

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GENERAL DE LA SANTE, HYGIENE ET PREVENTION
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

RAPPORT
Evaluation conjointe
RDC – Gavi 2023

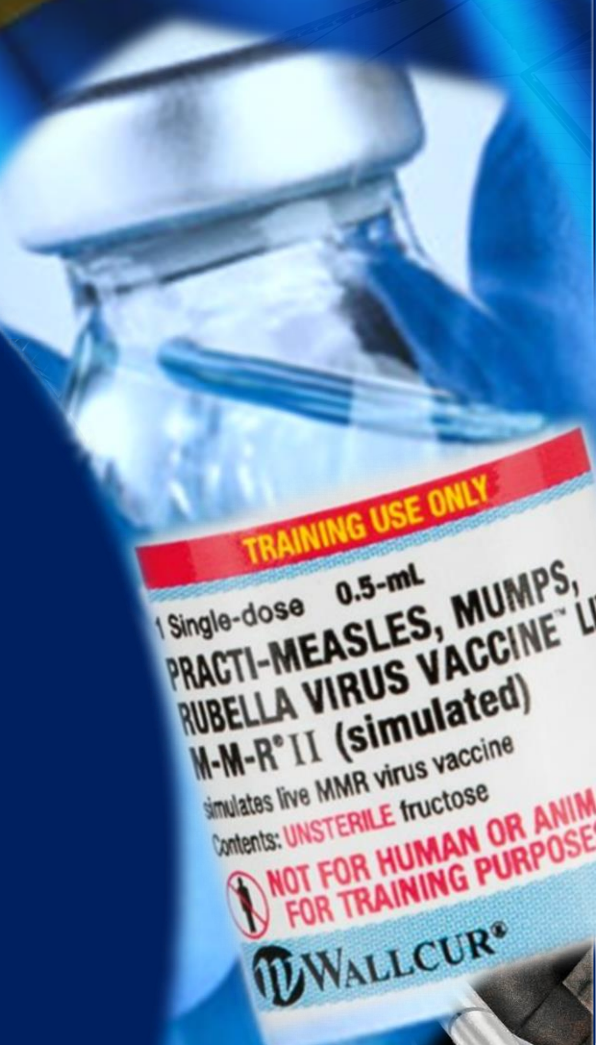
Décembre 2024



PEV
Programme Elargi de Vaccination
RD.Congo



Programme
Elargi de
Vaccination



Pays	République Démocratique du Congo
Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe	Évaluation conjointe complète
Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe	Kinshasa, Caritas Congo/Gombe Du 10 au 11 décembre 2024
Participants/affiliation	Cadres du MSP (niveau central et provincial), partenaires Techniques et Financiers, Société civile, gouvernement : Ministères Finances, Budget et Santé, Intérieur, députés nationaux du réseau de la vaccination(REPACAV), Représentant CNCSU.
Période couverte par les rapports de résultats	1 ^{er} janvier 2023 au 30 novembre 2023

1. PRÉAMBULE

L'évaluation conjointe est un élément essentiel du suivi et de la gestion périodique de la performance des subventions Gavi, l'évaluation conjointe a évolué pour s'harmoniser avec les changements stratégiques de Gavi 5.0.

L'évaluation conjointe est un espace d'examen / de discussion **annuel, à vocation nationale et multipartite** qui constitue une opportunité importante pour les pays de faire participer les partenaires de Gavi, l'Alliance du Vaccin, et d'autres parties prenantes majeures, au suivi de l'évolution annuelle des programmes de vaccination de routine par rapport aux buts et objectifs nationaux, et d'examiner dans quelle mesure le soutien de Gavi contribue aux progrès réalisés. Les principales parties prenantes impliquées dans le programme de vaccination du pays, dont les organisations de la société civile (OSC), doivent être représentées à l'évaluation conjointe.

Dans le cadre du processus de gestion du portefeuille de soutien de Gavi, l'évaluation conjointe doit examiner la **contribution de Gavi à la performance du programme de vaccination du 1^{er} Janvier au 30 Novembre 2023**, notamment l'état actuel de votre programme de vaccination contre la COVID-19 et les efforts d'intégration. Une des principales caractéristiques de l'évaluation conjointe est la discussion conjointe sur **les pratiques prometteuses, les difficultés rencontrées et les besoins futurs** pour améliorer la performance de la vaccination, en cherchant surtout à atteindre les enfants « zéro dose » et les communautés laissées pour compte.

Le type d'exercice d'évaluation conjointe est à adapter au contexte national et peut être programmé en tenant compte d'autres exercices de planification tels que les revues du PEV ou lors de l'élaboration de la stratégie nationale de vaccination.¹ L'évaluation conjointe comprendra un travail préparatoire pour rassembler et analyser les données avant la discussion, un échange sur les tendances des performances et leurs implications pour le PEV, et se terminera par la rédaction d'un rapport et les résultats des délibérations pertinentes, ainsi que des actions de suivi. Il convient d'organiser au moins une discussion en direct (en personne ou virtuelle) avec les multiples parties prenantes engagées dans le processus.

Le modèle d'évaluation conjointe de 2023 s'articule comme suit :

- **Section 1 : Situation du pays** : vue d'ensemble de la performance du soutien de Gavi, et discussion sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées.
- **Section 2 : Perspectives** : résumé des points de discussion et actions de suivi.

Les informations et les indicateurs contenus dans la section 1 sur la performance du programme national de vaccination et le soutien de Gavi sont pour la plupart fondés sur des rapports harmonisés. Ils font partie du cadre de suivi et de gestion de la performance de Gavi, qui documentera les discussions en cours sur le portefeuille, l'évaluation conjointe, ainsi que les discussions au sein du Panel d'examen de haut niveau de Gavi.

La section 1 indique également si Gavi s'attend à ce que les rapports soient établis par rapport aux indicateurs clés de performance liés aux subventions, élaborés au cours des demandes de soutien au titre de la planification de l'ensemble du portefeuille (PPC) / du financement accélérateur de l'équité (FAE). Pour ces indicateurs, les résultats doivent être analysés, en prenant en compte 1) le changement absolu de l'indicateur en tant que tendance au fil du temps et 2) la variation en pourcentage de l'indicateur par rapport à la valeur de référence de la demande de soutien au titre de la PPC ou du FAE. Les variations dans le temps seront évaluées par rapport aux objectifs à atteindre en fin de subvention, au cours de la phase de demande de soutien. Veuillez-vous assurer que des données suffisantes sont fournies pour réaliser ces analyses, y compris les valeurs de référence, les objectifs et des données annuelles suffisantes pour dégager des tendances.

¹ Les pays qui finalisent au cours de l'année 2022 une planification complète de leur portefeuille ne sont pas censés mener une évaluation conjointe

Les questions transversales ci-dessous doivent être prises en compte pour structurer les informations qualitatives :

Questions transversales

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?
2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?
3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?
4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?

La section 1 constitue la base analytique pour structurer la discussion de l'évaluation conjointe, alors que la section 2 résume les résultats de l'évaluation conjointe et les actions de suivi.

Le résultat de cette évaluation conjointe comprendra une évaluation des pratiques prometteuses, des difficultés rencontrées et des opportunités pour les investissements de Gavi, et doit dégager des orientations détaillées pour les actions futures, avec des cibles claires et des responsabilités assignées, avec appropriation de l'ensemble des parties prenantes nationales.

Section 1 - Situation du pays : vue d'ensemble de la performance du soutien et discussion sur les progrès accomplis et les difficultés rencontrées

1. Contexte actuel du pays dans lequel les activités de vaccinations et autres se font.

1. Situation géographique

Située au centre de l'Afrique, la République Démocratique du Congo (RDC) a une superficie de 2 345 409 Km² qui fait d'elle le 2^{ème} pays le plus vaste du continent après l'Algérie. Elle partage 9 165 Km de frontière avec neuf pays voisins. Comme indiqué sur la figure ci-contre, la RDC est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola.

La République Démocratique du Congo est constituée de quatre régions géographiques à savoir : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées et entrecoupées de galeries forestières ; et des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest.

La RDC dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 80 millions d'hectares, et dont environ 4% seulement sont jusque-là exploitées.

La République Démocratique du Congo jouit d'une diversité des conditions climatiques et géologiques favorisant les possibilités d'une grande diversité des cultures. En effet, on y trouve quatre climats : le climat équatorial, climat tropical humide, climat tropical à saison sèche prolongée et le climat littoral. Une telle variété des climats fait profiter à la République Démocratique du Congo des précipitations en quantité suffisante et d'un large ensoleillement.

En outre le pays dispose d'un important réseau hydrographique avec notamment le fleuve Congo long de plus de 4 374 km et 2^{ème} au monde en ce qui concerne son débit, les lacs dont le lac Tanganyika, le lac Albert, le lac Kivu, le lac Edouard.

2. Situation socio-démographique

Selon les projections de l'Institut National des Statistiques (INS) sur base du dernier recensement général de la population de 1984, la population de la RDC en 2024 est estimée à 122 511 000 habitants et pourrait atteindre 185 283 000 habitants en 2033. Les enfants de moins de 15 ans représentent 48%, les 15-59 ans représentent 48%, les femmes en âge de procréer représentent 21% et le reste (4%) est constitué par les plus 60 ans. Si les conditions de fécondité demeuraient inchangées, une femme en RDC aurait, en

moyenne, 5,5 enfants au cours de sa vie (EDS 2023-2024). Le secteur informel représente 90% d'emplois occupés sur un total de près de 27,3 millions d'emplois².

La population congolaise vivant en milieu rural représente 60% contre 40% en milieu urbain et la densité de la population est 52 habitants au Km² en 2024 avec beaucoup de disparités entre les provinces. Selon l'aperçu des besoins humanitaires 2024, plus de 6,7 millions de personnes sont déplacées internes dont deux millions de femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA) et 72 000 cas de Violence Basée sur le Genre (VBG), y compris le viol, sont dans le besoin d'assistance humanitaire. Les provinces les plus affectées sont celles concernées par les conflits armés.

Selon le PNDS 2019-2023, le niveau de pauvreté des ménages est passé à 61,9% en 2022 contre 73,5% en 2012.

3. Situation politico-administrative

La RDC est un État de droit, indépendant, souverain, uni et indivisible, social, démocratique et laïc. Elle comprend 25 provinces ainsi que la ville de Kinshasa ayant statut de province.

Selon l'annuaire statistique 2020 de l'INS, la RDC comprend 98 villes, 145 territoires, 474 secteurs, 263 chefferies, 137 communes urbaines, 174 communes rurales et 5 908 groupements.

La constitution de la RDC consacre 4 institutions suivantes :

- Le Président de la République représente la nation et assure par son arbitrage, le fonctionnement régulier des pouvoirs publics et des Institutions ;
- Le Parlement, composé de deux chambres, l'Assemblée nationale et le Sénat qui exercent le pouvoir législatif et le contrôle de l'action du Gouvernement ;
- Le Gouvernement qui conduit la politique de la nation, dirigé par un Premier Ministre ;
- Les Cours et Tribunaux qui exercent le pouvoir judiciaire.

Chaque province et la ville de Kinshasa disposent d'une Assemblée provinciale et d'un gouvernement provincial. Le gouverneur de province est élu au suffrage universel indirect par les membres de l'Assemblée provinciale.

Les Entités Territoriales Décentralisées (ETD) sont la ville, le secteur, la chefferie et la commune.

Les provinces, la ville de Kinshasa et les ETD sont dotées de la personnalité juridique avec autonomie de gestion administrative et financière. Elles ont les prérogatives d'organiser leurs propres services publics dans le respect de la législation, de la réglementation, des politiques, stratégies, normes et directives en vigueur, édictées par le pouvoir central.

4. Situation économique et financière

De 2019 à 2020, l'activité économique a connu un ralentissement suite, entre autres, aux effets de la pandémie de la Covid-19. De 4,4% en 2019, la croissance économique s'est située à 1,7% en 2020, soit une baisse de 2,7 points. Grâce aux mesures des politiques budgétaires et économiques, associée à une production minière plus élevée, l'activité économique a connu un accroissement pour se situer à 6,6 % en 2022.

L'inflation dépasserait 12 % en fin 2022, en raison de la hausse des prix mondiaux des denrées alimentaires et des carburants, exacerbée par la guerre en Ukraine et les goulots d'étranglement de la chaîne d'approvisionnement. Le compte courant a atteint un excédent au premier semestre de l'année grâce à de fortes exportations, et en fin octobre, les réserves internationales brutes ont atteint environ 2

² MTPS-RDC, Rapport de l'enquête sur les tendances des indicateurs sur le marché du travail en RDC, 2023

mois d'importations, bien au-dessus de l'objectif fixé au début de l'accord de « Facilité Élargie de Crédit » (FEC)³.

Si l'ensemble de ces mesures sont appliquées, l'accroissement des dépenses publiques domestiques en faveur des secteurs sociaux dont la santé permettra de mettre en œuvre les réformes et les actions planifiées dans le présent PNDS-PS 2024-2033 en vue de réaliser les progrès vers l'atteinte des cibles des Objectifs du Développement Durables (ODD) liés à la santé y compris la Couverture Santé Universelle (CSU).

5. Situation du système national de santé

La Loi n°18/035 du 13 décembre 2018 modifiée et complétée par l'Ordonnance-Loi n°23/006 du 03 mars 2023 définit le système national de santé comme un ensemble coordonné de structures, de personnes et d'activités qui assurent la prévention des maladies, le maintien, la restauration et la promotion de la santé au bénéfice de la population. Il a pour mission de garantir le bien-être de la population par ; **i**) la prévention des incapacités provoquées par les maladies et la réduction de la mortalité précoce ; **ii**) la promotion d'un meilleur état de santé de la population ; et **iii**) l'assurance de la couverture, l'efficacité des services de qualité, ainsi que la satisfaction des besoins de santé.

Le système national de santé est structuré en trois niveaux : le niveau central, le niveau provincial ou intermédiaire et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central définit les grandes orientations de la politique nationale de santé. Il édicte les directives, les normes, les stratégies d'interventions, les politiques et en assure le suivi et l'évaluation. Il comprend le cabinet du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions, appuyé par les établissements de facilitation de la mise en œuvre de la CSU (INSP, ACOREP, ANICNS, FSS, FPS, ARCSU), le Secrétariat Général de la prévoyance sociale et l'Inspection Générale de la Santé.

Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination, appui, encadrement, contrôle, supervision, suivi et évaluation de l'ensemble des activités de santé sous sa juridiction. Il veille à l'application de la politique sanitaire, des normes et des stratégies sanitaires nationales. Le pays compte à ce jour 26 Divisions Provinciales de la Santé.

Le niveau périphérique ou opérationnel a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Il comprend la Zone de Santé (ZS) qui est subdivisée en Aires de Santé (AS). Le pays compte à ce jour 519 Zones de Santé.

6. Les ressources pour la mise en œuvre des politiques et plans de santé

6.1. Ressources humaines

Dans l'ensemble, l'effectif global du personnel de santé du secteur public est passé de 200 156 agents en 2019 à 256 409 en 2022, soit un accroissement de 28%. Il est reparti en catégories suivantes : (i) le personnel administratif près de 40%, (ii) infirmiers 45,5% et les médecins 6,5%, Les accoucheuses/sage-femmes 0,9%. Les pharmaciens et les médecins-dentistes représentent respectivement 0,3% et 0,15%, Techniciens de laboratoire et de radiologie qui représentent 6,65%. En ce qui concerne la vaccination, on note une insuffisance des ressources humaines qualifiées et aussi un faible engouement à servir dans

³ <https://www.imf.org/fr/News/Articles/2022/12/20/pr22452-imf-executive-board-concludes-2022-third-review-under-the-ecf-arrangement-with-drc> consulté le 1er avril 2023

les zones d'insécurité et les zones d'accès difficile en raison d'une faible motivation. Les grèves des professionnels de santé affectent périodiquement la mise en œuvre du programme.

6.2. Ressources matérielles

En ce qui concerne les ressources matérielles, les derniers inventaires 2023 des équipements du système de santé notamment en ce qui concerne le matériel roulant et la chaîne du froid indiquent un certain déficit. L'une des principales contre-performances du PEV dans les provinces à faible performances est non seulement l'absence d'équipements pour les activités de vaccination en stratégie fixe mais aussi, l'absence de moyens roulants pour les stratégies avancées et mobiles.

6.3. Ressources financières

Depuis 2012, le Gouvernement central respecte ses engagements dans l'achat des vaccins traditionnels et le paiement de co-financement des nouveaux vaccins et équipements des chaînes du froid. Cependant, la contribution des gouvernements provinciaux aux coûts opérationnels a été effective suite aux engagements de la déclaration de Kinshasa sur la vaccination et l'éradication de la polio en 2019.

Néanmoins, les coûts opérationnels (transport des vaccins et sorties en stratégies avancées et mobiles...) sont encore en majorité supportés par les partenaires au développement.

7. Brèves informations sur le PEV

Le PEV a été mis en place en 1978 consécutive aux résultats de la Campagne Nationale de l'Élimination de la Variole (CNEV) et ceci dix ans plus tard à travers l'arrêté départemental Numéro BUR/CE/SP/0033/88 du 12 octobre 1988 portant création, organisation et fonctionnement du Programme Élargi de Vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (PEV – LMTE) ;

Cette structure a été revue au cours du temps et la structure actuelle du PEV tire sa légitimité de l'arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/S/YS/003/RM/2004 du 12 janvier 2004 portant organisation et fonctionnement du PEV. Selon le préambule de l'arrêté, la mission est de contribuer à une meilleure survie de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies à prévention vaccinale (MPV).

Le PEV a comme cibles les enfants de moins de deux ans (0- 23 mois), cependant avec l'introduction de nouveaux vaccins dont les populations cibles sont au-delà de la petite enfance, les activités de vaccination prennent désormais en compte les femmes enceintes, les personnes âgées de 18 ans et plus pour la vaccination contre la COVID-19, les filles âgées de 9 à 14 ans avec l'introduction du vaccin contre le VPH pour prévenir le cancer du col utérin .

7.1. Fonctionnement actuel du PEV

Le PEV en RDC comprend une direction nationale, 8 coordinations provinciales, 52 antennes réparties dans les 26 provinces du pays.

La direction du PEV assure un rôle normatif. Sous la coordination du Médecin Directeur du PEV secondé par le Médecin Directeur Adjoint, elle comprend 4 divisions :

- ✓ Division Technique qui comprend en son sein cinq services parmi lesquels ceux en charge de la vaccination de routine, des nouveaux vaccins, de la surveillance épidémiologique, des activités de vaccination supplémentaire et des statistiques ;
- ✓ Division d'Appui qui comprend 4 services : communication, partenariat, suivi et évaluation et formation-supervision ;
- ✓ Division Logistique avec 4 Services : gestion des vaccins, expédition, gestion des déchets et la gestion de la chaîne du froid ;

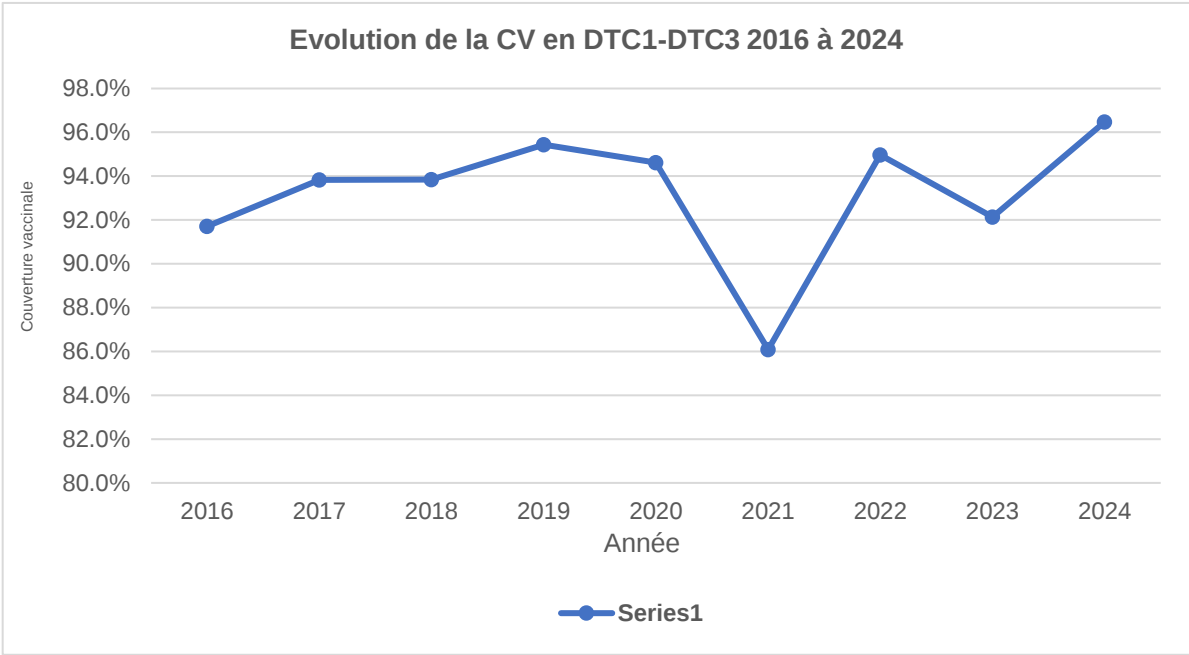
- ✓ Division Administrative et Financière : 4 services : les finances, le budget, le personnel et les services généraux.

Au niveau intermédiaire, les coordinations et antennes apportent un appui technique et logistique aux ZS dans le domaine de la vaccination. Chaque antenne dessert en moyenne une douzaine de ZS.

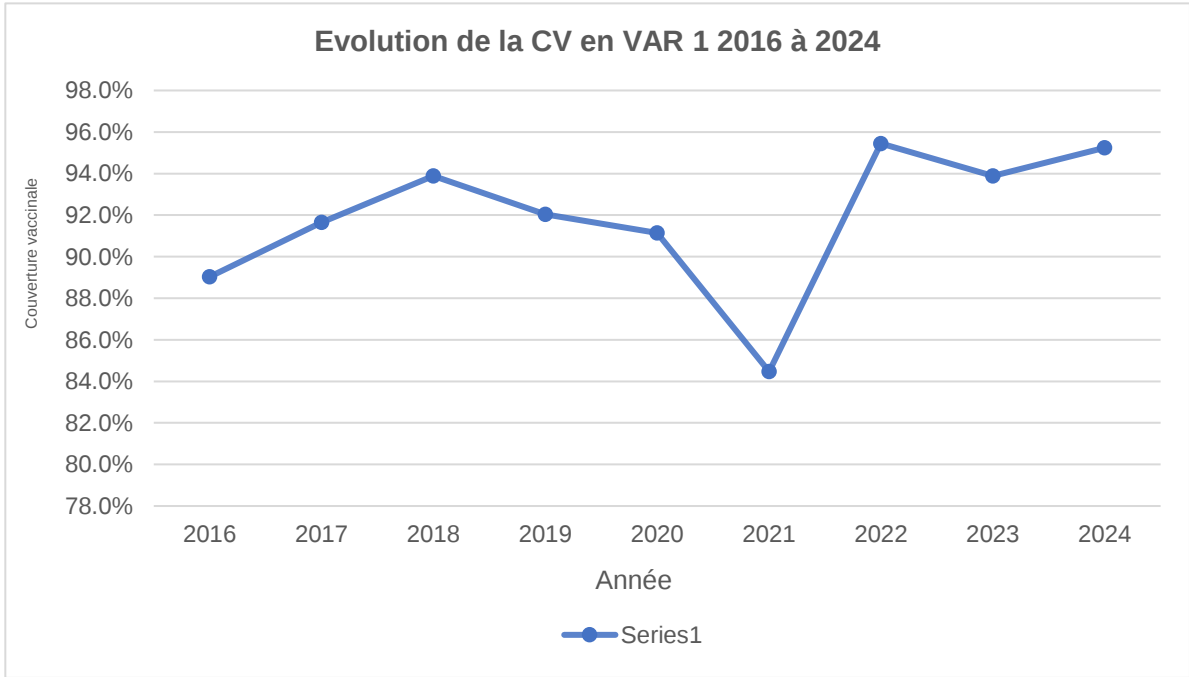
A. Performance du programme de vaccination – enfants « zéro dose », couverture de la vaccination de routine, introduction des vaccins, campagnes et riposte aux épidémies

1. Question d'apprentissage : Quels progrès ont été réalisés pour atteindre les « enfants zéro dose » et sous-vaccinés ?					
Indicateur	2021	2022	2023	Changement (%), 2021- 2023	Changement (%), 2022- 2023
Nombre d'enfants « zéro dose » au niveau national ¹	734 000	780 000	874 590	+16 % (+140 590)	+11 % (+94 590)
Abandon DTC1/DTC3 au niveau national ¹	20%	16%	20%	0%	+4%
Abandon DTC1/VAR (dernière dose de routine) au niveau national ¹	32%	25%	28%	-6%	+3%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock pour le DTC sur l'ensemble de l'année ²	N/A	95%	92%	S/O	S/O
¹ Source : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale (WUENIC), Juillet 2024. https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=coverage ² Données nationales communiquées à l'OMS/UNICEF par le biais du formulaire électronique de rapport conjoint, Juillet 2023. https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/who-unicef-joint-reporting-process					
Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) : En République Démocratique du Congo (RDC), l'accès aux services de santé, y compris ceux de vaccination, est assuré par un réseau de 23 009 ESS dont 12 729 soit 55,3% vaccinent dans 519 zones de santé réparties à travers les 26 provinces du pays.					

Le graphique1 ci-dessous montre l'évolution de la CV en DTC1, DTC3 et VAR1 de 2016 à 2024.



Graphique2



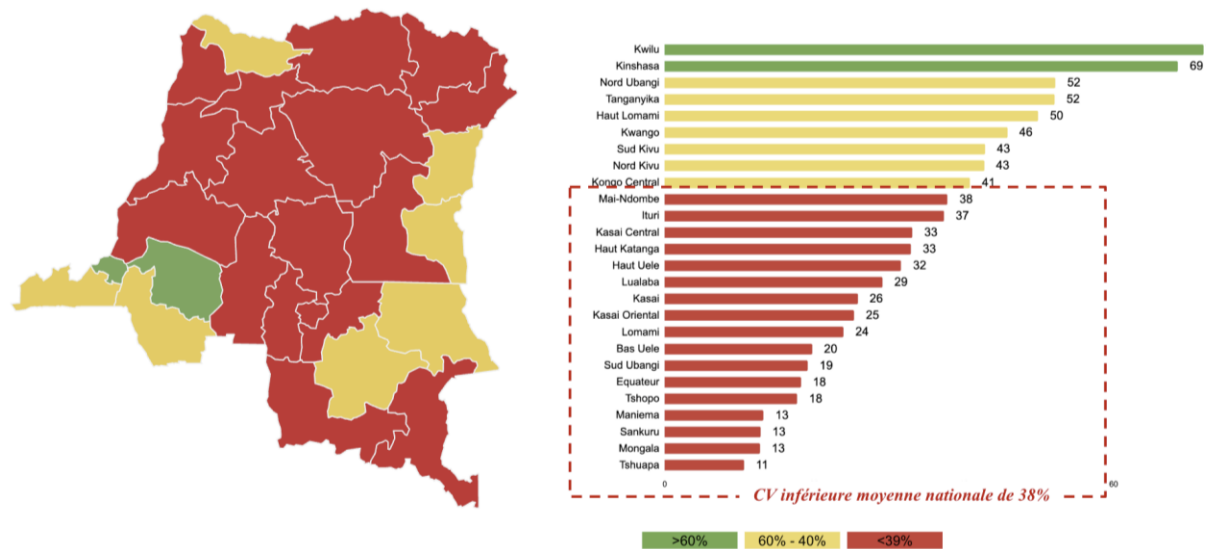
Au niveau national, les couvertures vaccinales en DTC1 et DTC3 sont restées stagnantes entre 2016 et 2019, suivie d’une baisse à partir de 2019 tandis que le taux d’abandon est demeuré supérieur à 10%. Quant au VAR1, la couverture connaît une régression progressive avec une accentuation à partir de 2019.

Le graphique ci-dessous indique les provinces qui tirent le pays vers le bas par rapport aux enfants 0 dose et sous vaccinés.

En 2023, les résultats de l’ECV montrent que 57.6% d’enfants ont été vaccinés au DTC1 (contre 61.3% en 2022), et 52.2% contre la rougeole (contre 56% en 2022), ce qui reste inférieur à l’objectif de 90% fixé par l’IA30. Le pays a réalisé une couverture vaccinale complète de 38%, soit -7 pts par rapport aux ECV 2022. Ainsi au niveau provincial :

- Seulement 5 provinces ont réalisé une couverture vaccinale complète supérieure ou égale à 50% : le Kwilu (72%), Kinshasa (69%), le Nord Ubangi (52%), Le Tanganyika (52%), et le Haut Lomami (50%)
- 5 provinces ont réalisé une couverture vaccinale comprise entre 49% et 38% : le Kwango (46%), Le Sud Kivu (43%), le Nord Kivu (43%), le Kongo Central 41% et le Mai-Ndombe (38%)
- 16 provinces obtiennent une couverture vaccinale inférieure à 38% (la couverture vaccinale complète nationale): l’Ituri (37%), le Kasai Central (33%), Haut Katanga (33%), le Haut Uele (32), le Lualaba (29%), le Kasai (26%), le Kasai Oriental (25%), le Lomami (24%), le Bas Uele (20%), le Sud Ubangi (19%), l’Équateur (18%), la Tshopo (18%), el Maniema (13%), le Sankuru (13%), la Mongala (13%) et la Tshuapa (11%).

Figure 1: Couverture vaccinale complète par DPS, ECV 2023



1.1.1. Situation des zéros – doses en République Démocratique du Congo

Les données de l’ECV 2023 estimaient à 874.790 enfants zéro dose et 1.5 millions insuffisamment vaccinés en République Démocratique du Congo. Ce chiffre est supérieur à celui des estimations de l’OMS et UNICEF qui s’élève à 635 000 enfants zéro dose classant la RDC au 3^e rang dans la région Africaine ayant un nombre élevé d’enfants zéro dose.

En 2023, en RDC, la part des enfants complètement vaccinés est de 38%, celle des enfants sous-vaccinés est de 42% et celle des enfants zéros dose est de 20%.

Les 13 provinces suivantes ont une proportion d'enfants zéro doses de plus de 25% : la Mongala, le Maniema, le Sankuru, la Tshopo, la Tshuapa, le Bas Uele, le Haut Uele, le Kasai, le Mai-Ndombe, le Katanga, le Lualaba et le Sud Ubangi.

Graphique 3 : Couverture vaccinale, enfant sous vacciné et zéro dose par province

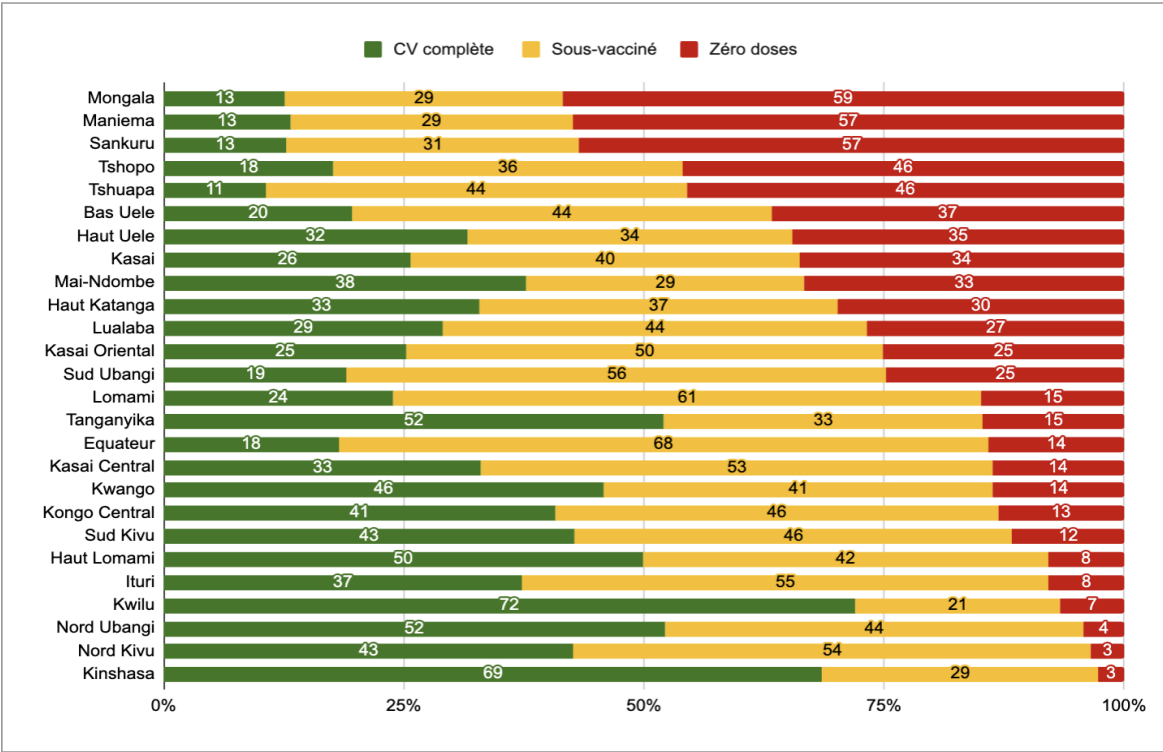


Figure 1: Proportion de population par statut vaccinale par DPS, %, ECV 2023 (classement par zéros doses)

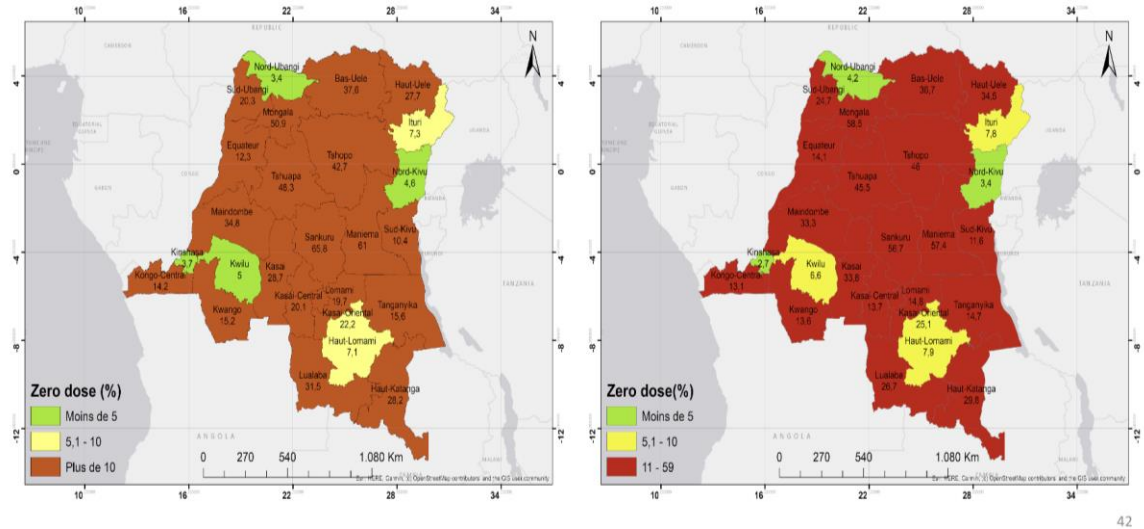


Figure 2: Carte de répartition des zéro doses par province

Questions transversales

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?
2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?
4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?
1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?

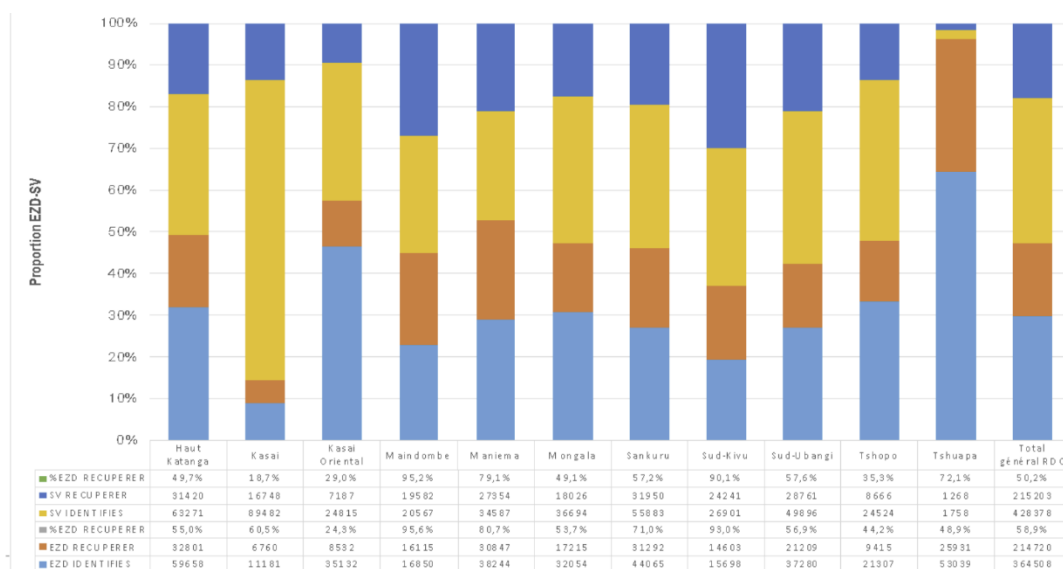
1.1.2. Facteurs facilitant l'avancement du programme de réduction des zéro - doses :

Pour réduire sensiblement ce nombre d'EZD et ESV, le pays a développé avec l'appui de ses partenaires quatre initiatives, notamment : un plan de réduction du nombre d'EZD et ESV adressé à Gavi en 2022 pour financement ciblant particulièrement les enfants vivant majoritairement dans les communautés non atteintes. Le pays a ainsi mobilisé auprès de Gavi, un financement s'élevant à plus de 59 millions USD, à travers le Fond Accélérateur de l'Équité (FAE).

Le FAE est un investissement que Gavi a mis à la disposition des pays prioritaires ayant un grand nombre d'EZD et ESV, notamment la RDC, pour faire face à cette situation. Parmi les 519 ZS de 26 provinces que compte la RDC, 136 ZS disséminées dans 11 provinces (Tshopo, Tshuapa, Mongala, Sud-Ubangi, Maindombe, Kasai, Kasai oriental, Sankuru, Maniema, Haut-Katanga et Sud-Kivu) bénéficient de cet appui particulier, visant à réduire de 35% le nombre d'enfants ZD, d'ici 2025, en apportant, à partir de 2023, des interventions renforçant la gouvernance, et assurant l'intégration de l'équité et de la perspective genre dans l'amélioration de l'offre et la génération de la demande de service de vaccination, en synergie avec le Plan Mashako et le plan de rattrapage.

Après une année de mise en œuvre, les résultats visibles dans le graphique ont été obtenus

graphique 4



Commentaires :

Une diminution significative du nombre d'enfants non vaccinés dans les **136 ZS ciblées** par le programme.

Près de 214 720 enfants ZD ont été récupérés au courant de cette première année sur 364 508 identifiés (soit 58,9%), ceci représente 24,5 % d'enfants ZD du pays et atteste d'une progression vers l'objectif de réduction de **35% d'ici 2025**.

Outre la mise en œuvre des activités FAE, les AVS (polio, rougeole, fièvre jaune.) ont été utilisées comme opportunité d'identification et de récupération des enfants zéro – doses. Des stratégies spéciales ont été mises en place entre les campagnes de vaccination pour atteindre les enfants dans les zones difficiles (îlots,)

Facteurs limitant l'atteinte des enfants zéro - doses dans le cadre du FAE :

1. Retards considérables dans la signature des contrats entre les bénéficiaires principaux et les sous bénéficiaires ;
2. Retards considérables dans le démarrage de certaines activités essentielles au démarrage ;
3. Absence d'un cadre de redevabilité et de coordination des intervenants sur terrain
4. Absence de formation préalable des prestataires sur les thématiques majeures du FAE
5. Non-respect du séquençage des interventions planifiées lors de la contextualisation
6. Ruptures fréquentes de vaccins au niveau opérationnel ;

2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

Les approches innovantes suivantes ont été utilisées pour atteindre les zéro - doses en RDC:

- La mise en œuvre des stratégies innovantes dans le cadre du FAE : vaccination porte à porte, organisation des sites fixes selon les horaires adaptés, vaccination dans les points de concentration, etc.
- L'organisation des IPVS dans le cadre du grand rattrapage au Maniema en 2024
- L'utilisation des AVS comme opportunité d'identification et de récupération des enfants zéro - doses
- La mise en place des approches innovantes telles que les stratégies spécifiques et spéciales dans les zones difficiles d'accès et insécures.

En 2023, ces approches étaient dans leurs phases de conception et ne disposaient pas d'outils de collecte de données spécifiques et de variables y relatives dans DHIS2; ceci justifie l'insuffisance des données exhaustives pour soutenir ou démontrer les résultats de leur mise en œuvre. La mise à jour des variables du DHIS2 faite en 2024 facilitera la capture de ces informations en 2025.

3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de réduction des zéro - doses et du plan Mashako 2.0, les contributions suivantes ont été apportées par les partenaires :

- Mise à disposition de l'assistance technique au niveau central et décentralisé couvrant les domaines principaux (coordination, technique, logistique et génération de la demande) et leur accompagnement dans le processus d'introduction des nouveaux vaccins (VAR2) à travers l'élaboration des différents documents stratégiques
- Appui et Co-financement des interventions de réduction des zéro - doses (BMGF, USAID, GPEI, etc)
- Participation active aux réunions de coordination à tous les niveaux y compris le CCIA stratégique ;
- Appui à l'élaboration des propositions de mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des partenaires

4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?

Les principaux risques à ce jour sont liés au :

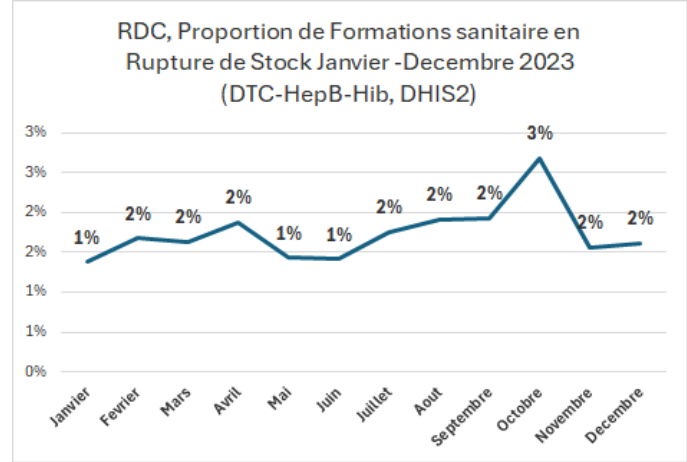
- Retard dans la mise en œuvre des activités selon la planification initiale (retards importants dans la mise en œuvre du FAE, Grand rattrapage) pouvant conduire à la non atteinte des objectifs fixés;
- Augmentation des avances ouvertes âgés non justifiées de GAVI et des PTF (OMS et Unicef) entraînant un retard dans le financement des activités de vaccination au niveau des aires de santé ;

2. Question d'apprentissage : Dans quelle mesure les stocks de vaccins sont-ils bien gérés ?

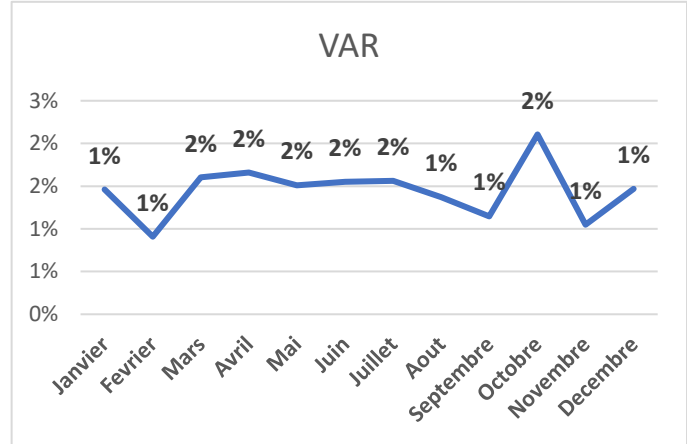
Indicateur(s) :

- Nombre d'établissements de santé qui n'ont déclaré aucune rupture de stock de vaccin DTC.
 - En 2023, 11 110 centres de santé n'ont pas déclaré de rupture de stock de vaccin en DTC, soit 92%.
- Nombre d'établissements de santé n'ayant déclaré aucune rupture de stock de VAR.
 - En 2023, 10.002 centres de santé n'ont pas déclaré de rupture de stock de vaccin en DTC, soit 78,93%.
- Perte de flacons fermés de vaccin DTC.
 - En 2023, aucun flacon fermé de vaccin DTC n'a été perdu,
- Nombre d'ECF reçus / installés / loués par l'intermédiaire de fournisseurs tiers.
 - En 2023, sur les 3423 ECF reçus, 1385 ont été installés par la Banque Mondiale, soit 40%.
- Entretien des équipements et/ou préparation sur place.
Intervention de maintenance curatif dans 76 Chambre froides ou équipements réparés
 - La maintenance des chambres froide est assurée par UNOPS, et de façons trimestrielles soit quatre missions de maintenance sont réalisées par an dans chaque antenne et coordination
 - La maintenance préventive des réfrigérateurs au niveau opérationnels est assurée par l'utilisateur ;
- le pool de maintenance provincial intervient au niveau opérationnel pour la maintenance curative
- Volume cumulé des doses **C19** expirées à ce jour (et volume spécifique aux doses soutenues par COVAX, si les données sont disponibles).AstraZeneca qui ont été retournées à **COVAX 166 340** doses

Graphique 5 : En moyenne 2% de structures sanitaires ont rapporté des ruptures de stocks de DTC en 2023. (Source DHIS2)



Graphique 6 : Proportion des Formation sanitaire en Rupture de stock Janvier-Décembre 2023 en VAR par province en 2023



Structures sanitaires ont rapporté des ruptures de stocks de VAR en 2023. (Source DHIS2)

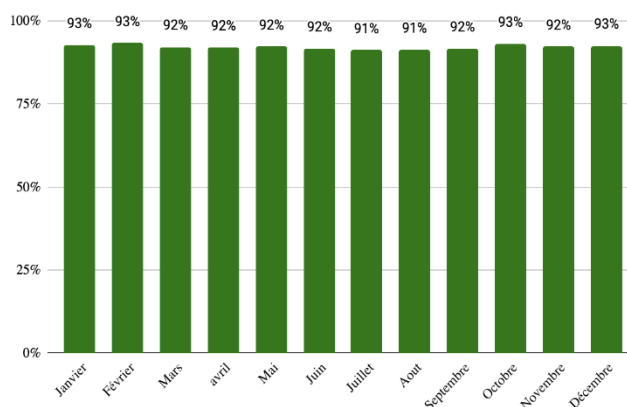
Commentaires : les provinces de Nord Kivu, Sud Kivu, Kasai central, haut Katanga ont enregistré les plus de grand nombre de formation sanitaire en rupture VAR et Penta CDF dans le tableau 1 ci-dessous :

	BM			VPI-VAR2			KS Relief			Unicef			PAM			Total		
	Ref	Cong	CF	Ref	Cong	CF	Ref	Cong	CF	Ref	Cong	CF	Ref	Cong	CF	Ref	Cong	CF
Reçus	3423	0	14	56	0	0	55	0	0	5	0	3	0	20	2	3539	20	19
Installés	3239	0	0	51	0	0	16	0	0	4	0	3	0	0	2	3310	0	5
Total	6662	0	14	107	0	0	71	0	0	9	0	6	0	20	4	6849	20	24

Graphique 7 : Graphique : Évolution du score Mashako de fonctionnalité de la CdF : moyenne annuelle à 92%

périmées au Hub central (Turkovac: **130 000 doses**, AstraZeneca: **13 300 doses** et Pfizer: **23 040 doses**) ;

- AstraZeneca qui ont été retournées à COVAX : 166 340 doses et 23 040 doses périmées au Hub central ;
- Sur les **39 929 390 doses reçues** au pays, il y a **1 445 060 doses** d'AstraZeneca qui ont été retournées à COVAX **166 340 doses** périmées au Hub central (Turkovac: **130 000 doses**, AstraZeneca: **13 300 doses** et Pfizer: **23 040 doses**) **35 642 120 doses** ont été distribuées aux provinces, **31 456 309 doses** administrées (Note: ce chiffre peut changer avec l'amélioration de la complétude) Causes constatées: vaccins avec date proche de péremption, faible adhésion de la population, campagnes programmées non réalisées dans le délai.



Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) : **Questions transversales**

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?

Facteurs facilitateurs :

- Le renforcement des capacités des ressources humaines dans la gestion des vaccins ;
- Le suivi de l'utilisation des vaccins au niveau intermédiaire et dans les zones de santé (rapports hebdomadaires et des téléconférences) ;
- Acquisition des équipements additionnels de chaîne de froid dans le cadre de la réponse COVID-19 et d'autres interventions

Facteurs limitants

- Retard dans la transmission et utilisation des données SMT ;
- Retard dans le déploiement dans le déploiement du eLMS ;
- Faible complétude des données logistiques dans le DHIS2 ;
- Insuffisance de la maintenance curative et préventive (plus de 700 équipements de CDF en panne au niveau des ZS et FOSA) ;
- Non opérationnalisation des Hubs déconcentrés.

2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

- Proposition d'utilisation transitoire du eSMT ;
- Mise à contribution des assistants techniques de l'UNICEF pour la collecte des données de gestion à travers ODK dans toutes les antennes ; vulgarisation des données jusqu'au niveau des zones de santé ;
- Adaptation de la fréquence d'approvisionnement en fonction du niveau d'accessibilité géographique des provinces et Zone de Santé.

3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?

- Capitalisation des campagnes polio comme opportunités pour assurer le transport des vaccins vers les provinces et dans les ZS en collaboration avec les GPEI (OMS, Unicef, AFNET) ;

- Mise à contribution des assistants techniques de l'UNICEF pour la collecte des données de gestion à travers ODK dans toutes les antennes ; vulgarisation des données jusqu'au niveau des zones de santé; y compris la gestion des vaccins ;
 - L'utilisation de l'application gestion PEV pour appuyer la gestion des vaccins
 - Appui technique et financier de l'OMS dans la mise en place de eSMT et le renforcement des capacités de 10 Provinces et Antennes ;
 - Appui de l'OMS à l'Analyse mensuelle des ruptures des stocks dans DHIS2, permettant une anticipation de redéploiement des intrants.
- 4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?**
- Multiplicité des outils de collecte des données selon les approches appuyées par les partenaires : mise en place d'un système centralisé de gestion des données ;
- Les données mentionnées sont issues de DHIS2 et extraites au niveau des centres de santé.

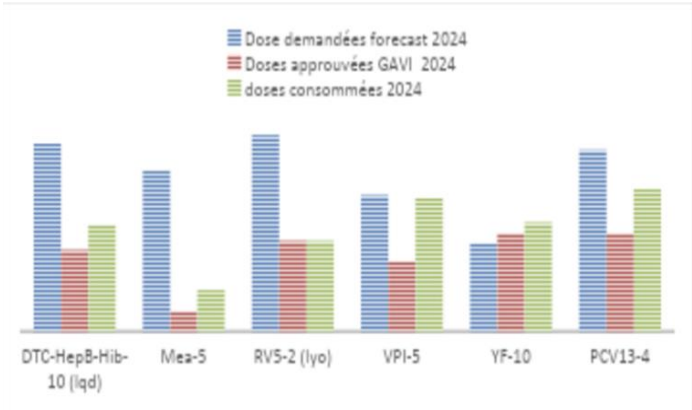
3. Question d'apprentissage : Le taux de consommation des vaccins est-il conforme aux prévisions approuvées ? Quels sont les principaux déclencheurs de la consommation par rapport aux attentes (par ex : ruptures de stock, augmentation de la couverture, pertes) ?

Indicateur(s) :

- Pourcentage des besoins annuels en vaccins prévus consommés au
- Cours de la période précédente (par antigène).
- Mettre une analyse sur les taux de satisfaction en 2023 au niveau des hubs, des antennes, des Zones de santé et des CS

L'évaluation de la GEV a révélé d'importantes lacunes dans la chaîne d'approvisionnement des vaccins à tous les niveaux (national, provincial, zonal, ainsi qu'au niveau des formations sanitaires). Les faiblesses identifiées concernent les différents critères et en particulier l'arrivée et la réception des vaccins et le système de gestion des vaccins (la visualisation, et l'utilisation des données pour la prise de décision.)

Graphique 8 : Les doses de vaccins demandées et consommées par source en 2024



Graphique 9 : évolution du score de GEV par indicateur (de 2019 à 2023)

CRITERES GEV	2019	2023	Tendance	Ecart 2019-2023
E1 : Arrivée/Réception des vaccins	98%	72%	↘	-26%
E2 : Température de stockage	66%	76%	↗	10%
E3 : Capacité de stockage	72%	76%	↗	4%
E4 : Bâtiments, équipements et transport	66%	61%	↘	-5%
E5 : Maintenance	57%	68%	↗	11%
E6 : Gestion des stocks	65%	71%	↗	6%
E7 : Distribution	71%	69%	↘	-2%
E8 : Système de Gestion des vaccins	84%	71%	↘	-13%

Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) : **Questions transversales**

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?

Le pays n'a pas connu des ruptures de stock concernant les vaccins traditionnels mais les vaccins financés par Gavi ont connu des

problèmes de satisfaction des besoins. Cette situation était liée en 2023 à la sous-estimation des besoins GAVI entraînant l'anticipation des commandes Facteurs Facilitants : ● Paiement régulier de contrepartie du gouvernement ● Anticipation des commandes Facteurs limitants : ● La non-maitrise de la population (dernier recensement de 1984) ● Faible suivi des stocks au niveau opérationnel. ● Lourdeur dans le décaissement des Fonds liés au déploiement des intrants. ● La non-justification par la partie gouvernementale des fonds alloués au déploiement des intrants. 2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ? Mise en place du point focal interministériel pour assurer un décaissement à temps de la part du gouvernement dans le mécanisme du VII 3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ? ○ Mise à disposition des fonds UNICEF dans le cadre de l'initiative VII avant la contribution du gouvernement. ○ Mise à disposition en amonts des fonds de distribution des vaccins par la Banque Mondiale, UNOPS pour la CdF ? 4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ? ○ Ruptures de stocks au niveau national (hubs et antennes) : Signature à temps du Ministère des finances/cofinancement, Anticipation des commandes, Maitrise des données des consommations ;	
---	--

○ Retards dans la distribution des vaccins au niveau intermédiaire et opérationnel : opérationnalisation des Hubs, mise à jour des contrats avec les différents prestataires, maintenance préventive des moyens roulants destinés à la distribution des vaccins ; ○ Fournir les données brutes afin de mettre des commentaires.	

4. Question d'apprentissage : Le pays respecte-t-il ses obligations de cofinancement en temps voulu ?																									
Indicateur(s) : - Obligations de cofinancement du pays remplies dans les délais fixés. - Depuis 2021, le pays respecte ses engagements en matière de cofinancement ; - En 2023, le pays a respecté totalement ses engagements en décaissant les 16.5 millions de dollars attendus en termes de cofinancement, soit un taux de décaissement de 100% dans les délais.	Graphique 10 : Evolution du cofinancement de l'Etat pour l'achat des vaccins <table><tr><th>Année</th><th>Cofinancement (millions de dollars)</th><th>Forum</th></tr><tr><td>2017</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>2018</td><td>4.4</td><td></td></tr><tr><td>2019</td><td>9</td><td>1er Forum</td></tr><tr><td>2020</td><td>16.4</td><td></td></tr><tr><td>2021</td><td>17.8</td><td>2e Forum</td></tr><tr><td>2022</td><td>18.2</td><td></td></tr><tr><td>2023</td><td>16.5</td><td>3e Forum</td></tr></table>	Année	Cofinancement (millions de dollars)	Forum	2017	0		2018	4.4		2019	9	1er Forum	2020	16.4		2021	17.8	2e Forum	2022	18.2		2023	16.5	3e Forum
Année	Cofinancement (millions de dollars)	Forum																							
2017	0																								
2018	4.4																								
2019	9	1er Forum																							
2020	16.4																								
2021	17.8	2e Forum																							
2022	18.2																								
2023	16.5	3e Forum																							
Commentaires du pays :	Tableau 1																								

En 2023, la contribution attendue du Gouvernement était de 16.5 millions de dollars américains. Le pays a décaissé 100% de sa contribution. Ce respect des montants et des délais est consécutif à l'implication à un très haut niveau du Chef de l'Etat dans le suivi des activités de vaccination à travers le forum national sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite.		
	VAR2	VPI2
Bas Uele	9	10
Equateur	8	11
Haut Katanga	10	10
Haut Lomami	18	24
Haut Uele	21	23
Ituri	20	26
Kasai	20	29
Kasai Central	11	12
Kasai Oriental	22	27
Kinshasa	20	36
Kongo Central	41	42
Kwango	19	22
Kwilu	15	18
Lomami	16	19
Lualaba	13	17
Mai-Ndombe	26	30
Maniema	5	8
Mongala	6	7
Nord Kivu	16	25
Nord Ubangi	21	30
Sankuru	10	22
Sud Kivu	4	6
Sud Ubangi	15	19
Tanganyika	34	36
Tshopo	12	12
Tshuapa	20	19
National	18	23

5. Question d'apprentissage : Le cas échéant, de nouveaux vaccins ont-ils été introduits comme prévu ? Dans le cas contraire, pourquoi ? La couverture des vaccins récemment introduits s'étend-elle comme prévu ?	
Indicateur(s) : ● Nombre d'introductions dans le calendrier de routine réalisées par rapport au nombre d'objectifs fixés pour l'année civile. ○ Elargissement du calendrier vaccinal avec le VAR2 et le VPI2 ● Couverture des vaccins récemment introduits. ○ Au niveau national la couverture en VPI2 est de 23% (après introduction en S2 2023)	

○ Au niveau national la couverture administrative en VAR2 est de 18 % (S1 2023) En outre, le pays avait planifié d'introduire en 2024 et 2025 le vaccin contre le paludisme. Les autres introductions planifiées sont le RR et le HPV, respectivement en 2026 et 2027.	
Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) : Questions transversales 1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ? Facteurs ayant facilité : ● Résurgence des épidémies de rougeole et Polio (type 1 & 2) dans le pays ; ● Vaccins connus et existant initialement dans le programme. Facteurs ayant retardé : ● Retard dans la mise à disposition des outils actualisés prenant en compte le VAR 2 au niveau opérationnel et dans le DHIS2 ; ● Insuffisance de coordination des interventions de masse entre différents programmes. 2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées 3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ? ● Appui de l'OMS dans le paramétrage et la mise à jour de la base DHIS2 pour la remontée des données de VAR2 ; 4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ? ● Emergence des hésitations vaccinales : écoutes sociales en ligne et hors ligne, ambassadeurs de la vaccination, recourt aux champions (nés)de la vaccination	

6. Question d'apprentissage : Le cas échéant, quelle a été l'efficacité des campagnes de vaccination récentes soutenues par Gavi ?⁴ Veuillez mettre en évidence les enseignements tirés qui sont applicables à la vaccination de routine et aux campagnes à venir (par ex : rapidité de la réponse aux épidémies, qualité, portée de la campagne et lien avec le renforcement de la vaccination de routine).

⁴ Veuillez réfléchir aux campagnes menées depuis le dernier exercice d'évaluation conjointe/dialogue multipartite.

Indicateur(s) :

- Nombre de campagnes de vaccination menées (stratifiées par type de campagne, notamment préventive, réactive, de rattrapage, de suivi, au niveau sous-national et national)
 - 2 campagnes préventives : contre la rougeole et la fièvre jaune
 - Maladie à Virus Ebola (MVE): vaccination des populations à risque en Équateur et au Nord Kivu
- Couverture des campagnes récentes soutenues par Gavi, comparée à la cible retenue (taux de couverture ventilé par sexe si collecté).
 - Rougeole la couverture d'enquête est de 94.6%
 - *Le rapport final de l'enquête de CV post-campagne de vaccination contre la rougeole dans les 3 blocs pour recueillir vos commentaires et aussi ceux des collègues copiés.*
 - *La couverture vaccinale estimée était de 94,60 selon les cartes ou l'histoire ;*
 - *L'objectif de 95% de couverture vaccinale a été dépassé dans 14 provinces avec des variations entre 99,10% et 95,59% ;*
 - *9 provinces avaient leurs couvertures vaccinales entre 94% et 80% ;*
 - *Les plus faibles couvertures étaient enregistrées dans les provinces de Lualaba (65,61%), de l'Ituri (75,27%) et de Mongala (78,03%).*
 - *Le taux de possession de la carte de vaccination était de 12,88%.*
 - Fièvre jaune : la couverture d'enquête est de (voir tableau).
- La couverture vaccinale au sein de l'échantillon enquêté était de 80,9%. La couverture vaccinale, quasi pareille dans les deux sexes, semblait non

Graphique 11 : Couverture vaccinale par province selon la carte et l'histoire EPC VAR RDC 2023

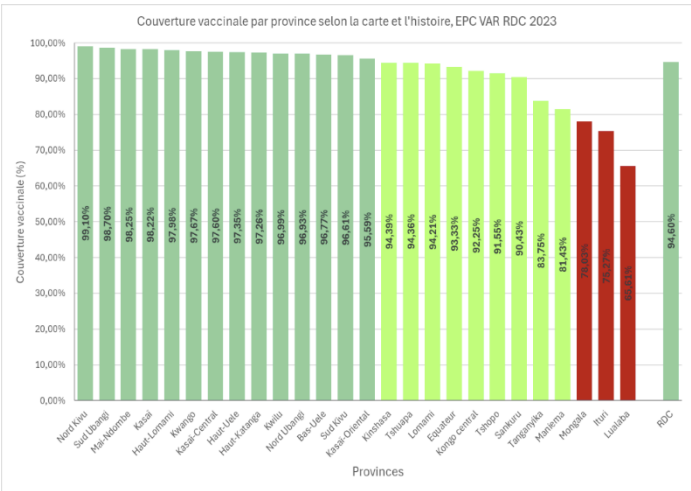


Tableau 3 : couverture vaccinale administrative et d'enquête de la campagne fièvre jaune en 2023 et 2024

BLOCS	ANNEE	PROVINCE	Total vaccinés	CV administrative (%)	ECV (%)
BLOC 4	2023	KASAI	3878067	94%	93%
		KASAI CENTRAL	4613336	94%	96%
		LOMAMI	3704638	100%	94%
		KASAI ORIENTAL	5259665	96%	45%
BLOC 5	2024	KWILU	5782126	99%	Non réalisé
		MAIDOMBE	2094769	97%	Non réalisé
		KWANGO	2037784	101%	Non réalisé

Tableau VII : Comparaison des couvertures vaccinales anti rougeoleuses administratives et de campagne selon la carte et l'histoire et selon la carte seule par province de la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole en RDC, 2023

Caractéristiques	Couverture administrative	Taux de possession de cartes	Couverture selon carte et histoire (%)	Couverture selon carte (%)
Vacciné selon histoire				
Equateur (n=308)	100%*	30,08%	83,12%	30,08%
Kasai (n=407)	103%		94,59%	15,84%
Kasai Central (n=356)	112%	3,22%	96,07%	3,22%
Kasai Oriental (n=391)	100%*	13,01%	94,37%	13,01%
Kinshasa (n=326)	106%	6,77%	95,09%	6,77%
Ituri (n=327)	89%*	37,17%	82,26%	37,17%
Lomami (n=346)	102%	12,65%	93,64%	12,65%
Lualaba (n=345)	107%*	8,79%	69,28%	8,79%
Mongala (n=379)	101%	3,48%	83,38%	3,48%
Nord Kivu (n=390)	102%	0,00%	97,18%	0,00%
Nord Ubangi (n=333)	89%*	26,07%	90,99%	26,07%
Sud Ubangi (n=423)	95%*	29,06%	95,98%	29,06%
Tanganyika (n=367)	99%*	13,45%	74,93%	13,45%
Tshopo (n=390)	102%	4,38%	93,59%	4,38%
Total 14 provinces		14,13%	89,19%	14,13%

* = résultats provisoires selon la source utilisées

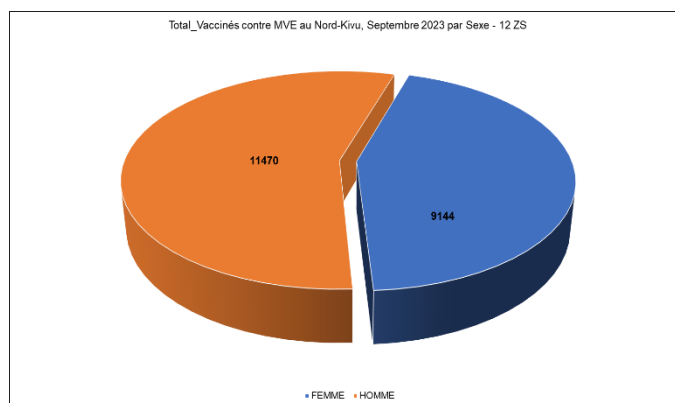
Fièvre jaune

Répartition de la couverture vaccinale contre la fièvre jaune de chaque province selon l'histoire puis selon la carte lors de l'évaluation post campagne de vaccination préventive contre la fièvre jaune de 2022-2023 en RDC.

significativement plus élevée parmi les sujets de sexe féminin (64,36%). Parmi les tranches d'âge, ce sont les enquêtés âgés de 6 à 10 ans qui étaient plus vaccinés (74,37%) et ceux de 21 à 25 ans l'étaient un peu moins (52,06%). Selon les données de la collecte, les personnes vivant en milieu rural s'étaient plus faites vacciner (74,74%) que ceux résidant en milieu urbain ($p < 0,05$).

- Nombre de flambées épidémiques de maladies évitables par la vaccination signalées (pour lesquelles Gavi soutient des campagnes réactives)
 - Rougeole: 445 flambées (source = JRF)
 - Fiebre jaune: 08 flambées
 - Choléra: 15 flambées (Nord Kuvus, Sud Kivu, Tanganyika et Haut-Katanga)
 - MVE : 0

Figure 3 : MVE



Cholera

Deux Campagnes réalisées en Mars 2023 et en Décembre 2023 contre le choléra.

La campagne de Mars réalisée dans deux ZS Nyiragongo et Kalisimbi dans le Nord-Kivu : 364137 personnes ciblées dont 356370 vaccinées, soit une CV : 97%

La grande campagne réactive de décembre 2023 en faveur de 15 ZS : 5 011 829 personnes d'un an et plus ciblées dont, 5 049 144 personnes vaccinées, soit une 100,7% de CV.

Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) :

Questions transversales

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?

Facteurs ayant facilité :

- Pré positionnement des vaccins et coûts opérationnels dans le pays par le gouvernement et ses partenaires à T4, 2022
- Résurgence des épidémies rougeole ;

Facteurs ayant retardé :

- Retards décaissement des fonds pour la MEO des campagnes de suivi rougeole par la CAGF ;
- ? Insuffisance de diluants de vaccins contre la FJ

2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?

4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?

- Paiement à temps contrepartie de l'état

7. Question d'apprentissage : Quelle est la situation actuelle de la vaccination contre la COVID-19 dans votre pays ?

Indicateur(s) :

- Rendre compte des progrès accomplis en matière de diffusion et y réfléchir, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes âgées, les professionnels de la santé et d'autres groupes de population hautement prioritaires (tels que définis par les orientations du SAGE de l'OMS). Analyser à la fois l'adoption et le renforcement de la primovaccination.
- Décrivez si et comment le pays a intégré le vaccin contre la COVID-19 à la vaccination de routine et à d'autres services de soins de santé primaires, en indiquant notamment comment le soutien à l'administration des vaccins contre la COVID-19 (CDS) de Gavi a été utilisé pour soutenir ces efforts d'intégration (le cas échéant).
- La supervision des progrès de la mise en œuvre et du suivi de l'intégration du paquet complet COVID-19 dans les SSP à l'aide des indicateurs ci-après :
 - Vaccination COVID-19 des groupes à haut risque (5622 agents de santé, 35 766 personnes âgées et 401 994 personnes présentant des comorbidités);
 - La tendance du nombre d'enfants zéro doses et insuffisamment vaccinés (83 586 soit une CV de 65% en DTC1 et 40 994 soit une CV de 32% en DTC3);
 - 199 258 / 395 975 soit 50% de séances fixes/mobile/IPVS menées avec la vaccination COVID-19;
 - Organisation d'une évaluation post-intégration sera effectuée les 6 premiers mois du lancement du processus d'intégration du paquet complet COVID-19 dans les SSP;
 - Organisation d'une revue intra action en fin 2023 (voir rapport)
- Comment les fonds alloués au titre du CDS ont-ils été utilisés pour renforcer les efforts d'amélioration de la

Tableau 4 : Progrès de la vaccination COVID-19

Résultat global de la COVID-19			
Indicateurs	Nombre personnes vaccinées	CV%	Intégration (Juillet 2023-Juin 2024) :Personnes vaccinées
Dose 1	19 057 306	35,30%	117 340
Dose 2	1 188 204	2,20%	13 775
Complètement vacciné	16 923 301	31,1%	100 234
Personnes âgées	3 752 916	55,1%	35 766
Comorbidité	6 321 989	41,8%	51 64
Agents de santé	488 104	40,9%	56 22

Figure 5 : Résultat global de la vaccination COVID-19 par province en intégration du paquet COVID-19 dans le SSP

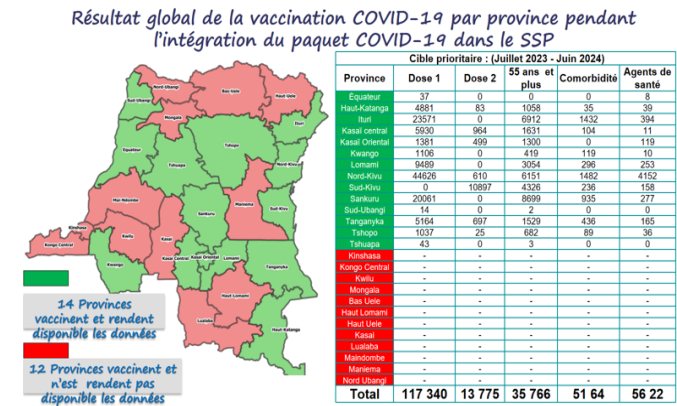


Tableau 4 : Récupération des enfants 0 doses (Juillet 2023 à Juin 2024)

Récupération enfants 0 Doses (Juillet 2023 à Juin 2024)

Province	SEANCES PREVUES	SEANCES REALISEES	PROPORTION	ECV	PROPORTION	Entants identifiés	Entants Récupérés	PROPORTION	Entants identifiés	Entants Récupérés	PROPORTION	Entants identifiés	Entants Récupérés	PROPORTION	Entants identifiés	Entants Récupérés	PROPORTION
BAS-LEZ	1 807	1 685	93%		10197	51%	1983	73	4%	749	41%	703	44%	59%	1987	378	19%
EQUATEUR	4 611	3 115	68%	2502	69%	1405	234	16%	520	54%	59%	10295	754	73%	655	296	45%
HAUT-KATANGA	6 685	6 373	95%	111071	119%	2714	1263	57%	2531	2032	80%	29448	2399	81%	21210	1804	75%
HAUT-LOIRE	5 521	5 047	91%	51309	92%	2401	978	37%	3167	1834	58%	30447	19459	64%	21209	12938	61%
HAUT-LEZ	3 470	3 122	90%	17831	61%	14168	1971	14%	4894	2786	57%	6314	3546	56%	4852	2162	44%
KIVU	7 274	6 341	87%	57025	67%	26726	6957	26%	20226	12640	62%	19108	13403	71%	15159	1115	52%
KIVU	7 390	6 096	82%	54477	73%	31201	4034	15%	18320	7484	41%	18200	9127	50%	13880	6426	47%
KIVU	7 636	6 610	87%	57030	85%	18832	9115	48%	19653	11038	56%	21959	9577	43%	15655	6332	59%
KIVU	4 688	4 223	90%	58306	83%	23964	6961	27%	26433	12096	46%	21454	15567	73%	12403	8479	69%
KIVU	5 154	4 445	86%	70300	52%	1545	635	66%	19777	13447	68%	19941	13738	69%	18037	7418	74%
KIVU	4 686	4 490	96%	36341	66%	17388	3682	18%	1648	5780	67%	9190	6708	73%	7356	4316	59%
KIVU	4 143	3 915	94%	28839	79%	2104	1487	70%	3884	2832	66%	2885	2107	73%	1887	1222	65%
KIVU	7 910	7 254	92%	60499	67%	16722	5768	34%	18663	14281	77%	19440	14836	77%	7568	4955	66%
KIVU	6 075	5 796	95%	37000	66%	21740	3034	14%	9279	6874	66%	6612	5414	62%	4881	3416	72%
KIVU	2 645	2 229	84%	22467	57%	13727	2728	20%	11965	6695	56%	8484	6217	69%	6378	3822	67%
KIVU	2 542	2 193	86%	22183	79%	3536	3625	86%	1420	5379	84%	6098	5565	88%	3939	2452	62%
KIVU	4 305	3 685	85%	37373	97%	13231	5674	42%	15780	11674	74%	16748	12774	76%	9618	6780	70%
KIVU	3 568	3 314	93%	32953	69%	14831	5486	40%	19923	13351	67%	20459	15955	73%	18019	6353	63%
KIVU	10 699	9 326	87%	80952	64%	24676	6022	20%	23314	10995	40%	40763	16020	41%	23923	9149	42%
KIVU	3 219	2 699	84%	15148	67%	7722	388	4%	11541	3174	28%	12225	3147	26%	6549	1153	18%
KIVU	3 341	3 063	92%	28788	89%	2394	2622	78%	2505	1296	52%	3533	2784	79%	2448	2407	91%
KIVU	3 484	3 199	92%	79455	79%	34479	11865	38%	38919	22919	62%	21543	19393	72%	19796	10022	51%
KIVU	5 012	4 176	83%	21415	49%	31399	4267	14%	15474	8335	54%	18380	9419	51%	15546	9999	37%
KIVU	5 295	5 296	100%	48437	114%	18028	16098	89%	29786	26382	89%	30129	26509	88%	29339	16728	57%
KIVU	4 680	3 852	82%	32786	64%	16301	1684	71%	27765	18864	74%	24554	17750	73%	11862	7866	66%
KIVU	2 924	2 512	86%	22572	61%	18391	1157	6%	21959	4871	23%	24254	7289	30%	12226	2847	23%
National	272 388	238 629	87%	238020	16%	467883	141845	31%	478686	265254	61%	128992	83888	69%	28928	16185	56%

Figure 6 : Les zones de santé du grand rattrapage

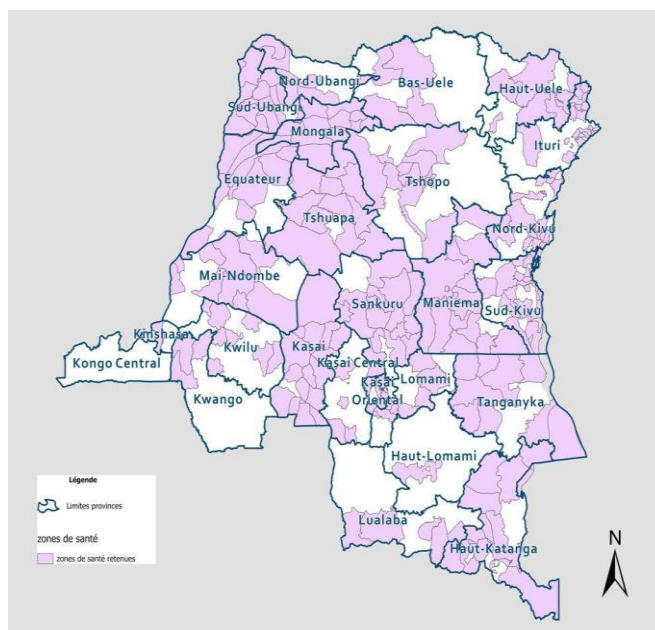
vaccination de routine au-delà de la vaccination anti-COVID-19 ?

Les fonds CDS2 ont été réalloués pour soutenir la mise en œuvre du plan de rattrapage (Big Catch up).

- 279 ZS
- ZD : 2 440 805
- SV : 2628129

Les critères suivants ont été utilisés pour la sélection des zones de santé inclus dans le grand rattrapage. En dépit du démarrage tardif des activités de BCU, les IPVS organisées dans 2 ZS de la province de Maniema avaient permis de rattraper 41436 enfants de 0 à 59 mois :

1. Nombre de ZD dans une ZS : 8
2. Nombre de SV dans une ZS : 6
3. Survenue de l'épidémie de rougeole dans la ZS : 3
4. Survenue de l'épidémie de cVDPV2 dans la ZS : 1
5. Accessibilité géographique de la ZS : 1
6. ZS avec populations spéciales y compris les aspects sécuritaires



Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de

Structurer les commentaires

Questions transversales

1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ?

Facteurs facilitants :

- Développement du plan d'intégration du paquet COVID - 19 dans les soins de santé primaires
- Formation en cascade sur le paquet d'intégration dans les 26 provinces et 516 zones de santé

Causes des retards sur les avancées du programme :

- Retard dans le décaissement des fonds alloués à la COVID - 19
- Rupture de stocks en vaccins suite à la péremption des doses disponibles ;

2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ?

- Mise en place de l'approche de collaboration avec les partenaires non traditionnels qui sont : les sociétés savantes les confessions religieuses, les associations de femmes, les tradipraticiens...
- Mise en place des équipes mobiles pour vacciner les cibles
- Intégration de la récupération des enfants zéro - doses durant les sessions de vaccination par les équipes mobiles.
- Mise à contribution des corporations et associations communautaires (femmes, ONGD)

3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ?

- Les partenaires ont été mis en contribution dans l'atteinte des cibles prioritaires à travers une sensibilisation ciblée (corporations des militaires, policiers, étudiants, etc) :
 - Appuis de la banque mondiale dans le financement des stratégies avancées
 - Mobilisation des fonds canadiens, de l'Union européenne et de l'USAID à travers l'OMS et l'UNICEF pour soutenir les activités du plan d'intégration

4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ?

- Réallocation de tous les fonds (CDSII) dans le plan de rattrapage mettant en mal le processus d'intégration dans les soins de santé primaires

8. Question d'apprentissage : Trajectoire et progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés

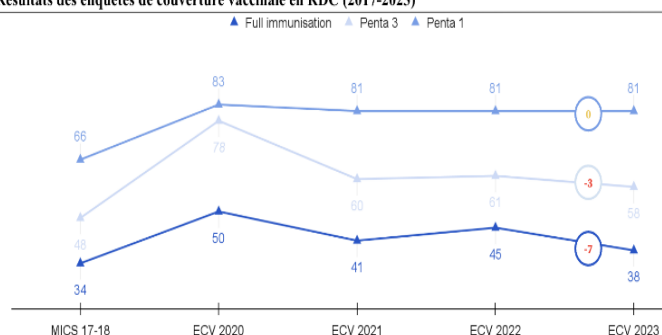
- Quels sont les progrès réalisés au cours de l'année écoulée par rapport à votre théorie du changement ou aux objectifs de votre programme ?
Chercher dans la JSP
- Quels impacts la **COVID-19** et la **vaccination contre la pandémie** ont-elles eu sur votre programme de vaccination de routine, qu'est-ce qui a été fait pour maintenir et rétablir la vaccination de routine, et quel en a été l'impact (veuillez inclure une référence aux tendances de la couverture par le DTC3 et le VAR1) ?
- S'il y a d'autres **facteurs** (par ex : des changements de gouvernement, des catastrophes naturelles, d'autres flambées épidémiques, etc.) ayant conduit à des perturbations de votre programme de vaccination au cours de l'année écoulée, veuillez aussi y réfléchir.

Indicateur(s) :

- Nombre d'enfants ayant reçu le DTC3 et le VAR1 au cours de l'année écoulée par rapport au nombre d'enfants ayant reçu ces vaccins en 2019
 - DTC3 : 401994 rattrapés contre 126 276 en 2019
 - VAR1 : 252 679 rattrapés contre 99 261 en 2019.
- Informations qualitatives.
Quelques facteurs externes ayant contribué à la baisse de la couverture vaccinale en RDC
 - Les grèves nationales
 - L'inertie due aux élections générales
 - Longueur de la phase de reprise post-pandémie COVID-19
 - Conflits armés à l'Est de la RDC
 L'évaluation de la situation actuelle met en évidence plusieurs contre-performances du système de vaccination dans le pays
 - Fréquentes ruptures de stocks au niveau des CS
 - Faible réalisation des séances de

Graphique 12 : Résultats des enquêtes de couverture vaccinale en RDC (2017-2023)

Résultats des enquêtes de couverture vaccinale en RDC (2017-2023)



vaccination - Faible disponibilité des fonds au niveau opérationnel - Faible engagement communautaire, en particulier au niveau provincial et périphérique	
Commentaires du pays (veuillez examiner l'ensemble des questions transversales afin de structurer les commentaires) : Questions transversales 1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ? a. Facteurs facilitants : ▪ Engagement politique haut niveau en faveur de la vaccination de vaccination (Mashako, forum sur la vaccination) ▪ Accompagnement des partenaires (mobilisation des fonds) b. Facteurs limitants ▪ Démotivation des acteurs (grèves des agents de santé) ▪ Ruptures fréquentes des vaccins ▪ Occasions manquées de vaccination ▪ Faible disponibilité des fonds au niveau opérationnel Faible application de la politique nationale de gratuité de la vaccination 2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ? ▪ Utilisation des stratégies spéciales pour atteindre les populations d'accès difficiles (fluviales, IDP...) ▪ Digitalisation des outils de vaccination 3. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ? ▪ Appuis des assistances techniques dans le renforcement des compétences des prestataires des niveaux intermédiaires et périphériques ▪ Appuis au suivi-évaluation (cadre de performance, évaluations périodiques, monitoring, enquête de couverture, recherche sur la vaccination) ▪ Appuis logistiques (approvisionnement en CDF, vaccins, outils de gestion) ▪ Appuis à la réalisation des stratégies innovantes visant à atteindre les populations spéciales 4. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ? ▪ La disponibilité des vaccins : plaidoyers pour l'approvisionnement en vaccins selon les besoins ▪ Motivation des prestataires : formation, supervision, et renforcement des capacités logistiques	

B. Gestion des programmes

Mise en œuvre financière des subventions en espèces de Gavi

Résumé du soutien en espèces^{5*}

1. UNICEF

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX EXECUTION
HSS-3	24 986 111,00	22 124 152,00	21 476 102,00	648 050,00	97%
FJ	2 023 439,10	1 737 353,00	1 652 223,50	85 129,50	95%
VAR2	847 595,00	847 595,00	751 059,79	96 535,21	89%
CAVAR	1 217 693,00	1 217 693,00	1 149 929,10	67 763,90	94%
CDS2	9 092 291,90	9 092 291,90	7 592 291,90	1 500 000,00	84%
TCA	714 286,09	714 286,09	714 286,09	-	100%
FAE	9 243 065,70	2 857 874,50	309 049,87	2 548 824,63	11%
total	48 124 481,79	38 591 245,49	33 644 942,25	4 946 303,24	87%

2. OMS

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX D'EXECUTION
RSS3/JSP		4482420,1	3 474 444	1 007 976	78%
CDS1		1 558 319	1 558 319	0	100%
CDS2		6 444 591	3917591	2 527 000	61%
FJ (campagnes)		4 620 620	2734384	1 886 236	59%
VAR (campagnes)		1 154 539	1 054 036	100 503	91%
Introduction VAR2/VPI2		59 042	0	59 042	0%
MVE (vaccination)		821 424,00	791 424,00	30 000,00	96%

⁵ Toutes les subventions allouées au titre du RSSV (RSS, SIV, OPS, changement), le financement accélérateur de l'équité et le soutien à l'administration des vaccins contre la COVID-19 (CDS) en espèces, le cas échéant.

total		19 140 955,10	13 530 198,00	5 610 757,10	71%
--------------	--	----------------------	----------------------	---------------------	------------

3. SANRU

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX D'EXECUTION
RSS3	13 102 992,00	13 778 739,00	11 716 936,30	2 061 802,70	85,04%
FAE	6 100 000,00	6 100 000,00	101 713,46	5 998 286,54	1,67%
total	19 202 992,00	19 878 739,00	11 818 649,76	8 060 089,24	59%

4. CAGF

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX D'EXECUTION
RSS3	21 408 472,00	21 408 472,00	9 727 966,00	11 680 506,00	45%
FAE	3 756 339,00	3 756 339,00	1 859 745	1 896 594,00	50%
FJ	18 005 434	18 005 434	16 458 713	1 546 721,00	91%
ROUGEOLE	11 263 150	11 263 150	10 056 660	1 206 490,00	89%
CDS-2	8 835 739	5 413 565	2 383 121	3 030 444,00	44%
VAR2 (2022)	1 923 347	1 923 347	627 816	1 295 531,00	33%
VPI-2 (2022)	313 263	313 263	282 057	31 206,00	90%
total	65 505 744	62 083 570	41 396 078	20 687 492	67%

5. UNOPS

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX D'EXECUTION
RSS3	26 990 153,60	24 986 111,00	23 746 419,39	1 239 691,61	95%
FAE	9 243 065,71	7 569 049,71	3 453 554,20	4 115 495,51	46%

total	36 233 219,31	32 555 160,71	27 199 973,59	5 355 187,12	84%
-------	---------------	---------------	---------------	--------------	-----

6. OIM

SUBVENTION	BUDGET TOTAL en Usd	MONTANT RECU en Usd	MONTANT UTILISE en Usd	SOLDE TRESORERIE	TAUX D'EXECUTION
FJ	2 078 380,00	1 002 230,00	598 558,00	403 672,00	60%

TOTAL GENERAL		172 249 670,30	127 589 841,60	44 659 828,60	74%
----------------------	--	-----------------------	-----------------------	----------------------	------------

Commentaires :

De manière générale, le taux d'absorption cumulé de la **subvention RSS** tous les 5 principaux organes de MO est au-delà de 80%. Il y'a des soldes à décaisser par Gavi pour certains organes de mise en œuvre, en partie expliqué par les retards d'utilisation des fonds au niveau pays mais aussi des retards dans la signatures de accords tripartites entre le ministère, GAVI et les agences du système des nations unies. Les écarts dans la justification s'expliqueraient par les engagements envers les sous récipiendaires, les retards de comptabilisation de certaines dépenses. le faible taux d'absorption des fonds FAE pour la période évaluée et pour toutes les agences de mise en œuvre s'explique, notamment par le démarrage dystocique de cette subvention. Le séquençage des activités tel que voulu et documenté dans le plan de travail n'a pas été respecté. Toutes les agences n'ont pas commencé au même moment et les activités préparatoires qui devraient permettre de faciliter la mise en œuvre de la vaccination des enfants Zéro doses et sous vaccinés n'ont pas étaient réalisées pour plusieurs raisons entre autres le retard dans l'indentifications des EZD et ESV, la faible coordination des activités à tous les niveaux, le retard dans la vulgarisation des fiches techniques, le retard dans l'actualisation des outils de collecte des données et du paramétrage du DHIS2 etc ..., un plan de redressement via le plan Mashako 3.0 améliorerait cet état de la situation.

Note importante

Le budget total n'a pas été calculé faute des données de l'OMS. Néanmoins, de **172 249 670,30 Usd reçus, 127 589 841,60 Usd ont été utilisés soit 74% et un solde au 31 décembre 2023 de 44 659 828,60 Usd est reporté.**

*Tous les montants sont en US\$

**Commentaire ci-dessous en cas de non-conformité

9. Question d'apprentissage : Dans quelle mesure le pays a été en mesure capable d'absorber les financements de Gavi et quels en sont les moteurs ? (Ceci doit couvrir tous les financements, y compris les fonds transitant par les partenaires).	
➤ Veuillez donner des précisions sur l'état d'avancement de la mise en œuvre financière des subventions, notamment les taux d'utilisation. Quels sont les principaux problèmes ?	
Indicateur(s) : - Pourcentage de fonds alloués utilisés. - Montant du solde de trésorerie dans le pays.	Pour RSS3, c'est 94% Pour FAE, c'est 52% Pour RSS3, c'est USD 6 046 891,82 Pour FAE, c'est USD 16 990 671,79
Commentaires du pays : Questions transversales 1. Quels sont les facteurs ayant facilité ou retardé les avancées du programme ? Facteurs facilitants - Disponibilité des fonds GAVI Facteurs limitants : - Centralisation financière au niveau central - Signature tardive & non coordonnées des MoU des agences ; - Lourdeur des Procédures CAGF et Partenaires - Retard de mise à échelle du paiement mobile ; - Retard dans la justification des fonds par le PEV et les DPS à l'origine des blocus - Insuffisance de planification (chronogramme prévisionnel trimestriel) pour l'anticipation - Retard dans la revue qualité par GFA - Retard dans l'approbation des plans de décaissement de la CAGF 2. Quelles nouvelles pratiques ou approches innovantes ont été utilisées ? - Mise en place entre l'OMS et le PEV des requêtes groupées réduisant le nombre de requêtes devant passer par le MoH; - Décentralisation partielle de la numérisation des pièces justificatives au niveau de la ZS - Extension de la justification électronique /paiement direct 2. Quelles sont les principales contributions apportées par les partenaires pour améliorer la performance du programme ? - Leurs appuis techniques et coaching dans les domaines ci-après : - Leadership & Gouvernance - Planification & mise en œuvre & évaluation - Prestation & genre - Données & surveillance - Logistique - Demande & genre 3. Quels sont les principaux risques susceptibles d'être atténués ? - Retard d'obtention des MoU & Amendements : Signatures groupée et à temps des MoU de toutes les agences ; - Retard de justification des fonds : Décentralisation CAGF, Mise à échelle du paiement mobile, Adoption d'un SoP de dépense et justification des fonds définissant un délai	

consensuel de justification de fonds après la fin d'une activité pour chaque niveau (PEV, DPS,) ; Missions trimestrielles de suivi de l'IGS & IPS ; Missions conjointe PEV & PTF de suivi des activités dans les provinces ;

- Lourdeurs des Procédures CAGF et PTF : Amélioration de la planification (plan trimestriel de travail), Requêtes groupées sur la base du PAO;

10. Question d'apprentissage : Dans quelle mesure le pays parvient-il à résoudre les problèmes découlant des activités d'assurance ? Quels sont les problèmes encore à résoudre et quelles sont les dispositions à envisager pour l'avenir ?

- Quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre des exigences en matière de gestion des subventions ?
- Comment le pays a-t-il donné suite aux recommandations découlant des audits antérieurs (audits externes annuels + audit du programme Gavi) ?
- Veuillez apporter des précisions sur les améliorations apportées en matière de gestion financière et les activités d'assurance risque (par ex : agents fiscaux, agents de contrôle, assistance technique à la gestion financière).
- Plus précisément, quelles mesures ont été prises pour permettre à un pourcentage plus élevé de fonds Gavi de revenir aux systèmes gouvernementaux ?

Commentaires du pays :

1. Etat d'avancement de la mise en œuvre des exigences en matière de gestion des subventions : Chaque trimestre, la cellule d'audit interne du MSPHPS, évalue le niveau atteint par rapport au niveau initial et exigé et partage le rapport à toutes les parties prenantes pour améliorations escomptée. Le statut de ce niveau évalué au **30 novembre 2024 est satisfaisant dans l'ensemble** sauf certaines exigences ne le sont pas encore entre autres le nouveau organigramme du PEV qui atteint qui sera issu des évaluations que l'OMS prévoit entamer en 2025 ; l'arrêté de CNP actualisé intégrant CCIAT& Stratégique PEV ainsi que la Commission Ad hoc Gavi (C'est en cours, pas encore signé par SE Minisanté) ;

2. Suite aux recommandations découlant des audits antérieurs (audits externes annuels + audit du programme Gavi) : La cellule d'audit interne autour du conseiller technique de Mr Le SG, se concerte chaque trimestre pour évaluer l'implémentation de ces recommandations des audits externes et ou de Gavi reprise dans un plan ad hoc pour ce et suivent chaque structure ou personne désignée pour assurer la mise en œuvre, font le rapport au SG pour les mesures idoines ;

3. Les améliorations apportées en matière de gestion financière et les activités d'assurance risque (par ex : agents fiscaux, agents de contrôle, assistance technique à la gestion financière) : un plan de décentralisation de la comptabilité est élaboré par la CAGF pour effectivement apporter les améliorations en matière de la gestion financière de la CAGF au vu des problèmes/ défis qui empêchent la bonne gestion, un manuel de procédure nouveau qui agrège les procédures est en passe d'être validé par les instances technique du MSPHP car déjà accepté par Gavi et FM . Les autres agences de la mise en œuvre (OMS, UNICEF, UNOPS, et OSC / Sanru) ont leur procédure de gestion qu'ils améliorent en fonctions des défis qu'ils ont aussi. Chaque agence de mise en œuvre des subventions Gavi est obligé de chercher l'assurance pour les bâtiments, équipements & matériels, vaccins et intrants selon ses possibilités. Au MSPHPS, sa disposition se limite jusque-là aux matériels roulants ;

4. Mesures prises pour permettre à un pourcentage plus élevé de fonds Gavi de revenir aux systèmes gouvernementaux : Nous veillons à appliquer strictement les obligations de l'accord cadre de partenariat signé entre Gavi et la RDC dont ses annexes sont claires sur les exigences des uns et des autres organes dans la mise en œuvre des subventions Gavi au vu de leurs mandat et mission. Un % élevé est toujours accordé aux systèmes gouvernementaux

11. Question d'apprentissage : Veuillez apporter des précisions sur tout autre obstacle lié à la gestion financière pour la mise en œuvre et la conformité.

Commentaires du Pays :

les principaux obstacles auxquels le pays fait face à la gestion financière sur les fonds Gavi c'est :

1. Les conflits permanents à : (a). l'EST de notre pays (guerre nous imposer par M23-RDF et autres groupes armée) touchant 4 provinces : Nord -Kivu, Sud Kivu, Ituri et Tshopo. ; (b.). L'OUEST du pays avec les mobondo touchant 2 provinces : Kwilu et Mai Ndombe
2. La centralisation de la comptabilité au niveau central sans les points focaux plus pour CAGF/MSPHPS
3. Non standardisation des manuelles de procédures et procédures de passations des marchés, chaque organe de mise en œuvre (CAGF/MSPHPS ; OMS, UNICEF, UNOPS et OSC/Sanru) a son manuel de procédure et ses procédures de passation de marchés ;
4. La motivation du personnel en terme des primes et autres avantages, est aussi non standardisée, le personnel travaillant avec fond Gavi passant par CAGF/MSPHPS sont moins motivé que leurs collègues travaillant avec même fond via OMS, UNICEF, UNOPS et Sanru

12. Question d'apprentissage : Le pays s'attaque-t-il efficacement aux obstacles sexospécifiques (par ex : ceux auxquels sont confrontés les soignants ou les adolescents pour accéder aux services de vaccination et les obstacles auxquels sont confrontés les agents de santé pour fournir des services de vaccination) ?

Indicateur(s):

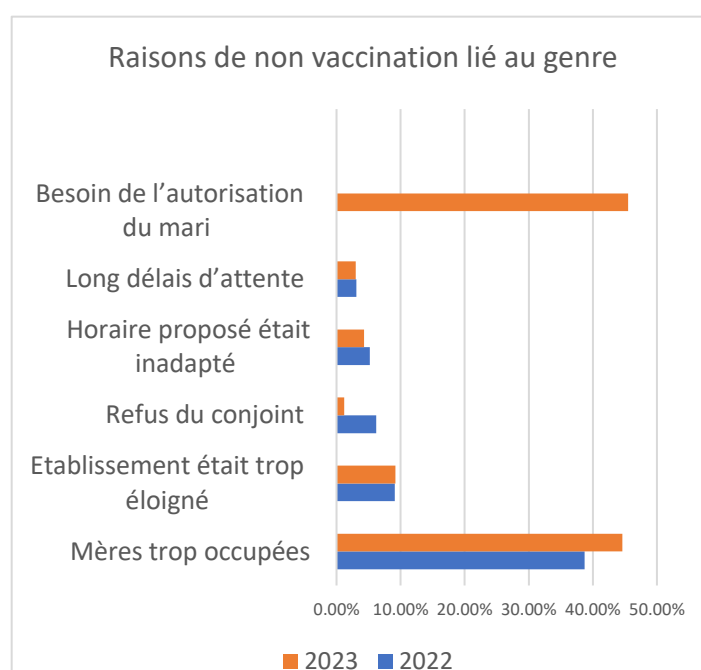
- Le pays a-t-il effectué une analyse de genre (quand) identifiant les obstacles rencontrés par les agents de santé, les soignants et les adolescents (oui/non) ?

En décembre 2023, le pays a débuté une analyse genre sur la couverture vaccinale dans 4 provinces de la RDC soit Kinshasa, Kasai Central, Nord Kivu et Sud Ubangi avec un focus sur les vaccins contre la covid-19.

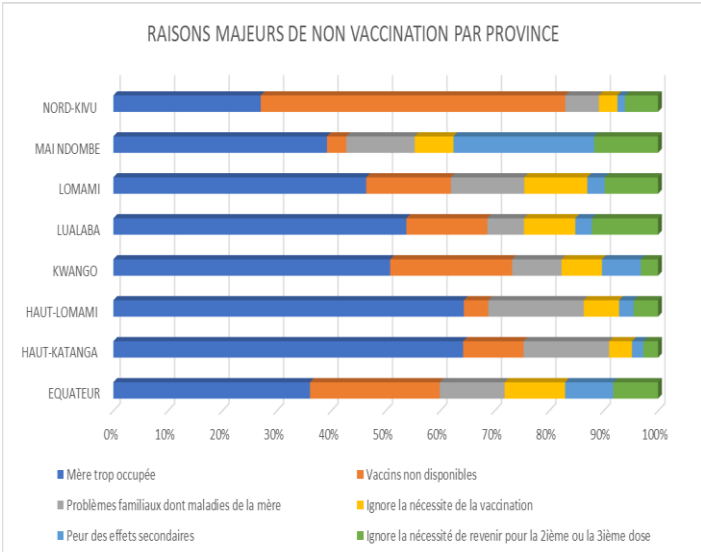
Notons par ailleurs que cette analyse genre ne met pas en lumière les obstacles rencontrés par les soignants et agents de santé d mais plutôt la perception de la vaccination dans les communautés.

- Le pays a-t-il mis en œuvre des initiatives visant à lever ou à réduire ces obstacles sexospécifiques ?
 - Les données collectées et les analyses de genre ont été prises en compte dans les travaux d'élaboration du FPP

Graphiques : Ce graphique démontre à suffisance que les raisons de non vaccination sont liées au genre.



- (i) développer un partenariat avec les associations féminines,
- La mise à l'échelle de l'installation des cellules genre dans les 15 provinces en plus des 9 provinces déjà prise en compte.



Commentaires du pays :

L'analyse genre réalisée s'appuie sur la perception de la vaccination au sein des communautés et ne révèle pas les obstacles rencontrés par les soignants et les prestataires de santé dans leur accès aux services de vaccination. Il n'existe pas des données probantes identifiant les obstacles liées au genre dans l'accès aux services de vaccination pour les soignants et agents de santé.

Il sied de noter que selon les enquêtes de convenance les obstacles tels que : « la surcharge de travail, le non-paiement des prestations lors des campagnes de vaccination antérieures constitueraient des obstacles dont l'accès aux services de vaccinations pour le/s agents de santé et les soignants.

Signalons que l'audit genre réalisé par Flowminder en 2020 n'avait pas pris en compte les obstacles liés au genre dans l'accès au service de vaccination pour le personnel soignant et agent de santé. Néanmoins, un audit sera réalisé par Flowminder en 2024 intégrant ces aspects.

Pour ce qui est des adolescents, l'analyse genre a démontré qu'il n'existait pas des obstacles liés au genre dans l'accès aux services de vaccination ; les principaux obstacles pour l'accès service de vaccination serait lié à la demande entre autres l'infodémie autour de la vaccination (cas de la vaccination covid-19, Mpox).

Obstacles rencontrés par les soignants

Obstacles (énoncer les obstacles qui empêchent le personnel soignant d'accéder aux services)	Interventions visant à lever les obstacles (indiquer les interventions prévues)	Les interventions ont-elles été mises en œuvre ? (non, partiellement, complètement)	Quel a été l'impact (fournir des preuves) ?
Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler

Obstacles rencontrés par le personnel de santé

Obstacles (énoncer les obstacles qui empêchent le personnel soignant d'accéder aux services)	Interventions visant à lever les obstacles (indiquer les interventions prévues)	Les interventions ont-elles été mises en œuvre ? (Non, partiellement, complètement)	Quel a été l'impact (fournir des preuves) ?
Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler	Rien à signaler

Obstacles rencontrés par les adolescents

Obstacles (énoncer les obstacles qui empêchent les adolescents d'accéder aux services)	Interventions visant à lever les obstacles (indiquer les interventions prévues)	Les interventions ont-elles été mises en œuvre ? (non, partiellement, complètement)	Quel a été l'impact (fournir des preuves) ?
L'infodémie autour de la vaccination	Sensibilisation des groupes des jeunes, Collaboration avec les ministères de l'éducation en vue d'incorporer la vaccination dans le système scolaire serait un objectif.	Oui, partiellement	- Engagement des responsables de l'EPST à tous les niveaux - Sensibilisation des élèves dans les écoles - Vaccination des élèves cibles dans les écoles (Vaccination polio, Covid-19, cholera, FJ, rougeole, etc)

Commentaire : La collaboration avec les Ministères de l'EPST et de la jeunesse sera renforcée avec l'introduction du nouveau vaccin HPV qui sera précédée par des sensibilisations très appuyées et imagées

13. Question d'apprentissage : Le système d'information sanitaire et d'amélioration de la qualité des données du pays est-il déployé de manière efficiente, ainsi que les activités de suivi et d'apprentissage ?

- Quel est l'état d'avancement de la planification et de la mise en œuvre des activités de renforcement, de suivi et d'apprentissage du système d'information sanitaire et des données ? Ces activités représentent-elles collectivement au moins 10 % du budget de votre subvention au titre du RSS / FAE ? Quelles mesures le pays compte prendre pour répondre aux lacunes persistantes ou lever les obstacles liés à la performance du programme de vaccination ?

Le Plan Stratégique d'amélioration de la qualité des données (PSAQD) du PEV a prévu 5 activités spécifiques : (i) le renforcement des capacités des agents et des structures, (ii) l'amélioration du suivi de la mise en œuvre des activités de vaccination, (iii) l'utilisation des nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), (iv) l'amélioration de la gouvernance, (v) et (vi) le renforcement du plaidoyer. Toutefois ce plan n'a pas défini d'indicateurs mesurables pour le suivi de la qualité des données.

Activités spécifiques planifiées	Observations
Garantir la connectivité à l'internet, l'achat et la maintenance des équipements pour l'utilisation du DIHS2 et des outils NTIC	Passage au DHIS 2 et connectivité offerte mais instable ⁶⁷
Approvisionner chaque ESS en quantité suffisante d'outils (fiches de pointage, registre de vaccination, cartes de vaccination CPS, Canevas SNIS actualisé intégrant les éléments du PEV ...)	Ruptures de stocks de registres dans 22% des sites visités ⁶⁸
Assurer la formation et l'appui technique des prestataires dans le domaine de la gestion des données de vaccination et de la surveillance (DQS, formation/recyclage, plan de correction et suivi)	Formations effectuées. De nombreux personnels n'ont pas encore été formés ⁶⁹
Diffuser les supports et les logiciels standardisés et pertinents (e-Surv, ISS, AVADAR, GIS, Application téléphonique en gestion PEV/RDC, e-tracking, e-learning, cartographie satellitaire, registre électronique etc.) pour assurer la digitalisation des données de vaccination	Développement de 3 modules e-learning (vaccination pratique, gestion et utilisation des données) et réalisation de la micro-planification géoréférencée ⁷⁰
Organiser des enquêtes de couverture vaccinale chaque année dans au moins 11 provinces (provinces prioritaires), les LQAS et les monitorages pour mesurer les performances atteintes par les ZS	ECV 2020, 2021 et 2022 réalisées

- Veuillez apporter des précisions sur les résultats clés ou principales conclusions concernant les priorités d'apprentissage identifiées basées sur la demande du pays. Plus précisément : quelles mesures ont été prises pour améliorer la performance des programmes de vaccination sur la base de ces données ? Par exemple, mieux comprendre les obstacles spécifiques à la vaccination, guider avec succès la mise en œuvre et corriger les activités proposées.

Veuillez communiquer toute documentation sur les résultats de l'apprentissage si celle-ci est disponible (par ex : rapports, évaluations, analyses, etc.)

Commentaires du pays :

Les études CAP seront réalisées au moment opportun et les actions pertinentes suivront

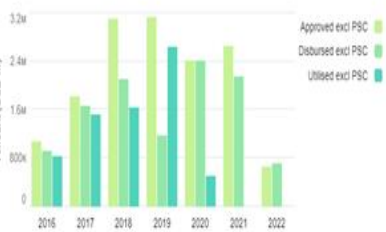
C. Mise en œuvre de l'aide ciblée au pays (dans le cadre du PEF)

14. Question d'apprentissage : Le pays met-il en œuvre comme prévu l'aide ciblée au pays prévue dans le cadre du PEF (Cadre d'engagement avec les partenaires) et l'assistance technique déployée dans le cadre du COVAX ? Veuillez expliquer comment l'aide ciblée au pays a contribué à soutenir la réalisation des objectifs nationaux. - tous les partenaires bénéficiant de l'AT PEV - TCA (OMS, UNICEF, Acasus, VillageReach, PATH, JHPIEGO, Ginger, GRID3, FLOWMINDER) et TCA-COVAX (OMS, UNICEF)

Indicateur(s) :

- Analyse nationale des performances des partenaires conformément aux plans de travail

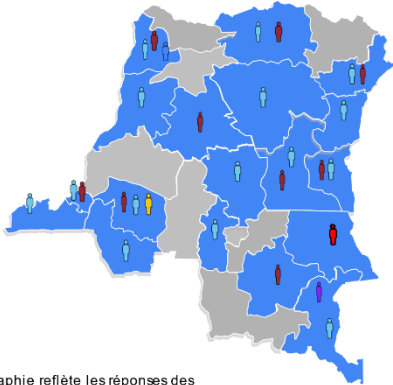
Year	Approved excl PSC	Disbursed excl PSC	Utilized excl PSC
2016	\$1,077,949	\$820,993	\$804,135
2017	\$1,823,216	\$1,886,390	\$1,524,042
2018	\$1,154,880	\$2,108,640	\$1,638,787
2019	\$3,128,882	\$1,179,234	\$2,641,124
2020	\$2,414,138	\$2,414,138	\$937,897
2021	\$2,652,440	\$2,150,440	\$0
2022	\$662,143	\$716,813	\$0



Commentaires du pays :

Il y a 6 principaux partenaires de mise en œuvre qui soutiennent les provinces et les zones de santé

Partenaires de mise en œuvre



Mise en garde : cette cartographie reflète les réponses des responsables de la santé infranationaux (et pas nécessairement le déploiement réel ou futur)

Source: Entretiens avec le responsable de la province et de la zone de santé

Interventions

Agencies Interventions

UNICEF	Finances, Prestation service, Transport des vaccins
WHO	Surveillance
PATH	Finance, Prestation services
VillageReach	Prestation service, Transport des vaccins
UNOPS	Chaîne de froid
JSI	Chaîne de froid

(Tableau suivant à remplir par chaque AT)

Libellé	Réalisé	Retards importants	Légers retards	En cours	Reprogrammé	Non rapporté	Total général	Réalisations
Assistance technique COVAX								
Aide ciblée au pays (ACP)								

Total général								
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Section 2 - Perspectives : résumé des points de discussion et actions de suivi

Veillez résumer brièvement les **principaux points de discussion**, y compris les **besoins identifiés** et les **actions de suivi** découlant du dialogue entre les parties prenantes lors de l'évaluation conjointe.

Ceci peut comprendre :

- Les besoins et priorités identifiés (à l'avenir) ;
- Les actions de suivi pour accélérer les activités planifiées ;
- Les ajustements attendus des activités et, le cas échéant, du plan de travail, des objectifs et du budget de Gavi, tels que les réaffectations budgétaires, les modifications préconisées pour la planification de l'aide ciblée au pays, la révision des dates pour les demandes ou introductions anticipées de nouveaux vaccins, etc.⁶ ;
- Le déploiement ou l'expansion des pratiques et innovations prometteuses ;
- D'autres aspects et des actions de suivi.

Les échanges ont porté principalement **sur les différents domaines du PEV et du renforcement du système de santé avec un focus sur l'amélioration de la situation vaccinale au pays pour la période de 2025 à 2029.**

Concernant **la situation d'amélioration** de couverture vaccinale, la direction PEV a proposé de renforcer le fonctionnement des antennes et qui devrait rester la plaque tournante pour suivre de plus près les équipes des Zones de santé ainsi que les infirmiers titulaires et leurs aires de responsabilité. Tous les participants ont adhéré à cette proposition qui jadis avait fait ses épreuves dans les années passées.

La problématique de la maîtrise du dénominateur et du paiement mobile money ont fait l'objet des échanges très nourris. Pour ce qui est du paiement direct par « Mobile money », bien que de manière unanime tout le monde s'est accordé sur les multiples avantages ; notamment la réduction des avances ouvertes qu'apporte l'approche, les voix se sont élevées pour exiger un réajustement de l'approche aux réalités du pays afin de contourner les inconvénients relevés actuellement dont le retard des paiements.

Abordant le défi relatif aux enfants Zéro dose et sous vaccinés, l'accent était mis sur l'utilisation des Fonds FAE et RSS3 et 4 pour financer la plan Mashako 3.0 dont le point central de toutes les activités de mise en œuvre et suivis seront confiées aux équipes des antennes PEV.

Les participants ont reconnu la nécessité d'optimiser la chaîne logistique en vaccins et du fonctionnement des Hubs, améliorer le système de distribution et de transport au niveau des Aires de santé (achat des moyens de transport aux IT tel que recommandé dans le cadre de Mashako 2.0 et ce qui est prévu dans Mashako 3.0).

Dans le cadre du renforcement de la gouvernance financière, les dispositions devraient être prises pour que le financement soit disponible au moment souhaité et permettre la mise en œuvre des activités conformément aux plans de travail. Aussi, sur base de l'expérience des provinces pilotes de l'approche MOU, il est envisagé une extension progressive vers d'autres Provinces dont trois provinces pour 2025.

Les signatures des accords de financements des organes de la mise en œuvre qui requièrent la signature de Son Excellence Mr le Ministre de santé publique nous prennent au moins trois à six mois d'attente, et pour ce, ça freine la mise en œuvre des activités et pour mitiger ce risque, il est souhaitable que le secrétariat Exécutif de Gavi, signe directement avec les Agences des Nations Unies.

Un plan de centralisation de la comptabilité de la CAGF était présenté par la CAGF lors de ces assises pour minimiser les risques financiers et améliorer les taux d'absorptions dans les DPS. Cette action innovante était appréciée à juste titre, mais que les discussions vont continuer pour sa mise en œuvre.

Dans le but de renforcer l'engagement communautaire en appui à la demande et utilisation des services de vaccination, il a été suggéré que soient numérisés les indicateurs en rapport avec l'engagement communautaire dans l'application Gestion PEV pour permettre le suivi à temps réel surtout pour rapprocher l'offre et la demande et que l'institutionnalisation des relais communautaires prônée par les autorités hiérarchique fasse l'objet d'une mise en œuvre pilote dans trois provinces ciblées dans RSS4.

⁶. Ceci concerne tous les types de soutien de Gavi

Par la suite, les échanges avaient aussi porté sur la rationalisation de l'assistance technique dont les TDR et un cadre de redevabilité conformément au mandat de chaque partenaire existant et qu'il est prévu des évaluations de toutes ces assistances et leur recrutement dans un avenir proche. Cependant les partenaires traditionnels comme OMS, UNICEF, UNOPS et OSC/Sanru sont exemptés de cette sélection.

Les riches discussions cfr les comptes rendus des journées une et seconde en annexes ont permis de déboucher sur une série des recommandations dont les plus ont fait l'unanimité et sont reprises dans le tableau suivant :

N°	Recommandation/Actions de suivi	Calendrier	Personne / partenaire responsable
1	Signature des accords d'Extension RSS 3.	Janvier 2025	Mini santé
2	Finalisation de la SNV et Elaboration du PAO 2025	Janvier 2025	PEV/PTF
3	Mise en œuvre du grand rattrapage (IPVS)	Janvier- Mars 2025	PEV/PTF
4	Validation du rapport et mise en œuvre des recommandations de l'Audit Institutionnel du PEV	Mars 2025	PEV/PTF
5	Extension de l'Introduction du VAP	Janvier – juin 2025	PEV/PTF
6	Organiser les ateliers d'orientation du plan Mashako 3.0	Janvier-Février 2025	PEV/PTF
7	Organiser la revue externe du PEV	Janvier -Mars 2025	PEV/PTF
8	Organiser une mission conjointe pour la redynamisation CCIA provincial et mettre en place un système de suivi des indicateurs du CCPeV	Semestre II 2025	PEV/PTF
9	Organiser trimestriellement les TC de suivi avec les antennes dans le cadre de la mise en oeuvre de l'approche antenne	Continue chaque trimestre	SG/PEV
10	Réallouer les fonds de RSS3, CDS 2 et 3 ainsi que le solde de VAR2 et VPI2 d'ici janvier 2025	GP/PTF/Gavi	Janvier-février 2025
11	Mettre en œuvre la décentralisation de la CAGF	T II 2025	SG/CAGF/Gavi/FM
12	Obtenir les signatures manquantes pour le FPP	Janvier-Février 2025	DPEV
13	Les accords de financements ainsi que les avenants y afférant doivent être directement signer par le Secretariat Exécutif de Gavi et les agences des Nations Unies qui mettent en œuvre les activités du programme Gavi en RDC .	Continue	Gavi siege/PTFs
14	Elaborer un PAO PEV pertinent pour recadrer toutes les discussions de EC Gavi 2023	DPEF/PTF	Janvier-Février 2025

Composition de l'équipe d'organisation et rédaction du rapport de l'EC.

Pour la DEP : Dr MUKINAY DIZAL Nestor.

Pour **PEV** : Dr Audry Mulumba, Dr Augustin Milabio, Dr Pablito Nasaka, Dr Calixte Shidi ; Dr Charles Kantu .

Pour **CAGF** : Dr Julien Saleh

Pour **UNICEF** : Dr Deo Manirakiza, Dr Thomas

Pour **OMS** :, Dr Marcellin Nimpa, Dr Yapi Moise, Mr Cedric Mwanga

Pour **UNOPS** : Mme Fiona et Ir Jean Hilair

Pour **OSC/Sanru** : Dr Assy Lala & Dr Bienfait Kisimba

Pour la consultance Gavi : Dr John Otomba et Mr Faustin Segla

Annexes : les CR des journées

RÉPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE PUBLIQUE ET HYGIÈNE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
PEV



RAPPORT DE LA PREMIERE JOURNEE DE L'ATELIER D'EVALUATION CONJOINTE DES SUBVENTIONS DE GAVI 2024

Rapporteurs : Dr Jean Charles Mukenge Kantu, David OLELA, Cédrick OMS

Jour : Mardi, 10 Décembre 2024

Lieu : Kinshasa, Salle BAKANDJA, CARITAS CONGO Sarl

Heure : 09H45 à 17H41.

Etaient présents : Direction du PEV, CAGF, Gavi, OMS, Unicef, BMGF, CAGF/GAVI, USAID, RMRITE/USAID, UNOPS, CDC Atlanta, PATH, SANRU, Village Reach, ACASUS, O.I.M, CHAI, Grid3.

L'agenda de la journée : Cfr l'annexe du présent rapport.

En liminaire, nous avons noté les éléments clés des échanges : l'impérieuse nécessité de faire les réallocations des fonds de la RSS3 et CDS2 et CDS3. Aussi un accompagnement de la CAGF pour la gestion des Fonds et la décentralisation de la gestion telle qu'envisagé par la coordination de la CAGF.

OUVERTURE OFFICIELLE DE L'ATELIER

1.1.1. Présentation et Mot de Bienvenue du Directeur du PEV

Le Médecin Directeur du PEV a salué tous les participants et a présenté les excuses du SG, qui avait souhaité ouvrir cet atelier aujourd'hui mais est retenu par d'autres urgences au ministère. Il a promis de venir demain pour l'ouverture et la clôture de l'atelier, ainsi que pour la photo de groupe. Ensuite, l'agenda et les termes de référence de l'atelier ont été présentés, avec comme objectif d'examiner la contribution de Gavi à la performance du programme de vaccination en 2023 et 2024, ainsi qu'à faire le point sur les bonnes pratiques, les défis rencontrés et les besoins futurs.

Du RENFORCEMENT POUR LE PEV ROUTINE

La séance a débuté par une présentation sur l'évaluation des recommandations de l'évaluation conjointe de 2022. Parmi les 12 recommandations, 5 ont été complètement mises en œuvre, 5 partiellement, et 2 non réalisées, ce qui correspond à un taux de réalisation de 42%.

- Les discussions ont porté sur le cadre de redevabilité des AT en lien avec leurs mandats et les besoins du programme,
- l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement,
- ainsi que sur les leçons tirées des campagnes de vaccination passées pour améliorer les futures initiatives.

Réponses :

- Il a été proposé d'élaborer un cadre de redevabilité pour le niveau central, en tenant compte des besoins du PEV, et de développer les TDRs des AT en fonction de domaines spécifiques. Bien que la réflexion sur l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement ait commencé en 2018, les TDRs et autres documents pertinents sont encore manquants au niveau de la direction du PEV.

Il s'en est suivi la présentation sur **la synthèse de la mise en œuvre du PAO 2023 et FDR 2024.**

Initialement, 151 activités étaient prévues pour 2023, mais ce nombre a été révisé à 134 après une revue à mi-parcours, avec 55 activités réalisées, soit 41% de la planification. Certaines activités non prévues ont été effectuées, notamment la surveillance, comme :

- La mission de monitoring de destruction des flacons de nVPO2 dans 11 provinces et autre matériel potentiellement infectieux.
- Les réunions de classification des cas avec échantillons de selle non adéquats ont été régulièrement tenues et ont permis de classer tous les cas de l'année 2022 et 119 cas de 2023,
- La rédaction de la documentation de mise à jour par le comité polio, document transmis à la commission régionale et présenté à la 31ème réunion annuelle de CRC;
- Tenue des réunions de comité National de Certification pour valider les analyses trimestrielles de risque et la revue des recommandations de CRCA

- Mise en place de système de tracking des échantillons.

Concernant la FDR 2024, 187 activités ont été initialement planifiées, avec 67 réalisées, soit 33%. Après une revue à mi-parcours, 67 activités ont été retenues, parmi lesquelles 30 ont été réalisées, représentant 45%.

- Les discussions ont porté sur les difficultés liées à la multiplicité des activités, qui entrave l'atteinte des résultats, ainsi que sur la faible fonctionnalité des CCIA au niveau des provinces et le fonctionnement insuffisant des antennes PEV.

Réponse

- Les discussions ont souligné la nécessité de planifier des activités visant à vacciner les enfants et à améliorer la couverture vaccinale (CV), en tenant compte des financements à chaque niveau.
- Concernant le CCIA, il a été noté une faible appropriation par les APA provinciales, l'absence d'un cadre de redevabilité et une carence dans la diffusion des normes, des défauts qui devraient être corrigés avec la mise en œuvre du CCPeV.
- En rapport avec le faible fonctionnement des antennes PEV, il a été suggéré l'accompagnement de ce dernier par le niveau central dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche antenne.

De manière générale, il a été recommandé d'identifier les activités clés à chaque niveau qui auront un impact direct sur la CV et de démontrer comment les AVS ont renforcé la vaccination de routine.

De la présentation sur la **mise en œuvre des financements de GAVI et suivi des indicateurs**, nous notons que les subventions de GAVI sont décaissées selon le taux d'absorption.

Concernant les indicateurs de suivi de la subvention de GAVI, quatre indicateurs majeurs ont été identifiés :

- Nombre d'enfants ZD au niveau national,
- Abandon du DTC1 et DTC3 au niveau national,
- Abandon du DTC1 à la dernière dose de routine du MCV au niveau national,
- Pourcentage d'établissements de santé n'ayant signalé aucune rupture de stock sur l'année (DTP)

En ce qui concerne la subvention RSS3, le niveau de décaissement est présenté dans le tableau ci-dessous.

Agence	Approuvé	Décaissé	Non décaissé	%
MSP-CAGF	42,227,684	28,913,475	13,314,209	68%
SANRU	15,550,599	15,550,599	0	100%
UNICEF	26,870,711	25,526,587	1,344,124	95%
UNICEF SD*	965,307	965,307	0	100%
UNOPS	9,199,388	9,199,388	0	100%
OMS	7,187,472	7,187,472	0	100%
	102,001,160	87,342,828	\$14,658,333	86%

A ce jour, seule la CAGF n'a utilisé que 68% de montant approuvé par GAVI avec un solde de 13.344.209\$. Il est nécessaire d'élaborer un plan de réallocation de ce montant d'ici janvier 2025, avant l'expiration de la subvention prévue pour le 15 avril 2025.

En rapport avec la subvention CDS 2 et 3, notons que plus de 6 millions ne sont pas encore décaissés et ses fonds nécessitent une réallocation.

Subvention/Partenaire	Approuvé	Décaissé	Non Décaissé	Date de fin
CDS-OSC-SANRU	\$2,251,198	\$703,190	\$1,548,008	31.12.2025
CDS-2-OMS	\$6,895,712	\$6,483,816	\$411,896*	31.12.2025
CDS-2-UNICEF	\$9,092,292	\$9,092,292	\$0	31.12.2025
CDS-2-OIM	\$4,027,168	\$4,027,168	\$0	31.12.2024
CDS-2-MSP	\$5,413,605	\$5,413,605	\$0	30.06.2026
CDS-3-MSP	\$4,431,367	\$0	\$4,431,367	30.06.2026

Pour la subvention FAE, le taux de décaissement de la CAGF est faible, s'élevant à seulement 25 %, tandis que deux agences du SNU affichent un taux de décaissement d'au moins 80 %, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Agence	Approuvé	Décaissé	Non décaissé	Décaissé / Approuvé
OIM	2,078,380	1,002,230	\$1,076,150	48%
MSP (CAGF)	18,707,126	4,739,800	\$13,967,326	25%
SANRU	23,160,524	10,797,722	\$12,362,802	47%
UNICEF	9,243,066	7,569,050	\$1,674,016	82%
UNOPS	3,582,054	2,865,643	\$716,411	80%
OMS	3,951,103	1,711,796	\$2,239,307	43%
Total	60,722,253	28,686,241	\$32,036,012	47%

Les discussions ont abordé plusieurs points clés :

- la nécessité de sélectionner des partenaires pour la mise en œuvre des AT en dehors des membres de l'alliance, avec le lancement d'une publication à cet effet.
- Une expérience pilote de l'approche TCA fondation sera testée en RDC et au Nigéria, deux pays bénéficiaires de la subvention de GAVI, pendant un an, afin d'évaluer son potentiel de passage à l'échelle.
- En outre, les soumissions liées à l'achat de vaccins ont conduit à une augmentation d'au moins 12 millions de dollars en co-financement, soulignant l'importance de plaider pour mobiliser des financements auprès du Gouvernement et d'autres bailleurs.
- Enfin, les projections de financement de GAVI pour 2025-2029 indiquent un montant estimé supérieur à **1 milliard USD**.

De la présentation sur la mise en œuvre de RSS3 et FAE, l'orateur a rappelé les indicateurs de suivi et a indiqué que deux objectifs n'ont pas été atteints en termes de proportion.

La présentation sur la mise en œuvre des activités FAE a souligné que celles-ci ont débuté en 2023 dans 11 provinces, touchant plus de la moitié des EZD. Ces activités se distinguent par l'adoption d'approches innovantes, telles que l'identification des EZD et SV, la micro planification digitalisée, et la vaccination à des horaires adaptés,

ainsi que par des initiatives comme les IPVS, les stratégies spéciales et le grand rattrapage.

Après une année de mise en œuvre **14/47** activités planifiées ont été réalisées soit 30%. Ceci a motivé le PEV et ses partenaires de réaliser une évaluation à mi-parcours dont les constats étaient ;

- la multiplicité des partenaires de mise en œuvre, Faible coordination du plan de FAE à tous les niveaux à la suite d'une multiplicité des instances de coordinations,
- Sous-identification des enfants zéro doses et sous-vaccinés : absence des normes et directives,
- Faible récupération des enfants identifiés dans toutes les DPS (Moins de 40%):
- Non réalisation de la micro planification à la base reprenant les différentes stratégies,
- Insuffisance des outils de collecte et de rapportage,
- Faible proportion des zéro doses / sous-vaccinés identifiées et suivies par les CAC,
- Absence des données d'identification, de récupération avec les stratégies spécifiques des zéro dose et sous-vacciné dans le DHIS2,
- Rupture de stock en vaccins et autres intrants :
- Retard dans la distribution directe dans les aires de santé à accès difficile,
- Faible capacité de stockage des vaccins et autres intrants au niveau des aires de santé (doublon dans la distribution de ECF).

Dans la discussion, il ressort que les activités des FAE, IPVS et de grand rattrapage doivent s'intégrer dans la routine plutôt que de fonctionner comme des campagnes. La mise en œuvre des recommandations provenant de l'atelier d'évaluation des FAE dans le cadre du RSS4 a également été abordée, ainsi que l'importance de la valeur ajoutée du mobile money. En outre, il a été noté que les préoccupations soulevées sont prises en compte dans le plan Mashako 3.0, qui est un plan intégrateur.

En ce qui concerne les avantages du paiement sur mobile money, il a été démontré que ce dernier permet à ce que les fonds arrivent aux bénéficiaires finaux tout en épargnant les déperditions des fonds ou détournement.

Notons que le partage de rapport du CEI avec le PEV est substitué à l'obtention des signatures des différents documents (lettre d'engagement du Ministre des finances et de l'éducation pour le VPH) et la réponse aux différentes préoccupations de CEI dans un délai de 30 jours ouvrables.

En ce qui concerne la présentation sur la situation des stocks de manière générale, on note que le pays a un bon taux de satisfaction pour tous les antigènes nonobstant une rupture récurrente de la disponibilité des seringues BCG. Parmi les facteurs des succès qui ont influencé positivement un taux de satisfaction on signale la mise œuvre de l'initiative VII, paiement de co-financement et le renforcement des capacités dans la gestion des vaccins. Il sied de noter que le pays a réalisé une faible performance dans le cadre de la dernière évaluation GEV (66%), un plan d'amélioration a été élaboré avec les activités à mettre en œuvre.

De la discussion, il est ressorti la problématique des coûts de transport selon la reconfiguration de la chaîne d'approvisionnement de en tenant compte de 3 portes

d'entrée, un autre point était de savoir d'où viendrait les ressources humaines dédiées aux différents hub.

Il s'en est suivi la présentation sur l'approche antenne, ici l'accent a été mise sur la redynamisation des antennes PEV pour qu'ils jouent réellement leurs rôles tel qu'il sera défini dans les directives signé par le SG et l'arrêté CCPeV et enfin est intervenu la présentation sur le plan Mashako 3.0 basé sur l'approche antenne.

De la discussion il a été demandé de savoir comment se fera l'alignement du plan mashako 3.0 dans le RSS4 et la SNV.

A cette préoccupation, il est à noter que le plan Mashako s'inscrit dans la continuité et en lien avec le RSS4 et la SNV avec comme innovation la mise en œuvre de l'approche antenne.

Recommandation

1. Organiser une mission conjointe pour la redynamisation CCIA provincial et mettre en place un système de suivi des indicateurs du CCPeV ;
2. Faire une priorisation des activités à fort impact sur la couverture vaccinale dans le PAO à tous les niveaux
3. Organiser trimestriellement les TC de suivi avec les antennes dans le cadre de la mise en oeuvre de l'approche antenne ;
4. Réallouer les fonds de RSS3, CDS 2 et 3 ainsi que le solde de VAR2 et VPI2 d'ici janvier 2025 ;
5. Mettre en oeuvre la décentralisation de la CAGF

Commencées à 09h30', les activités de la première journée étaient suspendues à 17h41'.

Fait à Kinshasa, le 10 décembre 2024
Pour l'équipe des rapporteurs

1. Dr Charles KANTU/Suivi et évaluation PEV.
2. David OLELA/Communication

CONTRIBUTION COMPTE-RENDU DE LA JOURNEE 2 – EVALUATION CONJOINTE.

11 Décembre 2024

La deuxième journée de l'évaluation conjointe s'est ouverte à 9h30 avec une introduction du modérateur. Celui-ci a annoncé des ajustements à l'agenda pour inclure des activités non réalisées lors de la première journée. Les participants ont été informés que le rapport de la première journée serait disponible sur Google Drive pour permettre des amendements en ligne.

Il a été également organisé les travaux en trois groupes :

- **Groupe 1** : Renforcement des Services de Santé (RSS).
- **Groupe 2** : Financement et Assistance Technique (FAE).

- **Groupe 3 : Activités de Grand Rattrapage (BCU)**

Session 1.

Discussions de groupe sur les activités RSS3 non réalisées faute de temps imparti pour la discussion et, à reprogrammer si nécessaire. Seulement le groupe chargé des activités du BCU a présenté sa production puis s'en est suivie la discussion avec comme leçon apprise celle de la responsabilité des antennes PEV pour le suivi des activités qui seront menées dans la routine plutôt sous le mode campagne comme initialement fait dans la province de Maniema et Lualaba.

Session 2. Mise à Jour sur les Campagnes et Introductions de Nouveaux Vaccins

La session a commencé avec une mise à jour des campagnes Polio Sous la responsabilité du COUP dont l'objectif est d'interrompre la circulation et la transmission des poliovirus variants en RDC. De 2020 à 2024. Le COUP a partagé avec les DPS le plan des campagnes de l'année, pour l'intégration dans leur PAO. Sur les 4 campagnes planifiées, 2 AVS ont été réalisées dans les délais, avec les intrants et les fonds disponibles au niveau opérationnel.

La surveillance a un peu trainé à cause de la présence des appuis techniques au niveau opérationnel qu'au 2e trimestre de 2024.

Le COUP a soutenu l'organisation de l'intercampagne dans les 3 provinces les plus à risque (Haut Katanga, Haut Lomami et Tanganyika), même s'il y a eu des gros soucis comme : le déploiement tardif des appuis techniques, le retard dans la mise en place des financements par les partenaires, la disponibilité limitée du nOPV2 au niveau mondial et, le retard dans la reproduction des outils qui entraîne des reports de dates (avec les chevauchements sur les activités au niveau opérationnel). En 2025 est prévu 2 JNV polio et 1 JLV Polio.

Concernant les campagnes intégrées de Fièvre Jaune et Rougeole, les leçons apprises ont mis en lumière des succès, tels que la mobilisation communautaire, et des défis, notamment liés à la logistique. Il a été recommandé de documenter et d'utiliser les expériences de l'intégration des campagnes pour maximiser les ressources disponibles.

Session 3. Partage d'expérience du rattrapage EZD du Cameroun

Concernant le partage d'expériences, faute d'une bonne connectivité, les présentations du Cameroun sur les approches innovantes pour le Big Catch Up (BCU) et celles de Madagascar sur les leçons tirées des campagnes GPEI n'ont pas pu être effectuées en temps réel mais ont été versées au secrétariat. Enfin, l'expérience du Kwilu a été mise en avant comme un exemple de mise en œuvre réussie, grâce à une planification ascendante et une intégration des ressources.

Session 4. Partage d'expérience de la province du Kwilu / RDC.

Le Kwilu c'est 6 millions d'habitants, avec 1,600 formations sanitaires qui vaccinent, 14,000 Relais Communautaires actifs. 11 partenaires sont répertoriés en appui direct dans la province. La supervision des BCZ est de 94% en 2024. La disponibilité des vaccins pour 2024 est de 74%, avec 68% pour la disponibilité des cartes de croissance. Les abandons ont régressé de 2017 (17%) à 10% en 2024. Les EZD ont été réduits de 11% (2021) à 5% (2024).

La disponibilité des outils de planification en Novembre, la microplanificaion ascendante ainsi que l'appui des BZS en planification ont permis d'avoir ces bons résultats. L'implication personnelle du ministre de la sante provincial ainsi que le chef de division sanitaire permettent de faire bouger les choses. Avec suivi des indicateurs Mashako. Les partenaires présents ou de visite dans la province sont fortement impliqués dans les interventions de la province, sans restriction.

En revanche l'analyse des données pour un feedback aux ZS demeure le gros défi de la Province. Le financement de la province demeure inadéquat et irrégulier.

Session 5. Introduction du Vaccin antipaludique (VAP)

L'appui GAVI pour le VAP est de 85% dans les provinces à haute endémie palustre. Le but de l'introduction est de réduire la mortalité due au paludisme, avec objectif d'introduire le vaccin dans le calendrier vaccinal en 4 doses. L'introduction concerne d'abord 3 blocs (Ouest, Centre/Sud Est et Nord du pays). L'introduction a concerné 31 ZS du Congo central, avec 728 milles doses reçues cette année. Une enquête CAP a été réalisée en amont, ayant permis une couverture vaccinale de 98%, après formation en cascade et la contractualisation de la communication avec les médias. Pour l'introduction du VAP, avec la forte demande des populations, il est important de penser à une mobilisation rapide de fonds, pour couvrir l'ensemble des besoins des ZS ciblées mais non couvertes par le financement GAVI. Sinon, cela sera un risque d'effet contraire, comme retour des communautés non-servies.

POINTS DE DISCUSSIONS DES 5 PREMIERES THEMATIQUES.

De l'intégration des activités au niveau de la vaccination, est-ce que les acteurs du niveau central et du niveau opérationnel sont vraiment préparés et volontaires ? Parce que beaucoup de choses auraient été résolues en termes de poids sur les acteurs de la vaccination. Les AVS préventives sont possibles à intégration. Et toute intégration doit être pensé en amont, pour que le design des outils et la stratégie soient harmonisés.

Pour le point lié à la microplanificaion, un exemple du Cameroun montre que l'exercice peut se faire même par téléphone, pour actualisation et harmonisation des données.

Dans la province du Kwilu, avec l'implication des autorités locales et la nouvelle vision de la gouvernance, les Chefs de zone et les autres responsables des ZS sont devenus stables. Il n'y a plus eu de mouvement de personnel depuis 3 années, permettant de capitaliser sur les ressources humaines.

Comme partenaire permanent dans la province de Kwilu, Village Reach est un partenaire technique mais pas financier. Et leur présence permet que la province et les antennes prennent avantage de leur déplacement pour que les activités du PEV se greffent à leurs déplacements. Village Reach est de bonne flexibilité pour la province. De même, les missions venant du niveau central sont des opportunités pour la province, de faire aussi ses missions de supervisions ou de contrôle, donnant ainsi les résultats.

Session 6. Mise en œuvre Assistance Technique et Approche Antenne

L'assistance technique, avec un accent sur l'approche antenne, a été reconnue comme un modèle efficace pour rapprocher les interventions des réalités locales. Cette approche a permis un renforcement

des capacités des zones de santé et une utilisation accrue des cadres de redevabilité. Toutefois, des défis subsistent, notamment une faible coordination entre les partenaires et une inadéquation entre l'assistance fournie et les besoins locaux.

Les parties prenantes ont souligné la nécessité d'améliorer la synergie entre les acteurs et de garantir un transfert de compétences durable pour réduire la dépendance à l'assistance externe. Il a été recommandé de cibler davantage les besoins exprimés par le PEV et de s'assurer que les interventions techniques soient de qualité et adaptées aux priorités locales.

Ginger International dispose des appuis techniques dans 8 provinces, au niveau des DPS dans tous les domaines de la vaccination. Cela pour soutenir et booster les indicateurs de la vaccination. Poste de commandement, analyse des données, production des rapports hebdomadaires et mensuels ainsi que la participation aux réunions importantes du PEV. Les indicateurs de la vaccination, avec la présence de Ginger dans les 8 province ont en progression.

Les goulots sont : absence de réunions CCIA technique avec les hautes autorités locales, les manques d'antigènes et des cartes de vaccination, le retard dans la mise a disposition des financements et, mouvement constant des prestataires formés. Ginger utilise un formulaire qui renseigne les besoins des IT et autres acteurs de la vaccination pour la préparation des séances de coaching pour le système de santé.

Session 7. Contribution des partenaires de mise en œuvre

OMS

UNICEF

ACASUS : comment faire pour faire une adéquation avec les indicateurs ? Car les indicateurs Mashako sont en hausse constante, alors que les couvertures vaccinales sont constamment à la traîne.

PATH : Coordination, assistance aux formations. L'appui à la coordination est assez faible. Le financement reçu était de \$400 mille avec un focus à faire sur la Tshopo.

CHAI : Soutien aux 3 provinces pour l'installation de REPACAV avec l'encadrement du plaidoyer local. Ceci pour les budgets provinciaux aient une ligne budgétaire. Il y a le Dashboard du financement de la vaccination, outil de gestion de la vaccination, et CHAI-Net comme outil de redevabilité pour assure la transparence dans l'exécution des activités.

CDC : Renforcement de la surveillance épidémiologique. Il y a aussi le renforcement de la vaccination de routine au Maniema, ainsi que la réponse Polio. Perspective d'avoir un projet de 5 ans avec le PEV, pour les EZD et ESV.

Perception du PEV : la présentation des différentes assistances techniques montre que cet appui est nécessaire, avec les différents défis du pays et, la grande superficie du pays. Avec la sommation des Assistants Techniques, c'est que le ratio est de 2 Assistants Techniques pour 1 Centre de Sante. Ce qui aurait dû donner de bons résultats au pays, s'il n'y avait pas de chevauchement. La coordination devrait analyser la répartition des AT pour une utilisation rationnelle. Et l'AT doit être celle qui est voulue du

PEV de la DRC. Le besoin doit émaner du PEV, pas des partenaires. Et l'AT doit être de qualité, et surtout faire du transfert de compétence.

Session 7. Subvention GAVI en cours / CAGF

La subvention RSS-3 est de \$102M avec \$90M dépensés. Certains fonds sur vaccin Rota ont été réalloués, avec des fonds du RSS-2 qui restait à consommation pour la période du RSS3 disponibles. Les FAE devant commencer au T2 2023 et qui est de \$58M ont été engagés à date à 52% de la cagnotte. La grosse limite était de mettre les fonds à disposition du niveau opérationnel, tout en prenant en compte les montants plafonds qui sont dus à CAGF.

Pour toutes les subventions au niveau du CAGF, le montant est de \$85M avec un décaissement de 52% pour 2024. La campagne Rougeole/Fièvre jaune permet une économie de \$1M, avec les fonds CDS3 toujours pas reçu dans le pays.

Un des goulots pour CAGF est la démission des quelques collègues qui étaient signataires des chèques, et pour lesquels le processus de remplacement prend du temps, avec les interactions avec le ministère des Finances. Ce qui fait qu'un certain nombre des paiements sont en attente. Les autres problèmes sont : la centralisation de tout le circuit financier du pays, le retard dans la remontée des pièces justificatives (pièces non-justifiées après 1 année comptée comme non-éligibles), retard dans la revue préliminaire, de qualité par GFA, et retard dans l'approbation des plans de décaissement (sur une base trimestrielle).

De la performance du CAGF, les 3 dernières années ont connu des audits à complète satisfaction pour observation des procédures, sauf certaines dépenses en lien avec les taxes qui n'avaient pas été enlevées. La gestion des fonds s'améliore drastiquement avec les fonds à rembourser qui ont drastiquement baissé de millions à \$250 mille pour l'année 2023.

Une bonne solution sera la décentralisation des interventions comptables, la révision de la note circulaire du SG/Min Finances (blocage des provinces ayant un retard de 6 mois de justification). Ce qui aidera à réduire des difficultés comme le remboursement réclamé de Fonds Mondial de la somme de \$5M dus à des avances ouvertes (activités réalisées mais non justifiées par les provinces). Cette situation fait que les bailleurs de la Santé refusent toute mise à disposition de fonds à la RDC au travers de la CAGF, à cause de cette réclamation sur les avances ouvertes.

Session 8: Memorandum of Understanding (MoU)

L'organisation ROCQUE a pour mandat de faire la simplification et le paiement des dépenses par la digitalisation, pour les subventions de GAVI. L'objectif est de faire les paiements par mobile money. Ceci pour absorber les problèmes des retards de paiements accumulés, ainsi que les retards dans la justification. Ces problèmes ayant une conséquence avec la faible absorption des fonds mis à disposition. ROCQUE est dans les contacts et l'étude du terrain et des structures existantes permettant de mettre en place un système viable, selon l'approche digitale requise.

Session 9 : les innovations dans la vaccination (dans le cadre MoU).

Outil GT (Gestion des fonds) à être mis en œuvre au niveau des BZS, captant toutes les dépenses et les sources de financement, sur la base du PAO du BZS. Les mouvements sont identifiés par les différentes lignes de réception et de décaissement.

Dashboard de la vaccination sur PBI, recueillant les informations du GT. Le Dashboard est accessible à tous les donateurs qui ont financé les provinces et ZS concernées.

ERMET Excel est le 3e outil permettant de savoir qui finance quoi et à quel niveau du système de santé.

Session 10. Retour sur les travaux de groupes.

Faisant suite aux travaux de groupe de la matinée qui ont été interrompus, les groupes sont revenus avec les produits des discussions : les propositions d'interventions pouvant passer en 2025 pour le 1er semestre. Tous les 3 groupes ont fait des propositions d'intervention, souvent celles non exécutées, sinon celles pertinentes permettant renforcer des interventions réalisées mais encore fragiles.

Le focus doit être du niveau opérationnel et des activités de routine, avec les mêmes outils disponibles et déjà ajustés. Pas en mode campagne. Les moyens doivent être alloués au niveau opérationnel pour le Big at-Up, et leur laisser leur responsabilité entière.

Session recommandations de l'atelier. Voir document du groupe des recommandations.

Obtenir les signatures manquantes pour le FPP

Obtenir les recommandations pour le HPV

Clôture de la Journée

Le modérateur a remercié les participants pour leurs contributions et a souligné l'importance de la collaboration entre le PEV, les partenaires techniques et financiers pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale. La session s'est terminée à 18h40

Pour le rapportage

Dr Jean Charles Mukenge Kantu



Personnes de contacts :

Dr Audry MULUMBA WA KAMBA

Directeur du PEV

+243998363739

audrywakamba@gmail.com

Dr Augustin MILABYO

Directeur adjoint du PEV

+243992476986

augustinmilabyo@gmail.com

Adresse : Avenue de la Justice n°s 28 et 32, Kin-Gombe, Tél. 0822728538 – E-mail : directionpevrdr@gmail.com



© 2024 Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Ne pas diffuser sans l'autorisation du Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Ce document est protégé par les lois sur le droit d'auteur de la République Démocratique du Congo et d'autres pays en tant que travail non publié. Toute autre utilisation et/ou divulgation, en tout ou en partie, de ces informations sans l'autorisation écrite expresse du Programme Elargi de Vaccination est strictement interdite.