

APPLICATION FORM FOR  
GAVI NVS SUPPORT

Submitted by  
**The Government of Congo,  
Democratic Republic of the**  
for  
Measles follow-up campaign



Reach Every Child  
[www.gavi.org](http://www.gavi.org)

# 1 Gavi Grant terms and conditions

## 1.2 Gavi terms and conditions

### 1.2.1 Gavi terms and conditions

The terms and conditions of the Partnership Framework Agreement (PFA) between Gavi and the Country, including those provisions regarding anti-corruption and anti-terrorism and money laundering, remain in full effect and shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application. The terms and conditions below do not create additional obligations or supersede those of the PFA. In the event the Country has not yet executed a PFA, the terms and conditions of this application shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.

### GAVI GRANT APPLICATION TERMS AND CONDITIONS

#### **FUNDING USED SOLELY FOR APPROVED PROGRAMMES**

The applicant country ("Country") confirms that all funding provided by Gavi will be used and applied for the sole purpose of fulfilling the programme(s) described in the Country's application. Any significant change from the approved programme(s) must be reviewed and approved in advance by Gavi. All funding decisions for the application are made at the discretion of Gavi and are subject to IRC processes and the availability of funds.

#### **AMENDMENT TO THE APPLICATION**

The Country will notify Gavi in its Joint Appraisal, or in any other agreed annual reporting mechanism, if it wishes to propose any change to the programme(s) description in its application. Gavi will document any change approved by Gavi according with its guidelines, and the Country's application will be amended.

#### **RETURN OF FUNDS**

The Country agrees to reimburse to Gavi all funding amounts that Gavi determines not to have been used for the programme(s) described in its application. The Country's reimbursement must be in US dollars and be provided, unless otherwise decided by Gavi, within sixty (60) days after the Country receives Gavi's request for a reimbursement and be paid to the account or accounts as directed by Gavi.

#### **SUSPENSION/ TERMINATION**

Gavi may suspend all or part of its funding to the Country if it has reason to suspect that funds have been used for purpose other than for the programme(s) described in the Country's application, or any Gavi-approved amendment to the application. Gavi retains the right to terminate its support to the Country for the programme(s) described in its application if a misuse of Gavi funds is confirmed.

#### **NO LIABILITY**

The Country shall be solely responsible for any liability that may arise in connection with: (i) the implementation of any programme(s) in the Country; and (ii) the use or distribution of vaccines

and related supplies after title to such supplies has passed to the Country.

Neither party shall be responsible for any defect in vaccines and related supplies, which remain the responsibility of the relevant manufacturer. Gavi shall not be responsible for providing any additional funding to replace any vaccines and related supplies that are, or became, defective or disqualified for whatever reason.

### **INSURANCE**

Unless otherwise agreed with Gavi, the Country shall maintain, where available at a reasonable cost, all risk property insurance on the Programme assets (including vaccines and vaccine related supplies) and comprehensive general liability insurance with financially sound and reputable insurance companies. The insurance coverage will be consistent with that held by similar entities engaged in comparable activities.

### **ANTI-CORRUPTION**

The Country confirms that funds provided by Gavi shall not be offered by the Country to any third person, nor will the Country seek in connection with its application any gift, payment or benefit directly or indirectly that could be construed as an illegal or corrupt practice.

### **ANTI-TERRORISM AND MONEY LAUNDERING**

The Country confirms that funds provided by Gavi shall not be used to support or promote violence, war or the suppression of the general populace of any country, aid terrorists or their activities, conduct money laundering or fund organisations or individuals associated with terrorism or that are involved in money-laundering activities; or to pay or import goods, if such payment or import, to the Country's knowledge or belief, is prohibited by the United Nations Security Council.

### **AUDITS AND RECORDS**

The Country will conduct annual financial audits, and share these with Gavi, as requested. Gavi reserves the right, on its own or through an agent, to perform audits or other financial management assessment to ensure the accountability of funds disbursed to the Country.

The Country will maintain accurate accounting records documenting how Gavi funds are used. The Country will maintain its accounting records in accordance with its government-approved accounting standards for at least three years after the date of last disbursement of Gavi funds. If there is any claims of misuse of funds, Country will maintain such records until the audit findings are final. The Country agrees not to assert any documentary privilege against Gavi in connection with any audit.

### **CONFIRMATION OF LEGAL VALIDITY**

The Country and the signatories for the Country confirm that its application, or any other agreed annual reporting mechanism, is accurate and correct and forms legally binding obligations on the Country, under the Country's law, to perform the programme(s) described in its application, as amended, if applicable.

### **COMPLIANCE WITH GAVI POLICIES**

The Country confirms that it is familiar with all Gavi policies, guidelines and processes relevant

to the programme(s), including without limitation the Transparency and Accountability Policy (TAP) and complies with the requirements therein. All programme related policies, guidelines and processes are available on Gavi's official website and/or sent to the Country.

### **USE OF COMMERCIAL BANK ACCOUNTS**

The Country is responsible for undertaking the necessary due diligence on all commercial banks used to manage Gavi cash-based support. The Country confirms that it will take all responsibility for replenishing Gavi cash support lost due to bank insolvency, fraud or any other unforeseen event.

### **ARBITRATION**

Any dispute between the Country and Gavi arising out of or relating to its application that is not settled amicably within a reasonable period of time, will be submitted to arbitration at the request of either Gavi or the Country. The arbitration will be conducted in accordance with the then-current UNCITRAL Arbitration Rules. The parties agree to be bound by the arbitration award, as the final adjudication of any such dispute. The place of arbitration will be Geneva, Switzerland. The languages of the arbitration will be English or French.

For any dispute for which the amount at issue is US\$ 100,000 or less, there will be one arbitrator appointed by Gavi. For any dispute for which the amount at issue is greater than US \$100,000 there will be three arbitrators appointed as follows: Gavi and the Country will each appoint one arbitrator, and the two arbitrators so appointed will jointly appoint a third arbitrator who shall be the chairperson.

Gavi will not be liable to the country for any claim or loss relating to the programme(s) described in the application, including without limitation, any financial loss, reliance claims, any harm to property, or personal injury or death. The Country is solely responsible for all aspects of managing and implementing the programme(s) described in its application.

## **1.3 Gavi Guidelines and other helpful downloads**

### **Guidelines and documents for download**

Please refer to the relevant guidelines concerning your request for support.

Please ensure to consult and download all documents. It is important to note that some documents must be completed offline, and will need to be uploaded in the final steps of your application.

This application form is designed to collect information needed by Gavi to process requests for support, plan procurement of vaccines, plan technical assistance, track data for future reporting, and more.

A key component of the application is a solid operational plan (New Vaccine Introduction Plan for routine support, or Plan of Action for campaign support), explaining how the country will

introduce the vaccine or conduct the envisaged campaign, with a corresponding budget. The New Vaccine Introduction Plan or Plan of Action must be submitted together with this application form and will be considered as the foundation of the support request.

For more information on the documents to submit with your application and what they should contain, please refer to the appropriate guidelines: <http://www.gavi.org/support/process/apply/>

## 2 Review and update country information

### 2.1 Country profile

#### 2.1.1 Country profile

##### Eligibility for Gavi support

Eligible

##### Co-financing group

Initial self-financing

##### Date of Partnership Framework Agreement with Gavi

10 October 2014

##### Country tier in Gavi's Partnership Engagement Framework

1

##### Date of Programme Capacity Assessment

No Response

#### 2.1.2 Country health and immunisation data

Please provide the following information on the country's health and immunisation budget and expenditure.

##### What was the total Government expenditure (US\$) in 2016?

5 196 673 094

**What was the total health expenditure (US\$) in 2016?**

393 715 484

**What was the total Immunisation expenditure (US\$) in 2016?**

116 180 456

**Please indicate your immunisation budget (US\$) for 2016.**

218 856 236

**Please indicate your immunisation budget (US\$) for 2017 (and 2018 if available).**

209 648 492

[2.1.3 National health planning and budgeting cycle, and national planning cycle for immunisation:](#)

**The government planning cycle starts on the**

1 January

The current National Health Sector Plan (NHSP) is

From

2016

To

2020

**Your current Comprehensive Multi-Year Plan (cMYP) period is**

2015-2019

**Is the cMYP we have in our record still current?**

Yes

No

If you selected "No", please specify the new cMYP period, and upload the new cMYP in country documents section.

Note 1

From

2015

To

2019

**If any of the above information is not correct, please provide additional/corrected information or other comments here:**

La révision du PPAc était initialement prévue en octobre 2018 mais repoussée en ce jour en novembre suite au fait que le pays a jugé nécessaire de prendre en compte plusieurs impératifs stratégiques dont la validation du nouveau plan de développement sanitaire ( PNDS 2019 – 2023) dont le PPAc doit tirer son essence et son encrage , la publication du rapport de la revue externe du PEV, les leçons apprises du début de la mise en œuvre du plan Marshall et les données issues de l'enquête MICS en fin octobre 2018.

Tous ces éléments vont servir de base pour l'élaboration d'un PPAc plus réaliste et issu d'un diagnostic plus complet. Si les blocs de 2019 étaient couverts par le PPAc actuel, les blocs de 2020 seraient aussi couverts par le PPAc révisé

#### 2.1.4 National customs regulations

**Please describe local customs regulations, requirements for pre-delivery inspection, and special documentation requirements that are instrumental for the delivery of the vaccine.**

Les vaccins, consommables vaccinaux et les matériels de chaîne du froid seront acquis à travers la chaîne d'approvisionnement de l'Unicef et ce dernier livrera au dépôt national à Kinshasa qui en assurera la distribution, avec l'appui des partenaires, à tous les niveaux tout en assurant un suivi à travers la commission logistique.

Les besoins en vaccin VAR, seringues autobloquantes, seringues de dilution, réceptacles de sécurité, matériels de la chaîne du froid notamment les glacières et porte-vaccins, et les autres intrants du PEV seront commandés à travers l'UNICEF. Les vaccins et matériels de vaccination devront être disponibles au niveau national au moins 4 mois avant le lancement de la campagne. Les vaccins seront stockés d'abord au dépôt central du PEV à des températures entre 2 et 8°C et à l'abri de la lumière. Le matériel d'inoculation et les autres intrants seront stockés dans les entrepôts secs.

Comme pour les vaccins de routine, la distribution des vaccins à travers le pays se fera principalement par voie aérienne. Dans les provinces, comme le PEV dispose des camions pour le transport des vaccins et des intrants secs tant au niveau national que dans les Provinces, ces engins seront utilisés pour assurer le transport des vaccins vers les Provinces et zones de santé. La voie fluviale pourra être utilisée pour certaines provinces et zones de santé. Au niveau local, selon les spécificités du terrain, les moyens de transports locaux seront utilisés notamment les véhicules, les motos, les pirogues et porteurs selon les cas.

Un plan de distribution des intrants sera élaboré au niveau central et partagé à chaque niveau pour s'assurer que les opérations se déroulent correctement. Des soldes des vaccins voire autres intrants d'un bloc pourront être utilisées pour le bloc suivant de la même année.

## 2.1.5 National Regulatory Agency

Please provide information on the National Regulatory Agency in the country, including status (e.g. whether it is WHO-certified). Please mention a point of contact with phone number and e-mail address. UNICEF will support the process and may need to communicate licensing requirements to the vaccine manufacturers where relevant.

La Direction de la Pharmacie et médicaments (DPM) joue le rôle de l'ANR. Le VAR étant déjà un vaccin pré qualifié par l'OMS et utilisé dans le pays depuis plusieurs années dans le système de santé, il n'a pas besoin des formalités supplémentaires que celles qui sont faites de façon routinière.

## 2.2 National Immunisation Programmes

### 2.2.2 Financial Overview of Active Vaccine Programmes

#### IPV Routine

Note 2

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)					
Gavi support (US\$)	3,513,500	3,619,434	3,692,530	3,766,533	3,841,342

#### PCV Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	1,600,512	2,309,392	2,343,510	2,390,389	2,437,761
Gavi support (US\$)	25,108,000	37,707,500	33,610,726	34,283,065	34,962,472

#### Pentavalent Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	1,337,052	2,349,624	2,837,039	2,789,200	2,844,474
Gavi support (US\$)	3,930,000	6,101,500	7,189,824	7,068,586	7,208,665

#### Rota Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	572,325	596,712	885,612	1,444,192	1,462,648
Gavi support (US\$)	5,372,622	5,601,549	8,313,558	13,557,153	13,730,404

#### Yellow fever preventive mass vaccination campaign

	2018
Country Co-financing (US\$)	
Gavi support (US\$)	121,944,000

#### YF Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	571,853	812,734	826,552	843,086	859,794
Gavi support (US\$)	2,738,000	3,894,000	3,926,266	4,004,805	4,084,170

#### Measles follow-up campaign

	2019
Country Co-financing (US\$)	209,000
Gavi support (US\$)	7,850,500

#### Summary of active Vaccine Programmes

	2018	2019	2020	2021	2022
Total country co-financing (US\$)	4,081,742	6,277,462	6,892,713	7,466,867	7,604,677
Total Gavi support (US\$)	162,606,122	64,774,483	56,732,904	62,680,142	63,827,053
Total value (US\$) (Gavi)	166,687,864	71,051,945	63,625,617	70,147,009	71,431,730

+ Country  
co-  
financing)

## 2.3 Coverage and Equity

### 2.3.1 Coverage and equity situation analysis

Note: If a recent analysis of the coverage and equity analysis is already available, for example as part of a Joint Appraisal report, you may simply reference the report and section where this information can be found.

Describe national and sub-national evidence on the coverage and equity of immunisation in the country and constraints to improvement. In particular, identify the areas and groups of low coverage or high inequity linked to geographic, socioeconomic, cultural or female literacy considerations, as well as systematically marginalized communities. Specify both the areas and/or populations with low coverage (%) and those with the largest absolute numbers of un-/under-vaccinated children. Among data sources, consider administrative data, coverage surveys, DHS/MCS, equity analyses, Knowledge-Attitude-Practice surveys, and patterns of diseases like measles.

Describe the challenges underlying the performance of the immunisation system, such as:

- o Health work force: availability and distribution;
- o Supply chain readiness;
- o Gender-related barriers: any specific issues related to access by women to the health system;
- o Data quality and availability;
- o Demand generation / demand for immunisation services, immunisation schedules, etc;
- o Leadership, management and coordination: such as key bottlenecks associated with the management of the immunisation programme, the performance of the national/ regional EPI teams, management and supervision of immunisation services, or broader sectoral governance issues;
- o Financing issues related to the immunisation programme that impact the ability to increase coverage, including bottlenecks related to planning, budgeting, disbursement and execution of resources;
- o Other critical aspects: any other aspect identified, for example based on the cMYP, EPI review, PIE, EVM or other country plans, or key findings from available independent evaluations reports.

Describe lessons learned and best practices on the effectiveness of implemented activities to improve coverage and equity; recommendations on changes or new interventions that might be required to accelerate progress (include data to support any findings or recommendations).

## I. ANALYSE DE LA COUVERTURE ET DE L'ÉQUITÉ

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 des enfants mises en marche par OSC/SANRU dans les 144 ZS de 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.

La redynamisation des organes de participation communautaire avec l'installation des Comités d'Assise Communautaires (CAC) dans chaque village permettra d'atteindre chaque enfant/femme cible du PEV. Pour les cinq DPS dans les anciennes provinces du Kasai Central et Kasai Oriental, il faudra mobiliser en urgence les ressources additionnelles pour mettre en place une approche permettant de récupérer les enfants non vaccinés dans ces ZS. 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 dans les perspectives de la mise en œuvre du Plan Marshall. 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 avec un contrat de performance signé avec les parties prenantes. 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.

Les facteurs de faible performance et l'équité identifiés lors de l'évaluation conjointe sont les suivants :

### Personnel sanitaire

Le problème de la disponibilité, de motivation et de la répartition des personnels se pose. On note une forte concentration du personnel de la santé 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 5 ans et de plus de 5 ans pour le niveau opérationnel.

### 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.

S'agissant du renforcement de la chaîne d'approvisionnement, la fonctionnalité du dépôt moderne de stockage de vaccins et autres intrants du PEV au niveau central est effective au niveau de Kinshasa et les deux autres dépôts déconcentrés de Kisangani et Lubumbashi sont en cours de construction. La capacité de stockage actuel de 10000 m<sup>3</sup> pour l'entrepôt sec et 2000 m<sup>3</sup> pour les chambres froides permettra de stocker en toute sécurité tous les intrants de la campagne y compris ceux de la routine. Pour ce qui concerne les Hubs de Lubumbashi et de Kisangani, les contrats avec les entreprises ont été signés et les travaux ont démarré pour les 2 sites. Le retard enregistré dans la construction de ces deux dépôts nécessite d'étendre la durée du contrat tripartite MSP/Gavi/UNICEF. S'agissant des acquisitions des véhicules, 14 camions (7 camions frigorifiques, 7 camions 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 lors de l'inauguration du HUB de Kinshasa ; 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 zones et aires de santé riveraines) et les coques avec moteurs hors-bords planifiés aux antennes et zones de santé, 100 ZS/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.

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) la supervision systémique de soutien à tous les niveaux périphérique 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 processus de solarisation des chambres froides fonctionnant avec les générateurs comme source d'énergie principale, est en cours de finalisation, d'ici fin septembre toutes les 23 chambres froides seront fonctionnelles par énergie solaire selon le chronogramme des installations en cours grâce au financement Gavi à travers l'OMS/Pays. Cette situation une fois mise en place permettra, 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 518 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 518 ZS via les OSC/SANRU et les autres partenaires locaux. 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 sexes

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, Maindombe, 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.

#### 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 ont été formés le « Strategic training exécutive 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 fonds, la faible coordination des activités dans les DPS/ZS et le déficit de fonctionnalité des clusters santé provinciaux (CCIA) 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, à titre illustratif : sur 203 645 829 \$ (2015), 289 049 042 \$ (2016) et 161 253 796 \$ jusque fin août 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. 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.

#### II. ENSEIGNEMENTS TIRES DES PRECEDENTES CAMPAGNES

Lors de la mise en œuvre de la campagne de 2016/2017, les leçons suivantes ont été tirées :

- La mise en place des Postes de Commandement (PC) et la publication des Sitrep et bulletins permet d'entretenir la dynamique des équipes cadres provinciales et des ZS malgré les multiples reports;
- La supervision prospective et l'utilisation de l'outil d'évaluation des préparatifs de la campagne permettent d'apprécier le niveau des préparatifs ;;
- Le décaissement tardif des fonds de la campagne influe négativement sur l'organisation de la campagne rougeole;
- L'augmentation de la couverture en chaîne du froid permet d'améliorer la qualité de la campagne ;
- La coordination de la gestion des déchets pendant les campagnes

Mesures nécessaires pour la campagne à venir :

- Appliquer le cadre de redevabilité à tous les niveaux de mise en œuvre de la campagne ;
- Responsabiliser les acteurs à tous les niveaux avec les termes de références claires pour raison d'appropriation/redevabilité
- Utilisation des mesures correctrices pour améliorer les niveaux de préparatifs ;

- Mettre à disposition à temps les fonds à tous les niveaux pour permettre la mise en œuvre des activités selon le cycle de planification ;
- La planification des acquisitions des matériels de chaîne du froid six mois avant le début de la campagne de vaccination ;
- Étendre le suivi de la traçabilité des flacons lors de la mise en œuvre de la campagne ;
- Développer un cadre de partenariat public-privé afin d'utiliser les structures privées et validées par la commission logistique pour la destruction finale des déchets.

Les principaux résultats sont les suivants selon les enquêtes de couverture post vaccinale: la couverture vaccinale estimée de la campagne au sein de la population d'enfants était de 89,0% selon les cartes et l'histoire et ne variaient pas selon le sexe. Seules 6 antennes et quatre provinces avaient atteint l'objectif de 95%. Les raisons de non vaccination étaient majoritairement liées à la motivation et l'information des parents ou de personnes en charge de l'enfant. Les principales recommandations issues de cette enquête ont été les suivantes:

- 1) intensifier les actions de communication basées sur des stratégies, et canaux aux cibles,
- 2) développer des stratégies spécifiques pour atteindre les cibles résidents dans les Zones de crise;
- 3) Renforcer la compétence et la qualité d'intervention des acteurs de la vaccination pour la routine et surtout les campagnes de vaccination;
- 4) Veiller à la diffusion et la mise en œuvre des différents plans des gestion des intrants, des MAPI et de déchets et du micro plan validé de la campagne;
- 5) doter la Direction du PEV d'un plan actualisé et consolidé de renforcement de la chaîne du froid dans les Centre de Santé, Zones de Santé et antennes avec option pour le système solaire;
- 6) Evaluer les contrats de transfert de fonds exécutés par les banques partenaires et
- 7) renforcer l'implication des superviseurs dans la formation des vaccinateurs et le suivi de la phase préparatoire.

Le pays va capitaliser les recommandations de l'enquête post campagne de 2017 à mettre en œuvre lors de préparatifs, la mise en œuvre et les évaluations de campagne de suivi 2019-2020. Ces recommandations dont certaines sont mises en œuvre seront suivis à l'aide d'un chronogramme les situant en fonction de la période appropriée (avant, pendant et après la campagne). Les autres volets transversaux seront aussi monitorés à travers des mécanismes appropriés.

Aude là des recommandations principales et des leçons apprises des précédentes AVS

### III. MESURES SUPPLEMENTAIRES POUR AMELIORER CETTE CAMPAGNE

Pour réussir la mise en œuvre de cette campagne de suivi, certains aspects particuliers pour augmenter la couverture et améliorer la qualité seront prise. Il s'agit principalement de l'atteinte des enfants zéro dose et incomplètement vaccines, le renforcement de la communication en ciblant certains groupes spécifiques, renforcement de la logistique et l'application du paiement basé sur les performances.

#### 3.1. ATTEINDRE LES ENFANTS <<ZERO DOSE>>

Pour atteindre les enfants « zéro dose >>, à l'aide d'un outil spécifique dénommé fiche d'identification des enfants zéros doses, certaines informations seront collectées notamment :

- Village/communauté de résidence
- L'adresse/contact des parents
- Date de naissance
- Antigènes reçus depuis la naissance le cas échéant
- Raisons de non vaccination
- Distance entre le ménage et le point de vaccination habituel

Afin d'identifier et vacciner tous les enfants zéro doses et incomplètement vaccines, des stratégies spécifiques seront mises en place pour faciliter l'identification, la vaccination et l'évaluation de leur récupération. Il s'agira principalement d'actualiser et vulgariser les

directives permettant la vaccination des enfants de 12-23 mois, l'identification, la vaccination et le suivi de la récupération des enfants zéro dose et incomplètement vaccinés après le dénombrement jusqu'à 4 mois après la campagne de vaccination. A cela va s'ajouter une incitation consistant au paiement du bonus de couverture pour ceux qui ont eu de zéro dose avant la campagne et ceux qui récupèrent de zéro dose dans les 3 mois après la campagne. Les détails de la directive sont dans le plan de mise en oeuvre.

### 3.2. RENFORCEMENT DE LA COMMUNICATION AVANT ET PENDANT LA CAMPAGNE

Selon l'enquête réalisée auprès des ménages d'enfants non-vaccinés (page 44 du rapport d'enquête), le refus religieux n'est pas la cause de non-vaccination (1.4% des enfants non-vaccinés au total seulement). L'enquête de couverture vaccinale post-AVS a révélé 2 raisons majeures de non-vaccination :

- 35% des parents d'enfants non-vaccinés était en voyage / absent
  - 23% des parents d'enfants non-vaccinés n'était pas informé de la tenue de la campagne
- Ces deux raisons, intimement reliés à la communication ont baissé la couverture vaccinale de 6 points de pourcentage. S'ils sont résolus, ils pourraient permettre d'atteindre la cible de couverture de 95% pour la campagne rougeole.

Afin d'adresser ces problèmes, le programme propose :

- d'éviter les multiples reports de date de mise en œuvre de campagne
- d'insister sur les dates de campagnes lors du passage des relais communautaire, en demandant spécifiquement aux parents s'ils comptent voyager / s'absenter lors des jours de campagne. Si c'est le cas, les relais communautaires essaieront de les convaincre de :
  - a. décaler le voyage/les heures des activités en attendant le passage des équipes de vaccination dans leurs lieux ,
  - b. Planifier la vaccination de l'enfant avec un autre membre de la famille si l'enfant n'accompagne pas le parent ;
  - c. Vacciner l'enfant dans le lieu de voyage/activité de la mère/gardien d'enfants,
  - d. Identifier les ménages dans lesquels les enfants ont été manqués pour raison de voyage et planifier la vaccination de l'enfant au retour de l'enfant du voyage
  - e. Si le ratissage est nécessaire, le faire avec un horaire décalé vers le soir quand les familles reviennent des occupations
- De renforcer la communication autour des relais communautaires / crieurs, qui restent la principale source d'information auprès des parents.
- Augmenter le nombre de passage des relais communautaires avant la campagne afin d'assurer que les parents soient informés de la campagne ;
- D'améliorer l'information sur le passage des équipes aux points de transport – marches, gares et l'information sur le changement d'heure de la vaccination pour être plus pratique avec l'horaire des familles,
- Développer des instructions sur la vaccination dans les campements /champs, aux églises
- Négocier des journées de la paix avec les groupes en conflit.
- Créer des groupes WhatsApp pour suivre, informer les équipes de changement, des nouveaux messages etc.

Cette innovation connaîtra cependant certains risques notamment l'absence des cartes de vaccination dans un grand nombre des ménages, les agents communautaires risquent de mal-identifier les enfants incomplètement vaccinés. Pour faire face à ce défi, lors du briefing sur le dénombrement des populations dans les ménages, nous allons insister sur le calendrier vaccinale pendant la formation et instruire qu'en cas de doutes traiter l'enfant comme incomplètement vaccine et le personnel au CS va vérifier dans le registre . Aussi, le paiement d'un bonus par nombre d'enfants récupéré peut faire craindre une sur notification qui engloberait même des enfants non en conflit avec leur calendrier vaccinal; validation de la liste des enfants à récupérer par l'infirmier titulaire du centre de santé permettra de mitiger le risque. Ces éléments seront intégrés dans les différents plans de communication (au niveau national,

provincial et des zones de santé) et l'information des parents avant la campagne fera objet d'un monitoring indépendant quelques jours précédant le lancement de la campagne.

### 3.3. RENFORCEMENT DE LA SECURITE DES INJECTIONS ET PREVENTION DES MAPI

Pour éviter les MAPI, les vaccinateurs seront formés et suivis pour veiller à ce que les bonnes techniques soient utilisées dans le cadre de la formation aux AVS.

La formation sera assurée en cascade depuis le niveau central jusqu'au niveau des aires de santé. Un des facteurs clés à prendre en compte est le recrutement des vaccinateurs issus obligatoirement des sites de vaccination habituels de l'aire de santé avec exigence que ces derniers soient des infirmiers qualifiés avec au moins deux ans d'expérience sur l'injection du VAR.

Au niveau central, après l'identification des bonnes pratiques à utiliser pour éviter les MAPI, une plage y sera consacrée et portera sur les bonnes pratiques sur les injections en général et sur l'injection du VAR en particulier en se basant sur les fiches techniques PEV en vigueur en République Démocratique du Congo. Cette formation aura deux composantes : théorique et pratique sous forme de jeu de rôle avec utilisation des poupées comme matériel pédagogique. La même logique sera suivie au niveau des antennes et des zones de santé (formation des superviseurs d'axes et des infirmiers titulaires).

Pour ces deux niveaux, les fiches de supervision seront revues en y associant une composante d'observation de la pratique de la vaccination dans le site qui prend en compte tous les aspects nécessaires dont la sécurité des injections, l'hygiène au site d'injection, le site de l'injection et les messages clés données à la Mère ou au gardien d'enfants.

En revanche, au niveau des aires de santé où les équipes de vaccinateurs seront formés une autre approche sera privilégiée car la formation par petits groupes et axée uniquement sur la tâche à accomplir durant la mise en œuvre de la campagne ; pour les vaccinateurs, la formation pratique pour ce domaine précis sera axée sur les points suivants :

- Rappel sur la sécurité des injections ;
- Instructions sur la vaccination VAR ;
- Instructions sur l'hygiène au site de l'injection ;
- Meilleures et mauvaises pratiques par rapport à l'injection VAR ;
- Eléments d'observation d'un acte vaccinal VAR

A cela on pourra ajouter quelques spécificités pour les zones de santé qui pourront coupler la vaccination VAR au VAA.

Quant à la partie théorique, elle sera précédée par une démonstration du facilitateur sur la pratique de l'injection du VAR suivi de tous les vaccinateurs à tour de rôle avant de recevoir un feedback et la correction des déficiences observées sur le champ.

Le Monitoring de la qualité des injections fera prioritairement partie du rapport journalier de chaque superviseur de proximité et les failles observées seront notées et partagées avec tous les superviseurs afin de corriger si c'est le cas.

Nous allons aussi Inclure dans le paquet du briefing de la campagne un thème sur la surveillance des MAPI dans le cadre de la sécurité de la vaccination. Celle-ci sera axée sur :

1. Concept de base sur les MAPI avec un focus sur les 5 causes des MAPI
2. Principes sur la sécurité des vaccins (notamment le VAR)
3. Collecte et notification des MAPI liées au VAR (MAPI de cause 1)
4. Investigation des MAPI graves et des grappes
5. Surveillance des Signaux,
6. Prise en charge des MAPI par la remise de Kit de prise en charge dans les structures de soins identifiées pour cette fin,
7. Communication de CRISE en cas des MAPI Graves

### 3.4. MISE EN PLACE D'UN CADRE DE PERFORMANCES

Avant la campagne, le Ministre de la santé publique va communiquer au PEV, aux Divisions

provinciales de la santé et aux IPS sur l'option levée pour utiliser le PBF payer toutes les prestations liées à la campagne de suivi VAR (préparatifs, la mise en œuvre, suivi et évaluation).

Cette instruction mettra en place un paiement basé sur la performance pour 20% du montant alloué aux vaccinateurs et aux travailleurs par niveau (collation / Per diem). Pour les vaccinateurs, leur performance sera évaluée sur l'atteinte d'une couverture vaccinale supérieure à 95% au sein de leur antenne à l'issue de monitoring indépendant.

Pour les responsables de l'organisation de la campagne et les superviseurs, le système de paiement sera réalisé en 3 étapes à chaque niveau :

- 40% du pool PBF en fonction de la qualité des préparatifs
- 40% en fonction de la qualité de la mise en œuvre
- 20% en fonction des résultats de couverture vaccinale

Pour s'assurer que le paiement arrive aux bénéficiaires finaux, proposition

- D'utiliser le téléphone mobile selon le réseau disponible dans la région : Orange Money, Mpesa ou Airtel money ; pour cette nouvelle approche, les zones de santé des provinces de Kinshasa, Kongo central, Kasai oriental et Haut Katanga seront ciblées pour une première expérience.

- Les comptes bancaires des zones de santé et des aires de santé

- Le paiement direct au travers l'Agence Fiduciaire en cas d'absence de réseaux téléphonique dans la Zone de Santé

Cette approche sera aussi buté aux défis tels que le non-respect des plans de décaissement des différentes tranches et la démotivation des acteurs de la campagne par crainte d'enregistrer une contreperformance et ne pas percevoir à la fin de la campagne la totalité des prestations. Pour y faire face, les requêtes de financement seront introduites à temps et le contrat de performances sera explicité aux différents acteurs de la campagne pour une meilleure compréhension.

Les éléments relatifs au cadre des performances sont développées dans le plan de mise en œuvre sont détaillés en annexe.

## 2.4 Country documents

### Upload country documents

Please provide **country documents** that are relevant for the national immunisation programme and for multiple vaccines, to be taken into account in the review of your application. If you have already provided one or more of these country documents, you do not need to upload it/them again unless the document version changed. If documents cannot be provided, please use the comment functionality to explain why, or by when they will be available.

Note that only general country documents are uploaded here; at the end of section 3 (sub-section "Upload new application documents") you will be required to provide those documents that are specific to the support requested (for example the new vaccine introduction plan and/or campaign plan of action, new budget, application endorsements etc.)

### Country and planning documents

- ✓

**Country strategic multi-year plan**

Comprehensive Multi-Year Plan for Immunisation (cMYP) or equivalent country strategic plan

[PPAC\\_RDC\\_2015-2019\\_VF\\_CCIA\\_Stratégique\\_20-01-18\\_23.17.12.docx](#)
  - ✓

**Country strategic multi-year plan / cMYP costing tool**

[Costing tool DRC\\_27\\_06\\_2015\\_au\\_04-02-17\\_22-01-18\\_13.21.01.xls](#)
  - ✓

**Effective Vaccine Management (EVM) assessment**

[RDC\\_Rapport\\_GEV\\_2014\\_Rapport\\_Final\\_18-02-17\\_15.08.48.pdf](#)
  - ✓

**Effective Vaccine Management (EVM): most recent improvement plan progress report**

[RDCRapport\\_MEO\\_Plan\\_Amélioration\\_GEV\\_Décembre\\_2017\\_13-05-18\\_14.41.01.pdf](#)
  - ✓

**Data quality and survey documents: Final report from most recent survey containing immunisation coverage indicators**

[RDC\\_Rapport\\_preliminaire\\_EDS-RDC\\_II\\_version\\_finale\\_22-01-18\\_14.12.48.pdf](#)
  - ✓

**Data quality and survey documents: Immunisation data quality improvement plan**

[RDC\\_Plan\\_Stratégique\\_de\\_la\\_Qualité\\_des\\_données\\_de\\_vaccination\\_22\\_janv\\_2018\\_GV\\_FJ\\_22-01-18\\_14.23.04.docx](#)
  - ✓

**Data quality and survey documents: Report from most recent desk review of immunisation data quality**

[QD\\_La\\_revue\\_des\\_données\\_du\\_PEV\\_de\\_2007\\_à\\_2016\\_Original\\_22-01-18\\_14.32.48.docx](#)
-

- ✓ **Data quality and survey documents: Report from most recent in-depth data quality evaluation including immunisation** [QD Résultat Evaluation de terrain \(DQS\) PM 2017-2011 22-01-18 14.44.49.docx](#)
- ✓ **Human Resources pay scale**  
 If support to the payment of salaries, salary top ups, incentives and other allowances is requested [20160831 Reglement commun GIBS actualise jan 2016 1 01-06-18 17.30.32.pdf](#)

### Coordination and advisory groups documents

- ✓ **National Coordination Forum Terms of Reference** [CCIA TDR ORIENTATIONS 22-01-18 18.32.08.ppt](#)  
 ICC, HSCC or equivalent
- ✓ **National Coordination Forum meeting minutes of the past 12 months** [Ordre du Jour CNC du 13 Janv. 017 22-01-18 18.54.32.doc](#)

[COMPTE RENDU DE LA REUNION DE COORDINATION PEV ET PARTENAIRES DU MARDI 19 septembre 2017 AVRIL 2017 01-06-18 17.43.06.docx](#)

[COMPTE RENDU DE LA REUNION DE COORDINATION PEV ET PARTENAIRES DU MARDI 26 septembre 2017 AVRIL 2017 01-06-18 17.51.14.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de CCIA technique du 08 mars 2018 01-06-18 17.45.05.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de CCIA technique du 23 VF février 2017 01-06-18 17.42.00.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de CCIA technique du 23 février 2017\\_01-06-18\\_17.39.53.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de CCIA technique du 30 mars 2017\\_01-06-18\\_17.34.33.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de CCIA stratégique du 19 janvier 2017\\_01-06-18\\_17.36.40.docx](#)

[Compte de la réunion de CCIA technique du 14 septembre 2017\\_01-06-18\\_17.43.32.docx](#)

[Compte rendu de la réunion de coordination PEV et partenaires du 25 avril 2017\\_01-06-18\\_17.42.32.docx](#)

## Other documents



### Other documents (optional)

Please also provide other country documents to support the review of the applications, for example Health Facility Assessment Reports, Knowledge-Attitude-Practice surveys or other demand-related surveys, if available.

[Page des signatures\\_13-05-18\\_14.45.46.docx](#)

[Prevision budgetaireVAR13062018Plan B\\_10-09-18\\_00.32.04.xlsx](#)

[ANALYSE DES PERFORMANCES DE VACCINATION ET REVUE DOCUMENTAIRE DES DONNEES\\_15-10-18\\_14.33.45.docx](#)

## 3 Measles follow-up campaign

### 3.1 Vaccine and programmatic data

#### Choice of presentation and dates

For each type of support please specify start and end date, and preferred presentations.

*Note 3*

## Measles follow-up campaign

Preferred presentation	M, 10 doses/vial, Iyo
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2nd preferred presentation	
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Required date for vaccine and supplies to arrive	12 May 2019
Planned launch date	5 September 2019
Support requested until	2019

### 3.1.2 Vaccine presentation registration or licensing

**If any of the selected presentations are not yet licensed or registered, please describe the duration of the registration or licensing procedure, whether the country's regulations allow the expedited procedure for national registration of WHO-pre-qualified vaccines, and confirm whether the licensing procedure will be completed ahead of the introduction or campaign.**

La licence ne fait pas l'objet de la présente soumission du fait que le vaccin est agréé par le pays

### 3.1.3 Vaccine procurement

**Gavi expects that most countries will procure vaccine and injection supplies through UNICEF or PAHO's Revolving Fund. Does the country request an alternative mechanism for procurement and delivery of vaccine supply (financed by the country or Gavi)?**

Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	--

If you have answered yes, please attach the following in the document upload section:\* A description of the mechanism, and the vaccines or commodities to be procured by the country through this mechanism.\* A confirmation that vaccines will be procured from the WHO list of pre-qualified vaccines, indicating the specific vaccine from the list of pre-qualification. OR, for the procurement of locally-produced vaccines directly from a manufacturer which may not have

been prequalified by WHO, a confirmation should be provided that the vaccines purchased comply with WHO's definition of quality vaccines, for which there are no unresolved quality problems reported to WHO, and for which compliance is assured by a fully functional National Regulatory Authority (NRA), as assessed by WHO in the countries where they are manufactured and where they are purchased.

## 3.2 Target Information

### 3.2.1 Targets for campaign vaccination

Please describe the target age cohort for the measles follow-up campaign:

*Note 4*

From	6	weeks <input type="checkbox"/>	months <input checked="" type="checkbox"/>	years <input type="checkbox"/>
To	59	weeks <input type="checkbox"/>	months <input checked="" type="checkbox"/>	years <input type="checkbox"/>

	2019
Population in target age cohort (#)	18,824,141
Target population to be vaccinated (first dose) (#)	18,824,141
Estimated wastage rates for preferred presentation (%)	10

### 3.2.2 Targets for measles routine first dose (M1)

To be eligible for measles and rubella vaccine support, **countries must be fully financing with domestic resources the measles mono-valent vaccine component of MCV1** which is already in their national immunisation schedule, or have firm written commitments to do so. Please provide information on the targets and total number of doses procured for measles first dose.

	2019
Population in the target age cohort (#)	4,047,926
Target population to be vaccinated (first dose) (#)	4,047,926
Number of doses procured	4,452,800

### 3.3 Co-financing information

#### 3.3.1 Vaccine and commodities prices

Price per dose (US\$) - Measles follow-up campaign

	2019
10 doses/vial,Iyo	0.32

Commodities Price (US\$) - Measles follow-up campaign (applies only to preferred presentation)

	2019
AD syringes	0.04
Reconstitution syringes	0.04
Safety boxes	0.47
Freight cost as a % of device value	0.02

#### 3.3.2 Country choice of co-financing amount per vaccine dose

The table below shows the estimated financial commitment for the procurement of vaccines and supplies for the country, and the portion of Gavi support

*Note 5*

	2019
Country co-financing share per dose (%)	2
Minimum Country co-financing per dose (US\$)	0.01
Country co-financing per dose (enter an amount equal or above minimum)(US\$)	0.01

#### 3.3.3 Estimated values to be financed by the country and Gavi for the procurement of supply

Measles follow-up campaign

2019

Vaccine doses financed by Gavi (#)	20,370,900
Vaccine doses co-financed by Country (#)	523,900
AD syringes financed by Gavi (#)	20,187,500
AD syringes co-financed by Country (#)	519,200
Reconstitution syringes financed by Gavi (#)	2,240,900
Reconstitution syringes co-financed by Country (#)	57,700
Safety boxes financed by Gavi (#)	246,750
Safety boxes co-financed by Country (#)	6,350
Freight charges financed by Gavi (\$)	710,530
Freight charges co-financed by Country (\$)	18,273
	2019
Total value to be co-financed (US\$) Country	209,000
Total value to be financed (US\$) Gavi	8,125,500
Total value to be financed (US\$)	8,334,500

### 3.3.4 Estimated projection of the required domestic financing for the measles monovalent component of MCV1

Countries are required to domestically finance the first dose in their measles containing vaccine routine (MCV1) in order to be able to receive Gavi support for any measles/ measles-rubella programmes. Below is the estimated projection of the required domestic financing for MCV1, based on the information provided in the previous sections.

Note 6

	2019
Minimum number of doses financed from domestic resources	4,452,800
Country domestic funding (minimum)	1,362,557

### 3.3.5 Co-financing payment

**Please indicate the process for ensuring that the co-financing payments are made in a timely manner.**

Le Gouvernement s'est engagé à travers le Ministère de Finance à payer les frais dûs au co-financement. Et un plan de décaissement a été partagé avec Gavi. Les deux premières tranches payées sont estimées 3.400.000 USD. Les procédures sont en cours pour le paiement des 1.300.000 restants

**If your country is in the accelerated transition phase for Gavi support, please answer the following question:**

**Please provide evidence that the co-financing obligations for the new introduction have been budgeted for, and elaborate on how the country plans to pay for the fully self-financing amounts. Please discuss the extent to which medium-term immunisation/health plans and medium-term expenditure frameworks incorporate the additional costs associated with this introduction. Discuss any co-financing defaults that may have happened in the last five years.**

No Response

Following the regulations of the internal budgeting and financing cycles the Government will annually release its portion of the

August

co-financing funds in the month of:

The payment for the first year of co-financed support will be made in the month of:

Month   
Year

### 3.4 Financial support from Gavi

#### 3.4.1 Campaign operational costs support grant(s)

Measles follow-up campaign

#### Population in the target age cohort (#)

*Note 7*

18,824,141

#### Gavi contribution per person in the target age cohort (US\$)

0.65

#### Total in (US\$)

12,235,691.65

Funding needed in country by

#### 3.4.2 Operational budget

Please complete the Gavi budgeting and planning template to document how the Campaign Operational Costs support grant will be used to facilitate the timely and effective implementation of critical activities in advance of and during the campaign. Please ensure to upload the completed budgeting and planning template as part of this application.

If Gavi's support is not enough to cover the full needs please indicate how much and who will be complementing the funds needed in the Operational Budget template. In the following fields please provide an overview of your request.

#### Total amount - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)

1742205

**Total amount - Other donors (US\$)**

2398875

**Total amount - Gavi support (US\$)**

12642612

**Amount per target person - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)**

0.091

**Amount per target person - Other donors (US\$)**

0.13

**Amount per target person - Gavi support (US\$)**

0.65

### 3.4.3 Key Budget Activities

**List the key budgeted activities to be undertaken in implementing the requested support. Please provide details on the key cost drivers, inputs and assumptions required for these activities.**

Se référer au fichier budgétisation

### 3.4.4 Financial management procedures

**Please describe the financial management procedures that will be applied for the management of the NVS direct financial support, including any procurement to be incurred.**

Les procédures de gestion financière seront mises en oeuvre conformément au manuel de procédures de gestion applicables aux financements du secteur de la santé (PGFSS).

### 3.4.5 Fiduciary management

**Please indicate whether funds for operational costs should be transferred to the government or WHO and/or UNICEF and when funding is expected to be needed in country. Attach banking form if funding should be transferred to the government. Please note that UNICEF and WHO will require administrative fees as follows.**

- o **UNICEF Tripartite Agreement: 5%**
- o **UNICEF Bilateral Agreement: 8%**
- o **WHO Bilateral Agreement: 7%.**

La procédure applicable est celle prévue par le manuel de procédures de gestion applicables aux financements du secteur de la santé (PGFSS). Tous les fonds passent par la Cellule d'Appui à la Gestion Financière du Ministère de la Santé Publique et à côté de laquelle se trouve l'Agence Fiduciaire/GIZ :

- élaboration et transmission de la requête à la cellule d'appui à la gestion financière (CAGF)  
- élaboration de l'ordre de paiement par la CAGF à l'agence financière (GIZ) pour décaissement, le transfèrement des fonds vers les structures bénéficiaires et l'accompagnement dans la gestion selon les procédures du ministère et des bailleurs de fonds.  
-A la fin de l'activité, chaque bénéficiaire doit amener toutes les pièces justificatives GIZ selon le délai prévu par le manuel de procédures du secteur de la santé. Le pays va se conformer aux procédures en vigueur en cours sur la passation de marchés publics. Tous les achats de services vont être exécutés par la CAGF et la cellule d'appui à la gestion de passation de marché public du ministère de la santé qui est sous la gestion du ministre de la santé publique et la supervision de la Direction Générale de Contrôle de passation de marchés publics du Ministère du Budget et de l'Autorité de Régulation de marchés publics de la primature. A cet effet à chaque marché ou achat groupé les procédures liées à celui seront respectées par un appel d'offres auprès de tiers.

Les procédures de gestion financières pour la campagne seront les mêmes que les autres fonds de bailleurs.

### 3.4.6 Use of financial support to fund additional Technical Assistance needs

**Gavi funds through its Partner Engagement Framework / TCA, tailored and differentiated technical assistance in response to specific country needs. Please review the currently approved technical assistance plan (also referred to as the “One TA plan”) with a view to assess that required support for the implementation of the new vaccine support is contained in the approved technical assistance plan. If gaps in technical assistance are identified for the new vaccine support, the additionally required technical assistance may be funded through the vaccine introduction grant or campaign operational costs support. In this case, the relevant costs must be reflected in the budgeting and planning template. In addition, please indicate the programmatic areas for additional technical assistance needs and the respective agencies providing the technical assistance (if already identified) below.**

*Note 8*

Aide- là des assistances techniques présentes dans le pays dans le cadre du PEF/TCA des différents partenaires (OMS, UNICEF, CDC et autres partenaires) qui seront encore mobilisés

pour les préparatifs dont la micro planification, la mise en œuvre et l'évaluation de cette campagne, nous aurons besoin comme pour les campagnes de suivi organisées de 2013-2017, le pays a encore besoin des consultants tant nationaux qu'internationaux pour appuyer l'organisation et la mise en œuvre de la campagne de suivi en 2019-2020. Au total, 12 consultants nationaux et 4 consultants internationaux seront recrutés et déployés dans les antennes et Zone de Santé à problèmes. Le lieu d'affectation de ces consultants variera d'un bloc de provinces à un autre.

Planification de la campagne et évaluation de l'état de préparation (OMS/HQ, UNICEF/HQ et WCAR) ;

Positionner un épidémiologiste et un gestionnaire des données (tous des internationaux) au niveau de DPS (nationaux) Suivi et supervision (OMS, CDC) ;

Positionner un épidémiologiste et un logisticien au niveau central (tous des internationaux) et au niveau de DPS (nationaux) Suivi et supervision (Unicef) ;

Positionner un spécialiste en C4D au niveau central (International) et des DPS (Nationaux) /renforcer la communication et le plaidoyer (Unicef) ;

Positionner un épidémiologiste, un logisticien et un gestionnaire des données (tous des internationaux) au niveau de DPS Suivi et supervision./Renforcement de la vaccination de routine (JSI).

Le pays considère que le besoin exprimé est conforme à la complexité de la campagne avec l'aspect intégration fièvre jaune, le pays a en plus des aspects techniques a besoin des consultant internationaux pour couvrir d'autres aspects liés à la logistique, à la communication et la gestion des données.

## 3.5 Strategic considerations

### 3.5.1 Rationale for this request

**Describe the rationale for requesting these new programme(s), including the burden of disease. If already included in detail in the Campaign Plan of Action, please cite the sections only.**

La campagne de suivi planifiée est en étroite ligne avec la mise en œuvre du plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 qui prévoit l'organisation des activités de vaccination supplémentaires tous les 3 ans ; les dernières campagnes ayant été organisées en 2016/2017. Aussi, la situation de la rougeole en République Démocratique du Congo reste préoccupante en 2017 avec 45 165 cas suspects notifiés dont 535 décès, soit une létalité de 1,2%et 61 zones de santé étaient en épidémie. Sur les 3 268 cas investigués, 639 étaient IgM+. Pour l'année 2018, le nombre de zones de santé en épidémie de rougeole est de 19 en fin avril.

Le pays venait de faire la revue de son plan stratégique d'élimination de la rougeole à l'issue de laquelle une feuille de routes étendues sur deux ans a été élaboré avec des activités spécifiques sur le renforcement de la vaccination de routine, de la surveillance, l'introduction de la deuxième dose de VAR, l'organisation des AVS de rattrapage RR. Le PPAC sera révisé et aligné au PNDS 2016-2020, avec ces activités y compris. Dans l'élaboration du PPAC 2021-2025, les activités liées à la rougeole seront prise en compte.

Malgré l'organisation des campagnes de vaccination de suivi de 2016-2017, certaines ZS étaient en épidémie de rougeole et les ripostes localisées dans certaines ZS n'exclut pas celles-ci dans l'organisation des campagnes nationales de suivi. Les autres informations sont reprises dans le plan d'action de la campagne dans le "résumé et justification de la campagne"

Selon les données de l'analyse des risques réalisée en Février 2018 et actualisée en Août 2018 (en annexe), basée sur les critères de l'immunité de la population, les performances du système de la surveillance épidémiologique, les performances du programme, l'existence des groupes vulnérables, l'insécurité, l'incidence de la rougeole et les données de la base de surveillance au cas par cas, sur les 519 zones de santé que compte le pays, une seule zone de santé est à plus haut risque, 41 zones de santé sont à haut risque, 186 zones de santé sont à moyen risque et 291 zones de santé sont à risque bas.

Ces zones de santé à plus haut risque, haut risque et risque moyen étant réparti dans plusieurs provinces, nous avons utilisé un critère pour les provinces qui est d'avoir une proportion de zones de santé à risque (plus haut, haut et moyen) afin d'être retenue comme prioritaires pour les deux premiers blocs.

Les provinces avec une proportion des zones à risque sont catégorisées comme suit :

- Provinces avec une proportion des zones de santé à risque supérieure à 60% : 7 provinces (Haut Uélé, Equateur, Bas Uélé, Lualaba, Mai Ndombe, Tanganyika et Tshuapa)
- Provinces avec une proportion des zones de santé à risque située entre 40 et 59% : 7 provinces (Haut Katanga, Ituri, Kinshasa, Kwango, Mongala, Nord Kivu et Sud Kivu)
- Provinces avec une proportion des zones de santé à risque inférieure à 40% : 12 provinces (les autres provinces)

Un autre critère utilisé est la couverture estimée par l'enquête de couverture vaccinales des AVS de suivi e 2016/2017 qui a regroupé les provinces à 3 catégories :

- Couverture vaccinale supérieure ou égale à 95% (Haut Uele, Sud Kivu, Mai Ndombe et Lomami) ;
- Couverture vaccinale située entre 80% et 95% (le reste des 19 provinces)
- Couverture vaccinale inférieure à 80% (Maniema, Sankuru et Lualaba)

Sur base de ces deux critères majeurs, avec une priorisation des provinces moins performantes selon les résultats de l'enquête post campagne de 2017 et de l'analyse des risques de 2018 qui prend en compte la situation de 3 dernières années (2015, 2016 et 2017), nous proposons ce regroupement des provinces en termes de blocs :

- Bloc 1 : 9 provinces (Maniema, Sankuru, Lualaba, Haut Uélé, Equateur, Bas Uélé, Mai Ndombe, Tanganyika et Tshuapa)
- Bloc 2 : 7 provinces (Haut Katanga, Ituri, Kinshasa, Kwango, Mongala, Nord Kivu et Sud Kivu)
- Bloc 3 : 10 provinces (Haut Lomami, Kasai, Kasai central, Kasai oriental, Kongo central, Kwilu, Lomami, Nord Ubangi, Sud Ubangi et Tshopo).

Cette priorisation sera sujet de revu au début de l'année 2019 avec la sortie des résultats MICS et couverture vaccinale par rapports administratifs pour 2018.

Afin de réduire les couts, une analyse comparative à être faite pour dégager une possibilité de couplage avec les campagnes préventives contre la fièvre jaune et il en ressort que certaines provinces du Bloc 1 VAR peuvent être couplées avec certaines provinces avec les Blocs 2 et 3 de la campagne préventive contre la fièvre jaune ( Juin et Octobre 2019).

Le couplage facilite l'économie des ressources mais semble être difficile à appliquer suite au chronogramme des campagnes préventives fièvre jaune qui s'étale sur 5 ans alors que cette campagne de suivi VAR est planifiée pour être mise en œuvre durant la même année afin de s'aligner au plan stratégique d'élimination de rougeole 2012 – 2020. Le pays propose de coupler au cas par cas en fonction de la coïncidence des dates de mise en œuvre dans une même province ( cfr Budget) mais privilégie une planification séparée basée sur l'analyse de risque individuelle pour chaque maladie (fièvre jaune et rougeole).

L'option levée par le pays dans l'esprit de cette soumission est que dans tous les cas de figure la priorité soit accordée aux zones de santé avec faible couverture selon les résultats de l'enquête de couverture vaccinale de 2017 et dans les zones de santé à haut risque et risque moyen selon l'analyse de risques d'aout 2018 présenté dans le plan de mise en œuvre.

En attendant la mise en œuvre de la campagne, certaines actions de routine pour le

renforcement de la surveillance seront mises en œuvre notamment :

- Formation pour la surveillance aux DPS et ZS avec suivi de la restitution dans les CS à inclure la collecte et analyse par le SMIR

- Dotation en kits de prélèvement, réactifs à l'INRB

- Etablissement des listes linéaires déjà avec une augmentation de nombre de cas suspects par le SMIR

- Formation des DPS pour l'investigation et fonds pour ce faire

- Analyse des listes linéaires, rapports des investigations

L'analyse de risques et la survenue des épidémies de rougeole survenues en 2018 a poussé le pays à soumettre une requête à MRI afin de pré positionné des fonds supplémentaires qui permettrons de répondre aux épidémies à temps. Vu le retard observé dans la transmission de cette requête et la situation changeante en termes des zones de santé en épidémie, les zones de santé initialement ciblées sont aussi prises en compte pour cette soumission. Vu qu'en 2019 les campagnes seront organisées au dernier trimestre de l'année 2019, la requête MRI aidera le pays à disposer des fonds pour répondre aux urgences durant les 9 premiers mois de l'année.

### 3.5.2 Alignment with country strategic multi-year plan / comprehensive multi-year plan (cMYP)

**Please describe how the plans and key assumptions in this request align with the most recent country strategic multi-year plan (cMYP) and other national health and immunisation plans.**

La mise en œuvre de cette campagne est conforme au PPAC et au plan stratégique d'élimination de la rougeole en RDC

Le PPAC actuel couvre la période allant de 2015-2019. Il est prévu en octobre de cette année, de le réviser et de l'étendre jusqu'en 2020 pour l'aligner au PNDS 2016-2020.

### 3.5.3 Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) and technical advisory committee (NITAG)

**Provide a description of the roles of the national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent body) and national immunization technical advisory group (NITAG) in developing this request.**

**If any of Gavi's requirements to ensure basic functionality of the relevant national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) were not met, please describe the reasons and the approach to address this. Requirements can be found in the general application guidelines.**

**In the absence of a NITAG, countries should clarify the role and functioning of the advisory group and describe plans to establish a NITAG.**

Les principales fonctions et responsabilités du CCIA / CCSS peuvent être résumées de la manière suivante :

- Coordonner les interventions des partenaires techniques et financiers pour mieux appuyer le PEV

- Partager les informations techniques, financières et logistiques en rapport avec les services de vaccination
- Coordonner et guider l'utilisation des ressources de GAVI et des partenaires pour la vaccination
- Appuyer techniquement et financièrement le Programme de Vaccination dans le but d'atteindre les objectifs et les buts du Programme
- Faire le plaidoyer auprès des donateurs pour mobiliser les ressources et soutenir le Programme

• Faire le suivi des performances du Programme

Le CCIA comprend 4 commissions dont la :

Commission technique:

- Elaborer le plan d'action PEV et sa mise en œuvre
- Analyser mensuellement les données vaccination y compris celles de la gestion des vaccins et autres intrants et de surveillance par zone de sante
- Identifier les problèmes et contraintes du PEV
- Partager les informations avec tous les partenaires
- Faire la retro information vers les provinces
- Communiquer avec les parties prenantes

Commission logistique:

- Analyser les données de la gestion des vaccins et autres intrants par zone de santé et identification des besoins en vaccins
- Faire l'Inventaire de matériels de la CF par ZS et dans la structure PEV
- Identifier les problèmes liés à la gestion des stocks (vaccins, diluants, pétrole, pièces détachées, outils de gestion, etc.)
- Faire le feedback aux provinces et zones de santé.

Commission de mobilisation sociale

- Analyser et identifier les problèmes de communication et leurs causes
- Faire des suggestions/recommandations pour améliorer
- Définir les stratégies efficaces de communication sur le PEV
- Identifier les partenaires au niveau de la communauté
- Impliquer et former les Relais communautaires dans le suivi des perdus de vue et dans la gestion des rumeurs
- Développer des stratégies susceptibles d'accroître le lien entre les structures sanitaires et la communauté pour le PEV.

Mobilisation des ressources

- Renforcer le plaidoyer en faveur du PEV
- Identifier les Zones non appuyées
- Déterminer les domaines sans appui
- Identifier les donateurs potentiels et faire le Suivi (Recouvrement)
- Préparer les réunions de plaidoyer
- Elaborer le Rapport au cours des réunions du CCIA

Le CCIA stratégique (composé des chefs d'agences) va approuver et suivre les recommandations des différentes commissions de CCIA.

Le GTCV a été installé depuis le mois de février dernier mais n'a pas encore tenu sa première réunion suite au conflit d'agenda de ses membres.

### 3.5.4 Financial sustainability

**Please discuss the financing-related implications of the new vaccine programs requested, particularly how the government intends to fund the additional co-financing**

**obligations. Please mention if any defaults occurred in the last three years and, if so, describe any mitigation measures that have been implemented to avoid future defaults. Additionally has the country taken into account future transition from Gavi support?**

A part l'engagement du gouvernement, le pays va recourir à la mobilisation des ressources (Gouvernement et partenaires )  
Les efforts sont entrain d'être fourni par le Gouvernement dans la sens d'améliorer ce de-faux de cofinancement et pour ce fait le calendrier suivant reprend les échéances et montants discutés avec l'équipe de Gavi le 28 février dernier :  
Calendrier pour la première tranche du plan de paiement 2018-2020 : la première tranche du cofinancement du Gouvernement 2017 (1 000 000 US\$) et cofinancement total du Gouvernement 2018 (4 324 500 US\$)  
- 1ère tranche à payer avant le 30 avril 2018  
- 2ème tranche à payer avant le 30 juin 2018 - 3ème tranche à payer avant le 31 août 2018  
Total à acquitter au 31 août 2018  
(US\$) 5 324 500  
Sur le montant de 5 324 500 \$, le gouvernement a déjà payé deux tranches qui représentent un total de 3 500 000.

### 3.5.5 Programmatic challenges

**Summarise programmatic challenges that need to be addressed to successfully implement the requested vaccine support, and describe plans for addressing those. These may include plans to address the barriers identified in the coverage and equity situation analysis section, and include vaccine supply chain, demand generation/ community mobilisation, data quality/ availability/ use and leadership, management and coordination, etc.**

Le plan d'introduction prend en compte les différents facteurs qui influencent les différents services de vaccination. Le PEV et ses partenaires dans le cadre du renforcement de la dynamique communautaire compléteront et rendront fonctionnels les CAC pour mobiliser les ménages en faveur de la vaccination.  
Les actions de plaidoyer seront menées auprès des autorités locales pour leur implication dans la mobilisation des communautés d'accès difficile  
Le plan d'introduction prend en compte les différents facteurs qui influencent les différents services de vaccination. Le PEV et ses partenaires dans le cadre du renforcement de la dynamique communautaire compléteront et rendront fonctionnels les CAC pour mobiliser les ménages en faveur de la vaccination.  
Les actions de plaidoyer seront menées auprès des autorités locales pour leur implication dans la mobilisation des communautés d'accès difficile.  
Plan pour surmonter les différents obstacles :  
- Concernant l'approvisionnement en vaccins, l'augmentation de la couverture en matériels de chaine de froid estimée à ce jour à 76% va faciliter la bonne conservation des vaccins et des diluants ;  
- Des stratégies spécifiques sont décrites dans le plan de mise en œuvre pour les différents domaines dont l'accès aux populations qui ont souvent manqué la vaccination dont les déplacés, réfugiés et surtout les enfants zéro doses, l'amélioration de la communication avant la campagne de vaccination pour éviter les absences lors du passage des équipes de

vaccination ;

- Les autres aspects liés aux préparatifs, à la formation, au renforcement de la vaccination de routine pendant les AVS, la réduction des MAPI, l'évaluation indépendante de la campagne sont décrits dans le plan de mise œuvre.

- La mise en place d'un cadre de performances est aussi retenu pour assurer l'atteinte d'une couverture de plus de 95% selon les données administratives et des enquêtes afin d'atteindre ces couches d'enfants qui ne sont pas atteints par le système de vaccination et réduire ainsi le cycle d'épidémies de rougeole en RDC

### 3.5.6 Improving coverage and equity of routine immunisation

**Explain how the proposed NVS support will be used to improve the coverage and equity of routine immunisation, by detailing the proposed activities and budget will contribute to overcoming key barriers.**

En rapport avec l'équité, 86% des zones de santé ont présenté les CV supérieures à 80% au Penta3.

Il ressort de l'enquête EDS RDC II, 2013-2014 qu'il n'existe pas des différences significatives entre les enfants vaccinés selon le sexe. Par contre on a noté les différences significatives entre le quintile le plus pauvre et le plus riche et selon le milieu urbain ou rural ainsi que le niveau d'instruction des mères

Parmi les problèmes rencontrés en 2015, il y a lieu de citer un grand nombre d'enfants non vaccinés... (Kinshasa, Sud Ubangi, Mongala, Sud Kivu, Equateur, Tanganyika, Tshopo, Ituri, Kasai Oriental, Kwilu, Tshuapa, etc), faible qualité des données de vaccination (DTC-HepB-Hib3 : 12%, PCV-13(3) : 13% et VAA : 23%), faible couverture en matériels de chaîne de froid, faible taux de satisfaction des besoins en vaccins dans certaines DPS.

Actions correctrices:

- Pour résoudre les problèmes d'équité liée à l'accessibilité géographique, le renforcement de l'approche ACZ en prenant en compte les populations spéciales à vacciner dans la microplanification/cartographie des aires de santé dès le second semestre 2016.

Par rapport aux barrières socio-économiques qui empêchent l'accès à la vaccination, le Secrétariat Général de la Santé Publique organisera un forum entre les parties prenantes pour débattre de la question du monneyage de l'acte vaccinal dans les formations médicales privées et confessionnelles dans les grandes agglomérations urbaines d'ici au premier trimestre 2017.

Le pays, va mettre à profit cette campagne de suivi pour renforcer l'atteinte de couverture vaccinale en routine et l'équité au travers les activités de renforcement des capacités des acteurs et de communautés lors de formation et de la micro planification intégrée avec approche village. Cette micro planification permettra d'identifier les communautés qui ne sont pas souvent atteintes par les services de vaccinations de routine. En plus le CCOP1 et 2 permet d'augmenter la couverture des MCF à 75% avec un effet positif d'augmenter les séances de vaccination de routine avec les vaccins de bonne qualité.

La mise en œuvre des actions pré citées seront évaluées à travers les indicateurs suivants : Les différentes actions qui seront mises en œuvre seront évaluées en fonction de certains indicateurs définis. Les indicateurs mesurables pour évaluer l'impact de la campagne sur la vaccination de routine proposés sont :

- a. Nombre d'enfants cibles vaccinés sur les attendus pendant la période
- b. Nombre d'enfant non ou insuffisamment vaccinés identifiés avant ou pendant la mise en œuvre de la campagne (ayant reçu les jetons)
- c. Nombre d'enfants zéro dose vaccinés durant la campagne sur la base des enquêtes de

couverture et de monitoring

d. Nombre d'enfants insuffisamment vaccinés récupérés en routine durant la campagne sur la base de l'enquête de couverture et de monitoring

e. Nombre de séances de vaccination en stratégie fixe et avancée organisées durant la campagne de vaccination ;

f. Nombre d'aires de santé ayant eu une rupture de stock en vaccins et autres intrants durant la campagne de vaccination

g. Nombres de MAPI notifiés chez les enfants vaccinés en routine durant la campagne de vaccination

h. Nombre d'enfants devant faire l'objet d'un suivi pour compléter le calendrier vaccinal du PEV  
Les autres aspects liés au renforcement de la vaccination de routine sont détaillés dans le plan de mise en oeuvre.

### 3.5.7 Synergies

**Describe potential synergies across planned introductions or campaigns. If relevant, comment on capacity and appropriate systems to introduce multiple vaccines in a year. Also describe how the country will mitigate any programmatic and financial risks associated with multiple introductions.**

*Note 9*

Le pays ayant planifié des campagnes de vaccination préventives contre la fièvre jaune en 4 blocs de provinces en 2019 et 2020 pour les populations cibles de 1 à 60 ans, les enfants cibles des campagnes de vaccination de suivi contre la rougeole étant incluses dans celles des campagnes contre la fièvre jaune, les campagnes de suivi contre la rougeole vont être organisées en intégration avec celles de la fièvre dans certains blocs selon le chronogramme élaboré. Lors de la mise en œuvre, des postes de vaccination spécifiques seront aménagés dans les sites de vaccination pour recevoir uniquement les enfants de 6 à 59 mois qui doivent recevoir les 2 vaccins.

### 3.5.8 Indicative major measles and rubella activities planned for the next 5 years

**Summarise in one paragraph the indicative major measles and rubella activities planned for the next five years that are reflected in the annual EPI plan (e.g. measles second dose introduction, measles or measles-rubella follow up campaign, etc.).**

Dans les 5 prochaines années, il est prévu de parachever la mise en œuvre du premier cycle du plan d'élimination de la rougeole recadré et couvrant la période de 2018 -2020. Les grandes lignes de ce plan insistent sur l'introduction de la seconde dose du VAR ou au mieux l'introduction du RR couplé au renforcement de la surveillance épidémiologique et la poursuite de la mise en oeuvre des AVS de suivi tous les 3 ans.

A cela va s'ajouter les interventions pour le renforcement de la vaccination de routine par l'approche « Atteindre Chaque Zone de santé » seront mises en œuvre dans toutes les ZS de toutes les 26 provinces.

- Organiser une micro planification de qualité faite à la base: pour une bonne mise en œuvre de la campagne de qualité, une micro planification réalisée par le niveau opérationnel s'avère indispensable. Au cours de cet exercice, l'emphase sera mise sur l'identification exhaustive de toutes les localités, les campements et les regroupements de populations des zones ciblées par l'intervention. L'usage des méthodes innovatrices telles que l'utilisation des CAC qui vont

réaliser le dénombrement selon « l'approche village » pour identifier la cible à vacciner en routine (les enfants de 0 à 11 mois). Un briefing sera réalisé aux niveaux central, provincial et opérationnel ; un accompagnement sera assuré par les niveaux central et provincial y compris les appuis qui seront mobilisés dans le cadre de cette campagne. Seront pris en compte comme acteurs, les APA depuis la province jusqu'aux villages (Gouverneurs, Administrateurs de territoire, Chefs de groupement, Chefs de chefferie, Chefs de village), leaders de groupes spéciaux, les OAC, les partenaires intervenant dans les foyers d'insécurité et les populations spéciales. En attendant le dénombrement qui sera réalisé, la cible d'enfants à vacciner en routine est estimée à 4 % de la population totale ;

- Actualisation de l'analyse de risque de la rougeole en utilisant la nouvelle version de l'outil pour identifier la localisation des enfants non ou insuffisamment vaccinés ;
- Organiser des activités intensifiées de vaccinations de routine périodiques (PIRI) contre la rougeole dans les localités identifiées à risque sur base du nouvel outil de l'analyse de risque ;
- Former le personnel du niveau opérationnel en gestion technique PEV ;
- Rendre disponibles les outils de gestion du PEV de routine dans toutes les structures qui offrent des services de vaccination dans les provinces ciblées ;
- Assurer l'approvisionnement régulier des ZS et AS en vaccins et autres intrants (mettre en place un système de tracking de la disponibilité des vaccins de l'antenne aux zones de santé et des zones aux aires de santé) ;
- Rendre disponible les moyens de transport pour faciliter l'approvisionnement en vaccins et autres intrants, la réalisation des différentes stratégies pour atteindre chaque enfant et pour assurer les activités de suivi ;
- Augmenter le nombre de séances de vaccinations en stratégie fixe, en stratégie avancée et en stratégie mobile de chaque AS selon les besoins des villages à atteindre (une stratégie fixe, deux stratégies avancées ou plus, et une stratégie mobile au moins par semaine et par structure qui vaccine) ;
- Assurer une vaccination à tout contact dans les structures à forte fréquentation, disposant d'une chaîne du froid fonctionnelle, d'une disponibilité en vaccins et un personnel suffisant ;
- Intégrer la vaccination dans les postes de santé et les structures privées afin de réduire le coût de la stratégie avancée ;
- Améliorer la qualité de séances de vaccination (réduire la file d'attente, les occasions manquées, la sécurité des injections et de la vaccination, etc.) ;
- Assurer l'analyse des données de la vaccination de routine dans toutes les aires de santé, village par village (identifier et localiser les populations cibles non atteintes en routine, particulièrement pour les VAR) ;
- Renforcer la vaccination en routine au VAR dans les 518 zones de santé ciblées ;
- Apporter un appui technique en termes de supervision formative, de l'analyse des données de vaccination après chaque séance, de la gestion des vaccins et de la chaîne de froid ;
- Apporter un appui technique supplémentaire (consultants nationaux et internationaux) pour appuyer la formation, la supervision, le monitoring des activités et des données, la validation des données au niveau de chaque zone de santé ;
- Mettre en place de mécanisme pour la vaccination dans les aires de santé avec insécurité en responsabilisant les équipes locales avec l'appui des humanitaires ;

## **3.6 Report on Grant Performance Framework**

### **Grant Performance Framework – Application Instructions**

The Grant Performance Framework (GPF) contains all indicators that will be used to monitor programmatic performance for your requested type of support. Targets that were entered for

number to be vaccinated in section 3 on the Target Information tab, have been carried over into their respective indicators in the GPF. Based on these numbers, coverage and dropout rate targets were calculated (where applicable). These appear as “calculated targets”. If you wish to revise these target values, please revise in the application form – they are not editable in the performance framework. In addition, as a part of your application, there are several items to be filled directly into the GPF. These are broken into required and optional items, below:

### **Required**

1. In addition to the calculated targets, country targets are required to be submitted for outcome indicators. These targets should align to those in your cMYP or NHSP. If these targets are not in your cMYP or NHSP, or are the same as the calculated targets, please enter “NA” for each target value.
2. Additional indicators that appear in the Performance Framework that are not included in the application form. Please enter targets for these indicators.
3. For many indicators, reporting dates have been pre-populated. For those that have not yet been pre-populated, please add reporting dates.

### **Optional**

1. Adding data sources to existing indicators: If there are data sources for indicators that you would like to include, you may add an additional source by clicking on the pencil icon next to the indicator name.
2. Adding new indicators: Gavi requires all countries to report on core indicators, which are already included in the GPF. If you wish to add supplemental indicators to monitor performance, you may do so by clicking the “Add indicator” button at the respective performance level (Outcome, Intermediate Result, or Process).

Please note that the GPF is filtered by default to only show indicators that are relevant to the specific types of support contained in the application. You may view the entire GPF by using the “Grant Status” filter. Please ensure your pop-up blocker is disabled when launching the GPF.

If you have any questions, please send an email to [countryportal@gavi.org](mailto:countryportal@gavi.org).

## **3.7 Upload new application documents**

### **3.7.1 Upload new application documents**

Below is the list of **application specific documents** that must be provided with your application.

In the case a document cannot be provided, please use the comment box to explain why, or by when it will be available.

### **Application documents**



**New vaccine introduction plan (NVIP) and/or campaign plan of action (PoA), including checklist & activity list and timeline**

If support for a campaign and routine introduction is requested at the same time, the new vaccine introduction plan and campaign plan of action can be combined into one document to minimise duplication.

[DRCREPONSES AU CEIapplication Rougeole04092018\\_15-10-18\\_15.05.21.docx](#)

[Prescreening questions RDC table reponses VF 15102018\\_15-10-18\\_15.03.39.docx](#)

[RDCRapport MEO Plan Amélioration GEVMai2018\\_15-10-18\\_14.53.25.pdf](#)

[EPILogForecastingToolRDCv2016 20152019Janv 2016 Reconf 2017 12102018\\_15-10-18\\_14.50.38.xlsx](#)

[Prevision budgetaireVARintégré15102018VF\\_15-10-18\\_14.49.21.xlsx](#)

[4. MMR campaign plan of action DRC15102018\\_15-10-18\\_14.42.17.docx](#)



**Gavi budgeting and planning template**

[Prevision budgetaireVAR13062018Plan B\\_10-09-18\\_00.40.49.xlsx](#)

[Prevision budgetaireVARintégré15102018VF\\_15-10-18\\_14.54.51.xlsx](#)



**Most recent assessment of burden of relevant disease**

If not already included in detail in the Introduction Plan or Plan of Action.

[DRCMeasles Risk Assessment ToolAug 2018\\_10-09-18\\_00.47.51.xlsm](#)

[RobMeasles Risk Assessment Toolv1.7 1\\_10-09-18\\_00.44.51.zip](#)



**Campaign target population (if applicable)**

[Population cible et chronogramme\\_10-09-18\\_00.52.58.xlsx](#)

## Endorsement by coordination and advisory groups

- ✓ **National coordination forum meeting minutes, with endorsement of application, and including signatures**  
[RDC Compte rendu CNC Validation soumission VAR 04 mai 2018 13-05-18\\_16.30.43.docx](#)  

The minutes of the national coordination forum meeting should mention the domestic funding of MCV1
- ✓ **NITAG meeting minutes**  
[Rapport Synthèse GTCVRDC\\_13-05-18\\_16.33.53.docx](#)  

with specific recommendations on the NVS introduction or campaign

## Vaccine specific

- ✓ **cMYP addendum**  
[PPACRDC 20152019VF\\_13-05-18\\_16.25.40.docx](#)  

Situation analysis and 5 year plan captured in the cMYP or as an addendum to the cMYP
- ✓ **Annual EPI plan**  
[Plan d'Action Opérationnel PEV 201826012018PTCMKJPM\\_13-05-18\\_17.02.41.docx](#)  

Annual EPI plan detailing planning of all measles and rubella-related activities for the current year, including realistic timelines, designated responsible individual(s) and a budget
- ✓ **MCV1 self-financing commitment letter**  
[Page des signatures 13-05-18\\_16.59.00.docx](#)  

If the country is not yet financing the measles monovalent component of MCV1, a letter signed by the Minister of Health and Minister of Finance committing for the country to self-finance MCV1 from 2018 onwards.

- ✓ **Measles (and rubella) strategic plan for elimination** [Plan strategique d'Elimination rougeole en RDC 2012 2020Final 13-05-18 16.54.28.pdf](#)

If available

- ✓ **Other documents (optional)** [RDCRapport MEO Plan Amélioration GEVDécembre 2017\\_13-05-18\\_17.10.16.pdf](#)

## 4 Review and submit application

### 4.1 Submission Details

#### Country vaccine funding summary

Please review the estimated projections for new vaccine programmes included in this application.

#### Active Vaccine Programmes

*Note 10*

##### IPV Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)					
Gavi support (US\$)	3,513,500	3,619,434	3,692,530	3,766,533	3,841,342

##### PCV Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	1,600,512	2,309,392	2,343,510	2,390,389	2,437,761
Gavi support (US\$)	25,108,000	37,707,500	33,610,726	34,283,065	34,962,472

##### Pentavalent Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	1,337,052	2,349,624	2,837,039	2,789,200	2,844,474
Gavi support (US\$)	3,930,000	6,101,500	7,189,824	7,068,586	7,208,665

#### Rota Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	572,325	596,712	885,612	1,444,192	1,462,648
Gavi support (US\$)	5,372,622	5,601,549	8,313,558	13,557,153	13,730,404

#### Yellow fever preventive mass vaccination campaign

	2018
Country Co-financing (US\$)	
Gavi support (US\$)	121,944,000

#### YF Routine

	2018	2019	2020	2021	2022
Country Co-financing (US\$)	571,853	812,734	826,552	843,086	859,794
Gavi support (US\$)	2,738,000	3,894,000	3,926,266	4,004,805	4,084,170

#### Measles follow-up campaign

	2019
Country Co-financing (US\$)	209,000
Gavi support (US\$)	7,850,500

#### Total Active Vaccine Programmes

	2018	2019	2020	2021	2022
--	------	------	------	------	------

Total country co-financing (US\$)	4,081,742	6,277,462	6,892,713	7,466,867	7,604,677
Total Gavi support (US\$)	162,606,122	64,774,483	56,732,904	62,680,142	63,827,053
Total value (US\$) (Gavi + Country co-financing)	166,687,864	71,051,945	63,625,617	70,147,009	71,431,730

### New Vaccine Programme Support Requested

#### Measles follow-up campaign

	2019
Country Co-financing (US\$)	209,000
Gavi support (US\$)	8,125,500

	2019
Total country co-financing (US\$)	209,000
Total Gavi support (US\$)	8,125,500
Total value (US\$) (Gavi + Country co-financing)	8,334,500

### Total Portfolio Overview – Existing Programs + New Vaccine Support Requested (US\$)

	2018	2019	2020	2021	2022
Total country co-financing (US\$)	4,081,742	6,486,462	6,892,713	7,466,867	7,604,677
Total Gavi support (US\$)	162,606,122	72,899,983	56,732,904	62,680,142	63,827,053
Total value (US\$) (Gavi + Country)	166,687,864	79,386,445	63,625,617	70,147,009	71,431,730

co-  
financing)

## Contacts

### Contacts

Person(s) who should be contacted in case Gavi needs to ask for more information in regard to the application.

Name	Position	Phone Number	Email	Organisation
Dr Guillaume NGOIE MWAMBA	Médecin Directeur du PEV	+243817975023	guillaumengoiemwamba@gmail.com	
Dr Elisabeth MUKAMBA MUSENGA	Médecin Directeur Adjoint	+243999992735	elisabethmukamba@gmail.com	

### Comments

Please let us know if you have any comments about this application

La demande a été approuvée par le comité national de coordination de lutte contre la maladie réunie en lieu et place du CCIA stratégique. Le compte-rendu de cette réunion est mis en PJ de cette soumission. La page des signature vous sera partagé ultérieurement dans un bref délais du fait des urgences de certaines autorités qui devront signer le document.

## **Government signature form**

The Government of Congo, Democratic Republic of the would like to expand the existing partnership with Gavi for the improvement of the immunisation programme of the country, and specifically hereby requests Gavi support for:

Measles follow-up campaign

The Government of Congo, Democratic Republic of the commits itself to developing national immunisation services on a sustainable basis in accordance with the national health and immunisation strategic plans. The Government requests that Gavi and its partners contribute financial and technical assistance to support immunisation of children as outlined in this application.

The co-financing commitments in this application include the amount of support in either supplies or cash that is requested from Gavi, and the financial commitment of the Government for the procurement of this new vaccine.

Please note that Gavi will not review this application without the signatures of both the Minister of Health and Minister of Finance (and Minister of Education, if applicable) or their delegated authority.

*We, the undersigned, affirm that the objectives and activities in this request are fully aligned with the national health and immunisation strategic plans (or equivalent), and that funds for implementing all activities, including domestic funds and any needed vaccine co-financing will be included in the annual budget of the Ministry of Health.*

*We, the undersigned, further affirm that the requested funding for salaries, salary top-ups/allowances, per diems and incentives does not duplicate funding from other sources (e.g. from other donors).*

*We, the undersigned, further affirm that the terms and conditions of the Partnership Framework Agreement between Gavi and the Country remain in full effect and shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.<sup>1</sup>*

**Minister of Health (or delegated authority)**

**Minister of Finance (or delegated authority)**

Name

Name

Date

Date

Signature

Signature

For countries requesting HPV support, with a school linked strategy, the signature of the Minister of Education (or delegated authority) is also required.

**Minister of Education (or delegated authority)**

Name

Date

Signature

---

<sup>1</sup> In the event the Country has not yet executed a Partnership Framework Agreement, the terms and conditions of this application shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.

## Appendix

### NOTE 1

The new cMYP must be uploaded in the country document section.

### NOTE 2

The purpose of these estimates is to provide visibility into the current and future vaccine funding requirements. The values reflected here are a combination of actuals and estimates.

Specifically, current year values reflect values approved by the secretariat, while future values are based on data provided by the country – when data isn't available we rely on extrapolations to estimate funding needs. Please note that any future values might be subject to change, and for the official obligations a country should refer to its active Decision Letter.

### NOTE 3

\* For more information on the vaccine presentations available, please refer to the detailed product profiles available here: <http://www.gavi.org/about/market-shaping/detailed-product-profiles/>

\* Please note Gavi may not be in a position to accommodate all countries first product preferences. In such cases, Gavi will contact the country and partners to explore options.

\* Due to a variety of factors, the launch date may vary compared to the date stipulated in the application. Gavi will work closely with countries and their partners to address these issues.

\* For routine vaccine introduction, support is usually requested until the end of the country's valid cMYP, as per the guidelines and may be extended in the future. If you wish to request Gavi support for a shorter time period than the end of your cMYP you may do so.

\* For campaigns the "support requested until" field will normally be one calendar year from the launch date, but can be extended for a phased campaign.

### NOTE 4

\* The population in the target age cohort represents 100% of people in the specified age range in your country.

\* The target population to be vaccinated is the number of people in the cohort that are expected to be vaccinated.

\* For indicative wastage rates, please refer to the detailed product profiles available here: <http://www.gavi.org/about/market-shaping/detailed-product-profiles/>

\* The wastage rate applies to first and last dose.

#### **NOTE 5**

Co-financing requirements are specified in the guidelines.

#### **NOTE 6**

\*The price used to calculate costs is based on UNICEF-single dose per vaccine procurement cost for measles monovalent vaccine.\*\* This value will differ from the total cost if the vaccine selection is MR, as a country is only required to finance the cost of the measles monovalent vaccine.

#### **NOTE 7**

Note: The population in the target age cohort used here is the number you entered for year one in the target information section.

#### **NOTE 8**

A list of potential technical assistance activities in each programmatic area is available here: <http://www.gavi.org/support/pef/targeted-country-assistance/>

#### **NOTE 9**

E.g. if two introductions are planned in the same year, there should be synergies at least in training and social mobilisation events.

#### **NOTE 10**

The purpose of these estimates is to provide visibility into the current and future vaccine funding requirements. The values reflected here are a combination of actuals and estimates.

Specifically, current year values reflect values approved by the secretariat, while future values are based on data provided by the country – when data isn't available we rely on extrapolations to estimate funding needs. Please note that any future values might be subject to change, and for the official obligations a country should refer to its active Decision Letter.