation de la fonctionnalité de CPP-SS incluant le CCIA comme groupe de travail dans le cadre de performance de la DPS	DEP	T1 2018				
7	Renforcer le plaidoyer pour l'accélération de traitement des requêtes en vue de faciliter la mise en œuvre de RSS2	MSP/PTF/GAVI	T1 2018				
8	Optimiser la chaîne d'approvisionnement des vaccins et autres consommables (redéfinition de circuits de distribution des vaccins, distribution directe vers les CS, utilisation des drones, intégration avec les autres produits de santé) et suivi des performances logistiques	PEV/PTF/GAVI	T1 2018				
9	Envisager une réallocation d'une partie des crédits RSS2 non exécutés pour contribuer au renforcement/ mise en place du PBF (financement basé sur les résultats) dans deux provinces à titre pilote (Kwilu & KINSHASA)	GAVI	Janvier 2018				
10	Améliorer la maîtrise de la population cible	PEV/D5/PTF	T1 2018				

	nécessaire à une planification et monitoring de qualité pour l'atteinte des enfants habituellement manqués par les services de vaccination en collaboration avec L'INS y compris l'utilisation de nouvelle technologie						
11	Renforcer la revue de la qualité des données et la planification stratégique pour garantir l'identification des goulots d'étranglement et les mesures correctrices appropriées.	PEV/PTF	T1 & T4 2018				
12	Renforcer les capacités techniques des acteurs dans l'enregistrement, compilation, l'assurance qualité, d'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux	PEV& DSNIS&PTF	continue				
13	Renforcer les capacités des structures en ressources humaines, financières, matérielles adéquates et outils de gestion des données pour garantir une gestion efficace des données du PEV	PEV& DSNIS&PTF	S1 2018				
14	Améliorer l'analyse et assurance qualité des données pour en vue d'un monitoring efficace des performances du programme de vaccination	PEV&PTF	continue				
15	Compléter les données manquantes du PEV dans le DHIS2 et le canevas de collecte des données SNIS et retirer l'agrégation par genre déjà disponible dans les enquêtes	PEV/DSNIS&PTF	T1 2018				
16	Améliorer la gouvernance dans la gestion des données et mettre en place les mécanismes de redevabilité des acteurs	PEV&PTF	T2 2018				
17	Réévaluer les besoins en vaccins traditionnels 2017 et 2018 tenant en compte la situation des stocks et livraisons de vaccins.	PEV& PTF&GAVI	D'ici 15 décembre 2017				
18	Assurer un suivi fin des engagements pour permettre un décaissement adéquat des frais de fonctionnement du PEV à hauteur des crédits votés	PEV&Budget	31 décembre 2018				
19	Elaborer un plan de renforcement des capacités en gestion financière des acteurs sur le terrain (DPS et zones de santé), en particulier requêtes et liquidation	GIZ	31 mars 2018				
20	Dans le contexte d'un montant important d'avances ouvertes sur 2015 et 2016 non justifiées (3,5 millions de USD à fin octobre 2017), il est recommandé que, pour les financements de Gavi et des autres partenaires : <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun décaissement ne doit être effectué au profit de ces institutions et personnes. 2. Le MSP doit exiger des structures et personnes concernées l'envoi des justificatifs au plus tard le 20 février 2018, par communication officielle. 3. Mobiliser les structures en 	CAGF/GIZSG/IGS	D'ici février 2018				

	place dont l'IGS au niveau national et l'IPS au niveau provincial						
21	Produire un rapport d'avancement trimestriel sur la mise en œuvre des exigences de gestion des subventions de Gavi	CAGF/GIZ	Au 31 mars 2018 & à la fin de chaque trimestre				
22	Elaborer les différents budgets, avec une attention particulière sur les coûts unitaires, en collaboration entre les équipes du PEV, de la CAGF et de l'agent fiduciaire GIZ	MSP/GIZ	Immédiat & continue				
23	Evaluer la charge de travail de l'équipe comptable/contrôle budgétaire de la CAGF (au regard des volumes financiers) et envisager un renforcement de l'équipe sur la base des constats et des recommandations de la GIZ.7777	CAGF/GIZ	Au 31 décembre 2017				
24	Sécuriser les fonds RSS 2 pour le transport des vaccins du NC vers les DPS (antennes PEV) et vers toutes les 516 Zones de Santé.	MSP/GAVI	continue				
25	Payer régulièrement les primes GAVI du personnel bénéficiaire à différents niveaux du système pour améliorer les résultats du système de Santé..	MSP/GAVI	continue				
26	Reconduire pour 3 autres années de 2018 à 2020 l'approche taillée sur mesure de Gavi pour la RDC qui prend fin au 31 déc. 2017	MSP/GAVI	30 juin 2018				

8.4 .Annexe Documents consultés ou Références

1. PPAC /PEV 2015-2019 et PNDS 2016-2020
2. Accord cadre de Partenariat signé le 30 oct 2014 entre GAVI et GVT RDC
3. Documents d'enquêtes menées au Pays (MCS, EDS, estimations UNICEF-OMS enquête de CV PEV 2012)
4. Rapport annuel de Situation 2015, 2014, 2013, 2012 et 2011 envoyés à GAVI
5. Rapport d'évaluation conjointe RDC 2016
6. Rapport annuel PEV 2015 et 2016
7. Evaluation indépendante de RSS1 par ESP/Kinshasa 2014
8. Evaluation indépendante en rapport avec la gestion des fonds GAVI par Université de Kinshasa /unité d'évaluation financiers de la faculté des sciences économiques 2014.
9. Propositions soumises à GAVI et acceptées par CEI sur RSS2 et VPI
10. Directives GAVI sur l'évaluation conjointe 2017.
11. Divers rapports annuel des DPS & Directions et programmes ainsi que provinciaux du secteur de santé en 2015 & 2015

12. CR des réunions CCIA technique PEV & Commission Ad hoc GAVI-RSS de 2015 &2016 &2017

13. Rapport annuel du secteur santé et PV de CNP-SS 2016 de juillet 2017

Fait à Kinshasa le 28 /12/2017

Le Coordonnateur de l'équipe de la rédaction & rapporteur général

Dr Nestor MUKINAY DIZAL

Gestionnaire du projet GAVI-RSS/RDC

ⁱ World factbook de la CIA

ⁱⁱ Source banque centrale de la RDC