

PPAC RDC 2008 - 2012

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



MINISTERE DE LA SANTE

**Plan Pluri Annuel Complet du PEV  
de la République Démocratique  
du Congo, 2008-2012**

Avril 2008

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES</b>	3
<b>PREAMBULE</b>	5
<b>AVANT PROPOS</b>	6
<b>RESUME</b>	7
<b>INTRODUCTION</b>	10
<b>I CONTEXTE GENERAL DE LA RDC</b>	11
I.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-POLITIQUE	11
I.2 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE	13
I.3 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	14
I.4 PERSONNEL DE SANTÉ ET INFRASTRUCTURES	16
I.5 DECENTRALISATION ET DÉCONCENTRATION	16
I.6 FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE	16
<b>II ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV</b>	18
2.1. PRESTATIONS DE SERVICE	18
II.1.1 PEV DE ROUTINE	18
II.1.2 ACTIVITÉS DE VACCINATIONS SUPPLÉMENTAIRES	22
II.1.3 INTÉGRATION DES INTERVENTIONS	26
II.1.4 APPROVISIONNEMENT ET QUALITÉ DES VACCINS	27
II.1.5 SURVEILLANCE ET LUTTE CONTRE LA MALADIES	32
II.1.6 COMMUNICATION POUR LE PEV	36
II.1.7 MANAGEMENT	37
II.1.8 FINANCEMENT	38
II.1.9 DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS	40
II.1.10 INTRODUCTION DES VACCINS SOUS UTILISÉS ET NOUVEAUX VACCINS	41
<b>III SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS</b>	41
<b>IV PROBLÈMES PRIORITAIRES</b>	44
4.1. SYSTEME DE SANTE	44
4.2. PRESTATIONS DES SERVICES	44
4.3. L'APPROVISIONNEMENT ET LA QUALITE DES VACCINS	44
4.4. LOGISTIQUE	44
4.5. SURVEILLANCE	44
4.6. COMMUNICATION POUR LE PEV	44
4.7. MANAGEMENT	44
4.8. FINANCEMENT	45
4.9. LE RENFORCEMENT DES CAPACITES.	45
<b>V ANALYSE CAUSALE DES PROBLÈMES PRIORITAIRES</b> Tableau XIII	46
<b>VI VISION ET OBJECTIFS DU PEV</b>	49
VI.1 VISION	49
VI.2 LES OBJECTIFS	49
VI.2.1 Objectif Général	49
VI.2.2 Objectifs spécifiques	49
<b>VII STRATEGIES ET PRINCIPALES ACTIVITES</b>	51
<b>VIII CHRONOGRAMME D'ACTIVITE</b>	55
<b>IX ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME</b>	59
IX.1 METHODOLOGIE	59
IX.2 DONNEES QUANTITATIVES SUR LES COUTS ET FINANCEMENTS RELATIFS L'ANNEE DE BASE (2006)	59
IX.2.1 Données quantitatives sur les coûts relatifs à l'année de base	59

## PPAC RDC 2008 - 2012

IX.2.2	Financement du PEV pour l'année de base-----	63
<b>IX.3</b>	<b>BESOINS EN RESSOURCES FUTURES ET FINANCEMENT DU PROGRAMME</b>	<b>64</b>
IX.3.1	Coûts et besoins futurs en ressources-----	64
IX.3.2	Analyse de disponibilité des financements projetés-----	68
IX.3.3	Analyse des écarts (coûts partagés non compris) -----	72
<b>X</b>	<b>STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE-----</b>	<b>76</b>
<b>X.1</b>	<b>DESCRIPTION DES STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE -----</b>	<b>76</b>
X.1.1	A. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates-----	76
<b>X.2</b>	<b>PRIORITES DES STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE-----</b>	<b>79</b>
X.2.1	Stratégie de mobilisation des ressources adéquates -----	79
X.2.2	Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement-----	80
X.2.3	Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources -----	80
<b>XI</b>	<b>MECANISMES DE MISE EN OEUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC-----</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE 1 : Indicateurs macro économiques et viabilité financière, RDC 2008-2012-----</b>		<b>83</b>
<b>ANNEXE 2 : LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2008) -----</b>		<b>84</b>
<b>CHRONOGRAMME D'ACTIVITES 2008 -----</b>		<b>85</b>
<b>COUTS ET FINANCEMENT DES ACTIVITES DE LA PREMIERE ANNEE (2008) -----</b>		<b>90</b>
<b>LISTE DES PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DU PPAC-----</b>		<b>91</b>

**LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

ACZ	:	Atteindre Chaque Zone de santé (Approche RED)
APA	:	Autorité Politico Administrative (Chef du village, quartier, rue, ...)
AS	:	Aires de Santé
ANR	:	Autorité Nationale de Régulation
AVS	:	Activités de Vaccinations Supplémentaires
BASICS	:	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de l'USAID pour l'Institutionnalisation de la survie de l'enfant)
BCG	:	Bacille de Calmette et Guérin
BCZS	:	Bureau Central de la Zone de Santé
BTP	:	Bureau Technique Provincial
CCIA	:	Comité de Coordination Inter Agences
CDF	:	Francs Congolais Démocratique
CF	:	Chambre Froide
CNC	:	Comité National de Certification
CNEP	:	Comité National d'Experts pour la Polio
CNP	:	Comité National de Pilotage pour le renforcement du système de santé
COGE	:	Comité de gestion
CPN	:	Consultation prénatale
CPP	:	Comité Provincial de Pilotage pour le renforcement du système de santé
CPS	:	Consultation préscolaire
CRS	:	Catholic Relief Services
CS	:	Centre de Santé
CTB	:	Coopération Technique Belge
CV	:	Couverture Vaccinale
DPSB	:	Direction de la Préparation et du Suivi du Budget
DSCR	:	Document de Stratégie, de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	:	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
ESB	:	Etat de Suivi Budgétaire
FFOM	:	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FMI	:	Fond Monétaire International
FMV	:	Fond Mondial pour les Vaccins
FPS	:	Fonds de Promotion pour la santé
GARSS	:	Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination)
GIBS	:	Groupe Inter bailleur Santé
GIVS	:	Global Immunization vision and strategies (Vision et stratégies mondiales pour la vaccination)
Hep B	:	Vaccin contre l'Hépatite B
HGR	:	Hôpital Général de Référence
IEP	:	Initiative pour l'éradication de la polio
INRB	:	Institut National des Recherches Bio-médicales
INS	:	Institut National des Statistiques
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
JLV	:	Journées Locales de Vaccination

**PPAC RDC 2008 - 2012**

---

JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
JSNV	:	Journées Sous Nationales de Vaccination
M2	:	Masse Monétaire
MAP	:	Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
MAPI	:	Manifestations Adverses Post vaccinales Indésirables
MCA	:	Médecin Chef d'Antenne
MCD	:	Médecin Chef de District
MCP	:	Médecin Coordonnateur Provincial
MCZ	:	Médecin Chef de Zone
MICS II	:	Multiple Indicators Cluster Survey II
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MIP	:	Médecin Inspecteur Provincial
MS	:	Ministère de la santé
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCV	:	Pastille de Contrôle de Vaccin
PEG	:	Programme Economique du Gouvernement
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Flasque Aiguë
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMNLS	:	Programme Multisectoriel National de Lutte contre le Sida
PMURR	:	Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de construction
PNLO	:	Programme National de lutte Contre l'Onchocercose
PNLP	:	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNPMS	:	Programme National pour la Promotion des Mutuelles de Santé
PNSR	:	Programme National de Santé de la Reproduction
PPAC	:	Plan pluriannuel complet
PPTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
PRONANUT	:	Programme National de Nutrition
PVS	:	Poliovirus sauvage
RDC	:	République Démocratique du Congo
SAB	:	Seringues Auto Bloquantes
SANRU III	:	Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (Phase 3)
SIS	:	Système d'Informations Sanitaires
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TMN	:	Tétanos Maternel et Néonatal
UE	:	Union Européenne
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence Américaine pour le Développement International
USD	:	Dollars américains
VAA	:	Vaccin Anti Amaril (vaccine contre la fièvre jaune)
VAR	:	Vaccin Anti rougeoleux (vaccin contre la rougeole)
VAT	:	Vaccin Anti Tétanique
VIT A	:	Vitamine A
VPO	:	Vaccin Polio Oral
ZS	:	Zone de Santé

## PREAMBULE

*La vaccination peut contribuer rapidement et efficacement à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), notamment les objectifs 4 et 5.*

*En effet, la vaccination atteint plusieurs enfants à la fois par rapport aux autres interventions de la santé. En associant à la vaccination des interventions comme la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mébendazole et la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), le Ministère de la Santé maximise l'utilisation des ressources et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Toutes ces interventions ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans le présent plan pluri annuel complet (PPAC).*

*En 2002, la RDC a adressé une requête à GAVI pour le soutien aux services de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins. Cette demande a été acceptée et le premier financement accordé en 2003. Il s'agissait d'un fonds prévu pour couvrir une période de 5 ans dans le cadre de la phase 1 de ce financement. Ce Fonds a servi de catalyseur au Programme Elargi de Vaccination dans la mobilisation des ressources auprès du Gouvernement et des Partenaires.*

*En rédigeant le présent PPAC, le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires en faveur du PEV se sont inscrit dans les obligations du financement futur de GAVI (phase 2) qui fait de ce document l'un des principaux préalables.*

*Le défi à relever par la RDC est de réellement concrétiser l'immunisation complète et correcte des enfants congolais à travers un PEV performant ayant l'appui du Gouvernement et de ses partenaires.*

*La mise en œuvre de ce PPAC passe par la réalisation des engagements exprimés par chaque partenaire dans ce document. Les rubriques non encore couvertes par année de financement feront l'objet d'un plaidoyer fort auprès des autorités nationales et de la communauté internationale.*

*Ce PPAC qui couvrait initialement une période de trois ans, soit de 2007 à 2009, vient d'être mis à jour et couvre désormais la période 2008-2012. Il répond aux questions fondamentales suivantes : Quels sont les axes prioritaires du programme élargi de vaccination ? Quels sont les objectifs et les stratégies critiques ? Quelles sont les activités majeures par composantes du programme pour espérer atteindre les objectifs du millénaire pour le développement ? Quel budget sera nécessaire pour l'expansion de la couverture vaccinale et l'amélioration de la qualité des vaccins et celle des services de vaccination ? Comment le programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur ? Comment se présente l'écart dans le financement des services, aujourd'hui et demain ? Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre ?*

*La RDC tient à remercier l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination et tous les partenaires impliqués dans le Programme Elargi de Vaccination pour cette opportunité qui lui est offerte de rédiger ce document de grande importance*

*Ce plan est le fruit d'un travail mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant les agences aussi bien du Gouvernement (Ministères de la Santé, des Finances et Budget) que des Partenaires..*

*Le Gouvernement est confiant que le présent PPAC apportera une contribution importante au renforcement du PEV en offrant une nouvelle vision du financement des vaccinations en RDC..*

## AVANT PROPOS

En République Démocratique du Congo (RDC), la Santé constitue une des cinq priorités du programme du Gouvernement. La vaccination des enfants et des femmes est inscrite parmi les axes prioritaires y relatifs.

Le Gouvernement de la RDC se félicite de la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, l'USAID et le ROTARY ainsi que d'autres partenaires qui agissent directement au niveau opérationnel pour des actions qui ont permis notamment l'augmentation de la couverture vaccinale dans un contexte politique et socio-économique de crise profonde.

Ce plan rencontre l'appui total du Gouvernement et des ses Partenaires comme en témoignent les signatures apposées ci-dessous.

### 1. Pour le Gouvernement de la RDC

Institution/Organisation	Nom/Fonction	Date	Signature
Ministre des Finances	Athanase Matenda Kyelu		
Ministre du Budget	Adolphe Muzito		
Ministère de la Santé	Dr Victor Makwenge Kaput		

### 2. Pour le CCIA

Ministère de la Santé	Dr Victor Makwenge Kaput		
OMS	Dr Jean Baptiste Roungou Représentant		
UNICEF	M. Anthony Bloomberg Représentant		
ROTARY	M. Ambroise Tshimbalanga Président Comité National Polio Plus		
USAID	M. Robert Hellyer Directeur		

## RESUME

L'élaboration du PPAC de la RDC est la suite d'un processus déclenché depuis la rédaction du plan de viabilité financière (PVF) par un groupe de travail multisectoriel et multidisciplinaire autour du Ministère de la Santé. Sur base des données collectées auprès des différents services publics et partenaires du secteur de la santé, le groupe a produit ce document du PPAC qui a obtenu l'approbation du CCIA.

En 2002, le Gouvernement a soumis une proposition à GAVI pour l'appui financier au système de vaccination, à la sécurité des injections et à l'introduction des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés. Cette demande a été acceptée pour une durée de 5 ans allant de 2003 à 2007. Tenant compte de la nouvelle politique de GAVI (phase 2), qui met l'accent sur la pérennisation du financement du PEV par le Gouvernement et ses partenaires, la RDC s'est conformée à l'élaboration du présent PPAC pour répondre à ces exigences.

Les principaux objectifs poursuivis à travers ce document sont les suivants:

1. déterminer les priorités et les responsabilités du Gouvernement et de ses partenaires au développement pour améliorer les performances du PEV ;
2. mobiliser les ressources internes et externes et en assurer une utilisation efficiente ;
3. mettre à la disposition du Ministère de la Santé un outil de plaidoyer en vue de mieux négocier avec le Ministère du Budget, des Finances et les partenaires au développement pour améliorer la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.
4. constituer, à tous les niveaux, un cadre d'intégration des activités de vaccination fondées sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (RSS).

Les 7 étapes qui ont concouru à l'élaboration de ce PPAC se résument comme suit:

1. Du contexte général sur le pays

Il démontre combien la situation socio-économique précaire qu'a traversé le pays pendant de longues années a profondément désarticulé le système de santé et affecté la situation sanitaire des populations vulnérables, particulièrement des enfants. Cela se caractérise par des taux de morbidité et de mortalité très élevés parmi les enfants de moins de 5 ans. Ce contexte met aussi l'accent sur l'évolution de la situation politique qui augure un terrain favorable à la mise en œuvre des stratégies sectorielles pour la croissance et la réduction de la pauvreté.

2. De l'analyse de la situation du PEV

L'analyse retrace le cadre institutionnel pour le fonctionnement du PEV au sein du Ministère de la Santé et rappelle les performances réalisées par le Programme lors des activités systématiques ou en campagne dans l'administration des différents antigènes. Il fixe également les stratégies d'intégration des autres activités de survie de l'enfant dans l'optique d'un système de santé fonctionnel. A ce jour, le programme comprend 11 coordinations correspondant aux 11 provinces et 43 antennes situées dans 48 districts administratifs. Chaque antenne prend en charge environ une dizaine de zones santé (districts sanitaires).

Les activités de vaccination sont identifiées comme priorité dans le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS), la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), dans le Document de Stratégie de Croissance et Réduction de la Pauvreté (DSCR). De manière générale, les performances du programme se sont sensiblement améliorées les 3 dernières années. Cependant, au cours de la même période le programme a accusé un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont liées à l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants

au niveau opérationnel, à l'insuffisance des supervisions formatives au niveau intermédiaire et opérationnel, à la non atteinte des enfants dans les zones de santé d'accès difficile, à l'instabilité et démotivation du personnel.

### 3. Les problèmes prioritaires

L'analyse faite a permis de dégager quelques problèmes prioritaires en fonction des différentes composantes du programme, à savoir : la prestation des services, l'approvisionnement et la qualité des vaccins, la logistique, la surveillance et la lutte contre la maladie et la communication pour le PEV. Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Parmi ces principaux problèmes, la disponibilité non permanente des vaccins au niveau opérationnel, absence de l'ANR, l'insuffisance de moyens de transport au niveau intermédiaire et opérationnel, la circulation interne du PVS, l'absence de la politique nationale pour l'intégration des interventions

### Les objectifs

Au delà des objectifs généraux du programme qui consistent entre autre à augmenter la couverture vaccinale DTC3 à 94% d'ici à 2012, le PPAC dégage des objectifs stratégiques pour chacune des composantes du PEV, notamment élaborer la politique nationale pour l'intégration des interventions d'ici fin 2008, réduire dans 100% des ZS le taux d'abandon DTC1-DTC3 à < 5% d'ici 2012, rendre fonctionnel l'ANR d'ici fin 2008, atteindre une couverture nationale en DTC3 d'au moins 94% au niveau national et d'au moins 80% dans 100% de zones d'ici 2012, interrompre la circulation du PVS d'ici fin 2008, renforcer le leadership de la 4ème Direction vis-à-vis des programmes de lutte contre la maladie etc.

### Les stratégies

Le document détermine les différentes stratégies qui permettront au programme d'atteindre les objectifs poursuivis en relation avec le GIVS. Ces stratégies sont notamment la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie ACZ, l'amélioration de la gestion du programme, le renforcement de la logistique, le renforcement de la communication pour le PEV, l'intégration des interventions et le renforcement de la surveillance.

### Les activités

Un tableau synoptique dégage les activités à réaliser dans le temps conformément aux différentes stratégies par domaine d'intervention. Une des activités phares dans cette étape est le plaidoyer soutenu auprès des nouvelles autorités du pays en vue d'obtenir un meilleur engagement dans le financement des activités de vaccination et le renforcement du système de santé.

### L'analyse des coûts et financement des programmes

Pour l'année 2006, le coût total du programme s'est élevé à 71.948.066 USD dont 34.807.173 USD (48 %) pour les coûts récurrents de routine, 3.254.553 USD (5%) pour les coûts de capitaux en capital, 3.828.137 USD (5%) pour les coûts partagés et 30.058.204 USD (42%) pour les coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Pour la période de 2008 à 2012 qui concerne ce PPAC, le budget global est de \$589.832.985 USD. Le coût du PEV augmente progressivement pour toute la période de projection en fonction notamment de l'introduction des nouveaux vaccins.

Comparé au coût total du programme, la proportion de financement sécurisé pour la période allant de 2008 à 2012 reste faible (23%). Au cours de cinq prochaines années les besoins du

programme sont couverts à hauteur de 85% lorsqu'on met ensemble les financements sécurisés et probables. Trois axes stratégiques ont été identifiés pour réduire le gap observé dans le financement de la vaccination. Il s'agit de la mobilisation des ressources adéquates, de la facilitation à l'accès au financement et de la gestion rationnelle de ressources.

## INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo, avec une superficie de 2,344 885 Km<sup>2</sup> et une population de près de 68 millions<sup>1</sup>, est parmi les pays où les indicateurs de santé restent préoccupants (taux de mortalité infantile : 126 pour mille naissances vivantes, taux de mortalité maternelle : 1289 pour cent mille naissances vivantes, ...)<sup>2</sup>. Pour faire face à cette situation, le Ministère de la Santé (MS) a développé une nouvelle stratégie de renforcement de son système de santé qui met le développement de la zone de santé au centre de ce système.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), un des programmes spécialisés du Ministère de la Santé a la mission de contribuer à une meilleure survie de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination. Pour assurer sa mission, le PEV a dû s'inscrire aux grandes initiatives de lutte accélérée contre la maladie, à savoir l'Initiative de l'Eradication de la Polio, le Contrôle de la Rougeole, l'Elimination du tétanos maternel et néonatal (TMN).

A cet effet, plusieurs plans spécifiques ont été élaborés avec différents cycles de planification rendant difficile leur mise en œuvre. Il s'agit des :

- plan quinquennal stratégique PEV, 2003 à 2007 ;
- plan stratégique de contrôle de la rougeole, 2004-2008 ;
- plan d'élimination du TMN, 2007-2009 ;
- plan d'introduction du vaccin contre l'Hépatite virale B, 2006-2010 ;
- plan de viabilité financière, 2005-2009 ;
- formulaire de soumission à GAVI
- plan de riposte à l'importation du poliovirus sauvage (PVS), 2006.

Ces différents plans n'ont malheureusement pas toujours tenu compte du Plan Directeur du Développement Sanitaire 2000-2009.

Depuis 2001, les couvertures vaccinales sont en hausse; le pays est resté plus de 5 ans sans circulation des cas de PVS, l'incidence de la rougeole est en nette baisse grâce aux campagnes de vaccination de rattrapage organisées dans 8 des 11 provinces, la diminution des cas de TMN, et l'atteinte des niveaux satisfaisants des indicateurs de la surveillance PFA. Toutefois, beaucoup reste à faire dans tous ces domaines.

Par ailleurs, la sortie de la crise politique, l'amélioration de la situation sécuritaire ainsi que la grande volonté politique et une forte détermination de la part du Gouvernement, sont les éléments en faveur d'une redynamisation des activités de vaccination dans le pays.

La précarité des moyens de communication face à la grande étendue du pays, la faible accessibilité aux services de santé, la faible couverture de la chaîne du froid au niveau périphérique et le faible financement sont les principales contraintes du programme.

Tenant compte des orientations de la Vision et Stratégie Mondiale pour la vaccination en vue d'atteindre les OMD, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé en RDC et la nécessité

<sup>1</sup> Source : Macroplan PEV 2006

<sup>2</sup> Source : MICS2-2001

d'améliorer la couverture vaccinale, il s'avère nécessaire d'élaborer le Plan Pluri Annuel Complet du PEV.

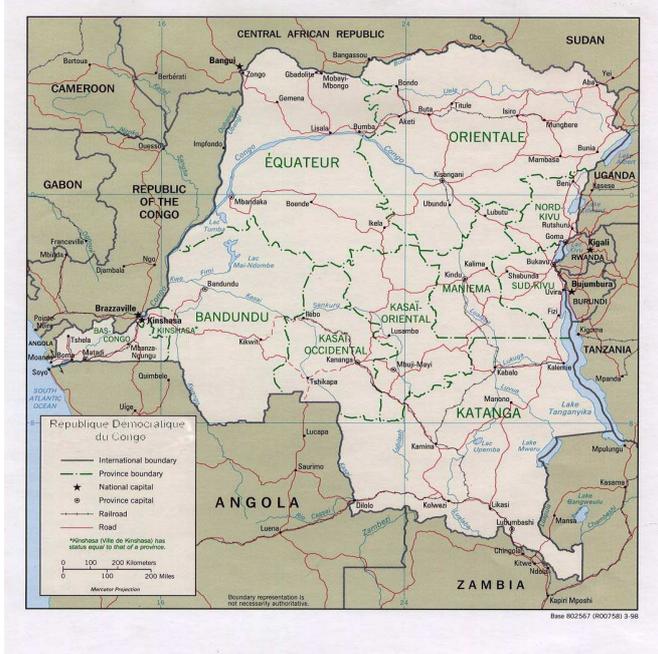
Ce plan, qui couvrait initialement la période de 3 ans allant de 2007 à 2009, en accord avec le Plan du Développement Sanitaire du MS et le Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR), vient d'être mis à jour pour s'étendre désormais sur 5 ans allant de 2008 à 2012

Le présent plan intègre tous les aspects liés à la vaccination et à d'autres interventions de santé. Il dégage des stratégies visant l'amélioration des composantes de vaccination. Enfin, le plan présente le financement nécessaire pour la mise en œuvre de ces stratégies avec les écarts éventuels et des mécanismes pour une meilleure viabilité financière.

## I CONTEXTE GENERAL DE LA RDC

### I.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-POLITIQUE

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



Avec une superficie de 2.345.000 km<sup>2</sup>, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus vastes territoires des pays de la planète avec une population estimée à 67 millions d'habitants en 2005 selon des projections faites sur la base des données des Journées Nationales de Vaccination de 1999 à 2002.

Sa position géographique la situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur partageant une frontière commune avec 9 pays à savoir la République du Congo à l'Ouest, la République Centrafricaine et le Soudan au Nord, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est, la Zambie et l'Angola au Sud.

*Sur le plan administratif*, Le Pays est actuellement divisé en 11 Provinces subdivisées à leur tour en 45 districts et

225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoit dès 2009, une réorganisation spatiale en 26 provinces comme seul niveau intermédiaire. Elle permettra la mise en place d'un Etat unitaire fortement décentralisé.

*Sur le plan démographique*, Le fort taux de croissance démographique (3,1%) conduit à un quasi-doublement de la population de la RDC presque tous les 25 ans. Ainsi elle est passée de 15 millions en 1955 à 45 millions en 1995. Le taux annuel de croissance est resté supérieur à 3 % au cours des 40 dernières années. Le dernier recensement qui remonte à 1984 a évalué la population de la RDC à 30.729.443 Habitants<sup>3</sup>. C'est sur cette base que l'Institut National des Statistiques (INS) a projeté la population de la RDC à 58.318.000 d'habitants pour l'année 2005.

Le PEV/RDC a utilisé une population de 67.779.979 habitants en 2005, estimée à partir des

<sup>3</sup> INS, volume II, Totaux définitifs par groupements/quartiers, 1992

projections faites sur les données des Journées Nationales de Vaccination qui ont permis d'atteindre une population supérieure à celle estimée par l'INS. Les naissances vivantes représentent 4% de la population, les nourrissons survivants représentent 3,49% de la population totale.

**Tableau I : Quelques indicateurs démographiques en RDC**

Indicateurs	Valeurs actuelles
Indice synthétique de fécondité	7,1
Taux d'accroissement de la population	3,1% <sup>4</sup>
Taux de natalité	48 pour 1000 habitants <sup>5</sup>
Taux brut de mortalité	15,4 pour 1000 habitants
Espérance de vie à la naissance	45 ans <sup>6</sup>

*Source* : MICS2/2001, Bilan commun des Pays, Système des Nations Unies en RD Congo (CCA)

*Sur le plan économique*, au moins 60% de la population vivent en zones rurales et principalement de l'Agriculture traditionnelle, de la chasse et de la pêche artisanale.

A l'exception des grandes villes et des régions à forte concentration, conséquence des déplacements consécutifs aux conflits armés qu'a connu le pays, la densité moyenne de la population est estimée à 22habitants au Km<sup>2</sup>. le pays est lourdement endetté et l'encours de la dette est estimé à 10822 millions de dollars américains en 2007.

Malgré ce tableau sombre les efforts de redressement économique et financier entrepris au cours de ces dernières années ont permis au pays d'atteindre le point de décision de l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) en 2003.

Il convient aussi de noter le fait que le pays regorge d'énormes potentialités économiques.

Les provinces du Kasai oriental, du Katanga et la Province Orientale sont réputées riches en minerais (cuivre, cobalt, diamants).

Les autres provinces compte tenu de la non exploitation encore des potentialités en minerais vivent surtout de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche.

*Sur le plan politique*, depuis plus d'une décennie, la situation politique en RDC a été caractérisée par l'aspiration du peuple à instituer un ordre politique nouveau dans la gestion des affaires de l'Etat. Le processus de démocratisation devant conduire à ce nouvel ordre politique ne s'est pas fait sans accroc. On a ainsi assisté en 1991 et 1993 à des pillages qui ont détruit l'ensemble des infrastructures économiques plongeant ainsi l'économie dans un cycle de pauvreté inextricable.

Cette situation a été aggravée par les deux guerres successives d'abord celle de 1996 et ensuite celle de 1998 qui ont amené le pays dans une partition de fait avec comme corollaires, notamment, des massacres des populations et un nombre important des déplacés de guerre.

L'Accord Global et Inclusif signé en avril 2003 a sanctionné la fin de la guerre et facilité la mise en place des institutions de la transition politique ayant abouti à l'organisation, depuis plus de 40 ans, des élections libres, démocratiques et transparentes. Une nouvelle constitution a été adoptée par le peuple au terme du referendum de novembre 2005. Cette dernière permettra à la RDC de passer de 11 à 26 provinces dans les trois ans suivant la mise en place des nouvelles institutions du pays.

A la suite cette mise en place, le pays est dans un élan de refondation de l'autorité de l'Etat et de reconstruction, ce qui devra aider à renforcer le leadership du Ministère de la Santé sur l'ensemble du secteur.

<sup>4</sup> Source : MICS2-2001

<sup>5</sup> Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

<sup>6</sup> Etats des lieux du secteur de la santé, 1998

*Sur le plan du développement humain*, le pays a été classé en 2006 au rang de 167<sup>e</sup> sur 176 ce qui dénote de la gravité de la situation.

*En terme de perspective*, le tableau sombre ci-dessus ne doit pas conduire à un certain pessimisme quant à l'avenir du pays car depuis 2002 des avancées significatives ont été enregistrées en terme de consolidation de la paix, de reconstruction d'un Etat de droit et de mise en place des institutions démocratiques permettant au peuple de se prononcer en toute responsabilité sur la gouvernance politique et économique.

Le Gouvernement issu de la majorité parlementaire après les élections libres, démocratiques et transparentes organisées avec l'appui de la communauté internationale en septembre et octobre 2006 a présenté en Février 2006 au parlement son programme de Gouvernement. Ce programme en ce qui concerne le secteur de la Santé a fait un diagnostic sans complaisance de la situation caractérisée par des indicateurs en deçà des normes régionales. Un taux de mortalité infantile de 128‰ contre une moyenne de 80‰ pour la région africaine. Le taux de mortalité infanto juvénile est de 213‰. En ce qui concerne la mortalité maternelle, on dénombre 1289 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 640 décès pour 100.000 naissances vivantes pour la région.

Cette situation pourrait être imputable aux causes ci-après :

- ✓ La faible disponibilité et l'utilisation des services de santé de qualité
- ✓ La mauvaise organisation et répartition spatiale des services de santé
- ✓ Les conditions précaires de travail pour les agents
- ✓ Un faible taux d'utilisation des services de santé (0,15 consultation par habitant et par an).

Les grands axes de l'action gouvernementale sur la période 2007-2011 sont entre autres :

1. la consolidation de la paix et de l'unité nationale,
2. la restauration de la transparence dans la gestion,
3. le rétablissement de l'autorité de l'Etat sur l'ensemble du territoire,
4. la lutte contre la corruption, la mauvaise gestion et l'impunité
5. la poursuite de la réforme administrative et la décentralisation
6. l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et la lutte contre les endémies.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme du Gouvernement un programme d'urgence devait être élaboré pour couvrir la période d'avril à décembre 2007 et qui prendra en compte l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et la lutte contre les endémies.

## I.2 CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

La surveillance des maladies en RDC se fait de façon intégrée. Elle s'est davantage développée à partir de la mise en place du réseau de surveillance des PFA installée dans le pays depuis 1999 dans le cadre de l'initiative de l'éradication de la poliomyélite. L'accréditation par l'OMS, en 2000, de l'Institut national des recherches biomédicales (INRB) comme laboratoire national de référence a facilité la surveillance et le contrôle des maladies en RDC.

La surveillance épidémiologique des grandes endémies et des maladies à potentiel épidémique au cours de deux dernières décennies a été fragilisée par la rupture de la coopération bi et multilatérale.

Les tableaux II et III ci-dessous reprennent à titre illustratif quelques indicateurs de morbidité et mortalité pour les années 2005 à 2007

Tableau II : Nombre de cas et décès pour quelques maladies prioritaires en RDC, 2005 à 2007

Maladies	2005			2006			2007		
	Cas	Décès	Létalité (%)	Cas	Décès	Létalité (%)	Cas	Décès	Létalité (%)
Tétanos néonatal	1527	731	47,9%	717	593	46%	379	211	55,7%
Méningite	9647	1088	11,3%	6 645	956	14%	9 343	1 084	11,6%
Choléra	13793	232	1,7%	21 336	432	2%	28 277	600	2,1%
Rougeole	182 528	1770	1,0%	80123	1 187	1%	55 577	1 464	2,6%
Coqueluche	4386	0	0,0%	3558	164	2%	3 799	40	1,1%
Paludisme	6 340 608	17 103	0,3%	5 075 210	12 049	0,2%	5 530 720	13 113	0,2%

Source : Ministère de la Santé, 4<sup>ème</sup> Direction.

La morbidité et la mortalité en général se greffent sur un terrain fragilisé par le VIH/SIDA et la malnutrition, comme le montre le tableau II.

Tableau III : Quelques indicateurs principaux de morbidité, de mortalité en RDC

Indicateurs	Fréquence	Source
Prévalence du VIH/SIDA	4,2%	UNAIDS-WHO Epidemiological Factsheet, 2004
Prévalence de la malnutrition aiguë globale	16.1%	MICS 2-2001
Carence en Vitamine A	61.1% des enfants de 6 à 36 mois	PRONANUT - 1998
Anémie carencielle	55 % des enfants de moins de 5 ans	PRONANUT - 2000
Taux de mortalité infantile	128 pour 1000 naissances vivantes	MICS 2-2001
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	213 pour 1000 naissances vivantes	MICS 2-2001
Taux de mortalité maternelle	1.289 décès pour 100.000 naissances vivantes	MICS 2-2001

### I.3 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

La République Démocratique du Congo (RDC) a adhéré en 1980 à la Charte Africaine de Développement Sanitaire avec la stratégie de Soins de Santé Primaires qui vise à assurer l'accès aux services de soins à la communauté avec sa pleine participation.

Le système de santé a été marqué par deux périodes depuis l'adhésion du pays à la stratégie des soins de santé primaires.

La période de 1987 à 1991 qui a connu l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en Zones de santé fonctionnelles renforcées par la formation des cadres des ZS. La période 1993 à nos jours caractérisée par des aides humanitaires et plusieurs opportunités dont l'organisation des états généraux de la santé en 1989, du colloque SANRU en 2003 et la table ronde de la santé en 2004 ainsi que le découpage des ZS de 306 à 515, et surtout l'adoption d'une stratégie sectorielle, la SRSS.

Cette stratégie, élaborée pour renforcer le système de santé actuel, consiste à réorganiser l'ensemble du système de santé de manière à lui permettre à terme de couvrir l'ensemble de la

population par des structures de santé qui offre des soins de santé de qualité (globaux, continus, efficaces et efficient) en lieu et place de ceux rendus par les programmes verticaux et privés lucratifs émergeant, non coordonnés et dont la qualité est douteuse.

Cette stratégie repose sur 6 axes à savoir :

1. la revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique ;
2. la réorganisation du niveau intermédiaire et central ;
3. la rationalisation du financement de la santé ;
4. le renforcement du partenariat intra et intersectoriel ;
5. le développement des ressources humaines pour la santé ;
6. le renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

Le système de santé comprend les trois niveaux suivants: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique

#### **Le niveau central**

Il a essentiellement un rôle normatif et stratégique. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 13 directions centrales et 52 programmes/services spécialisés tels que les programmes de lutte contre le paludisme, l'onchocercose, la tuberculose, le VIH/SIDA et IST, le Programme National de la Nutrition, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Les programmes de lutte contre la maladie sont placés sous la coordination de la Direction de la lutte contre la maladie (4<sup>e</sup> Direction).

#### **Le niveau intermédiaire**

Ce niveau joue le rôle d'appui technique et logistique aux zones de santé. Il est constitué de 11 divisions provinciales et de 48 districts de santé. Chaque division provinciale comprend des bureaux correspondant aux directions normatives du niveau central, un hôpital et un laboratoire de niveau provincial de référence.

Chaque district de santé comprend trois cellules chargées des services généraux et études, de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et du service d'hygiène. Ces cellules sont supervisées par le Médecin Chef de District. Un district supervise environ une dizaine de zones de santé.

#### **Le niveau périphérique**

La zone de santé est le niveau opérationnel. Il comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un hôpital général de référence et un réseau de centres de santé. La Zone de Santé est dirigée par le Médecin Chef de Zone appuyé par les membres de l'équipe cadre du BCZS.

Sur recommandation des états généraux de la santé tenus en février 2000, le Ministère de la Santé a initié le processus de révision de la carte sanitaire du pays, en vue de rapprocher la population des services de santé et d'éviter le chevauchement d'une zone de santé entre deux entités administratives décentralisées. Ainsi, le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 515 en 2005.

## I.4 PERSONNEL DE SANTÉ ET INFRASTRUCTURES

### *Le personnel de santé*

Les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé constituent un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble en RDC. Le nombre de médecins est certes passé d'environ 2000 en 1998, à 3116 en 2006 et celui des infirmiers de 27000 à 43021 pour la même période mais ce nombre demeure insuffisant au regard du poids de la population et surtout de la mauvaise répartition. En effet en RDC, il y a un médecin pour 30 000 habitants alors que la norme de l'OMS est d'un Médecin pour 10 000 et un infirmier diplômé pour 8000 habitants<sup>7</sup> alors que la norme est d'un infirmier diplômé pour 5000 habitants. Aussi, presque 60% des médecins qui travaillent dans le secteur public sont basés à Kinshasa où on ne dénombre que 10% de la population.

### *Les infrastructures*

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé, 7725 autres établissements de soins comprenant les centres de santé de référence, les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales. Les hôpitaux et les autres établissements publics des soins se trouvent en grande partie dans un état de délabrement avancé.

## I.5 DECENTRALISATION ET DÉCONCENTRATION

Dans le but de consolider l'unité nationale et de créer des centres d'impulsion et de développement à la base, la nouvelle constitution votée par référendum en 2006 a structuré l'administration congolaise en 26 provinces dotées de la personnalité juridique et exerçant des compétences de proximité. Les zones de santé sont situées dans les entités territoriales dénommées territoire ou commune et à ce titre seront directement financés par les budgets déconcentrés.

Depuis 2004, les Aires de Santé (AS) élaborent des micro-plans intégrés qui sont consolidés au niveau du BCZS pour en faire un plan de la zone de santé (ZS). Ce plan de la ZS est transmis au niveau provincial, lequel niveau a le pouvoir de mobiliser d'autres partenaires potentiels.

Des mécanismes de passerelles sont mis en place notamment par l'ouverture de lignes de crédits pour les ZS afin de faciliter le suivi des flux financiers et des dépenses à tous les niveaux du système de santé.

## I.6 FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

La République Démocratique du Congo (RDC) a fait sienne les objectifs du Millénaire pour le Développement qui devaient consister à :

- Réduire de ¾ la mortalité maternelle d'ici 2015;
- Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 ;
- Stopper et mesurer les tendances de la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015.

Pour faire face aux multiples problèmes de santé publique, le Gouvernement a commencé à allouer des ressources importantes au secteur de la Santé. Ainsi dans le cadre du budget aménagé 2004 et 2005, le Gouvernement a accordé la priorité aux dépenses du secteur social. Les crédits

<sup>7</sup> Source : Direction d'Etudes et Planification de la RDC

relatifs aux dépenses de lutte contre la pauvreté dans le secteur social ont représenté 31 % du Budget total évalué à 528 milliards de Francs Congolais (CDF). Sur ce montant 5,6 % soit 29,7 milliards de CDF ont été affectés au secteur de la santé ce qui représente 1,2 % du PIB nominal de 2004.

Les allocations budgétaires se rapportant à la vaccination, à travers le budget 2004 du PEV, se situent autour de 408 millions de CDF correspondant à 1,2% des crédits accordés au secteur de la santé. Ce montant couvre les salaires, l'achat d'une partie des vaccins, les matériels de bureau et les équipements informatiques, la réhabilitation de bâtiments, la formation et la supervision.

Le programme bénéficie des fonds sécurisés venant des partenaires qui facilitent l'organisation des activités sur le terrain et l'approvisionnement en intrants et en équipements. Par ailleurs, l'apport du budget du gouvernement reste encore faible.

## II ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV

L'analyse de la situation est basée sur les 5 composantes essentielles du système de vaccination suivantes :

- la prestation des services,
- l'approvisionnement et la qualité des vaccins,
- la logistique,
- la surveillance et la lutte contre la maladie
- le plaidoyer et la mobilisation sociale.

Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Un point spécial a été fait sur l'introduction des nouveaux vaccins.

Cette analyse fait ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de chacune d'elles.

### 2.1. PRESTATIONS DE SERVICE

Les prestations de services de vaccination ont été analysées pour le PEV de routine, les activités de vaccination supplémentaires (AVS) et l'intégration des interventions en faveur de la survie de l'enfant.

#### II.1.1 PEV DE ROUTINE

Le PEV RDC compte à ce jour 7 antigènes dans son programme de routine. A part les vaccins traditionnels (BCG, VPO, DTC, VAT, VAR) administrés depuis sa création, le programme a progressivement introduit le VAA en 2003 et le Hep B en 2007 sous forme tétravalente combinée au DTC.

**Tableau IV : Calendrier vaccinal actuel en RDC**

<b>A. Tableau IV a Calendrier vaccinal pour les enfants</b>			
<b>Vaccin</b>	<b>Age d'administration</b>	<b>Voie d'administration</b>	<b>Site d'administration</b>
BCG VPO 0	A la naissance	Intradermique Orale	Face externe du haut de l'avant-bras gauche - bouche
VPO 1, DTC- Hep B1	A la 6 <sup>ème</sup> semaine	Orale et Intra musculaire	Face antéro-externe de la cuisse à mi-hauteur
VPO 2, DTC-HepB2	A la 10 <sup>ème</sup> semaine	Orale et Intra musculaire	Face antéro-externe de la cuisse) mi-hauteur
VPO 3, DTC- Hep B3	A la 14 <sup>ème</sup> semaine	Orale et Intra musculaire	Face externe de la cuisse a mi-hauteur
VAR, VAA	A 9 mois	Sous -cutané	Face externe du 1/3 supérieur des bras gauche et droit

<b>B. Tableau IV b Calendrier vaccinal pour les femmes enceintes</b>			
<b>Dose</b>	<b>Période d'administration</b>	<b>Voie d'administration</b>	<b>Site d'administration</b>
<b>VAT1</b>	Au premier contact	IM/SC	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
<b>VAT2</b>	4 semaines après VAT1	IM/SC	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
<b>VAT3</b>	6 mois après VAT2	IM/SC	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
<b>VAT4</b>	12 mois après VAT3	IM/SC	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche
<b>VAT5</b>	12 mois après VAT4	IM/SC	Face externe du 1/3 supérieur du bras gauche

Trois stratégies essentielles de vaccination sont appliquées pour atteindre les populations cibles du programme à savoir :

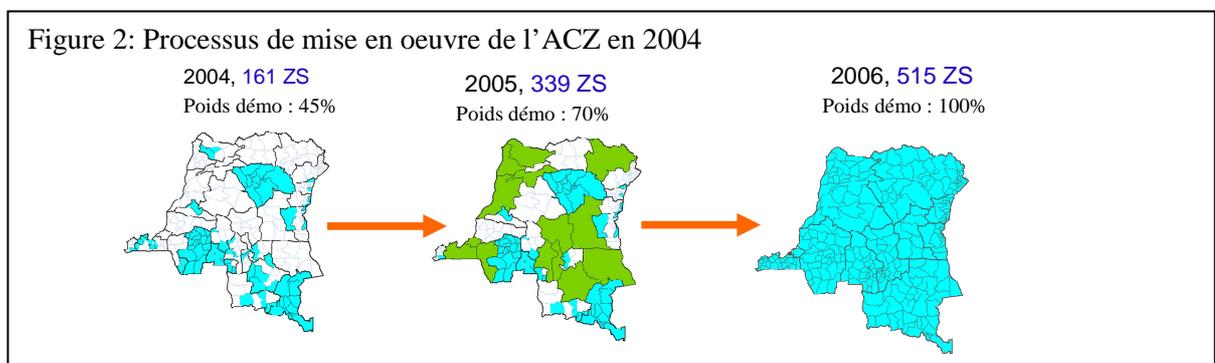
- **la stratégie fixe** : il s'agit des vaccinations effectuées dans les centres fixes pour atteindre la population cible se trouvant dans un rayon de moins de 5 Km autour du centre de santé. Cette stratégie couvre près de 40% de la population cible, essentiellement dans les zones urbaines.
- **la stratégie avancée** : il s'agit des sorties effectuées à partir du centre fixe pour couvrir la population cible se trouvant dans un rayon de 5 à 15 Km autour du centre de santé. Elle couvre près de 40% de la cible et s'applique dans toutes les ZS selon les réalités du terrain.
- **la stratégie mobile décentralisée** : elle est utilisée pour desservir la population cible se trouvant dans les zones d'accès difficile qui représente près de 20% de la cible globale. Les ZS y recourent rarement par manque des moyens de transport appropriés.

Suite à la décision de IOMS/AFRO sur l'accélération du PEV de routine en juin 2003 dans les pays prioritaires et après l'évaluation à mi-parcours du plan d'action PEV en juillet 2003, il avait été décidé de procéder au réajustement des approches de mise en œuvre du PEV de routine. Ainsi, l'approche ACZ a été adoptée pour la RDC en Octobre 2003. L'introduction de cette approche a été justifiée par la couverture vaccinale faible et stagnante depuis plus de 10 ans (CV DTC3 < 50 % jusqu'en 2003), le taux d'abandon DTC1-DTC3 (> 10%) et un taux de perte en vaccins élevé.

La mise en œuvre de cette approche a été progressive et son extension a été faite après une évaluation de la mise en œuvre de l'ACZ par l'équipe de l'OMS HQ et Afro. L'approche a démarré en 2004, dans 161 ZS dont le poids démographique représentait 45% de la population et s'est étendue en 2005, à 339 ZS, soit 70% du poids démographique.

Les étapes suivantes ont été suivies pour la mise en œuvre de l'approche :

- o Adoption du concept approche « Atteindre Chaque Zone de Santé »;
- o Élaboration et validation du plan d'actions par le CCIAT ;
- o Atelier de formation en stratégie RED par l'équipe d'AFRO, en Novembre 2003 ;
- o Préparation des outils de planification et de mise en œuvre, en Décembre 2003 ;
- o Micro planification, en Janvier et Février 2004 ;
- o Mise à la disposition des Antennes et ZS des fonds ;
- o Début de la mise en œuvre des différentes composantes ACZ, Fév.-Mars 2004
- o Suivi et évaluation ;



En plus de l'approche ACZ, le pays a organisé des activités accélérées de vaccination dans les ZS à faibles performances et d'accès difficile entre 2005 et 2007 dans les provinces du Sud Kivu,

province orientale, Maniema, Nord kivu et le Katanga. Ces accélérations ont été organisées avec le financement des différents partenaires, essentiellement sur les fonds des urgences.

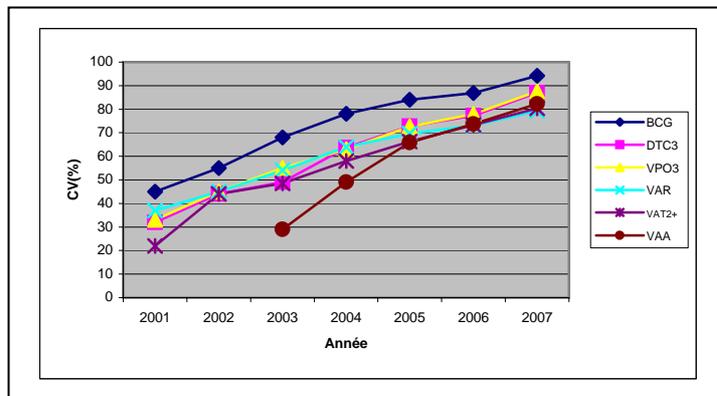
Les AVS ont aussi constitué une opportunité pour renforcer la vaccination systématique. En effet, à chaque passage d'AVS polio, les vaccins du PEV systématique ont été administrés aux enfants cibles (0-11 mois) en tenant compte de leur statut vaccinal. Ceci a permis d'augmenter la CV, surtout dans les zones d'accès difficile, qui, pour la plupart de temps sont couvertes lors des AVS.

Sont repris ci-dessous les résultats réalisés par principaux indicateurs.

### L'évolution de couvertures vaccinales du PEV de routine de 2001 à 2007

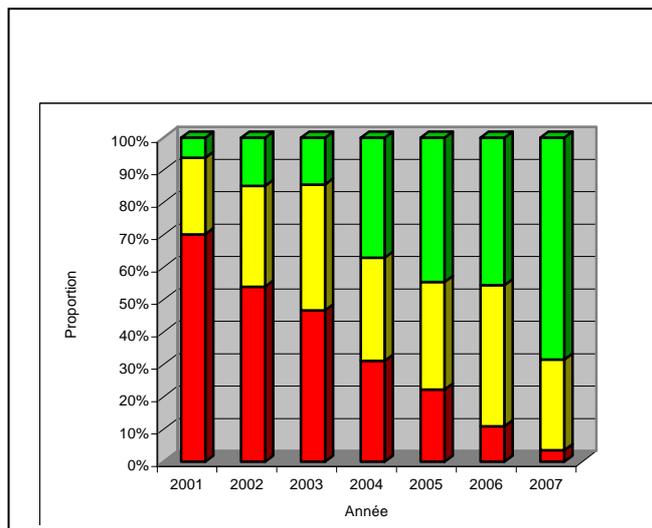
Les graphiques et tableaux présentés ci-dessous, montrent l'évolution des couvertures vaccinales réalisées en RDC au cours de la période allant de 2001 à 2007.

Figure 3 : Evolution de la CV par antigène, de 2001 à 2007, en RDC



D'une manière générale, il ressort de la figure 2 une évolution positive de couverture vaccinale des différents antigènes de 2001 à 2007. La couverture vaccinale DTC3 est passée de 32% en 2001 et à 87% en 2007.

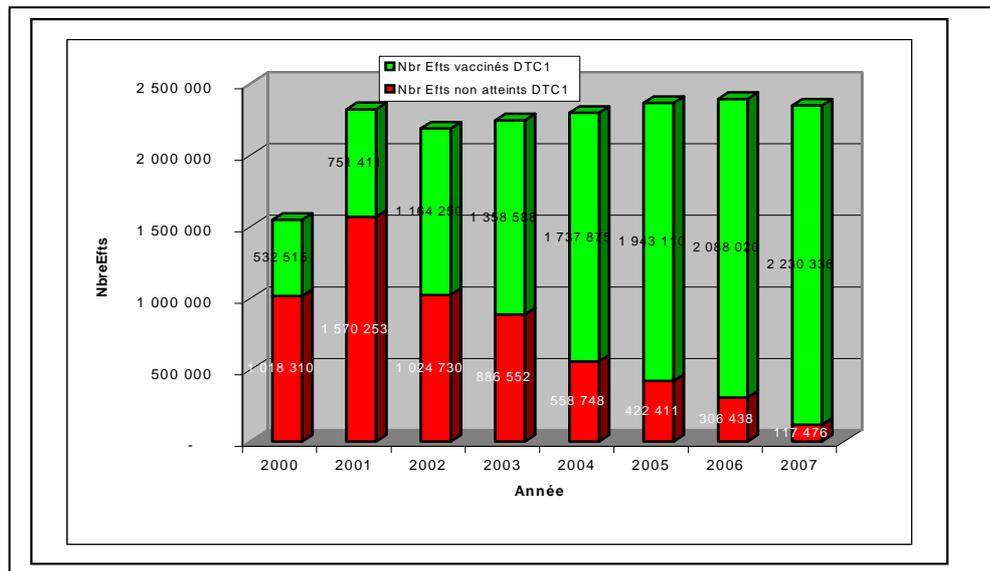
Figure 4 : Evolution des performances des ZS, 2001 à 2007



La proportion des ZS avec CV DTC3  $\geq 80\%$  de 2001 à 2007 a connu également une nette amélioration. Elle est passée de 7,6% en 2001 et à 68,5% en 2007. La proportion des ZS avec une CV DTC3  $< 50\%$  au cours de la même période est passée de 70,2% en 2001 à 3,5% en 2007.

Figure 5 : Evolution du nombre d'enfants vaccinés et non vaccinés en RDC, de 2001 à 2007

La figure 5 montre une augmentation progressive du nombre d'enfants vaccinés au cours de ces sept dernières années.



Les améliorations observées entre 2001 et 2007 sont dû essentiellement à la mise en œuvre effective de la stratégie ACZ (RED) depuis 2003, la disponibilité des intrants surtout aux niveaux central et intermédiaire, la formation du personnel, l'organisation des accélérations vaccinales et la présence remarquable de plusieurs partenaires au niveau opérationnel.

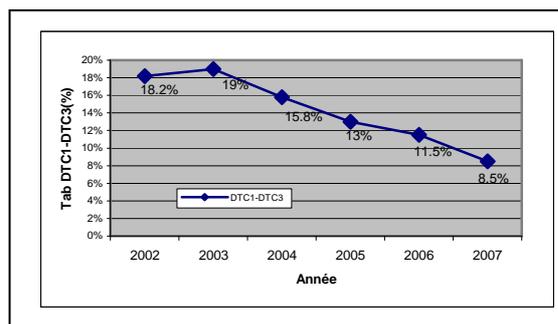
Malgré ces performances, toutes les ZS n'ont pas encore atteint le seuil de 80 % de CV en DTC3. En 2007, 3,5% des ZS ont une CV de moins de 50%. D'autre part, la documentation des enfants vaccinés par type des stratégies n'a pas été systématiquement réalisée.

Parmi les causes qui justifient ces faibles performances, on peut citer :

- l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel
- l'insuffisance des supervisions formatives au niveau intermédiaire et opérationnel,
- la non atteinte des enfants dans les zones d'accès difficile et celles à conflits armés ;
- l'instabilité et démotivation du personnel.

#### a) Taux d'abandon DTC1-DTC3

Figure 6 : Evolution du taux d'abandon DTC1-DTC3, 2002 à 2007



Le taux d'abandon DTC1-DTC3 est passé de 17% en 2002 à 8,4% en 2007.

Cette performance s'explique par la poursuite des efforts dans la mise en place des relais communautaires, la récupération des perdus de vue, l'utilisation des plusieurs canaux pour la sensibilisation de la population (églises, les associations, les écoles, les ONGD,...) et de l'amélioration de l'offre des services. Néanmoins, ce

taux d'abandon demeure élevé dans 286 ZS sur les 515. Ces ZS se retrouvent essentiellement

dans les provinces Orientale, le Katanga, l'Equateur et le Bandundu. Cette situation serait attribuable au dysfonctionnement du système de santé dans ces ZS où l'on note une faiblesse des mécanismes fiables de récupération des perdus de vue.

#### b) Audit de la qualité des données

Le premier Audit de la Qualité des Données (DQA) en RDC et auquel le pays a satisfait avec un facteur de vérification de 85,1% a été conduit du 15 Janvier au 03 Février 2005.

La mise en œuvre des activités préparatoires à l'audit de la qualité des données a permis le renforcement des capacités des acteurs de terrain.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- Améliorer la capacité de gestion, traitement des données, monitoring et évaluation au niveau des zones de santé et antennes PEV ;
- Etablir le mécanisme de contrôle de qualité des données mises à jour et traitement des données en retard avant l'établissement des tableaux définitifs ;
- Renforcer la fixation des objectifs de vaccination et de gestion de stock en fonction de l'analyse des performances (enfants vaccinés/à vacciner), de contraintes et opportunités de chaque ZS/CS et stratégies à mettre en œuvre pour l'accomplissement des objectifs.

A la suite de ces recommandations, un atelier national de formation sur l'introduction de l'outil d'auto évaluation de la qualité des données (DQS) a été organisé en mai 2006. Les ateliers de formation à l'utilisation de cet outil se poursuivent au niveau provincial et des ZS.

### II.1.2 ACTIVITÉS DE VACCINATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Dans le souci de maintenir l'interruption de la circulation du PVS observé depuis 2000 et tenant compte du risque de réintroduction du PVS à partir des pays limitrophes, la RDC a organisé des campagnes de vaccination entre 2000 et 2005 et puis en 2006 après la confirmation du PVS (Tableaux V et VI). Les campagnes de vaccination contre la rougeole et le TMN organisées par le pays dans la même période se sont inscrites dans le cadre des initiatives de contrôle et d'élimination de ces maladies.

#### Résultats des AVS Polio

De 2001 à 2005, le pays a interrompu la transmission du poliovirus sauvage. Mais en 2006, suite à une importation de PVS, la circulation se maintient jusqu'à ce jour. Afin de faire face à cette situation, les VAS de riposte ont été organisés dont les résultats sont présentés ci-dessous

Tableau V : Résultats des AVS contre la Polio par province, par phase, RDC 2006

Province	Juin		Juillet		Août		Sept	
	Enf vacc	CV (%)	Enf vacc	CV (%)	Enf vacc	CV (%)	Enf vacc	CV (%)
Bandundu			743 126	99,1%	764728	101,9 %	725 968	96,8%
Bas Congo	527 841	96,5	549 217	100,4%	549 201	100,4%		
Kasaï Occ			1 130 940	97,7%	1 190 661	102,9%	1 197 561	103,5%
Kasaï Or			1 212 000	97,2%	1 241 954	99,6%	1 259 593	101,0%
Katanga			987 264	101,6%	995 533	102,5%	995 114	102,5%
Kinshasa	1 061 455	95,6%	1 079 074	97,2%	1 099 149	99,0%		

Il ressort du tableau VI que les résultats obtenus dans toutes les provinces sont satisfaisants. Ces performances sont dues essentiellement à l'engagement des acteurs du terrain et à l'implication effective de la communauté.

Tableau VI : Résultats AVS polio 2007

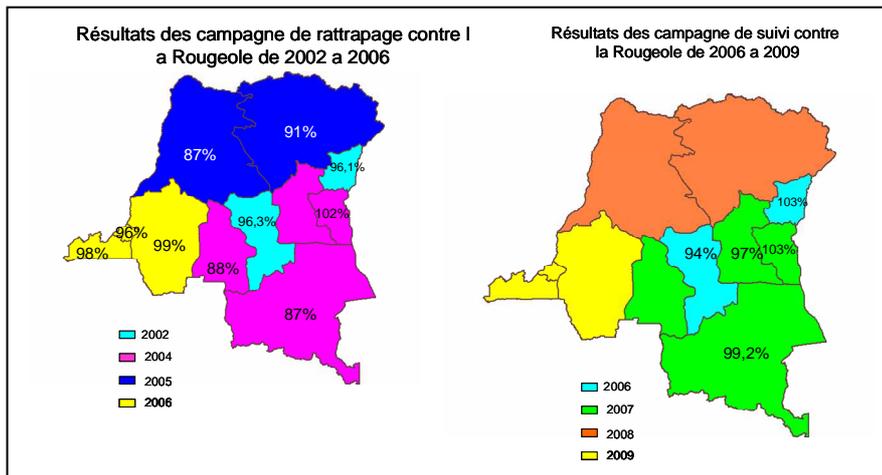
Périodes	Février	Mars	Avril	Juin	Septembre	Octobre	Nov	Dec
Populations cibles	2 496 746	3 048 255	1 875 052	1 508 488	2 434 931	2 434 931	2 434 931	1 044 592
Populations cibles vaccinées	2 436 558	3 070 148	1 801 264	1 480 521	2 731 579	1 846 362	2 772 531	1 102 899
Couverture administrative	98%	101%	96%	98%	112%	76%	113,9%	105,6%
Nombre 0 doses (12-59 mois)	2 657	1 647	863	5 031	19 174	25 767	1 031	203

Les tableau VII montre qu'au cours de la période un grand nombre d'enfants ont été vaccinés ; néanmoins, lors des certains passages une proportion d'enfants échappent aux équipes de vaccination. Des efforts sont à entreprendre dans le futur pour lever les principaux obstacles.

## Résultats des AVS Rougeole

Entre 2002 et 2007, les campagnes de vaccination de rattrapage et de suivi contre la rougeole organisées dans toutes les 11 provinces du pays ont permis de vacciner plus de 30,2 millions enfants de 6 mois à 15 ans. Des enquêtes d'évaluation de la couverture vaccinale en post campagne par la méthodologie en grappes par province ont été effectuées pour les campagnes de 2004, 2005, 2006 et 2007. Les résultats obtenus au cours des campagnes de vaccination sont représentés sur la figure 7.

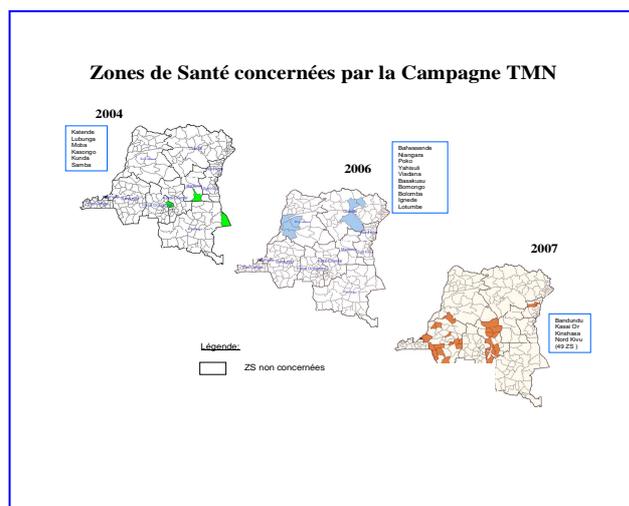
Figure 7 : Mise en œuvre des campagnes et résultats VAR



Ces cartes présentent la mise en œuvre des campagnes de rattrapage dans toutes les 11 provinces et de suivi contre la rougeole ainsi que les résultats obtenus. Quatre provinces n'ont pas atteint les performances attendues pour les campagnes de rattrapage. Quant aux campagnes de suivi réalisées dans 6 provinces, les résultats ont été satisfaisants excepté celle du Kasai Oriental.

## Résultats campagne TMN

Figure 8 : Zones de santé concernées par les AVS TMN de 2004 à 2007



Depuis 2004, la RDC organise les campagnes de vaccinations supplémentaires des femmes en âge de procréer focalisées sur les régions, localités et population cible à risque tel que recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ces campagnes ont démarré timidement en 2004 dans 6 ZS associant les stratégies campagnes multi antigène et accélération lors des activités du PEV de routine. En 2006 et en 2007, les efforts de mobilisation des ressources ont aboutis à la planification des campagnes de masse chez les femmes en âge de procréer dans 62 Zones de santé à haut risque dans les

Provinces de l'Orientale, Equateur, Nord Kivu, Kinshasa, Bandundu et Kasai Oriental. La carte ci contre présente la localisation des ZS par province qui ont mène les campagnes entre 2004, 2006 et 2007.

La revue de la classification de ZS selon le risque TMN, a aboutit à une priorisation de 150 ZS à haut risque devant organiser 3 phases de campagne contre le TNN en 2008.

Les tableaux et graphiques ci-dessous, présentent les résultats de 3 phases obtenus en 2004, d'une part sous forme des campagnes synergiques pour les deux premières phases et d'accélération pour la 3ème phase et d'autre part celles organisées en 2006 et en 2007.

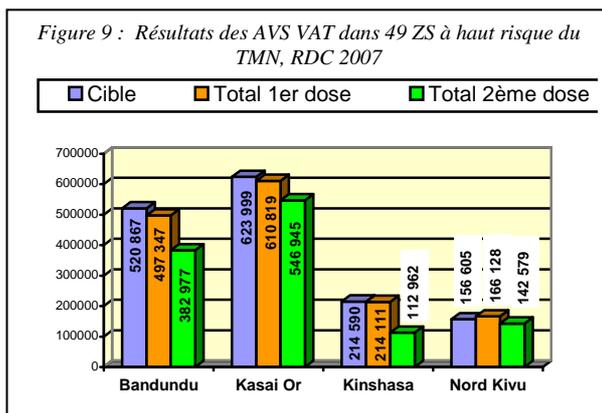
Tableau VII : Résultats campagne de vaccination TMN par Zone de Santé, par province, RDC 2004, phase 1 et 2, Novembre 2004

Province	Nbre ZS	Population total	cible FAP (21%)	Vaccinées 1 <sup>e</sup> Phase	% FAP vaccinées 1 <sup>e</sup> Phase	Vaccinées 2 <sup>e</sup> Phase	% FAP vaccinées 2 <sup>e</sup> Phase
Kasaï Occidental	2	126 700	26 607	23 468	88,2	23 129	86,9
Katanga	1	225 821	47 422	38 610	81,4	43 640	92,0
Maniema	3	370 168	77 735	83 819	107,8	86 527	111,3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>		<b>151 765</b>	<b>145 897</b>	<b>96,1%</b>	<b>153 296</b>	<b>101,0%</b>

L'afflux des femmes en âge de procréer des zones de santé environnantes et la forte demande de la vaccination par la population après plusieurs années de conflit armé explique les performances.

Cependant, la 3e phase des campagnes n'as pas été réalisée dans toutes les Zones de Sante faute de financement. Trois Zones de Sante de la province du Maniema ont conduit cette phase sous forme d'accélération vaccinale lors du PEV systématique. Les résultats n'ont pas été satisfaisant, seulement 48% des femmes en âge de procréer ont été couvertes dans les 3 ZS comme l'indiquent le Graphique et tableau 3 ci après.

En 2007, 52 ZS à haut risque ont été ciblées pour organiser une campagne de vaccination contre le TMN. De ces 52 ZS, seules 51 ont organisé la campagne dans les provinces citées .



Plus de 80% de femmes attendues ont reçu la 1ère dose de VAT lors des deux phases. Par contre, les faibles performances de la seconde phase peuvent s'expliquer essentiellement par les multiples reports, l'augmentation des cas de résistance dus notamment MAPI occasionnées à la première phase et aux rumeurs ayant entouré l'administration de ce vaccin (Kinshasa et Bandundu).

## II.1.3 INTÉGRATION DES INTERVENTIONS

Un consensus général s'est déjà dégagé sur la nécessité d'intégration des interventions en RDC. L'existence du document du SRSS et du Recueil des normes de la zone de santé qui détermine le paquet minimum d'activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'activités (PCA) dans les zones de santé ont facilité l'intégration des interventions dans l'optique de continuité des actions en vue de maintenir une bonne couverture.

Pour la routine, quelques zones de santé administrent la vitamine A et distribuent les MII aux enfants pendant les séances de vaccination. Cependant, ces interventions ne sont pas systématiquement planifiées et documentées.

En 2006, la RDC a saisi l'opportunité offerte par les AVS contre la polio et la rougeole pour intégrer dans 5 provinces (Bandundu, Bas Congo, Equateur, Kasai Occidental, Kinshasa) le PEV systématique (enfants de 0 à 11 mois), la supplémentation en Vitamine A (enfants de 6 à 59 mois), le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois au Mébendazole et la distribution des MII (Tableau VIII).

En dépit de ces expériences positives, on note l'absence d'un document de politique nationale pour l'intégration des différentes interventions de lutte contre la maladie, l'insuffisance des intrants autres que les vaccins lors des AVS, l'insuffisance d'apports financiers de certains programmes pour la mise en œuvre des activités.

Tableau VIII : Résultats de la supplémentation en Vitamine A, du déparasitage au Mébendazole et de la distribution de MII lors des AVS, RDC, 2003-2007

Province	2003	2004	2005	2005	2006			2007		
	Vitamine A				Mébendazole	Vitamine A	Mébendazole	MII	Vitamine A	Mébendazole
Bandundu	195 403	NA	701 193	473 337	892 605	760 923		NA	NA	NA
Bas Congo	245 608	NA	442 095	367 923	480 220	410 267	99 699	NA	NA	NA
Equateur	700 984	NA	505 780	422 937	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Kasai Occidental	323 634	957 347	838 969	770 469	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Kasai Oriental	1 253 325	322 526	1 261 262	1 087 848	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Katanga	504 334	1 430 451	1 552 417	1 351 971	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Kinshasa	NA	NA	927 335	794 622	963 292	861 182		NA	NA	NA
Maniema	270 946	270 468	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Nord Kivu	851 476	146 616	NA	NA	900 321	795 244		NA	NA	NA
Orientale	785 110	644 383	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Sud Kivu	410 137	658 879	NA	NA	NA	NA	NA	884 907	721 003	658 876
<b>Total</b>	<b>5 540 957</b>	<b>4 430 670</b>	<b>6 229 051</b>	<b>5 269 107</b>	<b>3 236 438</b>	<b>2 827 616</b>	<b>99 699</b>	<b>884 907</b>	<b>721 003</b>	<b>658 876</b>

Il ressort du tableau IX que, bien qu'ayant permis d'atteindre un nombre important d'enfants cibles, les résultats de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage au Mébendazole n'ont pas toujours atteint les objectifs fixés. Cette situation est due essentiellement à la défaillance logistique dans la distribution de ces deux intrants et à l'insuffisance de coordination entre le PEV et le PRONANUT. Néanmoins, il convient de noter que cette intégration a permis d'améliorer la demande et l'acceptabilité de la vaccination. En effet, il a été constaté sur terrain une forte

mobilisation en faveur de la vaccination concomitante à distribution de la MII, l'administration de la vitamine A et du mébendazole.

Toutefois, des efforts restent à consentir dans l'intégration de ces interventions au cours de la vaccination systématique, notamment par l'élaboration d'un document de politique nationale d'intégration des interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant, la création d'un cadre de concertation entre les responsables des programmes concernés et la mise en place des mécanismes de collaboration entre le Ministère de la Santé et ses partenaires.

#### II.1.4 APPROVISIONNEMENT ET QUALITÉ DES VACCINS

Le programme Elargi de vaccination élabore, en collaboration avec l'UNICEF, des prévisions pluriannuelles en vaccins dont les quantités requises sont définies en dernier avec les données de micro planifications des zones de santé.

Les besoins ainsi estimés font l'objet des commandes auprès des fabricants dont les produits sont pré qualifiés par l'OMS selon les normes requises. Toutes les commandes sont faites par l'UNICEF qui jusqu'à ce jour est chargé d'acquérir au nom du pays tous ces vaccins quelque soit la source de financement.

En résumé l'UNICEF prend en charge le processus de passation des commandes, le coût de transport de ces vaccins jusqu'à leur livraison au dépôt central du PEV.

L'Autorité Nationale de Régulation n'est pas encore opérationnelle dans le pays

Cependant, il existe un protocole de coopération avec l'UNICEF garantissant la qualité et la régularité de ces vaccins.

Les opérations de réception des vaccins sont assurées par l'équipe logistique du niveau national et un rapport de réception de vaccin (RRV) est élaboré sur un formulaire ad hoc après chaque livraison et est partagé avec les partenaires (OMS et UNICEF).

La gestion des stocks se fait par respect des lots dont le suivi est aisé grâce au logiciel de gestion des vaccins dont l'utilisation a été vulgarisée dans tous les dépôts disposant d'un outil informatique.

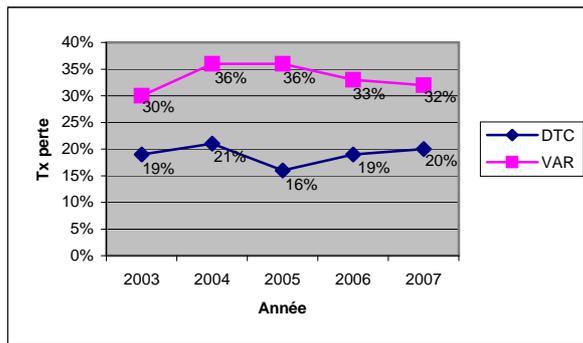
La distribution des vaccins dont les frais sont assurés soit par le PEV avec les fonds GAVI soit par les autres partenaires principalement l'UNICEF suit le rythme d'approvisionnement trimestriel pour le niveau intermédiaire et mensuel pour les zones de santé.

##### □ Gestion des vaccins

Pour assurer un bon suivi des pertes des vaccins, la RDC dispose d'un système qui consiste à l'utilisation des différents formulaires à différents niveaux ; il s'agit notamment du formulaire 1 pour le niveau de centre de santé et formulaire 3 pour la zone de santé. Le formulaire 1 remonte les informations relatives à l'utilisation des vaccins au niveau opérationnel, lesquelles informations sont agrégées sur formulaire 3 au niveau de la zone de santé. Ces données sont ainsi transmises à différents niveaux hiérarchique avant d'être saisies dans la base des données y relative au niveau de chaque coordination provinciale avant d'être transmises à la direction nationale du PEV.

Le graphique 3 présente les taux de pertes de DTC et VAR au niveau opérationnels de 2003 à 2007.

Graphique 3 : Evolution des taux pertes des vaccins DTC et VAR, 2003 à 2007



Ce graphique montre que les moyennes nationales des taux de perte de vaccins sont relativement basses.

Ces performances sont dues essentiellement à la formation des logisticiens PEV, aux supervisions formatives, à l'utilisation des vaccins avec PCV et au conditionnement de volume réduit.

Malgré toutes ces améliorations, il faut noter que certaines antennes et ZS ne disposent pas encore d'outil informatique qui permet une bonne gestion des données. Le

personnel n'est pas suffisamment formé dans la gestion des vaccins. Toutefois, la dotation en ordinateurs de certaines zones de santé par les partenaires permettra progressivement d'améliorer l'analyse des indicateurs de gestion des vaccins à ce niveau. Il est à noter que la complétude des enfants vaccinés ne correspond pas très souvent à celle de la gestion des vaccins dans certaines zones de santé. L'introduction en cours de l'outil d'autoévaluation de la qualité des données « DQS » permettra d'améliorer cet état de chose.

#### ❑ Distribution des intrants :

Le niveau central assure la livraison des vaccins et autres intrants vers les coordinations provinciales et antennes trimestriellement. Les coordinations provinciales approvisionnent trimestriellement les antennes. Les antennes approvisionnent les BCZS qui à leur tour desservent les CS mensuellement. La distribution des intrants du niveau central vers le niveau intermédiaire se fait essentiellement par voie aérienne, soit 88% du volume des expéditions. Tenant compte des particularités du pays, cette distribution se fait soit directement du niveau central vers les chefs lieux des provinces, soit du niveau central vers les antennes et certaines zones de santé à accès difficile.

Au niveau intermédiaire, la difficulté dans la distribution est due entre autre au manque de moyen de transport approprié et au faible financement du budget de distribution qui ne répond pas aux besoins exprimés par les antennes. A cela il faut ajouter le rapatriement timide, vers les antennes et le niveau central, des glacières se trouvant dans les zones de santé.

#### ❖ Logistique

Cette section aborde les éléments en rapport avec les infrastructures du PEV (bâtiments, parcelles, parc chaîne de froid, automobile), la politique de réhabilitation/maintenance des matériels ainsi que les coûts et financements y afférents.

#### ❑ Bâtiments

Au niveau national, le programme dispose de 2 parcelles de 1 500 m<sup>2</sup> abritant les bureaux et les entrepôts. Au niveau des provinces, les coordinations et antennes PEV sont, dans la plus parts des cas, logés au sein des bâtiments des inspections de la santé ou hôpitaux de l'Etat dont la majorité des cas dans des espaces exigus et défectueux. Cette situation nécessite d'être améliorée en prévision de l'introduction de nouveaux vaccins.

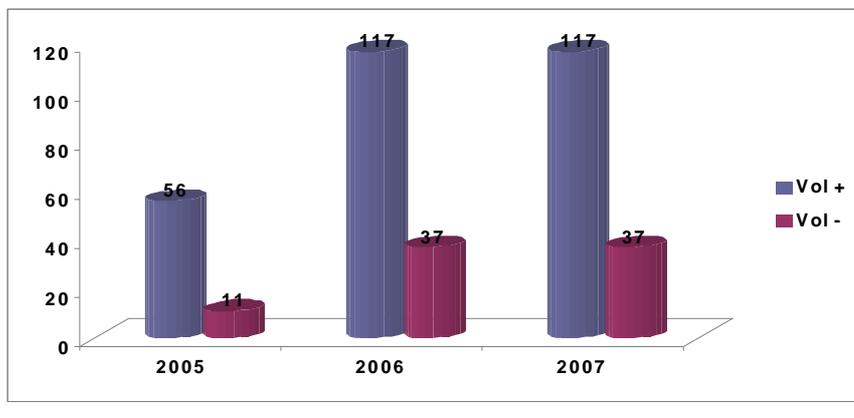
□ **Chaîne du froid :**

La chaîne du froid dans le pays se répartit au niveau national, provincial, antennes PEV, BCZS et CS. Un inventaire exhaustif de la chaîne du froid du PEV en RDC avait été effectué en 2002. Il est actualisé systématiquement chaque année. A la suite de cet inventaire un plan de réhabilitation a été élaboré et est en cours de mise en œuvre. Les graphiques ci-dessous présentent les niveaux de couverture en besoins de matériels de chaîne du froid :

**1. Dépôt Central à Kinshasa,**

Le dépôt central dispose de 5 chambres froides négatives pour un volume de 21 m<sup>3</sup> de conservation et 14 chambres positives de 117 m<sup>3</sup> net de conservation. Quant au volume des dépôts sec, il est de 100 m<sup>3</sup>. En plus de ce volume, le PEV sous-traite le dépôt de l'HGR de Kinshasa dont le volume est de 297m<sup>3</sup>.

Figure 12 : Evolution du volume disponible au niveau du dépôt central, PEV, Kinshasa



La situation présentée dans cette figure montre une augmentation importante de la capacité de stockage passant de 56 m<sup>3</sup> en 2005 à 117 m<sup>3</sup> en 2006 de volume positif et de 11 m<sup>3</sup> à 37 m<sup>3</sup> de volume négatif avec le financement UNICEF.

Sur les 19 chambres froides dont dispose le dépôt central, 18 répondent aux normes de conservation de l'environnement (sans CFC). Tous les matériels fonctionnent sous énergie électrique (fiable 24h/24h) et le programme est pourvu de 2 groupes électrogènes à démarrage automatique qui sont en état de fonctionnement optimal.

**2. Niveau provincial**

Sur les onze provinces du pays, 9 disposent d'une paire de chambres froides d'une capacité en volume requis de 133 619 litres et en volume disponible de 51 547 litres.

En dehors de la chambre froide du Kasai Oriental et celle du Katanga, toutes les chambres froides répondent aux normes de conservation de l'environnement (sans CFC). Tous les matériels fonctionnent sous énergie électrique et pourvu d'un groupe électrogène à démarrage automatique qui sont en état de fonctionnement optimal.

**3. Niveau antennes PEV**

Toutes les 44 antennes du pays disposent d'une moyenne de 3 congélateurs (172 litres/congélateur) et 5 réfrigérateurs (55 litres /réfrigérateur). Tous les réfrigérateurs et congélateurs répondent aux normes plan quality supply (PQS) de conservation de l'environnement (sans CFC).

#### 4. Niveau BCZS.

Chacun de 515 BCZS possède au moins 2 réfrigérateurs de 55 litres net par unité. 95% de BCZS disposent d'un congélateur de 172 litres net.

Tous les réfrigérateurs et congélateurs répondent aux normes plan quality supply (PQS) de conservation de l'environnement (sans CFC). Ces matériels fonctionnent sous énergie électrique, solaire et à pétrole selon les proportions respectives ci-après : 72% fonctionnent avec le pétrole, 14% recourent à l'électricité et 4% utilisent l'énergie solaire.

#### 5. Niveau CS

51 % de CS disposent d'un réfrigérateur de 24 litres net. Les autres CS s'approvisionnent directement au BCZS. Tous les réfrigérateurs répondent aux normes plan quality supply (PQS) de conservation de l'environnement. Ces matériels fonctionnent sous énergie électrique, solaire et à pétrole selon les proportions respectives ci-après : 72% fonctionnent avec le pétrole, 14% recourent à l'électricité et 4% utilisent l'énergie solaire.

Une évaluation de la gestion des vaccins (EGV) et des entrepôts des vaccins (GEEV)/ a été conduite en novembre 2007, dans le cadre de l'initiative OMS, UNICEF appelée GEEV (Gestion Efficace des Entrepôts des Vaccins). L'insuffisance dans le suivi de la qualité des vaccins (absence d'enregistreur de température en continu et des moniteurs de gel dans les chambres froides), la rupture des pièces de rechange d'une des chambres froides du niveau central ont été relevés comme problèmes majeurs.

Au recours de cette évaluation, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Equiper les chambres froides des systèmes d'enregistrement automatique ;
2. Construire une cabine électrique moyenne tension pour palier aux fluctuations du courant électrique au niveau central
3. Equiper toutes les chambres froides des rayons de stockage des vaccins ;
4. Rendre disponible les pièces de rechange pour éviter les arrêts de fonctionnement des équipements ;
5. Sécuriser les registres de gestion informatisés des stocks contre les virus en utilisant des antivirus et en archivant systématiquement les back up;
6. Rendre disponible les indicateurs de congélation pour la livraison des vaccins ;

#### □ Sécurité des injections

Il existe en RDC une politique nationale de la sécurité des injections vaccinales. L'utilisation des seringues autobloquantes est généralisée dans toutes les zones de santé dans la vaccination de routine depuis 2002. Il est recommandé la distribution groupée des vaccins et matériels de vaccination. Malheureusement, cette recommandation n'est pas systématiquement appliquée à tous les niveaux.

Les directives nationales d'élimination des déchets des injections vaccinales prévoit la construction des incinérateurs dans toutes les ZS du pays. Toutes fois, aucun incinérateur n'a été construit à ce jour ; le pays recourt au brûlage et à l'enfouissement.

Le comité multisectoriel des experts sur la gestion des déchets biomédicaux a été récemment mis en place et un plan de travail est en élaboration.

□ **Transport**

a. **Niveau central**

La direction du PEV dispose de 7 véhicules dont 3 déjà amortis et 5 motos qui servent principalement pour le transport du personnel et suivi des dossiers.

b. **Niveau provincial**

Huit coordinations sur 11 sont dotées en véhicule 4x4 destiné principalement à la supervision et au transport des intrants. Ces mêmes véhicules sont utilisés pour les investigations et la riposte aux épidémies. Un plan d'approvisionnement est prévu pour les 3 autres coordinations (Nord Kivu, Sud Kivu et Maniema) pour 2008.

c. **Niveau antennes**

21 antennes sur 44 possèdent un véhicule 4x4 destiné principalement à la supervision et au transport des intrants. Ces mêmes véhicules sont utilisés pour les investigations et la riposte aux épidémies.

c. **Niveau zones de santé**

Le système de santé au niveau opérationnel dispose de 222 véhicules, 483 motos et 85 hors bord (HB) qui sont utilisés pour le paquet d'activités de santé y compris la vaccination.

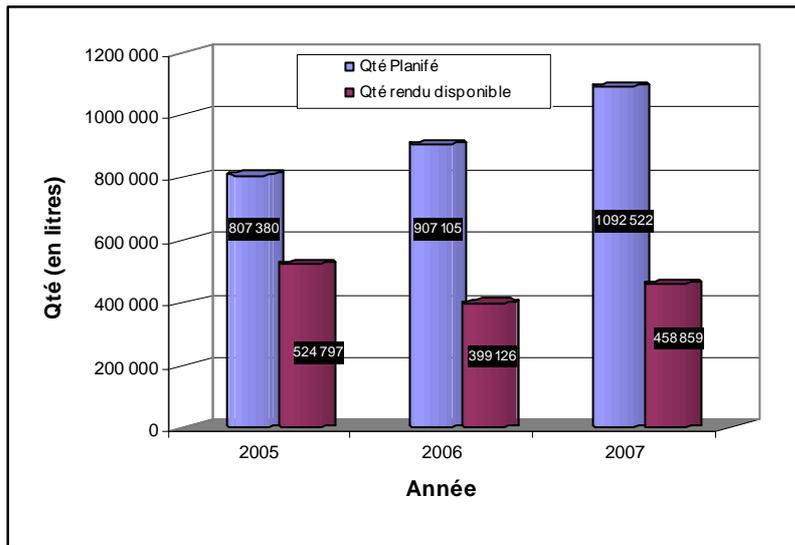
□ **Fonctionnement et Maintenance**

A ce jour, le pays ne dispose pas encore d'une politique structurée de maintenance des équipements. Cependant, en ce qui concerne les matériels de chaîne de froid au niveau national et dans quelques provinces, il existe des contrats de maintenance pour l'entretien des équipements existents pour l'entrepôt central et seulement 5 entrepôts du niveau intermédiaire sur 8 existants avec le financement de l'Unicef

Au niveau des antennes PEV, on fait recours à des techniciens pour une maintenance curative ponctuelle. En dehors de 11 zones de santé de Kinshasa où sont déployées les réfrigérateurs solaires qui bénéficient de la maintenance financée par le Rotary, pour le reste des ZS la maintenance de l'équipement est assurée par l'équipe cadre du BCZS. Par rapport aux pièces de rechange (mèches, brûleurs, carottes, ...) les besoins sont identifiés annuellement et financés par divers partenaires.

En ce qui concerne le fonctionnement et la maintenance des équipements de la chaîne du froid, une amélioration est à noter dans la fourniture en pétrole et autres consommables et pièces de rechange au niveau opérationnel.

Graphique 6 : Approvisionnement des ZS en pétrole par le niveau central



En ce qui concerne le pétrole pour le fonctionnement de la CF, les besoins couverts ne dépassent pas 65% depuis 2005. Des 807.380 litres planifiés, 524 797 litres, soit 65%, ont été rendus disponibles en 2005. Sur 907.105 litres planifiés en 2006, 399 126 litres ont été rendus disponibles, ceci représente 44% de besoins. En 2007, sur 1.092.522 litres planifiés, 458 859 litres ont été

rendus disponibles en 2007 (42%). Le reste des besoins sont couverts par les contributions locales non documentées.

### II.1.5 Surveillance et lutte contre la maladies

En R.D.C, la surveillance des maladies cibles du PEV se déroule dans le cadre global de la surveillance intégrée des maladies. Trente trois maladies et états sanitaires sont sous surveillance dont 20 à notification mensuelle et 13 à notification hebdomadaire. Parmi ces 13 maladies à notification hebdomadaire et à potentiel épidémique, 6 sont ciblées par le PEV. Il s'agit du Tétanos Maternel et Néonatal, de la Poliomyélite, de la diphtérie, de la coqueluche, de la rougeole, de la fièvre jaune.

La surveillance épidémiologique des PFA est l'épine dorsale sur laquelle a été développée la surveillance intégrée des maladies au cours des cinq dernières années.

Les appuis des partenaires de la RDC dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite ont permis la mise en place d'un système décentralisé qui couvre tout le pays avec implication des équipes des bureaux centraux des zones de santé dans la surveillance des PFA et des autres maladies. Depuis début 2006, le pays fait face à une réapparition des cas de PVS après une période d'accalmie de 2001 à 2005. Toutefois, on a observé dans la même période la diminution des cas de rougeole dans les AS ayant organisé la campagne.

Ces résultats sont le fruit du processus de formation et de recyclage démarré en 2005 qui ciblait l'équipe cadre des bureaux centraux des zones de santé et les épidémiologistes de terrain.

Les efforts à poursuivre s'inscrivent dans le cadre de l'amélioration de la rétro information, de la complétude et promptitude des rapports, de la collecte et de traitement des données à la base, du délai de la riposte, de l'intégration des outils de collecte des données, de la surveillance à base communautaire.

□ Surveillance des PFA

Pour améliorer le volume de la notification et intensifier la recherche active des cas, la norme est passée de 1 à 2 cas de PFA pour 100.000 habitants depuis 2005.

Le laboratoire national a été accrédité annuellement par l’OMS depuis 2000 grâce au maintien des performances du personnel, la disponibilité des matériels de prélèvement dans toutes les ZS et à la mise en place d’un réseau de communication.

Toutefois, les efforts doivent se poursuivre dans l’amélioration de l’approvisionnement régulier du laboratoire en réactifs, dans le cadre du démarrage des activités du groupe de confinement PVS et dans l’optique de réduction des cas compatibles ainsi que celles des Zones silencieuses.

Le tableau ci-dessous résume les indicateurs de performance de la surveillance des PFA de 2006 à 2007.

Tableau IX : Indicateurs de performance PFA en RDC entre 2006 et 2007

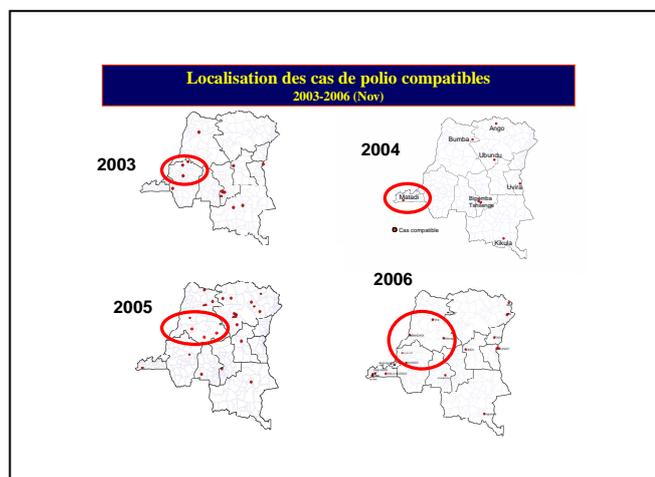
Provinces	Cas PFA notifiés		Taux PFA N-P		% PFA avec 2 selles <=14jrs		PVS ISOLES		Compatible	ENTERO VIRUS NP		% ZS avec au moins 1 cas	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	(n)	[n]	%	2006	2007
Bandundu	171	245	4,9	6,9	93	83	4	5	0	21	9	100	100
Bas-congo	118	102	8,0	7,1	84	88	3	0	1	11	11	100	100
Equateur	184	243	4,7	5,5	80	69	1	23	3	43	18	88	97
Kasai-Occidental	156	177	5,0	5,8	81	84	5	0	0	20	11	100	100
Kasai-Oriental	149	161	3,7	3,9	78	82	0	0	0	23	14	86	100
Katanga	192	205	4,1	4,3	88	86	0	0	0	20	10	88	98
Kinshasa	80	105	2,9	3,7	79	72	0	0	0	13	12	66	86
Maniema	47	60	5,5	7,0	94	97	0	0	0	9	15	100	100
Nord-Kivu	81	80	3,1	2,9	93	91	0	0	1	14	18	100	95
Orientale	269	489	6,4	11,1	93	93	0	13	0	51	10	87	96
Sud-Kivu	176	170	7,6	7,3	88	89	0	0	0	20	12	100	100
<b>RDC</b>	<b>1623</b>	<b>2037</b>	<b>4,8</b>	<b>5,9</b>	<b>86</b>	<b>85</b>	<b>13</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>245</b>	<b>12</b>	<b>90</b>	<b>97</b>

Il ressort du tableau IX une amélioration des indicateurs au fil des années, lesquels sont restés conformes au standard d’éradication de la polio. Il convient de signaler la résurgence du PVS à partir de février 2006 (13 cas), avec 54 cas confirmés jusqu’à décembre 2007 (41 cas).

Il indique par ailleurs une régression du taux des échantillons des selles prélevés dans les 14 jours entre 2006 et 2007 dans les provinces de Kinshasa et de l’Equateur contrairement aux taux de PFA non polio plutôt en hausse. Cette contre performance est due probablement au facteur humain (renouvellement du personnel et démotivation) et à la précarité des moyens de communication.

Figure 16 : Repartition des cas compatibles de polio

Au sujet des cas compatibles, l’on continue à noter leur persistance dans les provinces du Kasai Oriental, de l’Equateur, du Nord Kivu et de l’Orientale. Pour l’année 2005, 80% des cas classés compatibles (23 cas sur 30) se retrouvent dans la province de l’Equateur et dans la Province Orientale où les problèmes d’insécurité et d’inaccessibilité sont plus accrus.



Devant la réapparition des cas de poliovirus sauvage depuis 2006, la RDC a davantage renforcé la surveillance des PFA. Dans la même optique, les zones de santé à risque ont élaboré un plan de

riposte à la présence de poliovirus sauvage et ont par la même occasion assuré le renforcement des capacités techniques du personnel.

Le démarrage des activités du Comité National de confinement du poliovirus sauvage au laboratoire n'est pas encore effectif. Par contre, le Comité National des Experts polio (CNEP) et le Comité National de certification sont opérationnels.

❑ **Surveillance de la Rougeole**

Bien que les campagnes de vaccination de rattrapage contre la rougeole planifiées pour couvrir graduellement tout le pays par bloc de provinces aient commencées en 2002, il persiste encore des foyers épidémiques dans certaines Zones de Santé. Entre 2002 et 2007, le pays a continué à notifier un nombre élevé des cas et décès liés à la rougeole. En effet, un total de 46.835 cas et 742 décès ont été enregistrés en 2002 et en 2005, le nombre de cas notifiés a atteint 182.528 avec 1770 décès pour atteindre en 2007, 55.605 cas et 1464 décès.

Tableau X : Evolution de Cas et décès liés à la rougeole, RDC, de 2002 à 2007

Province	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Bas-Congo	711	17	6 822	99	4 729	131	7 813	99	13066	265	200	4
Bandundu	688	23	4 283	112	565	17	6 481	125	30413	392	132	0
Equateur	178	4	12 530	258	1894	43	150	1	135	4	57	1
Kasaï. Occ.	3 038	104	5 533	193	5 202	213	85	18	145	7	69	3
Kasaï Or.	3 263	105	686	34	430	23	431	5	4125	85	361	12
Katanga	4 220	228	17 648	517	7 483	142	727	12	1386	40	29842	738
Kinshasa	28 592	143	5 724	30	2 236	16	161019	1 425	13315	142	923	2
Maniema	1 079	50	488	27	326	10	154	1	8747	90	12364	359
Nord Kivu	1946	26	1 287	90	2 080	91	2 165	34	1991	18	2292	191
P.Orientale	2 408	42	3 786	106	3 465	62	2 568	50	1209	18	1262	31
Sud-Kivu	712	0	1 322	14	622	7	935	0	5591	112	8131	123
<b>TOTAL</b>	<b>46.835</b>	<b>742</b>	<b>60.109</b>	<b>1480</b>	<b>29057</b>	<b>757</b>	<b>182.528</b>	<b>1770</b>	<b>80123</b>	<b>1173</b>	<b>55,577</b>	<b>1464</b>

Il ressort du tableau X le nombre de cas notifiés de rougeole a évolué en dents de scie avec une tendance à la hausse entre 2002 et 2003. Il en est de même pour les décès. Cette situation pourrait s'expliquer par la mise en place de la surveillance cas par cas de la rougeole. Après chaque campagne de rattrapage, on a constaté une baisse du nombre des décès dès l'année qui suit l'intervention qui malheureusement ne dure pas suite à la faible couverture de routine.

La surveillance cas par cas de la rougeole n'a réellement démarrée qu'en 2004 dans 6 provinces (Nord Kivu, Kasaï Oriental, Sud Kivu, Maniema, Kasaï Occidental et Katanga), puis s'est étendue entre 2005 et 2006 aux 5 autres provinces (Equateur, Province Orientale, Bandundu, Bas Congo et Kinshasa).

Les principaux indicateurs de surveillance de la rougeole au cours des quatre dernières années sont résumés dans le tableau XI.

Tableau XI : Indicateurs de performances de la surveillance rougeole en RDC de 2004-2007

Indicateurs	Années			
	2004	2005	2006	2007
Population totale des ZS concernées	34.480.396	52.508.452	68.609.099	67.272.544
Nombre total de zones de santé concernées	231	383	503	508
Nombre de cas notifiés	785	1362	2259	2063
Pourcentage de cas suspects prélevés dans les 0-30 jours	88%*	99,7%*	94%	93%
Pourcentage des cas de rougeole IGM positifs	55.8%	31.4%	52,2%	26%
Pourcentage de zones de santé avec $\geq 1$ cas avec prélèvement	46%**	49%**	55.3%	54%
Taux annualisé de cas suspects de rougeole avec prélèvement de sang	2,3***	2,5***	3.4%	3%

\* : Cible 80%    \*\* : cible 90 %    \*\*\* : norme  $\geq 1$

En ce qui concerne l'impact des campagnes sur la rougeole, la surveillance cas par cas dans les provinces qui ont conduit les campagnes contre la rougeole montre dans la plupart d'entre-elles une baisse de l'incidence de cette maladie comparativement à la période pré-campagne.

#### ❑ Surveillance de la Fièvre Jaune

La surveillance de la Fièvre jaune ne se fait pas de manière optimale faute de formation des prestataires et de la disponibilité des matériels et des réactifs du laboratoire. En effet, sur 774 cas notifiés en 2006, seulement 23 échantillons ont été transmis à l'INRB et 3 ont été testés. Les résultats se sont révélés négatifs.

#### ❑ Surveillance du TMN

S'agissant du tétanos maternel et néonatal, seules quelques ZS assurent la notification dans le cadre de la surveillance intégrée. Ainsi, 1213 cas et 607 décès avaient été enregistrés en 2006. L'évaluation du niveau de risque des ZS montre une évolution à la baisse du nombre des ZS à haut risque TMN. La surveillance basée sur le cas avec notification sur fiche générique n'est pas encore effective dans l'ensemble des zones de santé. La riposte au tour des cas ne se fait pas (investigation et vaccination) faute d'instructions et de financement.

#### ❑ Autres maladies

- La surveillance de la coqueluche est également faite dans le cadre de la surveillance intégrée sur base des diagnostics cliniques au niveau des structures sanitaires.
- Dans le cadre d'accès aux nouveaux vaccins, le pays a soumis et introduit depuis 2006 le vaccin contre l'hépatite virale B sous la forme tétravalente. Compte tenu de la similitude des signes de la maladie avec une grande des maladies tropicales et la difficulté de conduire un dépistage de laboratoire par prélèvement sanguin, la surveillance de l'Hépatite virale B en RDC se fera essentiellement de la manière suivante :

- 1) un suivi des fréquences des cas cliniques de cirrhose de foie et des hépatomes liés à l'Hépatite virale B à travers les services de cancérologie et de médecine interne ;
  - 2) élaboration d'une définition de cas pour faciliter l'organisation des études ponctuelles sur la prévalence des maladies dans le pays.
- L'introduction du Hib est prévue pour 2009. Leur surveillance se fera sur base des sites sentinelles qui seront identifiés sur des critères préalablement définis. Ces sites bénéficieront d'un appui technique et logistique conséquents.

#### □ Surveillance des MAPI

La mise en place de la surveillance des MAPI a démarré dans la ville province de Kinshasa par la formation des prestataires et la disponibilisation des outils de collecte des données en 2004.

Le pays a profité de l'opportunité des AVS rougeole pour briefier les acteurs sur l'effectivité de la surveillance des MAPI.

Mais il faut dire qu'elle ne se fait pas encore de manière optimale dans la routine faute de suivi, de supervision des prestataires et de la rupture de stock d'outils après le 1<sup>er</sup> lot distribué.

Il est prévu d'étendre et de renforcer dans le PEV de routine la surveillance des MAPI dans toutes les autres provinces.

Parmi les causes du non démarrage de la surveillance des MAPI, il faut noter le manque d'engagement et de volonté.

### II.1.6 Communication pour le PEV

L'analyse en matière de communication en appui au PEV a montré clairement qu'un effort a été fait dans ce domaine. Conformément aux différents plans d'action de communication élaborés chaque année, beaucoup d'activités ont été menées. Nous citons la formation du personnel des BCZS, la mise en place des points focaux de communication dans les ZS, la mise en place des mécanismes des perdus de vue par le RECO, l'utilisation de l'approche de monitoring à assise communautaire lors de la vaccination de masse et l'implication des leaders communautaires et des médias dans les activités de vaccination de masse. Malgré ces réalisations, la communication pour le PEV affiche quelques faiblesses notamment le manque d'études qualitatives et quantitative sur le comportement des prestataires et des parents, l'insuffisance des supports de communication (5750 Boites à image sur un total des 20 600 exprimés), le faible financement des activités de communication pour le PEV, la faible implication des leaders et des médias dans le PEV de routine, la résurgence de la rumeur et de la résistance à la vaccination.

Par rapport à la coordination des activités, la sous-commission communication du CCIA n'a pas fonctionné de manière optimale.

□ **Plaidoyer**

Pour le PEV de routine et pendant les activités de vaccination supplémentaires, un plaidoyer est organisé à l'intention des autorités politico administratives, religieuses, traditionnelles à tous les niveaux dans le but de mobiliser les ressources et de minimiser les résistances à l'utilisation des services de vaccination.

Pour le PEV de routine, des séances de plaidoyer à l'intention des Gouverneurs de provinces et des chefs religieux ayant aboutit à leur engagement respectif en faveur de la vaccination.

Quant aux AVS, cela s'est concrétisé par le fait que les autorités politico administratives (APA) ont été à la tête des commissions créées à cet effet afin de coordonner les activités de campagne.

□ **Mobilisation Sociale**

Le PEV systématique a hérité des acquis des AVS où de nombreux réseaux ont emboîté le pas dans la sensibilisation des communautés en faveur de la vaccination systématique. L'implication des groupes sociaux organisés, des médias de proximité (stations de radio et chaînes de TV), des ONGs locaux ont été d'un apport considérable.

Cependant, le suivi et la documentation des activités réalisées par ces partenaires doivent être améliorés à ce sujet.

□ **Communication pour le changement des comportements**

La mise en œuvre de la PCIME communautaire dans 139 zones de santé, la mise en place des RECO dans les ZS ainsi que des membres des cellules d'animation communautaires ont permis d'améliorer le système de récupération des perdus de vue, qui à son tour, a largement contribué à la réduction du taux d'abandon au niveau national.

Ces agents de santé communautaires (RECO, membres des CAC et autres) reconnus comme volontaires se désengagent progressivement suite au manque de motivation dans certaines ZS.

Aussi, la circulation des rumeurs défavorables à la vaccination (cas de Buta et Mbuji Mayi) et les cas de résistance de plus en plus nombreux au sein de diverses sectes religieuses (Bundu Dia Kongo, Apostolo, Nzambi Mpungu...) ont entravé l'utilisation des services de vaccination.

## **II.1.7 Management**

Le cadre institutionnel est régi par l'Arrêté n° CAB/MIN/FP/JMK/PP/044/2003 du 28 mars 2003 qui régleme l'organisation et le fonctionnement du programme au niveau central et provincial. Il précise le rôle normatif et régulateur du niveau central et le rôle de coordination, de supervision et de contrôle du niveau intermédiaire.

Hiérarchiquement le PEV dépend de la 4<sup>ème</sup> Direction chargée de la lutte contre la maladie mais il convient de noter que ce lien hiérarchique n'a jamais été fonctionnel ce qui ne facilite pas les activités de coordination avec les autres programmes L'affectation du Personnel au PEV par l'Autorité de tutelle se fait sans tenir compte des postes organiques du programme.

La coordination des interventions au niveau national est assurée par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) présidé par le Ministre de la Santé et composé de la plupart des partenaires qui appuient le PEV. Ce comité est appuyé par un Comité technique qui prépare les dossiers techniques sur les différents aspects (technique, communication, finances et logistique). Un

mémorandum d'entente définissant les engagements de chaque partenaire ainsi que ceux du Gouvernement, est signé chaque année. Cependant, ce comité accuse encore un dysfonctionnement au niveau provincial.

Malgré l'existence du SNIS et du système d'information PEV, l'insuffisance de la production et du traitement d'informations financières dues notamment à la faible vulgarisation des normes de gestion et à la faible utilisation des outils de gestion comptable et financière ne facilite pas la maîtrise du système d'information sur le financement du PEV.

Le recours aux nouvelles technologies de l'information est une opportunité pouvant permettre de constituer une base de données fiable.

Le renforcement des CCIA à tous les niveaux ainsi que la mise en place de mécanismes d'évaluation, de suivi et de contrôle de gestion des ressources, peuvent garantir une utilisation optimale de ces ressources.

Dans le domaine de la planification, plusieurs plans sectoriels de la santé et spécifiques au PEV ont été élaborés : tels que le plan directeur pour le développement de la santé, le plan quinquennal stratégique du PEV 2003-2007, le Plan de viabilité financière (PVF), le Plan de contrôle de la rougeole, le Plan d'élimination des TMN, et les plans d'action de vaccination à tous les niveaux. Des efforts sont entrepris pour veiller à une plus large intégration du système de santé dans les différents plans nationaux, notamment avec l'élaboration du DSCRP où le secteur de la santé occupe une place prépondérante.

Pour une meilleure mise en œuvre des activités sur terrain, un exercice de planification sur le PEV est réalisé chaque année à tous les niveaux avec la participation de tous les partenaires et de la communauté. Cependant, ces micros plans ne sont pas intégrés dans le plan d'action global des zones de santé.

Le système de vaccination jouit de la disponibilité des ressources humaines à tous les niveaux. Pour un effectif de 406 cadres et agents dont 119 au niveau central et 287 au niveau intermédiaire et périphérique.

Cependant, la plupart de nouvelles zones de santé ne disposent pas encore de structures adéquates en terme des ressources humaines, matérielles et financières pour la réalisation des activités de Soins de Santé Primaires. Néanmoins, certaines zones de santé bénéficient de l'appui de partenaires, notamment en médicaments, équipements, formation, supervision, réhabilitation des bâtiments, et fonctionnement. Cet appui est décentralisé et subordonné à un contrat programme.

Le PEV, tout comme le système de santé en général, accuse un déficit de plan de carrière et de motivation du personnel, exposant le pays à la fuite des cerveaux.

La réforme du système de santé et de l'Administration publique en cours offre une opportunité pour combler ce déficit. La mise en place des nouvelles institutions issues des élections et l'existence d'un DSCRP aiderait à réduire les menaces de retrait de certains partenaires et de faible allocation des ressources financières par budget de l'Etat.

## **II.1.8 Financement**

L'analyse de la situation financière révèle la volonté du gouvernement d'accroître les dépenses dans le secteur de crédits alloués à la santé. En effet, cette allocation des ressources du budget de

l'Etat est passée de 34 764 550 771 CDF (soit 81 599 905, 5 \$ US) en 2004 à 35 936 413 659 CDF (soit 93 003 141 \$ US) en 2005.

En dépit de cette volonté du gouvernement les taux d'exécution du budget alloué à la santé, demeurent inférieurs par rapport à la norme, soit 57% en 2005 contre 60% recommandé.. Cette situation est due entre autre à la faible mobilisation des ressources de l'Etat et la faible capacité d'absorption des crédits alloués.

Les dépenses consacrées à la vaccination ont connu une baisse considérable, passant de 318 420 688 CDF en 2004 à 144 680 875 CDF en 2005. Cette situation s'explique par l'achat des vaccins en 2004 pour une valeur de 609 000 USD. Dans ces dépenses les salaires et les autres coûts récurrents en rapport avec les exonérations à l'importation des vaccins et matériels PEV, ainsi que les coûts de maintenance et entretien des bâtiments ne sont pas pris en compte. Le tableau ci dessous décrit la situation de la période considérée.

Tableau XI : Aperçu des crédits alloués (en CDF) au secteur de la santé et au PEV en RDC, 2004-2005

Rubrique	2004		2005	
	Crédits alloués	Exécution	Crédits alloués	Exécution
Budget Global	528 333 000 000	267 306 551 834	806 169 426 000	602 622 200 743
Budget Santé	34 764 550 771	29 700 000 000	35 936 413 659	20 566 276 709
Budget PEV	383 083 183	318 420 688	118 373 375	144 680 875
PIB	2 511 700 000 000	2 511 700 000 000	3 141 000 000 000	3 141 000 000 000
Dépenses totales de Santé (% du PIB)	1,38%	1,18%	1,14%	0,65%
Dépenses de Santé du Gouv. (% des Dépenses Totales de Santé)	6,58%	11,11%	4,46%	3,41%
Part du PEV sur le budget du Gouv. (% des Dépenses Totales du Gouv)	0,07%	0,12%	0,01%	0,02%
Part du PEV sur le budget de la santé. (% des Dépenses Totales santé)	1,10%	1,07%	0,33%	0,70%

Dans le cadre du plan de mise en œuvre du DSCR, le gouvernement prévoit d'allouer 15% des ressources PPTE à la santé, et ce, conformément aux recommandations de la réunion des chefs d'Etat des pays membres de l'OMS tenue à Abuja en 2003.

Le système de vaccination demeure confronté à l'insuffisance des ressources financières. De même, l'évaluation du volume de financement du système de vaccination par les partenaires est rendue difficile par l'insuffisance de coordination des interventions des partenaires du secteur à tous les niveaux avec comme conséquence la difficulté de déterminer les coûts du programme, le double emploi et le gaspillage des ressources.

## II.1.9 Développement des capacités

Il existe près de 60 établissements d'enseignement supérieurs et universitaires qui forment des médecins, infirmiers et autres professionnels de santé. Les ITMs qui sont au nombre de 362 forment près de 7000 infirmiers chaque année. Des plans de formation sectorielle intégrant dans leur programme de formation des modules sur la vaccination ainsi que l'appui des partenaires au renforcement des capacités du personnel constituent les forces du système de vaccination en particulier et du système de santé en général.

Toutefois, on note une disparité spatiale dans la répartition des établissements de formation d'une province à l'autre avec une grande concentration en milieu urbain au détriment du milieu rural. Par ailleurs, on assiste à une inadéquation entre l'offre (institution de formation) et la demande (services de santé utilisateurs). Cette situation s'explique par l'absence d'une politique nationale cohérente dans l'implantation des établissements dans ce domaine et par manque d'un cadre de concertation entre le Ministère de la Santé et celui de l'Enseignement Supérieur et Universitaire.

Des formations professionnelles en management des SSP et MLM sont organisées en cours d'emploi en vue d'accroître les capacités des agents et cadres impliqués dans la vaccination.

Le développement des capacités bénéficie de quelques opportunités, notamment l'intervention des partenaires dans la formation et la réforme de l'administration Publique.

Malgré toutes ces opportunités, le système de santé est encore moins performant qu'il ne l'a été avant 1985 et se trouve confronté, particulièrement en ce qui concerne le PEV, aux problèmes liés à la prestation des services, au financement, à la communication et à la logistique.

### **Dans le domaine de la communication pour le PEV**

La nomination des points focaux au niveau de chaque province et des animateurs communautaires dans les zones de santé a été un atout majeur dans l'amélioration des prestations dans le domaine de la communication. Les animateurs communautaires, ayant en charge la coordination des activités de communication ont bénéficié au fur et à mesure de la formation en communication en appui au PEV. Cette formation qui a commencé en 2004 dans 56 ZS a continué en 2005 dans 121 ZS et se poursuit encore en 2006. A ce jour, 399 ZS sur 515 que compte le pays ont déjà été formés et ont à leur tour élaboré et mis en œuvre des plans de communication des zones de santé qui tiennent compte de leurs réalités locales.

Cette formation leur a également facilité la mise en place des Reco dans les AS qui à ce jour sont les principaux acteurs dans la récupération des enfants perdus de vue.

Les supports éducatifs PEV (Boîtes à images et cartes Merci), principaux outils de travail pour ces Relais communautaires lors des causeries éducatives, demeurent encore insuffisants à ce jour pour couvrir les besoins du pays (5750 BI produits/20600 et 10 536 Cartes Merci sur un besoin total de 12 000).

## II.1.10 Introduction des vaccins sous utilisés et nouveaux vaccins

Le pays a connu un retard dans l'introduction des nouveaux vaccins. Ce retard est attribuable à la faible couverture DTC3 observée avant 2005, à l'insuffisance de la capacité de stockage des vaccins et d'autre part à la faible documentation du poids de pathologies justiciables de prévention par la vaccination.

Après l'introduction du VAA en 2003, la RDC a élargi le spectre des nouveaux vaccins par l'introduction du vaccin contre l'hépatite virale B (Hep B) en 2007 et a été approuvé pour introduire le vaccin contre les infections à Haemophilus influenzae type b (Hib) en 2009. Elle projette d'introduire celui contre le pneumo en 2010. L'introduction deux années de suite de ces deux vaccins a pour objectif particulier de baisser la morbidité et la mortalité infantile due à ces germes fréquemment impliqués dans les infections respiratoires aiguës de l'enfant et les méningites purulentes.

En ce qui concerne le poids des infections à Pneumocoque, il ressort des études portant sur l'étiologie des méningites purulentes que le pneumocoque est l'une des causes majeures. Pour illustration, une étude menée en 2001 par l'Epicentre et l'INRB ayant porté sur 212 échantillons de LCR dont 77 cultures positives a montré que Streptococcus pneumoniae (Pneumocoque) était la première cause de méningites bactériennes avec une proportion de 28,5% suivi du Hib avec 16,9%. L'étude des tranches d'âges touchées a montré que contrairement au Hib qui touche avec prédilection les enfants de 3 mois à 5 ans, le pneumocoque étend sa pathogénicité jusqu'aux enfants de 12 ans. Les enfants drépanocytaires particulièrement payent un lourd tribut vis-à-vis de ce germe. Leur protection par la vaccination contre le pneumo à partir de 2010 contribuera à la prévention des complications mortelles liées à cette tare génétique fréquente dans le pays.

## III SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des forces et faiblesses relevées dans l'analyse situationnelle décrite ci-haut y compris le système de santé.

Tableau XII : Synthèse des forces et faiblesses de l'analyse situationnelle

N°	Composante	Forces	Faiblesses
1.	Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence du Plan stratégique du Ministère de la Santé Publique (Plan Directeur de Dvpt du Secteur de la Santé) 2000-2009</li> <li>• Existence d'une stratégie nationale de renforcement de système de santé (SRSS)</li> <li>• Tenue régulières de réunions du Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé (GARSS) et du Groupe Inter bailleurs du Secteur de la Santé (GIBSS) sous l'Autorité du Ministre de la Santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'une loi cadre qui organise le secteur de la santé</li> <li>• Faible coordination des interventions des partenaires</li> </ul>
2.	Prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration notable de la CV depuis 2003 et Atteinte d'une CV en DTC3 au niveau national de 87% ( mise en œuvre ACZ, réalisation des accélérations vaccinales, renforcement du PEV systématique au cours des AVS)</li> <li>• Réduction du taux d'abandon à moins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistance d'un grand nombre d'enfants non vaccinés 248.791 en 2007</li> <li>• faible intégration des interventions à la vaccination systématique ;</li> <li>• 38 % des ZS ont encore une CV DTC3 &lt; 80% ;</li> </ul>

PPAC RDC 2008 - 2012

		<p>de 10% soit 9,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension de l'approche ACZ à toutes les ZS</li> <li>• Intégration des interventions à haut impact sur la survie de l'enfant lors des AVS</li> <li>• Réalisation des plusieurs campagnes de riposte contre le PVS dans le délai</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• faible mise en oeuvre du DQS</li> <li>• absence de politique nationale d'intégration des interventions</li> <li>• Persistance de la circulation interne du PVS</li> </ul>
3.	Approvisionnement et qualité des vaccins et matériels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat des vaccins à travers un des organismes des Nations Unies(Unicef)</li> <li>• Disponibilité suffisante des vaccins et matériels au niveau national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des fonds pour l'approvisionnement des ZS</li> <li>• Disponibilité insuffisante des vaccins et matériels au niveau opérationnel</li> </ul>
4.	Logistique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effort dans l'extension et modernisation de la chaîne de froid à tous les niveaux</li> <li>• Informatisation de la gestion des stocks au niveau central et intermédiaire</li> <li>• Existence de contrats de maintenance de sous-traitance au niveau national et provincial</li> <li>• Prévision et fourniture annuelle des pièces détachées</li> <li>• Implication de la communauté dans l'achat de pétrole dans certaines zones de santé</li> <li>• Maintien de l'énergie électrique grâce aux groupes électrogènes de secours au niveau national et provincial</li> <li>• Matériels Chaîne de froid répondant aux normes de conservation de l'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non existence de l'ANR</li> <li>• Faible complétude de données de la gestion de vaccins</li> <li>• Absence de politique de gestion des déchets biomédicaux</li> <li>• Faible couverture en matériels de chaîne de froid au niveau intermédiaire et opérationnel</li> <li>• Insuffisance de moyens de transport à tous les niveaux</li> <li>• Absence de politique nationale de maintenance</li> <li>• Insuffisance de financements alloués à l'achat de pétrole (Yolande)</li> </ul>
5.	PLADOYER ET COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des points focaux de communication des ZS ;</li> <li>• Implication des RECO dans la récupération des perdus de vue ;</li> <li>• Utilisation de l'Approche de monitoring à assise communautaire impliquant les leaders communautaires lors de la vaccination de masse ;</li> <li>• Implication des médias dans les activités de vaccination de masse ;</li> <li>• Organisation des séances de plaidoyer à l'intention des gouverneurs des provinces et des Chefs religieux ayant aboutit à leur engagement en faveur du PEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de plan de communication (inclure cette information dans l'analyse de la communication Michel Nyembwe)</li> <li>• Insuffisance des supports de communication au niveau opérationnel ;</li> <li>• Faible financement des activités de communication pour le PEV ;</li> <li>• Faible implication des leaders et médias dans le PEV de routine ;</li> <li>• Faible fonctionnement de la sous commission de communication au sein du CCIA ;</li> <li>• Insuffisance de suivi et de documentation des activités réalisées par les partenaires locaux ;</li> <li>• Résurgence des rumeurs et la résistance à la vaccination dans certaines zones du pays</li> </ul>
6.	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien des indicateurs principaux de la surveillance PFA et rougeole au standard requis</li> <li>• Accréditation du laboratoire national INRB par l'OMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistances de cas compatibles</li> <li>• Comité National de Confinement PVS non fonctionnel</li> <li>• Surveillance de la fièvre jaune et TMN non encore optimale</li> <li>• Inexistence du système de surveillance des MAPI</li> </ul>

## PPAC RDC 2008 - 2012

7.	<b>MANAGEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un CCIA fonctionnel au niveau central coordonné par le Ministre de la Santé</li> <li>• Tenue régulière des revues annuelles d'élaboration et de signature de mémorandum d'entente sur le PEV</li> <li>• Démarrage effectif de contrôle interne pour la gestion financière et logistique</li> <li>• Présence d'un personnel dévoué à tous les niveaux du système de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible fonctionnalité des ccia provinciaux</li> <li>• Faible partage d'informations technique, financière et logistique entre les CCIA provinciaux et national</li> <li>• Faible suivi des recommandations des mémoranda d'entente</li> <li>• Instabilité du personnel</li> <li>• Faible motivation du personnel (salaire, primes)</li> </ul>
8.	Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration du module PEV dans le cursus de l'enseignement médical (ITM, ISTM)</li> <li>• Formation du personnel de santé aux niveaux national intermédiaire et BCZS en MLM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majorité du personnel des CS non encore formée en MLM</li> </ul>

### Opportunités

Dans la mise en œuvre des activités du PEV au cours de 7 dernières années, les opportunités suivantes ont été mises en contribution pour l'amélioration des performances notées dans l'analyse des résultats sus mentionnées. Il s'agit principalement de :

- L'existence des différents appuis sur terrain (PARSS, BAD, GAVI, 9e FED, ) permet d'élargir le partenariat en faveur du système de santé
- La Contribution des partenaires du Gouvernement à couvrir le gap en matériels de vaccination et frais de distribution
- La décentralisation en cours dans le pays est un atout pour le renforcement du partenariat et la mobilisation des ressources complémentaires au niveau des provinces et des Zones de Santé

Ces opportunités seront mises aussi en contribution, pour la mise en œuvre du présent plan (2008-2012).

### Menaces

En dépit des performances notées au cours de 7 dernières années dans l'évolution des indicateurs du programme, certaines menaces continuent à fragiliser le système de santé en RDC en général et en particulier les services de vaccination. Il s'agit essentiellement de :

- 1) L'insuffisance d'appui institutionnel du Ministère de la Santé et du financement du secteur de santé par le Gouvernement
- 2) Le non respect des engagements du Gouvernement pour l'achat des vaccins et matériels de vaccination comme mentionnée dans la soumission du Pays de la demande de financement à GAVI.
- 3) L'insuffisance de motivation du personnel est l'un des facteurs qui compromettent la mise en œuvre de notre politique de santé avec comme conséquence une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus
- 4) L'insuffisance de la mise en œuvre de la SRSS par certains partenaires compromettant la pérennité du programme de vaccination
- 5) La résurgence des rumeurs et la résistance à la vaccination dans certaines zones du pays
- 6) Persistance des Zones d'insécurité dans certaines Zones du Pays.

## IV PROBLEMES PRIORITAIRES

De l'analyse situationnelle faite ci haut , les problèmes suivants ont été dégagés :

### 4.1. Système de santé

- Faible coordination des interventions des partenaires

### 4.2. Prestations des services

- Nombre élevé d'enfants non vaccinés (248.791 en 2007)
- 38 % des ZS ont encore une CV DTC3 < 80% ;
- Faible intégration des interventions à la vaccination systématique ;
- Faible mise en oeuvre du DQS
- Persistance de la circulation interne du PVS

### 4.3. L'approvisionnement et la qualité des vaccins

- Absence de l'ANR
- Taux de perte en vaccin élevé dans certaines ZS
- Faible complétude des données de gestion des vaccins
- Disponibilité insuffisante des vaccins et matériels au niveau opérationnel

### 4.4. Logistique

- Faible complétude de données de la gestion de vaccins
- Absence de politique de gestion des déchets biomédicaux
- Faible couverture en matériels de chaîne de froid au niveau intermédiaire et opérationnel
- Insuffisance de moyens de transport à tous les niveaux
- Absence de politique nationale de maintenance
- Insuffisance de financements alloués à l'achat de pétrole

### 4.5. Surveillance

- Recrudescence des épidémies de rougeole dans certaines Zones du Pays
- Persistances de cas compatibles
- Comité National de Confinement PVS non fonctionnel
- Surveillance de la fièvre jaune et TMN non encore optimale
- Inexistence du système de surveillance des MAPI
- Persistance du PVS au pays (P. Orientale)

### 4.6. Communication pour le PEV

- Absence de plan de communication
- Insuffisance des supports de communication au niveau opérationnel ;
- Faible financement des activités de communication pour le PEV ;
- Faible implication des leaders et médias dans le PEV de routine ;

### 4.7. Management

- Inadaptation de la politique nationale du PEV
- Faible fonctionnalité des CCIA provinciaux
- Faible motivation du personnel (salaire, primes )
- Instabilité du personnel

#### 4.8. Financement

- Forte dépendance du pays vis-à-vis des partenaires extérieurs pour l'achat des vaccins et le financement des activités de vaccination.
- Faible taux d'exécution du budget alloué à la santé
- Absence de décaissement des fonds alloués à l'achat des vaccins
- Inexistence d'une ligne budgétaire spécifique aux vaccins et matériels de vaccination

#### 4.9. Le renforcement des capacités.

- La majorité du personnel des CS non encore formée en MLM

## V ANALYSE CAUSALE DES PROBLEMES PRIORITAIRES

Tableau XIII Synthèse des causes de problèmes identifiés et des solutions proposées

	Problème	Cause	Solution
Systeme de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible coordination des interventions des partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perte de leadership par le ministère de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le leadership à tous les niveaux du système de santé</li> </ul>
Prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre élevé d'enfants non vaccinés (248.791 en 2007)</li> <li>38 % des ZS ont encore une CV DTC3&lt;80% ;</li> <li>Faible intégration des interventions à la vaccination systématique ;</li> <li>Faible mise en oeuvre du DQS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance dans la planification et de mise en œuvre des stratégies appropriées, surtout dans les ZS d'accès géographique difficile</li> <li>l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel</li> <li>Absences de mise en œuvre des mécanismes de récupération des perdus de vue,</li> <li>l'insuffisance des supervisions formatives au niveau intermédiaire et opérationnel,</li> <li>Faible mise en œuvre du monitoring pour action au niveau intermédiaire et opérationnel</li> <li>Absence d'un cadre de concertation et d'obtention d'un consensus sur l'intégration des interventions</li> <li>insuffisance dans la planification pour l'intégration des activités au cours du PEV de routine</li> <li>Insuffisance de financement</li> <li>insuffisance des supervisions formatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la qualité de la planification</li> <li>Rendre disponible les ressources pour financer les activités</li> <li>Mettre en place des mécanismes d'encadrement des ZS et de suivi des leurs performances à tous les niveaux</li> <li>Encadrer les ZS et CS dans le processus de récupération des perdus de vues et renforcer le lien avec la communauté.</li> <li>Mise en place d'un cadre de concertation pour l'intégration des interventions</li> <li>Faire une planification conjointe</li> <li>Echanger entre programmes et partenaires les documents de planification</li> <li>Mobiliser des fonds additionnels</li> <li>Renforcer les supervisions formatives avec un volet spécifique sur le DQS</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persistance du PVS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non prise en compte des populations spéciales lors de la planification</li> <li>Besoins planifiés et financés non utilisés rationnellement</li> <li>Emergence des groupes de résistance à la vaccination</li> <li>Faiblesse de la supervision</li> <li>Insécurité dans certaines ZS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planifier en tenant compte de toutes les populations spéciales</li> <li>Renforcer la supervision formative pour la mise en œuvre des AVS</li> <li>Utiliser les données du monitoring pour apprécier la qualité des AVS et récupérer les enfants non vaccinés au cours des AVS</li> </ul>

PPAC RDC 2008 - 2012

<p>Approvisionnement et la qualité des vaccins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence ANR</li> <li>• Disponibilité insuffisante des vaccins et matériels au niveau opérationnel</li> <li>• Taux de perte en vaccins élevé dans certaines ZS</li> <li>• Faible complétude des données de gestion des vaccins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de plan de renforcement institutionnel</li> <li>• Manque de moyens appropriés de transport pour la distribution des intrants dans certains endroits</li> <li>• Coûts élevés de distribution (recours fréquents au transport aérien)</li> <li>• Rupture de stock de pétrole</li> <li>• Insuffisance des matériels de CF dans certaines AS</li> <li>• Faible capacité en gestion des vaccins des prestataires</li> <li>• Insuffisance de supervision formative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer et mettre en œuvre le plan de renforcement institutionnel</li> <li>• Créer un partenariat avec les autres agences de transport</li> <li>• Plaidoyer auprès des gouvernements provinciaux pour solliciter leur contribution au financement de la distribution des vaccins des antennes vers les ZS</li> <li>• Approvisionner régulièrement les CS en pétrole en fonction des matériels opérationnels disponibles</li> <li>• Doter les structures en matériels de CF</li> <li>• Former le personnel en gestion des vaccins</li> <li>• Renforcer la supervision formative</li> </ul>
<p>Logistique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de politique de gestion des déchets biomédicaux</li> <li>• Faible couverture en matériels de chaîne de froid au niveau intermédiaire et opérationnel</li> <li>• Insuffisance de moyens de transport à tous les niveaux</li> <li>• Absence de politique nationale de maintenance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard dans la mise en place du comité multisectoriel de gestion des déchets biomédicaux</li> <li>• Insuffisance des ressources financières pour l'achat des matériels de CF</li> <li>• Manque d'orientations pour disposer d'un document de politique nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du comité</li> <li>• Elaborer la politique nationale des déchets biomédicaux</li> <li>• Elargir le plaidoyer auprès des autres partenaires potentiels pour augmenter le financement</li> <li>• Elaborer la politique nationale de maintenance</li> </ul>
<p>Surveillance des maladies</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrudescence des épidémies de rougeole</li> <li>• La persistance de la circulation interne du PVS au pays</li> <li>• Comité National de Confinement PVS non fonctionnel</li> <li>• Surveillance du TMN non encore effective</li> <li>• Surveillance de la fièvre jaune non encore optimale</li> <li>• Inexistence du système de surveillance des MAPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faiblesse dans la CV de routine et de la qualité des campagnes de masse dans certaines ZS</li> <li>- Non financement du plan d'action du comité national de confinement</li> <li>- Absence des directives claires et non formation du personnel au niveau intermédiaire et opérationnel</li> <li>- Absence des directives claires et non formation du personnel au niveau intermédiaire et opérationnel et ruptures fréquente de stock en réactifs</li> <li>- Absence des directives claires et non formation du personnel au niveau intermédiaire et opérationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Renforcement du PEV de routine pour atteindre la CV d'impact et amélioration de la qualité des AVS dans toutes les ZS</li> <li>b) Financer le plan d'action du comité national de confinement</li> <li>c) Partager les directives claires, les outils et renforcer les capacités des prestataires à au niveau intermédiaire et opérationnel</li> <li>d) Partager les directives claires, les outils et renforcer les capacités des prestataires à au niveau intermédiaire et opérationnel et approvisionnement régulier en réactifs de laboratoire</li> <li>e) Partager les directives claires, les outils et renforcer les capacités des prestataires à au niveau intermédiaire et opérationnel</li> </ul>

PPAC RDC 2008 - 2012

Comm unicati on	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des supports de communication au niveau opérationnel ;</li> <li>• Faible implication des leaders et médias dans le PEV de routine ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fonds mobilisés insuffisants pour la reproduction des supports</li> <li>– Insuffisance de plaidoyer et de sensibilisation des leaders et médias</li> <li>–</li> </ul>	<p>a) Faire un plaidoyer pour une mobilisation suffisante des ressources</p> <p>b) Tenir des séances de plaidoyer et réunions de sensibilisation à l'intention des leaders et médias à tous les niveaux</p>
Renfor cemen t des capacit és	<ul style="list-style-type: none"> <li>• personnel des CS non encore formée en MLM (planification, communication, gestion des données, gestion des vaccins, gestion et élimination des déchets)</li> <li>• Insuffisance du personnel formé en communication au niveau central et provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mauvaise planification</li> <li>– Non planification des formations en communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux</li> <li>– Planifier et mettre en œuvre la formation en communication pour le personnel du niveau central PEV</li> </ul>
Manag ement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadaptation de la politique nationale du PEV</li> <li>• Faible fonctionnalité des CCIA provinciaux</li> <li>• Faible motivation du personnel (salaire, prime, ...)</li> <li>• Instabilité du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité non priorisée</li> <li>• Perte de leadership provincial</li> <li>• Salaire insuffisant</li> <li>• Prime d'encouragement insuffisant</li> <li>• Mauvaises conditions de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour la politique nationale du PEV en fonction des nouvelles orientations</li> <li>• Redynamiser les CCIA provinciaux</li> <li>• Plaidoyer pour l'application du nouveau barème des fonctionnaires de l'Etat (Barème de Mbudi)</li> <li>• Plaidoyer pour l'application du plan de carrière du personnel de l'Etat</li> <li>• Créer un environnement favorable de travail</li> </ul>
Financ ement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte dépendance du pays vis-à-vis des partenaires extérieurs pour l'achat des vaccins, matériels et le financement des activités de vaccination.</li> </ul>	<p>Non déblocage des fonds prévu dans la ligne budgétaire liée à la vaccination par le Gouvernement</p>	<p>a) Renforcement du plaidoyer au plus haut niveau (Govt, Parlement) en faveur de la vaccination par la création d'une ligne budgétaire spécifique à l'achat des vaccins, matériels et le financement des activités de vaccination.</p> <p>b) Plaidoyer au sein du ministère de la santé pour accroître la quotité de la vaccination dans le budget de la santé</p>

## VI VISION ET OBJECTIFS DU PEV

### VI.1 Vision

D'ici 2012 :

- La vaccination est une priorité pour renforcer le système de santé en général et atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;
- Davantage des personnes sont vaccinées contre un plus grand nombre de maladies ;
- L'équité et l'égalité d'accès aux vaccinations selon le calendrier national sont garanties à tous les enfants, à tous les adolescents et à tous les adultes ;
- L'intégration des activités de vaccination aux interventions prioritaires de développement sanitaire est une réalité quelque soit l'environnement social, politique et économique

### VI.2 Les Objectifs

#### VI.2.1 Objectif Général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination

#### VI.2.2 Objectifs spécifiques

##### a) Objectifs de Couvertures vaccinales et de réduction des taux des pertes en vaccins

- D'ici 2012, le programme portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. Ceci en vue de répondre aux exigences du GIVS.
- D'ici 2012, les taux des pertes en vaccins pour tous les antigènes seront réduits conformément au tableau XIII des taux de pertes des vaccins.

La projection des objectifs de couverture et des pertes en vaccins est présentée dans le tableau ci dessous.

Tableau XIII : Projection des objectifs de couverture vaccinale et de réduction des taux de perte en vaccins de 2008 à 2012

Type de Vaccin	Objectifs de la Couverture Vaccinale					Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Vaccination de Routine</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Vaccins Traditionnels</b>										
BCG	95%	96%	96%	97%	98%	36%	34%	32%	30%	30%
TT - Femmes enceintes	85%	87%	90%	90%	92%	25%	20%	20%	15%	15%
Rougeole	85%	87%	90%	90%	92%	25%	22%	21%	20%	20%
Polio (VPO)(1)	95%	96%	96%	97%	97%	20%	15%	15%	15%	15%
Polio (VPO)(3)	90%	92%	93%	93%	94%					
<b>Vaccins sous-utilisés et nouveaux</b>										
Fièvre jaune	85%	87%	90%	90%	92%	25%	22%	21%	20%	20%
DTC-HepB-Hib(1)		96%	96%	97%	97%		5%	5%	5%	5%
DTC-HepB-Hib(3)		92%	93%	93%	94%					

**PPAC RDC 2008 - 2012**

DTC-Hep B(1)	95%					15%				
DTC-Hep B(3)	90%									
Pneumo conjugué (1)			96%	97%	97%			5%	5%	5%
Pneumo- conjugué(3)			93%	93%	94%					
<b>Campagne de Vaccination</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Polio	100%					10%				
Rougeole	100%	100%				15%	15%			
Tétanos néonatal	100%	100%				15%	15%			
Vitamine A	100%	100%	100%	100%	100%	10%	10%	10%	10%	10%
Mé bendazole	100%	100%	100%	100%	100%	10%	10%	10%	10%	10%
MII	100%	100%	100%	100%	100%	2%	2%	2%	2%	2%

- c) D'ici 2012, augmenter la part des financements de l'Etat en faveur du PEV (dans l'achat des vaccins, matériels de vaccination)
- d) D'ici 2012, éradiquer la poliomyélite en RDC
- e) D'ici 2012, contrôler la rougeole en RDC
- f) D'ici 2012, éliminer le TMN
- g) D'ici 2012, porter la couverture en matériel de chaîne de froid du niveau opérationnel de 51% à 100 %

Le tableau ci dessous presente d'une maniere détaillée les étapes en rapport avec les autres objectifs

Tableau XIV : Etapes des objectifs de 2008 à 2012

Objectifs	2008	2009	2010	2011	2012
Augmenter la part des financements de l'Etat en faveur du PEV	5 %	10%	20%	25%	30%
D'ici 2012, éradiquer la polio en RDC	Arrêter la circulation du PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS	Maintenir l'arrêt de la circulation de PVS
D'ici 2012, Contrôler la mortalité spécifique de la rougeole					
D'ici 2012, éliminer le TMN en RDC	Réduire le ZSHR TMN de 153 à 50	Réduire le ZSHR TMN de 50 à 0	Maintenir le statut d'élimination( moins de 1cas pour 1000 NV)	Maintenir le statut d'élimination(moins de 1cas pour 1000 NV)	Maintenir le statut d'élimination( moins de 1cas pour 1000 NV)
D'ici 2012 porter la couverture en matériel chaîne de froid du niveau opérationnel de 51 % à 100 %	61%	71%	81%	91%	100%

## VII STRATEGIES ET PRINCIPALES ACTIVITES

Pour atteindre les objectifs décrits ci haut, les stratégies et les activités decrites dans le tableau n° XV ci apres ont été retenues.

Tableau n° XV : Activites à menees par strategies, RDC, 2008-2012

Prestation des services		
Objectifs	Stratégie	Principales activités
D'ici 2012, le programme portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. Ceci en vue de répondre aux exigences du GIVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre de l'approche ACZ dans toutes les ZS</li> </ul>	1) Réaliser la micro planification annuelle à la base dans toutes les ZS 2) Assurer la supervision formative 3) Conduire les activités de monitoring à tous les niveaux 4) Organiser les activités de vaccination en stratégie avancée 5) Mener les activités de communication en faveur du PEV 6) Mettre en place le système fiable de récupération de perdus de vue
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accélérations vaccinales dans les ZS à faibles performances (CV DTC-Hep B 3 &lt; 80%)</li> </ul>	7) Planifier les accélérations vaccinales dans les ZS à faible performance 8) Organiser les accélérations vaccinales à 3 passages dans les ZS à
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation des semaines de vaccination plus dans les ZS d'accès difficile</li> </ul>	9) Planifier la semaine de vaccination intégrée aux autres interventions dans les ZS à accès difficile 10) Organiser 4 fois par an les semaines de vaccination associée aux autres interventions dans les ZS d'accès difficile
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la vaccination systématique pendant les AVS</li> </ul>	11) Planifier les activités de vaccination systématique dans les AVS 12) Assurer la vaccination des enfants de 0-11 mois avec les antigènes de routine, selon leur statut vaccinal pendant les AVS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration des interventions à haut impact</li> </ul>	13) Promouvoir la mise en place d'un cadre de concertation 14) Elaborer la politique d'intégration
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introduction des nouveaux vaccins (Hib, Pneumo)</li> </ul>	15) Elaborer et mettre en ouvre le plan d'introduction 16) Mettre en place les sites sentinelles pour la surveillance 17) Conduire des évaluations post introduction
Eradiquer la poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la qualité des AVS</li> </ul>	18) Microplanifier les AVS 19) Organiser les AVS de riposte de qualité 20)
Controler la rougeole	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	21) Organiser les AVS intégrées de suivi de qualité dans les provinces de Equateur, P. Orientale, Bandundu, Bas Congo et Kinshasa 22) Conduire les enquêtes pré et post campagne
Eliminer le TMN	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	23) Organiser les AVS TMN de qualité dans les ZS à haut risque 24) Conduire les enquêtes post campagne TMN
Approvisionnement et qualité des vaccins		
D'ici 2012, les taux des pertes en vaccins pour tous les antigenes seront reduits de 36% a a un mimun de16%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination</li> </ul>	25)Approvisionner régulièrement les CS en vaccins et matériels de vaccination (seringues, réceptacles,...) 26)Assurer le suivi des indicateurs de la gestion des vaccins et matériels de vaccination 27)Rendre opérationnel l'ANR/vaccins
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement du suivi de l'utilisation de vaccins à tous les niveaux</li> </ul>	28)Actualiser et mettre en œuvre le plan de réduction des taux de perte des vaccins 29)Poursuivre la mise en place les outils de gestion des vaccins 30)Former le personnel en gestion PEV 31)Développer et mettre en œuvre le plan de renforcement

PPAC RDC 2008 - 2012

		<p>institutionnel de l'ANR/vaccins                      32) Monitorer systématiquement le taux de perte de tous les vaccins lors de revues et évaluations                      33) Appliquer la politique de flacons entamés                      34) Assurer la supervision formative</p>
Logistique		
<p>h) D'ici 2012, la couverture en matériel chaîne de froid du niveau opérationnel sera portée de 51% à 100 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la capacité de stockage des vaccins</li> </ul>	<p>35) Mettre en œuvre le plan actualisé de réhabilitation de la chaîne du froid                      36) Mener les évaluations périodiques de la gestion des entrepôts,                      37) Elargir le plaidoyer auprès des autres partenaires potentiels pour augmenter le financement du programme pour l'acquisition des matériels de CF                      38) Assurer l'approvisionnement régulier en pétrole</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la maintenance des équipements</li> </ul>	<p>39) Elaborer la politique de maintenance du PEV                      40) Assurer la maintenance des matériels de CF                      41) Approvisionner régulièrement les structures en pièces de rechange des matériels de CF                      42) Former le personnel dans la maintenance préventive</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension de la couverture en matériel de CF et du parc automobile</li> </ul>	<p>43) Doter chaque CS d'un réfrigérateur fonctionnel                      44) Doter chaque CS de moyen de transport approprié à son contexte                      45) Doter les structures en matériels additionnels de la chaîne du froid</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la sécurité des injections</li> </ul>	<p>46) Mettre en œuvre le plan actualisé de la sécurité des injections                      47) Evaluer le plan de la mise en œuvre du plan de la sécurité des injections                      48) Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'achat des seringues autobloquantes et réceptacles</p>
Surveillance		
<p>D'ici 2012, portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. du GIVS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la surveillance des maladies cibles du PEV</li> </ul>	<p>49) Poursuivre la surveillance des maladies cibles du PEV                      50) Intégrer les MAPI dans le système de surveillance</p>
<p>Eradiquer la poliomyélite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la surveillance des PFA</li> </ul>	<p>25) Atteindre/Maintenir les indicateurs de certification dans toutes les ZS                      26) Appuyer le fonctionnement des CNEP, CNC et le Comité de confinement de PVS                      27) Doter les ZS des Kits de prélèvements                      28) Investiguer tous les cas notifiés de PFA                      29) Actualiser le plan de riposte                      30) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)</p>
<p>Controler la rougeole</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la surveillance des Rougeole</li> </ul>	<p>31) Atteindre/Maintenir les indicateurs de performance dans toutes les ZS                      32) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)                      33) Doter les ZS des Kits de prélèvements</p>

PPAC RDC 2008 - 2012

		34) Investiguer tous les cas notifiés de rougeole 35)
Communication		
D'ici 2012, portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. du GIVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement du plaidoyer en faveur de la vaccination</li> </ul>	36) Elaborer un document de protocole d'accord avec les Gouverneurs des provinces, les leaders et les groupes associatifs 37) Organiser 2 FORA/An à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PEV</li> </ul>	38) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire 39) Conduire les enquêtes CAP 40)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PEV</li> </ul>	41) Conduire les enquêtes CAP pour documenter les activités de vaccination de masse contre la Rougeole et le TMN 42) Développer le mécanisme de gestion des rumeurs et de résistance 43) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire 44) Rendre disponible les supports actualisés 45)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer en faveur accroissement de la quotité du Gouvernement)</li> </ul>	46) Organiser des sessions de plaidoyer à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs (ligne budgétaire d'achat vaccins et matériels, accroissement de la quotité du Gouvernement)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des mécanismes d'appropriation des activités de vaccination par la communauté</li> </ul>	47) Poursuivre la mise en place des RECO et assurer leur dotation en outils de travail 48) Doter les ZS et CS en supports de communication sur la vaccination (BI, cartes MERCI et affiches pour la routine) 49) Mettre en œuvre les activités de sensibilisation et de promotion en faveur de la vaccination
Eradiquer la polio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la communication en faveur des AVS</li> </ul>	50) Rendre disponible les supports actualisés 51) Développer le mécanisme de gestion des rumeurs et de résistance 52)
Renforcement des capacités		
D'ici 2012, portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. du GIVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation en cours d'emploi</li> <li>• Formation de base</li> </ul>	53) Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux 54) Planifier et mettre en oeuvre la formation en communication pour le personnel du PEV du niveau central PEV et intermédiaire 55) Poursuivre l'intégration des modules PEV dans le curricula de l'enseignement médical (ITM, ISTM et Université)
Management		
D'ici 2012,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la gestion du</li> </ul>	56) Réaliser la planification annuelle à tous les niveaux 57) Actualiser la politique nationale du PEV en fonction des nouvelles approches en matière de vaccination (GIVS, ...)

PPAC RDC 2008 - 2012

portera et maintiendra la Couverture Vaccinale pour tous les antigènes à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans toutes les ZS. du GIVS	programme	58) Conduire les missions conjointe de supervision formative régulier à tous les niveaux (les coordination, antennes et Zones de santé et AS)
		59) Appliquer les contrats de performances pour la dotation des primes au personnel
		60)
		61) Assurer la coordination des activités de vaccination à tous les niveaux (vaccination systematique et AVS)
	• Renforcement de la coordination des activités de la vaccination à tous les niveaux	62) Impliquer le PEV dans les différents organes de coordination du secteur santé (GARSS, GIBS, CNP, CPP)
•	63) Redynamiser le CCIA à tous les niveaux	
•	64)	
• Elargissement du partenariat en faveur du PEV	65) Répertorier et contacter les nouveaux partenaires potentiels à tous les niveaux 66) Participer aux réunions thématiques sur la santé dans le cadre de la coordination des activités intégrées entre le système des nations unies et le gouvernement. 67) Améliorer les capacités des gestionnaires sur la chaîne de budget de l'Etat	
Amélioration du suivi et de la qualité des données d'immunisation	68) Poursuivre l'application du DQS au niveau des ZS	
Financement		
Financement	• Assurance de la pérenité financière	69) Faire le plaidoyer auprès des partenaires en vue de solliciter un accroissement de leur financement aux activités de vaccination 70) Développer les capacités des gestionnaires à accélérer le processus d'obtention des financement (maîtrise des procédures sur le marché public et sur la dépense) ; 71) Mettre en place les mécanismes d décentralisaion de décisions financière au bénéfice des tructures intermédiaires du PEV  ]

VIII CHRONOGRAMME D'ACTIVITE

Axes Stratégiques	Principales activités	2008	2009	2010	2011	2012
Mise en œuvre de l'approche ACZ dans toutes les ZS	1) Réaliser la micro planification annuelle à la base dans toutes les ZS	x	x	x	x	X
	2) Assurer la supervision formative	x	x	x	x	X
	3) Conduire les activités de monitoring à tous les niveaux	x	x	x	x	X
	4) Organiser les activités de vaccination en stratégie avancée	x	x	x	x	X
	5) Mener les activités de communication en faveur du PEV	x	x	x	x	X
	6) Mettre en place le système fiable de récupération de perdus de vue	x	x			
Accélération vaccinales dans les ZS à faibles performances (CV DTC-Hep B 3 < 80%)	7) Planifier les accélérations vaccinales dans les ZS à faible performance	x	x	x	x	X
	8) Organiser les accélérations vaccinales à 3 passages dans les ZS à faible performance	x	x	x	x	X
Organisation des semaines de vaccination plus dans les ZS d'accès difficile	9) Planifier la semaine de vaccination intégrée aux autres interventions dans les ZS à accès difficile	x	x	x	x	X
	10) Organiser 4 fois par an les semaines de vaccination associée aux autres interventions dans les ZS d'accès difficile	x	x	x	x	X
Renforcement de la vaccination systématique pendant les AVS	11) Planifier les activités de vaccination systématique dans les AVS	x	x	x		
	12) Assurer la vaccination des enfants de 0-11 mois avec les antigènes de routine, selon leur statut vaccinal pendant les AVS	x	x	x		
Intégration des interventions à haut impact	13) Promouvoir la mise en place d'un cadre de concertation	x				
	14) Elaborer la politique d'intégration	x				
Introduction des nouveaux vaccins (Hib, Pneumo)	15) Elaborer et mettre en œuvre le plan d'introduction	x	x	x		
	16) Mettre en place les sites sentinelles pour la surveillance	x	x			
	17) Conduire des évaluations post introduction			x		
Amélioration de la qualité des AVS	18) Microplanifier les AVS	x	x	x		
	19) Organiser les AVS de riposte de qualité	x	x			
	20) Organiser les AVS intégrées de suivi de qualité dans les provinces de Equateur, P. Orientale, Bandundu, Bas Congo et Kinshasa	x	x	x		
	21) Conduire les enquêtes pré et post campagne	x	x			
	22) Organiser les AVS TMN de qualité dans les ZS à haut risque	x	x			
	23) Conduire les enquêtes post campagne TMN	x	x			
Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination	24) Approvisionner régulièrement les CS en vaccins et matériels de vaccination (seringues, réceptacles,...)	x	x	x	x	X
	25) Assurer le suivi des indicateurs de la gestion des vaccins et matériels de vaccination	x	x	x	x	X

PPAC RDC 2008 - 2012

	26) Rendre opérationnel l'ANR/vaccins	x	x	x	x	X
Renforcement du suivi de l'utilisation de vaccins à tous les niveaux	27) Actualiser et mettre en œuvre le plan de réduction des taux de perte des vaccins	x	x	x	x	X
	28) Poursuivre la mise en place les outils de gestion des vaccins	x	x	x	x	X
	29) Former le personnel en gestion PEV	x	x	x	x	X
	30) Développer et mettre en œuvre le plan de renforcement institutionnel de l'ANR/vaccins	x	x	x	x	X
	31) Monitorer systématiquement le taux de perte de tous les vaccins lors de revues et évaluations	x	x	x	x	X
	32) Appliquer la politique de flacons entamés	x	x	x	x	X
	33) Assurer la supervision formative	x	x	x	x	X
Renforcement de la capacité de stockage des vaccins	34) Mettre en œuvre le plan actualisé de réhabilitation de la chaîne du froid	x	x	x	x	X
	35) Mener les évaluations périodiques de la gestion des entrepôts,	x	x	x	x	X
	36) Elargir le plaidoyer auprès des autres partenaires potentiels pour augmenter le financement du programme pour l'acquisition des matériels de CF	x	x	x	x	X
	37) Assurer l'approvisionnement régulier en pétrole	x	x	x	x	X
Amélioration de la maintenance des équipements	38) Elaborer la politique de maintenance du PEV	x				
	39) Assurer la maintenance des matériels de CF	x	x	x	x	X
	40) Approvisionner régulièrement les structures en pièces de rechange des matériels de CF	x	x	x	x	X
	41) Former le personnel dans la maintenance préventive	x		x		X
Extension de la couverture en matériel de CF et du parcs automobile	42) Doter chaque CS d'un réfrigérateur fonctionnel	x	x	x	x	X
	43) Doter chaque CS de moyen de transport approprié à son contexte	x	x	x	x	X
	44) Doter les structures en matériels additionnels de la chaîne du froid	x	x	x	x	X
Amélioration de la sécurité des injections	45) Mettre en œuvre le plan actualisé de la sécurité des injections	x	x	x	x	X
	46) Evaluer le plan de la mise en œuvre du plan de la sécurité des injections	x	x	x	x	X
	47) Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'achat des seringues autobloquantes et réceptacles	x	x	x	x	X
Amélioration de la surveillance des maladies cibles du PEV	48) Poursuivre la surveillance des maladies cibles du PEV	x	x	x	x	X
	49) Intégrer les MAPI dans le système de surveillance	x	x	x	x	X
Renforcement de la surveillance des PFA	50) Atteindre/Maintenir les indicateurs de certification dans toutes les ZS	x	x	x	x	X
	51) Appuyer le fonctionnement des CNEP, CNC et le Comité de confinement de PVS	x	x	x	x	X
	52) Doter les ZS des Kits de prélèvements	x	x	x	x	X
	53) Investiguer tous les cas notifiés de PFA	x	x	x	x	X
	54) Actualiser le plan de riposte	x	x	x		

PPAC RDC 2008 - 2012

	55) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)	x	x	x	x	X
Amélioration de la surveillance des Rougeole	56) Atteindre/Maintenir les indicateurs de performance dans toutes les ZS	x	x	x	x	X
	57) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)	x	x	x	x	X
	58) Doter les ZS des Kits de prélèvements	x	x	x	x	X
	59) Investiguer tous les cas notifiés de rougeole	x	x	x	x	X
Renforcement du plaidoyer en faveur de la vaccination	60) Elaborer un document de protocole d'accord avec les Gouverneurs des provinces, les leaders et les groupes associatifs	x				
	61) Organiser 2 FORA/An à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs	x	x	x	x	X
Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PPEV	62) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire	x	x	x	x	X
	63) Conduire les enquêtes CAP	x	x	x	x	X
Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PEV	64) Conduire les enquêtes CAP pour documenter les activités de vaccination de masse contre la Rougeole et le TMN	x	x			
	65) Développer le mécanisme de gestion des rumeurs et de résistance	x	x	x	x	X
	66) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire	x	x	x	x	x
Renforcement de la communication en faveur des AVS Plaidoyer en faveur accroissement de la quotité du Gouvernement)	67) Rendre disponible les supports actualisés	x	x	x	x	X
	68) Développer le mécanisme de gestion des rumeurs et de résistance	x	x	x	x	X
	69) Organiser des sessions de plaidoyer à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs (ligne budgétaire d'achat vaccins et matériels, accroissement de la quotité du Gouvernement)	x	x	x	x	X
Développement des mécanismes d'appropriation des activités de vaccination par la communauté	70) Poursuivre la mise en place des RECO et assurer leur dotation en outils de travail	x	x	x	x	X
	71) Doter les ZS et CS en supports de communication sur la vaccination (BI, cartes MERCI et affiches pour la routine)	x	x	x	x	X
	72) Mettre en œuvre les activités de sensibilisation et de promotion en faveur de la vaccination	x	x	x	x	X
Formation en cours d'emploi	73) Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux	x	x	x	x	X
	74) Planifier et mettre en oeuvre la formation en communication pour le personnel du PEV du niveau central PEV et intermédiaire	x	x			

PPAC RDC 2008 - 2012

Formation de base	75) Poursuivre l'intégration des modules PEV dans le curricula de l'enseignement médical (ITM, ISTM et Université)	x	x	x	x	X
Amélioration de la gestion du programme	76) Réaliser la planification annuelle à tous les niveaux	x	x	x	x	X
	80) Actualiser la politique nationale du PEV en fonction des nouvelles approches en matière de vaccination (GIVS, ...)	x				
	77) Conduire les missions conjointe de supervision formative régulier à tous les niveaux (les coordination, antennes et Zones de santé et AS)	x	x	x	x	X
	78) Appliquer les contrats de performances pour la dotation des primes au personnel	x	x	x	x	X
	79) Assurer la coordination des activités de vaccination à tous les niveaux (vaccination systématique et AVS)	x	x	x	x	X
Renforcement de la coordination des activités de la vaccination à tous les niveaux	80) Impliquer le PEV dans les différents organes de coordination du secteur santé (GARSS, GIBS, CNP, CPP)	x	x	x	x	X
	81) Redynamiser le CCIA à tous les niveaux	x	x	x	x	X
Elargissement du partenariat en faveur du PEV	82) Répertorier et contacter les nouveaux partenaires potentiels à tous les niveaux	x	x	x	x	X
	83) Participer aux réunions thématiques sur la santé dans le cadre de la coordination des activités intégrées entre le système des nations unies et le gouvernement.	x	x	x	x	X
	84) Améliorer les capacités des gestionnaires sur la chaîne de budget de l'Etat	x	x			
Amélioration du suivi et de la qualité des données d'immunisation	85) Poursuivre l'application du DQS au niveau des ZS	x	x	x	x	X

## IX ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME

### IX.1 METHODOLOGIE

La collecte des données a été faite sur base de formulaires standardisés et prenant en compte les informations demandées dans l'outil d'analyse des coûts et financements du programme mis à la disposition du pays par GAVI. Les partenaires impliqués dans le secteur de la santé ont été contactés pour la collecte, mais également pour la vérification et validation des données fournies. Le CCIA a été impliqué dans la résolution de certains problèmes rencontrés. En plus, une revue des documents disponibles dans différents secteurs de la vie nationale, tels que la Banque Centrale du Congo, les Ministères du Budget, des Finances et de la Santé, a complété les informations recherchées.

Le coût total du Programme Elargi de Vaccination inclut les coûts récurrents<sup>8</sup>, les coûts en capital<sup>9</sup> ainsi que les coûts partagés<sup>10</sup> répartis à tous les niveaux du système sanitaire.

Les coûts directs de vaccination incluent les vaccins, les matériels d'injection, le personnel, le transport, la maintenance et les frais généraux, la formation à court terme, la mobilisation sociale et l'IEC, le contrôle et la surveillance des maladies, la gestion du programme, et autres coûts récurrents.

La difficulté rencontrée dans la reconstitution des données sur le financement passé du PEV est à la base de la sous-estimation des coûts du programme. Cette situation est due essentiellement à la multiplicité de partenaires agissant directement sur le terrain et sans représentation au niveau central. En conséquence, les coûts de ces interventions sont mal connus au niveau national. Néanmoins avec les perspectives de la re-dynamisation des CCIA provinciaux, les structures PEV des provinces pourront s'informer sur les paquets d'activités PEV planifiées et exécutées par les partenaires lors des réunions mensuelles de ces comités.

### IX.2 DONNEES QUANTITATIVES SUR LES COÛTS ET FINANCEMENTS RELATIFS L'ANNEE DE BASE (2006)

#### IX.2.1 Données quantitatives sur les coûts relatifs à l'année de base

Pour l'année 2006, le coût total du programme s'est élevé à 71.948.066 USD dont 34.807.173 USD (48 %) pour les coûts récurrents de routine, 3.254.553 USD (5%) pour les coûts de capitaux en capital, 3.828.137 USD (5%) pour les coûts partagés et 30.058.204 USD (42%) pour les coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Aux niveaux des zones de santé, ces coûts sont aussi influencés par l'appui logistique assuré par les partenaires qui interviennent directement sur terrain tels que ECC/IMA, MEDAIR, CTB, Medicus Mundi, CEMUBAC etc.

<sup>8</sup> Ces coûts englobent les coûts de vaccins traditionnels, des nouveaux vaccins et sous utilisés, du matériel d'injection, du personnel, du transport et de communication, du fonctionnement du programme, de la maintenance de la chaîne du froid, de la formation, de la communication, de la surveillance épidémiologique et de l'assistance technique

<sup>9</sup> ils comprennent les équipements de la chaîne de froid et de transport ainsi que les équipements informatiques et de communication

<sup>10</sup> Ils contiennent la charge du personnel non permanent du PEV et la charge du transport et des bâtiments qui ne sont pas uniquement au service du seul programme de vaccination.

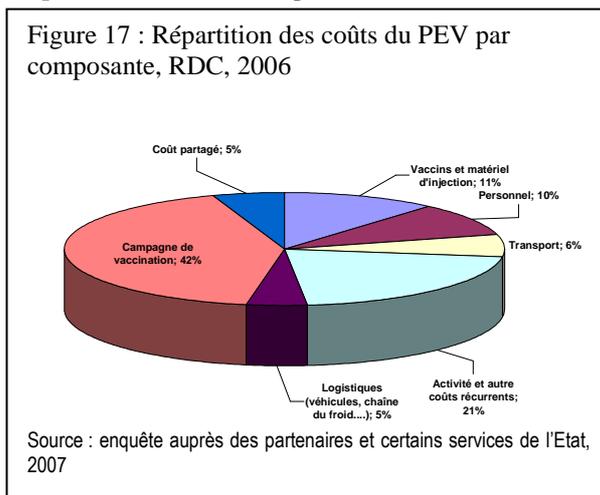
Tableau XVI : Indicateurs de base pour l'année 2006

Indicateur pour l'Année de Référence	2006
Dépenses Total en Vaccination	\$71 948 066
Campagnes de vaccination	\$30 058 204
Vaccination de routine	\$41 889 863
par habitant	\$0,6
par enfant DTC3	\$22,8
% vaccine et matériel d'injection	19,4%
% financement nationale	9,1%
% dépenses totales de santé	2,6%
% dépenses totales de santé du gouv.	59,1%
% PIB	0,47%
Total des coûts partagés	\$3 828 137
% des coûts partagés dans le total	5%
<b>TOTAL</b>	<b>\$71 948 066</b>

Au cours de l'année 2006, le coût de vaccination de routine a été évalué à 0,6 USD par habitant, ce qui équivaut à 0,47% du PIB pour la même année.

Le coût par enfant vacciné pour trois doses de DTC s'élève à 22,8 USD.

La figure 17 illustre la répartition des coûts du PEV par composante en 2006



Il ressort de la figure 1 que les campagnes de vaccination (42%) et les activités liées à la formation, la supervision, la mobilisation sociale, la gestion du programme et autres coûts récurrents (21%) ont les plus pesé sur la charge du programme en 2006.

Cependant, mis ensemble, les coûts récurrents à eux seuls ont représenté 48% de la charge du programme.

Le coût des vaccins et matériels d'injection a représenté 11% du coût total du programme et 21 % du coût spécifique du PEV de routine.

Il y a lieu de noter que l'organisation des campagnes de vaccination est une opportunité pour le renforcement du PEV de routine notamment en ce qui concerne l'acquisition des matériels de chaîne du froid.

La figure 18 indique que les autres coûts récurrents, le coût du personnel et ceux de transport ont les plus influé sur le coût du PEV de routine avec respectivement 40%, 18% et 12%.

Une analyse détaillée des coûts du PEV durant l'année de base est présentée dans le tableau XIV.

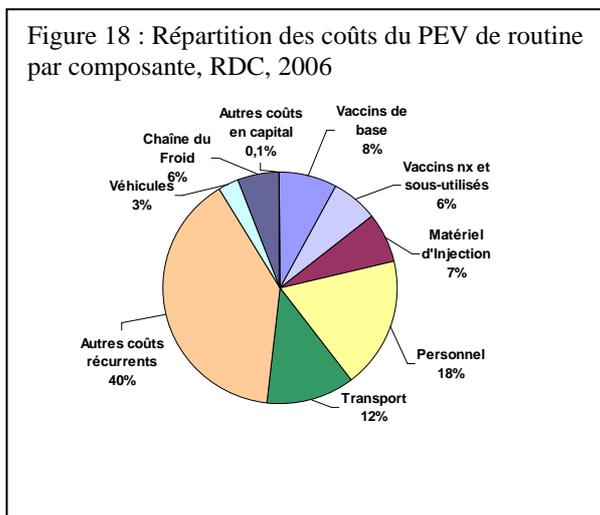


Tableau XVII : Coûts détaillé du PEV en 2006

Rubrique de Coût	Dépenses 2006
Coût Récurrent	US\$
Vaccins	\$5 454 774
- Vaccins traditionnels	\$3 104 959
- Vaccins nouveaux et sous-utilisés	\$2 349 815
Matériel d'injection	\$2 692 149
Personnel	\$6 881 599
- Salaires du personnel employé à temps plein (niveaux central, provincial et local)	\$1 746 019
- Indemnités journalières pour la stratégie avancée/équipes mobiles	\$2 224 800
- Indemnités journalières pour la supervision	\$2 910 780
Transport	\$4 650 827
- Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$2 796 146
- Stratégie avancée et mobile	\$1 854 682
Maintenance et frais généraux	\$4 659 218
Chaînes du Froid	\$3 863 845
Autres Équipements	\$196 663
Bâtiments	\$598 710
Formation à court terme	\$1 087 700
Mobilisation sociale et IEC	\$318 966
Contrôle et surveillance des maladies	\$5 912 540
Gestion du programme	\$2 882 300
Autres coûts récurrents	\$267 100
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$34 807 173</b>
Coût en Capital	
Véhicules	\$1 007 600
Équipement de la Chaîne du froid	\$2 204 753
Autres coûts de capital	\$42 200
<b>Sous Total des Coûts en Capital</b>	<b>\$3 254 553</b>
Campagnes de Vaccination	
Polio	\$17 266 471
Vaccins	\$2 676 342
Coûts opérationnels	\$14 590 129
Rougeole	\$10 801 347
Vaccins et Matériel d'Injection	\$2 589 271
Coûts opérationnels	\$8 212 076
Tétanos néonatal	\$1 681 886
Vaccins et Matériel d'Injection	\$233 323
Coûts opérationnels	\$1 448 563
Vitamine A	\$151 534
Vaccins et Matériel d'Injection	\$151 534
Coûts opérationnels	\$0
Métabendazole	\$132 445
Vaccins et Matériel d'Injection	\$132 445
Coûts opérationnels	\$0
MII	\$24 520
Vaccins et Matériel d'Injection	\$24 520
Coûts opérationnels	\$0
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$30 058 204</b>
Coûts partagés	
Coûts partagés de personnel	\$2 341 853
Coûts partagés de transport	\$1 436 285
Bâtiments	\$50 000

**PPAC RDC 2008 - 2012**

<b>Subtotal des Coûts Partagés</b>	<b>\$3 828 137</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$71 948 066</b>
Vaccination de Routine (Stratégie Fixe)	\$19 987 335
Vaccination de Routine (Stratégie Avancée et Mobile)	\$21 902 528
Campagnes de Vaccination	\$30 058 204

Il ressort du tableau XVII que les activités liées à la vaccination en stratégie fixe ont coûté 19.987.335 USD soit 48% du coût du PEV de routine en 2005, les 52% restant sont relatifs à la vaccination de routine en stratégie avancée et mobile.

Les coûts engagés dans les activités de vaccination supplémentaires ont été évalués à 30.058.204 USD dont 17.266.471 USD pour la campagne polio, 10.801.347 USD pour la campagne rougeole, 1.681.886 USD pour la campagne TMN, 151.534 USD pour la supplémentation en Vitamine A et 132.445 USD pour le déparasitage au mébendasole et 24 520 USD pour la distribution des MII

Les moteurs des coûts pour l'année 2006 sont expliqués dans les lignes ci-dessous :

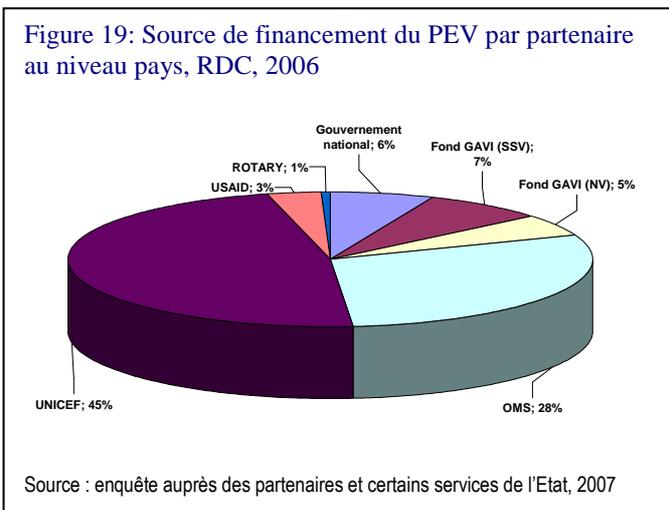
Les coûts directs de la vaccination de routine sont évalués à \$38.061.726 U SD répartis en coûts récurrents (91%) et coût en capital (9%). Les activités liées au contrôle et à la surveillance des maladies ont coûté 5.912.540 USD.

- Les coûts de personnel, influencés par les salaires, les primes, les perdiems pour la supervision et pour la stratégie avancée, représentent 10% des coûts totaux.
- Le transport (incluant le transport aérien des vaccins et intrants, la livraison de vaccins pour les sites fixes et avancés) représente 4.650.827 USD soit 6% des coûts totaux. Les activités de vaccination sont réalisées en stratégie fixe, avancée et mobile aux niveaux des centres de santé et ceci explique le poids de ces coûts dans le total.
- La supervision et le monitoring se réalisent à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) alors que la stratégie avancée n'est réalisée qu'au niveau périphérique (CS). Cela explique la différence de coûts entre ces deux activités dans les proportions générées par l'outil. La prise en charge de ces différents coûts ainsi que celui de la livraison des vaccins a permis d'accroître les taux de couverture vaccinale ;
- Les coûts de la gestion du programme comprennent l'appui technique des partenaires (la tenue des réunions de coordination, l'évaluation, la planification au niveau central, intermédiaire et périphériques ainsi que la coordination avec les principaux intervenants, ONGs, bailleurs, ... ), les équipements informatiques et de communication, le fournitures de bureau ; ...

**IX.2.2 Financement du PEV pour l'année de base**

Le PEV est essentiellement financé par le gouvernement congolais et les bailleurs de fonds traditionnels de l'immunisation - l'OMS, l'UNICEF, et l'USAID, ainsi que par GAVI, un nouveau bailleur depuis 2003. Le Rotary Club, l'Union Européenne et des nombreux autres bailleurs interviennent aussi dans le financement du PEV en RDC. On obtient les informations sur la participation financière de ces agences de financement à travers la coordination et le CCIA. Cependant, il est à noter qu'au niveau des zones et centres de santé où interviennent un nombre important de partenaires dans les activités PEV, il est encore difficile d'apprécier la valeur financière exacte de leurs interventions. C'est ainsi que ces données sont reprises de façon partielle dans l'outil de plan de pérennisation financière sous le libellé « Autres partenaires ».

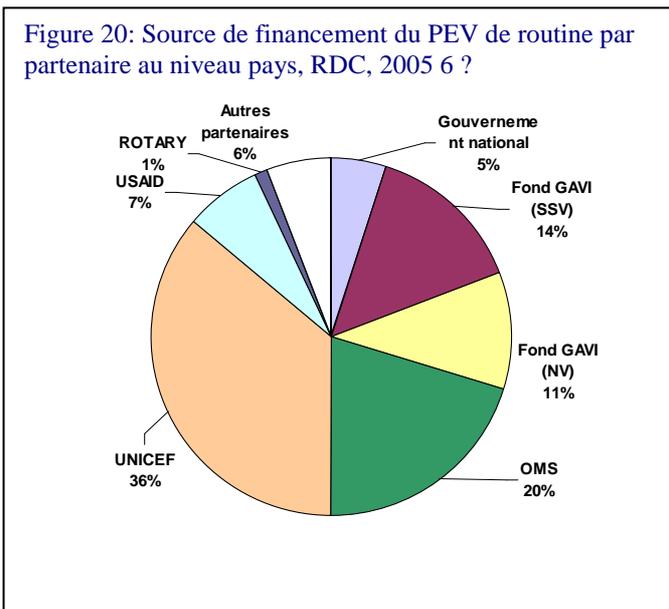
**Figure 19: Source de financement du PEV par partenaire au niveau pays, RDC, 2006**



Il ressort de la figure 19 que les partenaires traditionnels et nouveaux ont contribué en grande partie au financement du programme. Le gros de financement du programme a été assuré par l'UNICEF, l'OMS et GAVI.

La part du gouvernement dans le financement global du programme a été de 6% couvrant essentiellement les salaires des agents et les charges liées à l'utilisation des bâtiments. Il convient de noter qu'au cours de la même année, le Gouvernement a contribué à la formation et à l'achat de certains équipements. Il est à noter que l'USAID dont le financement est de l'ordre de 3% du coût global du programme (figure 19) ou 7% du coût du PEV de routine (figure 20), a financé le PEV à travers ses propres projets (BASICS II, CRS, SANRU III, ...) et contribue dans le financement de l'OMS et UNICEF.

**Figure 20: Source de financement du PEV de routine par partenaire au niveau pays, RDC, 2005 6 ?**



En se limitant au financement du PEV de routine seul, comme le montre la figure 20, la plus grande part a été octroyée respectivement par l'UNICEF (36%), GAVI (25%) et l'OMS (20%). Les 25 % part de GAVI concernent Fonds GAVI (NV) et Fonds GAVI (SSV)

## IX.3 BESOINS EN RESSOURCES FUTURES ET FINANCEMENT DU PROGRAMME

### IX.3.1 Coûts et besoins futurs en ressources

Sur le plan méthodologique, l'estimation des ressources s'appuie essentiellement sur le plan quinquennal stratégique PEV 2003-2007 mais intègre aussi des éléments nouveaux qui reflètent des ajustements du programme. Pour les années 2008-2012, le programme est une projection des activités de moyen terme. Les projections des ressources futures reflètent les actions envisagées dans la section 2.3 de ce document. Ces actions ont été développées à partir des priorités du programme, lesquelles ont été identifiées par un nombre d'évaluations rigoureuses conduites presque annuellement entre 1998 et 2007. D'autres documents ont aussi servi à l'élaboration des estimations des besoins futurs :

- Le formulaire de soumission à GAVI ;
- Le plan quinquennal de contrôle de la rougeole 2004-2008 ;
- Le plan d'élimination du TMN ;
- Le plan de réhabilitation de la logistique ;
- Le plan de viabilité financière ;
- Le plan d'introduction du HepB ;
- Le mémorandum d'entente ;
- Le rapport de DQA ;
- Le plan directeur de développement sanitaire ;
- Le document de la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP).
- Plan pluriannuel complet 2007-2009

Les activités de vaccinations supplémentaires, particulièrement celles de la polio, de la rougeole et du TMN durant la période de projection auront un poids important sur le volume des ressources nécessaires pour le programme. Le renforcement de la logistique sera aussi un axe de dépenses pour assurer la distribution des vaccins et du matériel d'inoculation ainsi que les moyens de déplacements du personnel. Un renforcement de la chaîne du froid est aussi important pour étendre le niveau de couverture nationale au-delà de la couverture actuelle qui est de 52%. L'augmentation du nombre d'équipements de la chaîne du froid assurera la disponibilité et la qualité des vaccins à tous les niveaux. Cela permettra l'application de politique des flacons entamés dans les structures disposant de réfrigérateurs en réduisant ainsi le taux de perte. L'accent sera porté au niveau périphérique (Zones et Centres de Santé). Cet accroissement aura un impact sur les coûts de maintenance et de frais généraux pour les équipements de la chaîne du froid qui augmenteront proportionnellement avec les nouveaux équipements.

De plus, le PEV prévoit un grand volet de gestion du programme axé sur des actions de renforcement de la coordination et du partenariat, et un nouveau sous volet, celui de la pérennisation financière. Cette gestion de programme se fera au niveau central, intermédiaire et opérationnel à travers les réunions de coordination et les revues trimestrielles de districts. La surveillance épidémiologique sera renforcée surtout au niveau des zones de santé en tandem avec la vaccination de routine et les AVS.

Comparés aux documents mentionnés plus haut, les projections de ressources prennent aussi en compte un nombre plus élevé des campagnes de vaccination des masses sous forme des JNV, JLV, JSNV contre la polio, eu égard aux efforts régionaux d'éradication de la polio.

Pour poursuivre ses efforts dans l'introduction des nouveaux vaccins, l'introduction du vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b sous forme pentavalente mono dose initialement prévue en juillet 2008 aura lieu en janvier 2009 alors que celle du pneumo mono est prévue en janvier 2010.

Le tableau XVIII montre la projection des besoins en ressources de 2008 à 20012  
 Tableau XVIII: les projections des besoins en ressources de 2008-2012

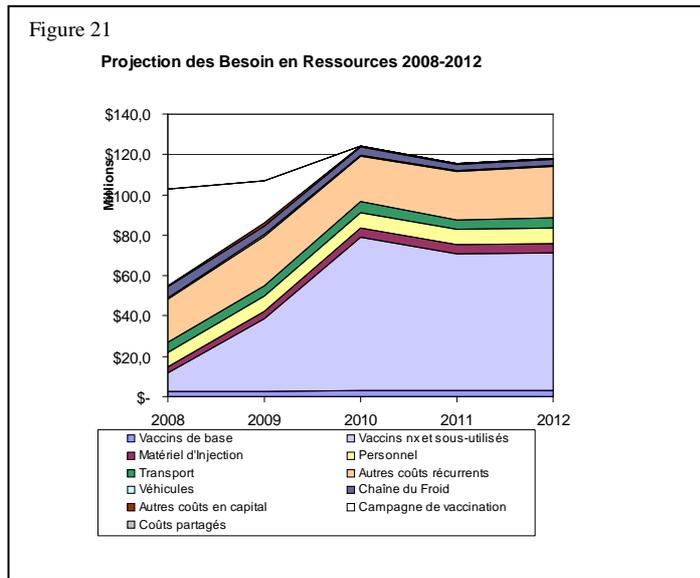
Rubrique de Coût	Dépenses	Besoin futurs en Ressources					Total 2008 - 2012
	2006	2008	2009	2010	2011	2012	
Coût Récurrent	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccins	\$5 454 774	\$11 740 654	\$38 855 981	\$79 133 832	\$70 876 735	\$71 190 561	\$271 797 762
- Vaccins traditionnels	\$3 104 959	\$2 789 831	\$2 766 373	\$2 862 409	\$2 923 257	\$3 037 693	\$14 379 563
- Vaccins nouveaux et sous-utilisés	\$2 349 815	\$8 950 822	\$36 089 607	\$76 271 423	\$67 953 478	\$68 152 868	\$257 418 199
Matériel d'injection	\$2 692 149	\$3 086 784	\$3 541 085	\$4 261 983	\$4 393 196	\$4 531 209	\$19 814 259
Personnel	\$6 881 599	\$7 155 242	\$7 361 120	\$7 508 343	\$7 658 510	\$7 811 680	\$37 494 894
- Salaires du personnel employé à temps plein (niveaux central, provincial et local)	\$1 746 019	\$1 890 757	\$1 978 861	\$2 018 438	\$2 058 807	\$2 099 983	\$10 046 845
- Indemnités journalières pour la stratégie avancée/équipes mobiles	\$2 224 800	\$2 269 296	\$2 314 682	\$2 360 976	\$2 408 195	\$2 456 359	\$11 809 508
- Indemnités journalières pour la supervision	\$2 910 780	\$2 995 189	\$3 067 578	\$3 128 929	\$3 191 508	\$3 255 338	\$15 638 542
Transport	\$4 650 827	\$4 890 475	\$5 204 386	\$5 573 324	\$4 564 681	\$4 926 605	\$25 159 471
- Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$2 796 146	\$2 938 801	\$3 118 683	\$3 311 997	\$2 922 365	\$3 115 737	\$15 407 582
- Stratégie avancée et mobile	\$1 854 682	\$1 951 675	\$2 085 703	\$2 261 327	\$1 642 316	\$1 810 868	\$9 751 889
Maintenance et frais généraux	\$4 659 218	\$7 664 974	\$9 600 582	\$10 883 174	\$11 801 988	\$12 961 964	\$52 912 682
Chaînes du Froid	\$3 863 845	\$6 691 486	\$8 387 163	\$9 477 498	\$10 411 022	\$11 369 728	\$46 336 897
Autres Équipements	\$196 663	\$356 684	\$584 278	\$763 953	\$736 408	\$924 588	\$3 365 911
Bâtiments	\$598 710	\$616 804	\$629 140	\$641 723	\$654 558	\$667 649	\$3 209 874
Formation à court terme	\$1 087 700	\$1 261 230	\$1 300 708	\$1 353 252	\$1 407 920	\$1 464 784	\$6 787 894
Mobilisation sociale et IEC	\$318 966	\$1 088 595	\$1 087 322	\$570 763	\$582 179	\$593 822	\$3 922 681
Contrôle et surveillance des maladies	\$5 912 540	\$4 977 029	\$6 041 436	\$6 069 112	\$6 314 563	\$6 569 722	\$29 971 863
Gestion du programme	\$2 882 300	\$3 610 596	\$3 744 192	\$3 108 915	\$3 234 524	\$3 365 238	\$17 063 464
Autres coûts récurrents	\$267 100	\$2 827 032	\$2 889 295	\$527 208	\$548 577	\$570 699	\$7 362 811
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$34 807 173</b>	<b>\$48 302 611</b>	<b>\$79 626 107</b>	<b>\$118 989 906</b>	<b>\$111 382 871</b>	<b>\$113 986 286</b>	<b>\$472 287 781</b>
<b>Coût en Capital</b>							
Véhicules	\$1 007 600	\$468 078	\$742 638	\$771 286	\$748 827	\$763 803	\$3 494 631
Équipement de la Chaîne du froid	\$2 204 753	\$5 823 998	\$4 369 403	\$4 114 880	\$2 895 274	\$2 910 551	\$20 114 106
Autres coûts de capital	\$42 200	\$515 865	\$1 200 622	\$481 788	\$491 424	\$501 253	\$3 190 952
<b>Sous Total des Coûts en Capital</b>	<b>\$3 254 553</b>	<b>\$6 807 941</b>	<b>\$6 312 662</b>	<b>\$5 367 955</b>	<b>\$4 135 525</b>	<b>\$4 175 607</b>	<b>\$26 799 689</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>							
Polio	\$17 266 471	\$27 917 366	\$14 199 246	\$0	\$0	\$0	\$42 116 612
Vaccins	\$2 676 342	\$3 861 040	\$1 930 520	\$0	\$0	\$0	\$5 791 560

PPAC RDC 2008 - 2012

Coûts opérationnels	\$14 590 129	\$24 056 326	\$12 268 726	\$0	\$0	\$0	\$36 325 052
Rougeole	\$10 801 347	\$3 357 038	\$3 514 313	\$0	\$0	\$0	\$6 871 351
Vaccins et Matériel d'Injection	\$2 589 271	\$858 349	\$885 382	\$0	\$0	\$0	\$1 743 731
Coûts opérationnels	\$8 212 076	\$2 498 689	\$2 628 931	\$0	\$0	\$0	\$5 127 620
Tétanos néonatal	\$1 681 886	\$14 870 553	\$2 454 746	\$0	\$0	\$0	\$17 325 299
Vaccins et Matériel d'Injection	\$233 323	\$2 072 688	\$336 358	\$0	\$0	\$0	\$2 409 046
Coûts opérationnels	\$1 448 563	\$12 797 866	\$2 118 388	\$0	\$0	\$0	\$14 916 254
Vitamine A	\$151 534	\$1 346 879	\$673 440	\$0	\$0	\$0	\$2 020 319
Vaccins et Matériel d'Injection	\$151 534	\$1 346 879	\$673 440	\$0	\$0	\$0	\$2 020 319
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Métabendazole	\$132 445	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vaccins et Matériel d'Injection	\$132 445	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
MII	\$24 520	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Vaccins et Matériel d'Injection	\$24 520	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Coûts opérationnels	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$30 058 204</b>	<b>\$47 491 837</b>	<b>\$20 841 745</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$68 333 581</b>
<b>Coûts partagés</b>							
Coûts partagés de personnel	\$2 341 853	\$2 388 690	\$2 436 463	\$2 485 193	\$2 534 897	\$2 585 594	\$12 430 837
Coûts partagés de transport	\$1 436 285	\$1 465 010	\$1 494 311	\$1 524 197	\$1 554 681	\$1 585 774	\$7 623 973
Bâtiments	\$50 000	\$765 000	\$780 300	\$0	\$811 824	\$0	\$2 357 124
<b>Subtotal des Coûts Partagés</b>	<b>\$3 828 137</b>	<b>\$4 618 700</b>	<b>\$4 711 074</b>	<b>\$4 009 389</b>	<b>\$4 901 401</b>	<b>\$4 171 369</b>	<b>\$22 411 934</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$71 948 066</b>	<b>\$107 221 089</b>	<b>\$111 491 587</b>	<b>\$128 367 250</b>	<b>\$120 419 797</b>	<b>\$122 333 261</b>	<b>\$589 832 985</b>
Vaccination de Routine (Stratégie Fixe)	\$19 987 335	\$30 068 848	\$42 937 944	\$57 897 337	\$54 572 245	\$54 894 842	\$240 371 216
Vaccination de Routine (Stratégie Avancée et Mobile)	\$21 902 528	\$29 660 405	\$47 711 899	\$70 469 913	\$65 847 551	\$67 438 419	\$281 128 187
Campagnes de Vaccination	\$30 058 204	\$47 491 837	\$20 841 745	\$0	\$0	\$0	\$68 333 581

Il ressort du tableau XVIII que le coût global du programme augmente sensiblement à partir de 2008 suite à l'introduction du tétravalent DTC\_HepB depuis 2007, du pentavalent DTC-HepB-Hib en 2009 et du pneumo prévu en 2010. En effet ce coût est passé de 107.221.089 USD en 2008 à 128.367.250 USD en 2010 pour se situer à 122.333.261 USD en 2012, portant ainsi à 589.832.985 USD le coût global du programme pour les 5 années de projection.

Les coûts récurrents constituent le gros de cette charge. Ils sont passés de 48.302.611 USD en 2008 à 113.986.286 USD en 2012. Les coûts récurrents donnent ainsi un total de 472.287.781 USD pour toute la période soit 91% du coût du PEV de routine et 80% du coût global du programme. Les vaccins et matériels d'injection représentent 58% des ces coûts récurrents.



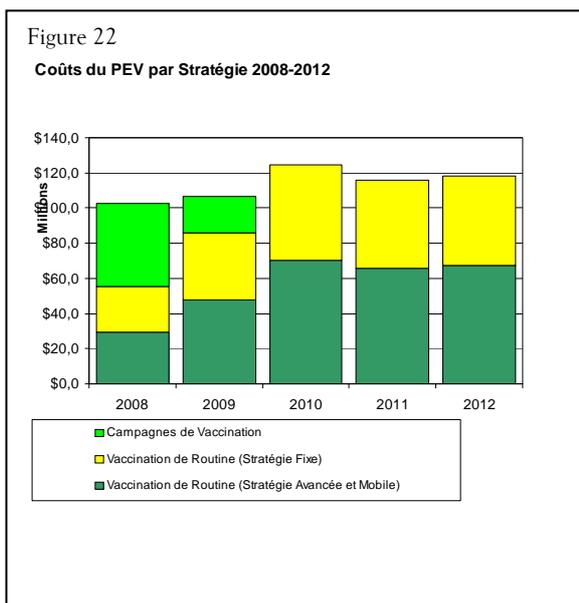
Comme le montre la figure 13, alors que les coûts des campagnes chutent à partir de 2009, les coûts récurrents notamment ceux liés à l'introduction des nouveaux vaccins sont à la base de l'augmentation du coût du programme pour les 5 années de projection.

La chaîne du froid constitue l'essentiel des coûts d'investissement pour la période en raison de la nécessité du renforcement du volume de stockage à différents niveaux pour supporter l'introduction des nouveaux vaccins.

Tableau XIX: Récapitulatif des projections des besoins en ressources par domaine de 2008-2012

Activités	2008	2009	2010	2011	2012	Total 2008 - 2012
Routine	\$59 729 253	\$90 649 843	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$521 499 404
Campagnes	\$47 491 837	\$20 841 745	\$0	\$0	\$0	\$68 333 581
Total	\$107 221 089	\$111 491 587	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$589 832 985

Le tableau XIX montre que le coût du PEV de routine augmente progressivement d'une année à l'autre. Cette augmentation est plus importante, d'une part entre 2008 et 2009 et entre 2009 et 2010 de l'autre. Ce coût est passé de 59.729.253 USD en 2008 à 128.367250 USD en 2010 ; pour se situer à 122.333.261 USD en 2012. Ces augmentations sont essentiellement dues à l'introduction des nouveaux vaccins durant la période de projection.



Comme le montrent le tableau XIX et la figure 22, les projections de coûts pour les campagnes baissent sensiblement en 2009. Ceci est lié aux variations des cibles des différentes campagnes planifiées. Une campagne contre la polio est prévue en 2008 ciblant 9 des 11 provinces du pays. Une faible proportion de la cible est tout de même prévue en 2009 en fonction du plan de riposte.

Pour le TMN, les dernières campagnes sont prévues en 2008 dans les ZS à haut risque, néanmoins une prévision d'1% de la population est prévue les ZS qui n'auront pas atteint le minimum requis de performance.

Quant aux campagnes rougeole, le pays aura bouclé son cycle de campagne de suivi en 2008 avec les

province de Kinshasa, Bas Congo et Bandundu.

## IX.3.2 Analyse de disponibilité des financements projetés

## ❖ Financements sécurisés

Les financements sécurisés donnent les engagements concrets du Gouvernement et des partenaires.

Le tableau XX présente le niveau de financement sécurisé par rapport au coût global pour la période allant de 2008 à 2012

Tableau XX : Niveau des financements sécurisés projetés par rapport au coût global par type de dépense, RDC, 2008 -2012

Rubrique de financement	Année					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Vaccins et matériel d'injection	83%	91%	0%	0%	0%	17%
Personnel	41%	39%	12%	11%	11%	22%
Transport	18%	16%	0%	0%	0%	7%
Activités et autres coûts récurrents	41%	17%	2%	2%	2%	12%
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	16%	8%	0%	0%	0%	6%
Campagne de vaccination	100%	0%	NA	NA	NA	69%
Coût partagé	72%	4%	61%	68%	61%	53%
Total	72%	42%	3%	4%	3%	23%

Comparé au coût total du programme, la proportion de financement sécurisé pour la période allant de 2008 à 2012 reste faible (23%). Elle part de 72% en 2008 à 3% en 2012. Cette variation est due principalement à la forte influence du financement probable de GAVI (NV) à partir de 2010 ainsi que de ceux des autres partenaires. Le financement GAVI (NV) pour le pentavalent est sécurisé en 2008 et 2009 alors que à partir de 2010, tous les financements GAVI (NV) deviennent probables en attendant la validation par GAVI de la soumission de l'introduction du pneumo.

Les coûts des vaccins, ceux en capital et ceux de transport sont les plus touchés par l'insécurité financière car ils ne disposent pas de financement sécurisés à partir de 2010 (tableau XXII).

Le coût de vaccins et matériels d'injection sont assurés à 83% pour l'année 2008, à 91% en 2009 Cette variation est liée à une surestimation du coût du HepB tétravalent en 2008 par l'outil cMYP et à la forte influence des fonds sécurisé GAVI (NV) pour l'introduction du hib pentavalent en 2009. Les coûts des activités et autres coûts récurrents sont assurés à hauteur de 12% pour toute la période de projection.

❖ **Financements probables**

La combinaison de financements sécurisés et probables montre le niveau d'engagement du gouvernement et des partenaires.

Le tableau XXI présente le niveau des financements probables projetés par rapport au coût global.

Rubrique de financement	Année					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Vaccins et matériel d'injection	8%	9%	100%	100%	100%	82%
Personnel	21%	19%	31%	29%	31%	26%
Transport	36%	35%	41%	48%	47%	41%
Activités et autres coûts récurrents	23%	43%	63%	57%	54%	48%
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	43%	47%	73%	77%	77%	61%
Campagne de vaccination	0%	100%	NA	NA	NA	31%
Coût partagé	28%	96%	39%	28%	33%	45%
<b>Total</b>	<b>13%</b>	<b>41%</b>	<b>84%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>62%</b>

Le tableau XXI indique que la majorité des financements du programme sont probables pour les cinq prochaines années, soit 62% du coût total.

❖ **Financements sécurisés et probables**

La combinaison de financements sécurisés et probables montre le niveau d'engagement du gouvernement et des partenaires.

Le tableau XXII présente le niveau des financements sécurisés et probables projetés par rapport au coût global.

Tableau XXII : Niveau des financements sécurisés et probables projetés par rapport au coût global, RDC, 2008 -2012

Rubrique de financement	Année					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Vaccins et matériel d'injection	91%	100%	100%	100%	100%	100%
Personnel	61%	58%	43%	41%	42%	49%
Transport	54%	51%	41%	48%	47%	48%
Activités et autres coûts récurrents	64%	60%	65%	59%	56%	61%
Logistiques (véhicules, chaîne du froid....)	59%	55%	73%	77%	77%	67%
Campagne de vaccination	100%	100%	NA	NA	NA	100%
Coût partagé	100%	100%	100%	96%	94%	98%
<b>Total</b>	<b>84%</b>	<b>83%</b>	<b>87%</b>	<b>85%</b>	<b>84%</b>	<b>85%</b>

Au cours de cinq prochaines années, l'engagement du gouvernement et des partenaires ne couvre pas tous les besoins du programme. Ils sont couverts à hauteur de 85% pour toute la période de projection.

Les écarts de financement constatés sur les vaccins et matériels d'injections en 2008 sont ceux liés aux nouveaux vaccins. Il s'agit de la différence entre les coûts générés par l'outil d'analyse de coûts et financements et l'outil de calcul de cofinancement.

Les campagnes de vaccinations et les coûts vaccins et matériels d'injections sont totalement couverts pour toute la période de projection.

Les coûts du transport, du personnel, ceux liés aux activités et autres coûts récurrents, ainsi que les coûts en capital sont les plus touchés par l'insécurité financière. Ils sont financés respectivement à hauteur de 48%, 49%, 61% et 67%.

❖ Sources de financements

Le tableau XXIII montre la projection des financements assurés par partenaire

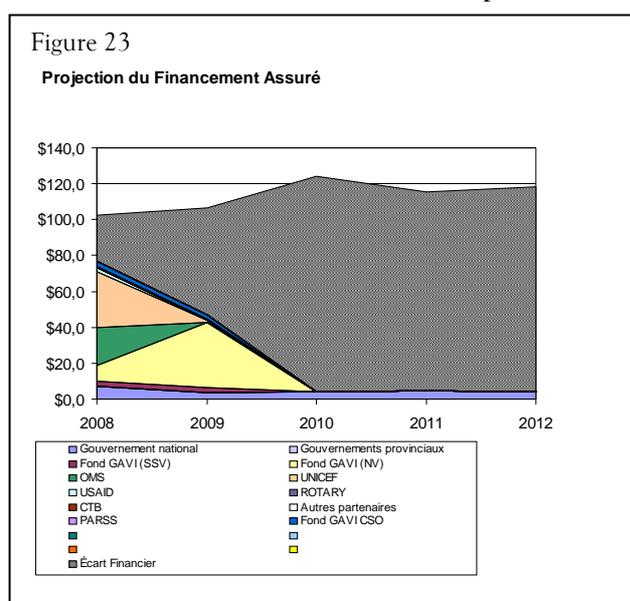
Tableau XXIII : Projection des financements assurés par partenaire au niveau pays en \$US, RDC, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012	%
Besoins en Ressources	\$107 221 089	\$111 491 587	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$589 832 985	
Total du Financement Assuré	\$76 705 857	\$47 044 351	\$3 862 977	\$4 724 505	\$3 963 378	\$136 301 067	100%
Gouvernement national	\$7 304 709	\$3 630 589	\$3 862 977	\$4 724 505	\$3 963 378	\$23 486 157	17%
Fond GAVI (SSV)	\$2 592 300	\$2 944 960				\$5 537 260	4%
Fond GAVI (NV)	\$9 014 549	\$35 996 478				\$45 011 026	33%
OMS	\$20 705 738					\$20 705 738	15%
UNICEF	\$31 488 857	\$1 383 187				\$32 872 043	24%
USAID	\$2 200 000					\$2 200 000	2%
Autres partenaires	\$411 160	\$411 160				\$822 320	1%
Fond GAVI CSO	\$2 988 544	\$2 677 978				\$5 666 522	4%
Écart Financier (Fin. Assuré)	\$30 515 232	\$64 447 236	\$124 504 274	\$115 695 292	\$118 369 883	\$453 531 918	

Il ressort du tableau XXIII que le gros du financement assuré du programme pour la période de 2008 à 2012 provient de GAVI -NV (33%), de l'Unicef (24%), du gouvernement (17%) et de l'OMS (15%).

Les financements sécurisés de GAVI portent essentiellement sur la prise en charge des coûts liés à

l'introduction des nouveaux vaccins. Le faible niveau apparent des financements sécurisés des autres partenaires comme l'UNICEF et l'OMS est dû au fait que leur planification financière pour les prochaines années n'est pas encore connue.



La figure 23 montre une réduction du niveau de financements sécurisés au fil des années. Cette réduction est liée au fait que le niveau de maîtrise de projection des financements diminue proportionnel au temps.

Le tableau XXIV présente la projection des financements probables par partenaire au niveau pays  
 Tableau XXIV: Projection des financements probables par partenaire au niveau pays en USD, RDC, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012	%
Besoins en Ressources	\$107 221 089	\$111 491 587	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$589 832 985	
Total du Financement Probable (Non-Assuré)	\$13 620 725	\$45 940 056	\$107 583 043	\$97 837 925	\$98 904 636	\$363 886 386	100%
Gouvernement national	\$2 390 967	\$7 579 046	\$7 011 582	\$7 728 739	\$7 873 939	\$32 584 273	9%
Fond GAVI (SSV)			\$1 888 021	\$1 431 559	\$2 018 857	\$5 338 437	1%
Fond GAVI (NV)			\$76 509 421	\$66 331 015	\$66 587 992	\$209 428 428	58%
OMS	\$976 739	\$14 752 725	\$5 382 466	\$5 355 466	\$5 382 466	\$31 849 862	9%
UNICEF	\$5 632 975	\$18 300 690	\$8 530 647	\$8 731 240	\$8 780 477	\$49 976 030	14%
USAID	\$1 500 300	\$1 500 300	\$3 700 300	\$3 700 300	\$3 700 300	\$14 101 500	4%
ROTARY	\$505 347	\$505 347	\$431 858	\$431 858	\$431 858	\$2 306 268	1%
CTB	\$1 090 060	\$1 775 060	\$1 303 166	\$1 303 166	\$1 303 166	\$6 774 618	2%
Autres partenaires	\$1 524 338	\$1 526 888	\$2 825 581	\$2 824 581	\$2 825 581	\$11 526 969	3%

Le tableau XXIV indique que une bonne partie du financement du programme est resté probable se situant à plus de 360 millions USD pour toute la période, dont plus de 80% proviendront de GAVI, de l'UNICEF, du Gouvernement et de l'OMS.

Le tableau XXV présente la projection des financements assurés et probables par partenaire au niveau pays

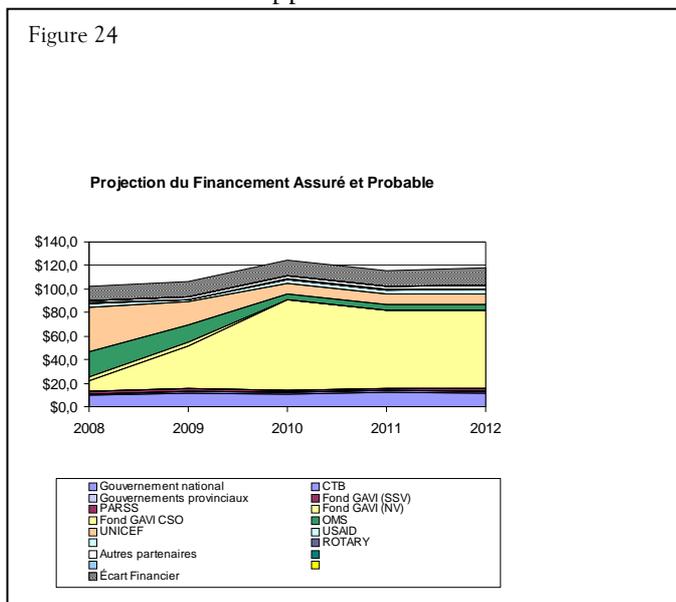
Tableau XXV : Projection des financements assurés et probables par partenaire au niveau pays en USD, RDC, 2008-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2008-2012	%
Besoins en Ressources	\$107 221 089	\$111 491 587	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$589 832 985	
Total financements assurés et probables	\$90 326 582	\$92 984 407	\$111 446 020	\$102 562 429	\$102 868 015	\$500 187 453	100%
Gouvernement national	\$9 695 676	\$11 209 635	\$10 874 558	\$12 453 244	\$11 837 318	\$56 070 431	11%
Fond GAVI (SSV)	\$2 592 300	\$2 944 960	\$1 888 021	\$1 431 559	\$2 018 857	\$10 875 697	2%
Fond GAVI (NV)	\$9 014 549	\$35 996 478	\$76 509 421	\$66 331 015	\$66 587 992	\$254 439 455	51%
OMS	\$21 682 477	\$14 752 725	\$5 382 466	\$5 355 466	\$5 382 466	\$52 555 601	11%
UNICEF	\$37 121 832	\$19 683 877	\$8 530 647	\$8 731 240	\$8 780 477	\$82 848 073	17%
USAID	\$3 700 300	\$1 500 300	\$3 700 300	\$3 700 300	\$3 700 300	\$16 301 500	3%
ROTARY	\$505 347	\$505 347	\$431 858	\$431 858	\$431 858	\$2 306 268	0,5%
CTB	\$1 090 060	\$1 775 060	\$1 303 166	\$1 303 166	\$1 303 166	\$6 774 618	1%
Autres partenaires	\$1 935 498	\$1 938 048	\$2 825 581	\$2 824 581	\$2 825 581	\$12 349 289	2%
Fond GAVI CSO	\$2 988 544	\$2 677 978	\$0	\$0	\$0	\$5 666 522	1%

Le gros du financement assuré et probable du programme pour la période 2008 à 2012 proviendra de GAVI-NV (51%), de l'UNICEF (17%), du Gouvernement (11) et de l'OMS (11%).

Les financements sécurisés et probables montrent une nette augmentation au fil des années  
La diminution apparente du financement de l'OMS et de l'UNICEF à partir de 2009 est liée

Figure 24



entre autres à la réduction de la planification des activités de vaccination supplémentaires au pays. En effet les seules campagnes de vaccination prévue après 2008 est celle de suivi VAR visant 3 provinces, la campagne VPO en fonction de l'évolution épidémiologique (plan de riposte) et VAT pour les ZS à haut risque qui n'auront pas réalisé une performance requise.

L'introduction du pneumo en 2010 est à la base de l'augmentation sensible du financement GAVI en 2009 (Figure 24).

### IX.3.3 Analyse des écarts (coûts partagés non compris)

Cette analyse permettra de relever les points critiques pour lesquels le PEV et ses partenaires devront fournir des efforts dans la mobilisation des ressources supplémentaires (tableau XXIII)

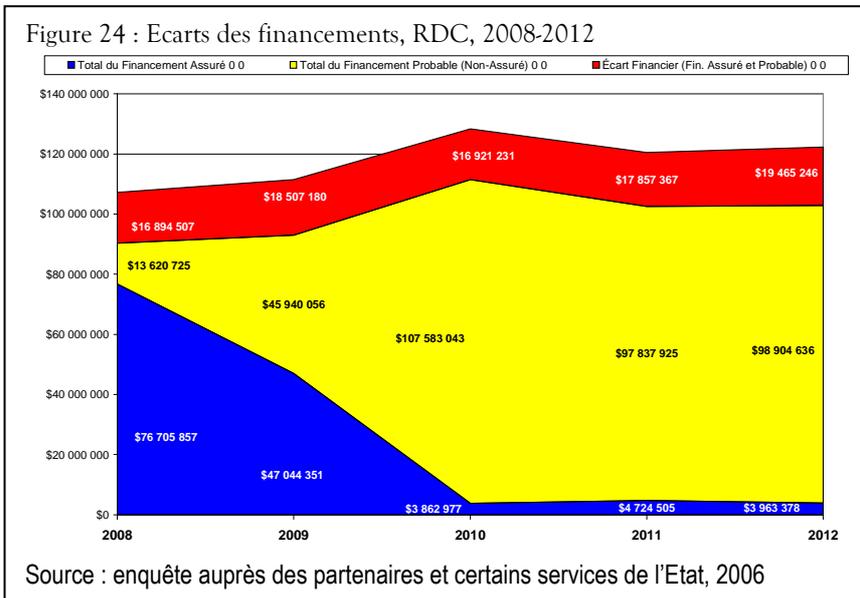
Tableau XXVI : Ecart financier par type de financement en USD, RDC, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Besoins en Ressources	\$107 221 089	\$111 491 587	\$128 367 250	\$120 419 797	\$122 333 261	\$589 832 985
Total du Financement Assuré	\$76 705 857	\$47 044 351	\$3 862 977	\$4 724 505	\$3 963 378	\$136 301 067
% des écarts par rapport aux financements assurés	28%	58%	97%	96%	97%	77%
Total du Financement Probable (Non-Assuré)	\$13 620 725	\$45 940 056	\$107 583 043	\$97 837 925	\$98 904 636	\$363 886 386
% des écarts par rapport aux financements probables	87,3%	58,8%	16,2%	18,8%	19,2%	38,3%
Total financements assurés et probables	\$90 326 582	\$92 984 407	\$111 446 020	\$102 562 429	\$102 868 015	\$500 187 453
Écart Financier (Fin. Assuré et Probable)	\$16 894 507	\$18 507 180	\$16 921 231	\$17 857 367	\$19 465 246	\$89 645 532
% des écarts par rapport aux financements assurés et probables	16%	17%	13%	15%	16%	15%

Les écarts entre les besoins en ressources et le financement sécurisé sont élevés (tableau XXVI). Ils sont de 28% en 2008 et augmentent à 58% en 2009 pour se situer à 97% en 2012. A l'inverse des financements sécurisés, les écarts sont relativement faibles lorsqu'on combine les financements sécurisés et probables mais restent tout de même importants en valeur absolue.

Toutefois, avec la consolidation de la paix et la mise en place du nouveau gouvernement issu des élections, le Gouvernement pourra combler ce déficit grâce à l'exploitation de nouvelles opportunités telles que la mise en œuvre de la Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (DSCR), le point d'achèvement de l'initiative PPTE, le développement de la Stratégie du Renforcement du Système de Santé (SRSS), le renforcement de la collaboration avec les

partenaires habituels du PEV (OMS, UNICEF, USAID, ROTARY) et les nouveaux comme l'Union Européenne, la coopération sud africaine, la coopération italienne et le Duchés de Luxembourg.



La figure 17 montre que les écarts entre les projections des coûts (besoins futurs en ressources) et les financements sécurisés demeurent importants durant toute la période.

Pour l'OMS tout comme pour l'UNICEF, les financements prévus pour 2008 ont été projetés comme financements probables pour les années futures.

L'UNICEF a confirmé son

engagement auprès du Gouvernement pour tout ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant. En 2008, les fonds propres du bureau Pays (ressources régulières) sont des fonds assurés tandis que les autres ressources sont considérés comme des fonds probables.

Le financement GAVI en rapport avec le soutien à la sécurité des injections a pris fin en 2005. à partir de 2007, le Gouvernement et l'UNICEF en commun accord se sont engagés à prendre en charge ces coûts à hauteur de 50% chacun.

La contribution du Gouvernement proviendra du budget ordinaire de l'Etat. En rapport avec l'introduction des nouveaux vaccins le financement GAVI pour le tétravalent est sécurisé pour 2008, celui du Penta est sécurisé pour 2009 et reste probable avec le pneumo à partir de 2010. Notons que le penta ne pose pas réellement le problème de sécurité financière car sa soumission ayant déjà été validée pour au moins 2 ans. La subvention GAVI pour l'introduction du penta est sécurisée alors celle liée à l'introduction du Pneumo est probable en 2010. Les financements GAVI liés à l'appui au service de vaccination sont sécurisés jusqu'en 2009 et sont étalés comme probables à partir de 2010.

Il convient de noter que l'USAID canalise son appui financier au programme à travers ses projets techniques (AXXES, TBD Kasai) et partenaires (UNICEF, OMS etc.).

Le tableau XXVII illustre les écarts des financements Sécurisés ainsi que ceux des financements sécurisés et probables pour les vaccins et matériels d'injection.

Tableau XXVII : Ecart des Financements pour les vaccins et matériels d'injection

Rubriques	ANNEE					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Besoins Vaccins et Mat Injection	\$14 827 438	\$42 397 066	\$83 395 815	\$75 269 931	\$75 721 770	\$291 612 021
Financements Sécurisés	\$12 315 661	\$38 539 809	\$0	\$0	\$0	\$50 855 470
Financements Sécurisés et Probables	\$13 453 706	\$42 384 190	\$83 384 071	\$75 258 246	\$75 709 660	\$290 189 872
Ecart Financement Sécurisés	\$2 511 777	\$3 857 257	\$83 395 815	\$75 269 931	\$75 721 770	\$240 756 551
% Ecart Financement Sécurisés	17%	9%	100%	100%	100%	83%
Ecart Financement Sécurisés et Probables	\$1 373 732	\$12 877	\$0	\$11 685	\$12 110	\$1 410 404
% Ecart Financement Sécurisés et Probables	9,3%	0,03%	0,01%	0,02%	0,02%	0,49%

Les écarts des financements pour les vaccins et matériels d'injection par rapport au financement sécurisé restent élevés (83%). Ils sont passés de 17% en 2008 à 100% en 2012.

L'important écart constaté en 2008 est causé par la différence entre les coûts générés par l'outil cMYP et l'annexe 2a de calcul des financements. Les financements du penta et de pneumo sont probables à partir de 2010.

En outre, en associant les financements sécurisés et probables, les écarts financiers liés au coût de vaccins et matériels d'injection sont minimes. Ces écarts constatés entre les coûts et financements liés au nouveaux vaccins sont consécutifs aux différences entre les coûts générés par l'outil cMYP et ceux générés par l'annexe 2a et 2b de calcul de cofinancement qui détermine la hauteur de financement de GAVI et du Gouvernement. Les deux outils ont la même cible, cependant cette différence de coûts est causé par la le fait que chacun de deux outils (annexe 2a et outil cMYP) dispose d'une structure différente de composition du coût unitaire de la dose de vaccin étant donné que l'annexe 2a et b sépare le coût de la dose de vaccin de celle de fret alors que l'outil cMYP considère les deux.

Tableau XXVIII : Projection financements sécurisés et probables du Gouvernement pour les vaccins et matériels d'injection, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Coût des vaccins traditionnels	\$2 789 831	\$2 766 373	\$2 862 409	\$2 923 257	\$3 037 693	\$14 379 563
Financement de vaccins traditionnels	\$1 394 916	\$1 383 187	\$1 431 204	\$1 461 628	\$1 518 846	\$7 189 782
% vaccins traditionnel	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Coûts nouveaux vaccins	\$8 950 822	\$36 089 607	\$76 271 423	\$67 953 478	\$68 152 868	\$257 418 199
Financements nouveaux vaccins	\$234 126	\$1 160 145	\$2 444 050	\$3 182 829	\$3 267 288	\$10 288 438
% Nouveaux vaccins	3%	3,2%	3,2%	4,7%	4,8%	4,0%
Coûts matériels d'injection	\$3 086 784	\$3 541 085	\$4 261 983	\$4 393 196	\$4 531 209	\$19 814 259
Financements matériels d'injection	\$1 138 045	\$1 258 436	\$1 265 498	\$1 466 158	\$1 469 681	\$6 597 817
% matériel d'injection	37%	36%	30%	33%	32%	33%
Coûts totaux vaccins et matériels d'injection	\$14 827 438	\$42 397 066	\$83 395 815	\$75 269 931	\$75 721 770	\$291 612 021
Total financements vaccins et matériels d'injection	\$2 767 086	\$3 801 767	\$5 140 753	\$6 110 615	\$6 255 815	\$24 076 037
% du total	19%	9%	6%	8%	8%	8%

Pour toute la période de projection, le Gouvernement participera à hauteur de 7.189.782 USD (50%) pour l'achat des vaccins traditionnels, 10.288.438 USD (4%) pour les nouveaux vaccins et 6.597.817 USD (33%) pour les matériels d'injection. A partir de 2009, le gouvernement participe au cofinancement avec GAVI pour ce qui concerne les matériels d'injections liées aux nouveaux vaccins. En outre il prend en charge, avec l'UNICEF les coûts des vaccins traditionnels et l'ensemble du coût des matériels d'injection à l'exception des ceux pris en charge par GAVI en raison de la moitié du coût pour chacun.

Pour être en harmonie avec le principe de cofinancement obligatoire des pays pour les nouveaux vaccins et ceux sous utilisés, le Gouvernement contribuera par un financement minimal de 0,10 USD par dose du pentavalent à partir de 2009, 0,15 USD par dose du pneumo 7 et 0,10 USD par dose de VAA sera assuré par le Gouvernement.

## X STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

A l'issu des premières élections démocratiques organisées récemment, la RDC dispose à ce jour d'un Gouvernement légitime. De ce fait, Il est logiquement attendu que l'accroissement du budget en général et de la proportion consacrée à la santé qui a commencé pendant la période de transition se poursuive du fait de la croissance économique consécutive à la stabilité politique retrouvée. Ainsi, les ressources publiques de santé vont progressivement augmenter.

Une meilleure collaboration intra sectorielle dans le cadre du CNP des actions de santé permettra de mobiliser plus de ressources et mieux les utiliser.

### X.1 DESCRIPTION DES STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

A l'issu des premières élections démocratiques organisées récemment, la RDC dispose à ce jour d'un Gouvernement légitime. De ce fait, Il est logiquement attendu que l'accroissement du budget en général et de la proportion consacrée à la santé qui a commencé pendant la période de transition se poursuive du fait de la croissance économique consécutive à la stabilité politique retrouvée. Ainsi, les ressources publiques de santé vont progressivement augmenter.

Pour assurer la pérennité financière du PEV, le pays va recourir aux stratégies suivantes :

- Mobilisation des ressources adéquates ;
- La facilitation à l'accès au financement et
- La gestion rationnelle de ressources.

#### X.1.1 A. Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

Cette stratégie s'applique au gouvernement, à la communauté et aux partenaires.

Au gouvernement :

Une série des mesures sont déjà en cours d'application notamment dans le cadre de la réforme de l'administration publique et de l'assainissement de l'environnement macro économique. Les principes de la bonne gouvernance et de gestion transparentes adoptés vont sans doute permettre au Gouvernement d'accroître sa participation au financement de la vaccination.

A partir de 2008, le Gouvernement s'est engagé à augmenter progressivement sa quote part dans la prise en charge du coût d'achat des vaccins traditionnels et des matériels d'injection à l'exception des ceux pris en charge par GAVI dans le cadre de l'introduction du vaccin Hib pentavalent (DTC-HepB-Hib).

Quant aux nouveaux vaccins et ceux sous utilisés, le Gouvernement contribuera par un financement minimal de 0,10 USD par dose de pneumo à partir de 2010.

Les actions suivantes sont envisagées pour la viabilité du programme :

- Augmentation de la quotité du secteur santé dans le budget de l'Etat à travers un plaidoyer au gouvernement et auprès des autres institutions (l'Assemblée Nationale, le Sénat et la Présidence de la République) pour augmenter progressivement la part du

secteur santé dans le budget de l'Etat et dans le cadre de l'Initiative PPTE. A cet effet, une séance de plaidoyer a été organisée par le Ministre de la santé de la RDC à l'intention des membres du Parlement et ceux du Gouvernement Central, sur la situation du PVS en RDC et le financement du PEV, séance au cours de laquelle le représentant du gouvernement central a réaffirmé son engagement en faveur de la vaccination.

-Un plaidoyer est en cours pour la création d'une ligne spécifique « Achat vaccin et matériels de vaccination » dans la nomenclature budgétaire du pays.

-l'objectif du Ministère de la santé est de porter le budget santé à hauteur de 15% du budget global de l'Etat avant 2010. Cette augmentation aura un impact sensible sur le financement de la vaccination qui est parmi les 4 programmes prioritaires du Ministère de la santé.

-Création du Fonds de Promotion pour la santé (FPS). Ces fonds proviendront des diverses taxes de nuisance, de la contribution des établissements de soins tant publics que privés et autres. Ils permettront notamment de revitaliser les structures de santé dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activités dont la vaccination.

-La mise en œuvre du RSS appuyée par GAVI contribuera au financement des coûts liés au paquet des activités programmé dans le PPAC notamment celles en rapport avec le renforcement des capacités du personnel et sa motivation, le renforcement de la supervision intégrée, l'amélioration du cadre de travail tant au niveau des Inspections Provinciales de la Santé qu'au niveau des hôpitaux généraux de référence et centres de santé, l'introduction des connaissances adéquates sur la prévention des maladies évitables par la vaccination dès la formation de base des infirmiers, ainsi que lors des formations en cours d'emploi.

-Les Gouvernements et assemblées provinciaux seront mis à profit pour la mobilisation des ressources au niveau décentralisé pour l'augmentation du financement du secteur santé en général et de la vaccination en particulier. Cette mobilisation ciblera notamment la communauté, les entreprises locales et toute autre organisation. A cet effet, la déclaration dite de Kinshasa du 2 mars 2007 faisant foi de l'engagement des autorités provinciales en faveur de la vaccination a été signée par l'ensemble des Gouverneurs des toutes les provinces de la RDC.

#### Au niveau des partenaires

-Poursuite de la mobilisation de ressources auprès de bailleurs par le CCIA pour le maintien voire l'augmentation de leurs appuis.

-Organisation des tables rondes pour identifier de nouveaux partenaires susceptibles d'intervenir dans le financement de la vaccination.

-Renforcement de la coordination des partenaires qui interviennent directement dans les Zones de Santé en faveur du PEV à travers le CCIA

#### B . Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement

- Développement des capacités des gestionnaires du Ministère de la santé y compris le PEV à accélérer le processus d'obtention des financements (maîtrise des procédures sur le marché public et sur la dépense) ;
- Mise en place des mécanismes de décentralisation de décisions financières au bénéfice des structures intermédiaires du secteur de la santé ;

C. Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources

- Application des procédures de gestion efficaces et consensuelles notamment celles liées aux passations du marché, audits réguliers, ...).
- Réduction des taux de perte des vaccins par : l'approvisionnement régulier en pétrole et en pièces détachées pour la chaîne du froid, l'utilisation de la politique de flacon entamé, l'observation de la PCV, la mise en place d'un système adéquat de distribution des vaccins, le renforcement de la chaîne du froid dans les CS ; tout cela sur un fond de formation du personnel et de supervision formative à tous les niveaux.
- Renforcement de la coordination à tous les niveaux à travers les CCIA et le Comités national et provinciaux de pilotage.
- Organisation des réunions d'harmonisation avec les différents partenaires pour équilibrer leur financement afin d'éviter les sur financements de certaines rubriques et sous financements dans d'autres ;
- Signature du mémorandum d'entente tant au niveau national que provincial sur le PEV comprenant des indicateurs de suivi de performance à l'instar du niveau central

## X.2 PRIORITES DES STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE

La priorisation des stratégies de mobilisation de ressources, d'accès aux financements et de leur gestion rationnelle s'est basé sur les critères d'importance financière et programmatique, d'efficacité et de faisabilité.

### X.2.1 Stratégie de mobilisation des ressources adéquates

<b>Gouvernement</b>				
Elément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Augmentation de la quotité du secteur de santé dans le budget de l'Etat	Forte	Forte	Forte	Moyenne
Fonds de promotion de la santé	Forte	Faible	Moyenne	Faible
Crédits alloués/IPPTE	Forte : les fonds IPPTE sont déjà alloués et utilisés pour le PEV	Moyenne	Forte	Forte : il y a déjà des discussions très prometteuses pour un accroissement des montants et crédits PPTE
Décaissements de fonds alloués au PEV	Moyenne	Forte	Forte	Forte
Contrat programme et code d'investissement pour favoriser la prise en charge des activités de santé par les Entreprises publiques et privées	Moyenne	Forte	Faible	Moyenne

<b>Partenaires</b>				
Elément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Augmentation de l'appui des partenaires	Forte	Forte	Forte : les contacts sont déjà établis	Forte : .les contacts sont déjà établis
Extension du partenariat	Forte	Moyenne	Forte : des négociations sont déjà en cours avec d'autres partenaires	Forte

<b>Au niveau de la communauté</b>				
Elément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Mécanismes pour valoriser les contributions de la population	Faible : vu la pauvreté de la population	Faible	Faible : il faut beaucoup d'efforts - que le PEV - n'a pas pour faire contribuer la population	Faible : du point de vue des actions du PEV
Promotion des mutuelles de santé	Faible : vu la pauvreté de la population	Faible	Faible	Faible

### X.2.2 Stratégie pour la facilitation à l'accès au financement

Élément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport au coût)	Faisabilité
Développer les capacités des gestionnaires pour l'obtention des financements	Forte	Forte	Moyenne : même si les gestionnaires sont bien formés, ils pourraient rencontrer la mauvaise gestion des décaisseurs de fonds	Forte
Mettre en place la décentralisation des décisions financières au niveau intermédiaire	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Faible : ceci dépendra beaucoup plus de décisions politiques en vue de favoriser la décentralisation. La PEV n'est pas impliquée dans les débats journaliers sur la décentralisation

### X.2.3 Stratégie pour la gestion rationnelle et efficiente des ressources

Élément de stratégie	Importance Financière	Importance Programmatique	Efficacité (en rapport aux coûts)	Faisabilité
Réduction des taux de perte des vaccins	Forte	Forte	moyenne	forte
Renforcement du CCIA à tous les niveaux	Forte	Moyenne	moyenne	moyenne

Sur base des critères de priorisation énoncés dans les tableaux ci-dessus, les stratégies suivantes ont été retenues :

- Augmentation de la quotité du secteur de santé dans le budget de l'Etat ;
- Augmentation des crédits alloués dans le cadre de l'IPPTE ;
- Décaissements effectifs de fonds alloués au PEV ;
- Augmentation de l'appui des partenaires ;
- Développement des capacités des gestionnaires pour l'obtention des financements ;
- Réduction des taux de perte des vaccins.

## XI MECANISMES DE MISE EN OEUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC

La responsabilité de la mise en œuvre des stratégies et activités du PPAC revient d'abord au Ministère de la Santé Publique par le biais du PEV.

Un plan annuel de mise en œuvre découlant de ce plan triennal sera élaboré pour chaque exercice annuel. Le plan annuel comportera des objectifs précis à atteindre, un budget, un chronogramme d'activités ainsi que l'entité responsable de la mise en œuvre. Les sources de financement seront indiquées pour chaque activité. Des indicateurs précis et détaillés seront élaborés dans ce plan

pour permettre une évaluation annuelle qui sera conduite par le PEV ainsi que les partenaires tant internes qu'externes.

Les supervisions seront organisées selon les normes par niveau pour l'appui à la mise en œuvre des activités.

S'agissant du suivi/évaluation, un accent particulier sera mis sur la tenue régulière des réunions mensuelles de monitoring au niveau opérationnel, les revues trimestrielles au niveau intermédiaire et semestrielles au niveau national en vue de mesurer les progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs tels que fixés dans le PPAC.

Le DQS en cours de généralisation sera l'un des piliers sur lequel s'appuiera le monitoring de la qualité des données.

Les données de vaccination seront régulièrement validées par le CCIA avant leur partage au niveau international.

Le Comité de Coordination Inter Agence pour le PEV devra mobiliser les fonds et autres moyens de mise en œuvre nécessaires pour permettre au PEV d'atteindre ses objectifs. Il devra aussi jouer un rôle de supervision et de suivi de la mise en œuvre du plan annuel PEV et s'assurer que les fonds alloués au PEV sont gérés de façon transparente et rationnelle. L'augmentation annuelle de la couverture vaccinale ainsi que la mise à jour des données de mortalité et morbidité, la réduction des taux de perte en vaccin et des taux d'abandon sont autant d'indicateurs de proximité que le CCIA pourra utiliser pour suivre régulièrement les performances du PEV. Le rapport de suivi / évaluation sera régulièrement porté à la connaissance des membres du CCIA.

Le tableau ci-après comprend les différents indicateurs qui seront utilisés pour monitorer le niveau de réalisation des activités planifiées.

**Tableau XXX** : Indicateurs de suivi

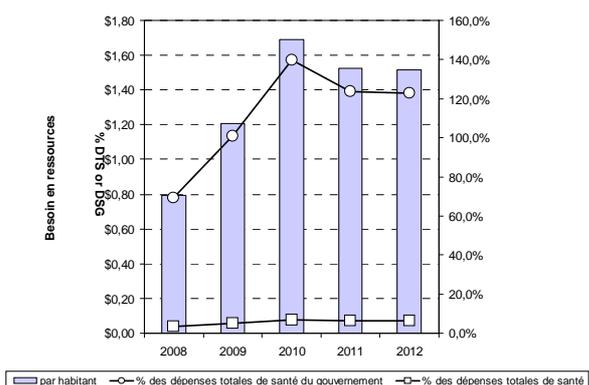
OBJECTIF	INDICATEURS	SOURCES DES DONNEES	PERIODICITE
Atteindre d'ici 2009 une couverture vaccinale de 89% au DTC_HepB_Hib3 niveau national et d'au moins 80% dans les districts	Taux de couverture Taux d'abandon Nombre de supervisions réalisées Nombre de sorties avancées / mobiles réalisées Nombre de ZS avec micro plan  Nombre de réunions de monitoring réalisées par niveau	Rapports mensuels d'Activité des CS Rapports de supervision Rapports mensuels d'Activité des CS Rapport de micro planification Rapports des réunions de monitoring	Mensuelle  Mens, trim, sem Mensuelle  Annuelle  Mensuelle, trimestrielle, bimestrielle et semestrielle
D'ici 2008 Arrêter la circulation du PVS	Taux des PFA non polio Taux de selles prélevées dans les 14 jours Nombre de cas de poliovirus sauvage isolé	Rapports hebdomadaires de surveillance	Hebdomadaire
D'ici 2009 éliminer le tétanos maternel et néonatal	Nombre de cas sur 1 000 naissances vivantes Nombre de cas investigués sur nombre de cas notifiés Nombre de ripostes réalisées	Rapport hebdomadaire de surveillance Rapports d'investigation et de riposte	Hebdomadaire Selon les cas

D'ici 2012 atteindre et maintenir le contrôle de la rougeole	Morbidité et mortalité de la rougeole par rapport à la situation de 2005 Nombre de cas ayant fait l'objet de prélèvement sanguin	Rapport hebdomadaire de surveillance	Hebdomadaire
Réduire le taux d'abandon DTC1/DTC3 à moins de 10% dans tous les ZS d'ici 2009	Taux d'abandon	Rapport mensuel d'activités	Mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle
Réduire les taux de perte BCG = 32% DTC-HebB-Hib = 5% VAT = 21% VAR = 21% VPO = 18% VAA = 21% PCV-7 = 5%	Taux de pertes	Rapport mensuel d'activités	Mensuelle
D'ici 2009 atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériel d'injection et autres consommables	Taux de disponibilité Nombre de jours avec rupture de stock	Rapports mensuels d'activités Rapports de supervision	Mensuelle Mensuel, trimestrielle et semestrielle
D'ici 2009 assurer la pérennité du financement du programme	Pourcentage du budget de l'Etat alloué à la vaccination Existence d'une ligne budgétaire spécifique à l'achat vaccin Proportion des fonds mobilisés par rapport à la prévision	Budget annuel de l'Etat Rapport annuel de situation	Annuelle

## ANNEXE 1 : Indicateurs macro économiques et viabilité financière, RDC 2008-2012

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2006	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Donnée de Référence</b>						
PIB par habitant (\$)	\$131	\$169	\$182	\$182	\$182	\$182
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$23,3	\$24,2	\$24,7	\$24,7	\$24,7	\$24,7
Population	\$68 279 864	\$69 290 720	\$71 369 442	\$73 510 525	\$75 715 841	\$77 987 316
PIB (\$)	\$8 944 662 139	\$11 710 131 727	\$12 989 238 423	\$13 378 915 576	\$13 780 283 043	\$14 193 691 534
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$1 588 234 108	\$1 676 861 882	\$1 761 711 094	\$1 814 562 426	\$1 868 999 299	\$1 925 069 278
Dépenses total de santé du gouvernement (DSG en \$)	\$70 835 241	\$79 365 666	\$85 049 200	\$88 913 559	\$93 449 965	\$96 253 464
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	\$68 119 929	\$102 602 389	\$106 780 513	\$124 357 861	\$115 518 395	\$118 161 892
Routine seulement	\$38 061 726	\$55 110 553	\$85 938 769	\$124 357 861	\$115 518 395	\$118 161 892
par enfant DTC3	\$20,7	\$25,3	\$37,5	\$52,1	\$47,0	\$46,2
<b>% des dépenses totales de santé</b>						
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	4,3%	6,1%	6,1%	6,9%	6,2%	6,1%
Routine seulement	2,4%	3,3%	4,9%	6,9%	6,2%	6,1%
<b>Écart Financier</b>						
Avec financement assuré		1,7%	3,4%	6,8%	6,1%	6,1%
Avec financement assuré et probable		1,0%	1,1%	0,9%	0,9%	1,0%
<b>% des dépenses totales de santé du gouvernement</b>						
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	96,2%	129,3%	125,6%	139,9%	123,6%	122,8%
Routine seulement	53,7%	69,4%	101,0%	139,9%	123,6%	122,8%
<b>Écart Financier</b>						
Avec financement assuré		36,8%	70,5%	138,3%	122,1%	121,3%
Avec financement assuré et probable		21,3%	21,8%	19,0%	18,9%	20,0%
<b>% PIB</b>						
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	0,76%	0,88%	0,82%	0,93%	0,84%	0,83%
Routine seulement	0,43%	0,47%	0,66%	0,93%	0,84%	0,83%
<b>par habitant</b>						
<b>Besoin en ressources pour la vaccination</b>						
Routine et campagne de vaccination	\$1,00	\$1,48	\$1,50	\$1,69	\$1,53	\$1,52
Routine seulement	\$0,56	\$0,80	\$1,20	\$1,69	\$1,53	\$1,52

### Analyse de la Viabilité Financière



**ANNEXE 2 : LE PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2008)**

## CHRONOGRAMME D'ACTIVITES 2008

Axes Stratégiques	Principales activités	Responsable	2008			
			T1	T2	T3	T4
Mise en œuvre de l'approche ACZ dans toutes les ZS	1) Réaliser la micro planification annuelle à la base dans toutes les ZS	PEV/Mini santé	x			
	2) Assurer la supervision formative	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	3) Conduire les activités de monitoring à tous les niveaux	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	4) Organiser les activités de vaccination en stratégie avancée	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	5) Mener les activités de communication en faveur du PEV	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	6) Mettre en place le système fiable de récupération de perdus de vue	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Accélérations vaccinales dans les ZS à faibles performances (CV DTC-Hep B 3 < 80%)	7) Planifier les accélérations vaccinales dans les ZS à faible performance	PEV/Mini santé	x		x	
	8) Organiser les accélérations vaccinales à 3 passages dans les ZS à faible performance	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Organisation des semaines de vaccination plus dans les ZS d'accès difficile	9) Planifier la semaine de vaccination intégrée aux autres interventions dans les ZS à accès difficile	PEV/Mini santé	x		x	
	10) Organiser 4 fois par an les semaines de vaccination associée aux autres interventions dans les ZS d'accès difficile	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement de la vaccination systématique pendant les AVS	11) Planifier les activités de vaccination systématique dans les AVS	PEV/Mini santé	x		x	
	12) Assurer la vaccination des enfants de 0-11 mois avec les antigènes de routine, selon leur statut vaccinal pendant les AVS	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Intégration des interventions à haut impact	13) Promouvoir la mise en place d'un cadre de concertation	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	14) Elaborer la politique d'intégration	PEV/Mini santé		x	x	
Introduction des nouveaux vaccins (Hib, Pneumo)	15) Elaborer et mettre en œuvre le plan d'introduction	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	16) Mettre en place les sites sentinelles pour la surveillance	PEV/Mini santé		x	x	x
Amélioration de la qualité des AVS	18) Microplanifier les AVS	PEV/Mini santé	x		x	
	19) Organiser les AVS de riposte de qualité	PEV/Mini santé	x	x	x	
	20) Organiser les AVS intégrées de suivi de qualité dans les provinces de Equateur, P. Orientale, Bandundu, Bas Congo et Kinshasa	PEV/Mini santé			x	x
	21) Conduire les enquêtes pré et post campagne	PEV/Mini santé		x	x	x
	22) Organiser les AVS TMN de qualité dans	PEV/Mini		x		x

Axes Stratégiques	Principales activités	Responsable	2008			
			T1	T2	T3	T4
	les ZS à haut risque	santé				
	23) Conduire les enquêtes post campagne TMN	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Amélioration de la disponibilité des vaccins et des matériels de vaccination	24) Approvisionner régulièrement les CS en vaccins et matériels de vaccination (seringues, réceptacles,...)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	25) Assurer le suivi des indicateurs de la gestion des vaccins et matériels de vaccination	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	26) Rendre opérationnel l'ANR/vaccins	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement du suivi de l'utilisation de vaccins à tous les niveaux	27) Actualiser et mettre en œuvre le plan de réduction des taux de perte des vaccins	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	28) Poursuivre la mise en place les outils de gestion des vaccins	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	29) Former le personnel en gestion PEV	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	30) Développer et mettre en œuvre le plan de renforcement institutionnel de l'ANR/vaccins	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	31) Monitorer systématiquement le taux de perte de tous les vaccins lors de revues et évaluations	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	32) Appliquer la politique de flacons entamés	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	33) Assurer la supervision formative	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement de la capacité de stockage des vaccins	34) Mettre en œuvre le plan actualisé de réhabilitation de la chaîne du froid	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	35) Mener les évaluations périodiques de la gestion des entrepôts,	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	36) Elargir le plaidoyer auprès des autres partenaires potentiels pour augmenter le financement du programme pour l'acquisition des matériels de CF	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	37) Assurer l'approvisionnement régulier en pétrole	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Amélioration de la maintenance des équipements	38) Elaborer la politique de maintenance du PEV	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	39) Assurer la maintenance des matériels de CF	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	40) Approvisionner régulièrement les structures en pièces de rechange des matériels de CF	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	41) Former le personnel dans la maintenance préventive	PEV/Mini santé		x		
Extension de la couverture en matériel de CF et du parc automobile	42) Doter chaque CS d'un réfrigérateur fonctionnel	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	43) Doter chaque CS de moyen de transport approprié à son contexte	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	44) Doter les structures en matériels additionnels de la chaîne du froid	PEV/Mini santé		x	x	x

Axes Stratégiques	Principales activités	Responsable	2008			
			T1	T2	T3	T4
Amélioration de la sécurité des injections	45) Mettre en œuvre le plan actualisé de la sécurité des injections	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	46) Evaluer le plan de la mise en œuvre du plan de la sécurité des injections	PEV/Mini santé			x	x
	47) Assurer le plaidoyer auprès du gouvernement pour l'achat des seringues autobloquantes et réceptacles	PEV/Mini santé		x		x
Amélioration de la surveillance des maladies cibles du PEV	48) Poursuivre la surveillance des maladies cibles du PEV	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	49) Intégrer les MAPI dans le système de surveillance	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement de la surveillance des PFA	50) Atteindre/Maintenir les indicateurs de certification dans toutes les ZS	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	51) Appuyer le fonctionnement des CNEP, CNC et le Comité de confinement de PVS	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	52) Doter les ZS des Kits de prélèvements	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	53) Investiguer tous les cas notifiés de PFA	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	54) Actualiser le plan de riposte	PEV/Mini santé			x	x
	55) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Amélioration de la surveillance des Rougeole	56) Atteindre/Maintenir les indicateurs de performance dans toutes les ZS	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	57) Assurer le bon fonctionnement du laboratoire national (INRB)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	58) Doter les ZS des Kits de prélèvements	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	59) Investiguer tous les cas notifiés de rougeole	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement du plaidoyer en faveur de la vaccination	60) Elaborer un document de protocole d'accord avec les Gouverneurs des provinces, les leaders et les groupes associatifs	PEV/Mini santé		x	x	
	61) Organiser 2 FORA à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs	PEV/Mini santé		x		x
Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du PPEV	62) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	63) Conduire les enquêtes CAP	PEV/Mini santé		x	x	
Renforcement de l'implication de la communauté dans la surveillance des maladies cibles du	64) Conduire les enquêtes CAP pour documenter les activités de vaccination de masse contre la Rougeole et le TMN	PEV/Mini santé		x	x	x
	65) Développer le mécanisme de gestion des	PEV/Mini	x	x	x	x

Axes Stratégiques	Principales activités	Responsable	2008			
			T1	T2	T3	T4
PEV	rumeurs et de résistance	santé				
	66) Poursuivre la mise en place la surveillance à assise communautaire	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement de la communication en faveur des AVS	67) Rendre disponible les supports actualisés	PEV/Mini santé	x	x		
	68) Développer le mécanisme de gestion des rumeurs et de résistance	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Plaidoyer en faveur accroissement de la quotité du Gouvernement)	69) Organiser des sessions de plaidoyer à l'intention des parlementaires, des membres du gouvernement central, des membres des assemblées provinciales, des gouvernements provinciaux, des leaders religieux et des réseaux des mouvements associatifs (ligne budgétaire d'achat vaccins et matériels, accroissement de la quotité du Gouvernement)	PEV/Mini santé	x			x
Développement des mécanismes d'appropriation des activités de vaccination par la communauté	70) Poursuivre la mise en place des RECO et assurer leur dotation en outils de travail	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	71) Doter les ZS et CS en supports de communication sur la vaccination (BI, cartes MERCI et affiches pour la routine)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	72) Mettre en œuvre les activités de sensibilisation et de promotion en faveur de la vaccination	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Formation en cours d'emploi	73) Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	74) Planifier et mettre en œuvre la formation en communication pour le personnel du PEV du niveau central PEV et intermédiaire	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Formation de base	75) Poursuivre l'intégration des modules PEV dans le curricula de l'enseignement médical (ITM, ISTM et Université)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Amélioration de la gestion du programme	76) Réaliser la planification annuelle à tous les niveaux	PEV/Mini santé	x			
	80) Actualiser la politique nationale du PEV en fonction des nouvelles approches en matière de vaccination (GIVS, ...)	PEV/Mini santé		x		
	77) Conduire les missions conjointe de supervision formative régulier à tous les niveaux (les coordination, antennes et Zones de santé et AS)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	78) Appliquer les contrats de performances pour la dotation des primes au personnel	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	79) Assurer la coordination des activités de vaccination à tous les niveaux (vaccination systématique et AVS)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
Renforcement de la coordination des activités de la vaccination à tous les niveaux	80) Impliquer le PEV dans les différents organes de coordination du secteur santé (GARSS, GIBS, CNP, CPP)	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	81) Redynamiser le CCIA à tous les niveaux	PEV/Mini santé	x	x	x	x

Axes Stratégiques	Principales activités	Responsable	2008			
			T1	T2	T3	T4
Elargissement du partenariat en faveur du PEV	82) Répertorier et contacter les nouveaux partenaires potentiels à tous les niveaux	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	83) Participer aux réunions thématiques sur la santé dans le cadre de la coordination des activités intégrées entre le système des nations unies et le gouvernement.	PEV/Mini santé	x	x	x	x
	84) Améliorer les capacités des gestionnaires sur la chaîne de budget de l'Etat	PEV/Mini santé	x		x	
Amélioration du suivi et de la qualité des données d'immunisation	85) Poursuivre l'application du DQS au niveau des ZS	PEV/Mini santé	x	x	x	x

Coûts et financement des activités de la première année (2008)

	Besoin en Ressources	Financement Assuré	Financement Probable	Non Financé
	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>Coût Récurrent</b>				
Vaccins				
- Vaccins traditionnels	\$ 2 789 831	\$ 2 789 831	\$ -	\$ -
- Vaccins nouveaux et sous-utilisés	\$ 8 950 822	\$ 7 588 090	\$ -	\$ 1 362 732
Matériel d'injection	\$ 3 086 784	\$ 1 937 739	\$ 1 138 045	\$ 11 000
Personnel				
- Salaires du personnel employé à temps plein (niveaux central, provincial et local)	\$ 1 890 757	\$ 1 890 756	\$ -	\$ 0
- Indemnités journalières pour la stratégie avancée/équipes mobiles	\$ 2 269 296	\$ 405 399	\$ 400 000	\$ 1 463 897
- Indemnités journalières pour la supervision	\$ 2 995 189	\$ 605 899	\$ 1 092 599	\$ 1 296 691
Transport				
- Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$ 2 938 801	\$ 693 585	\$ 1 340 507	\$ 904 708
- Stratégie avancée et mobile	\$ 1 951 675	\$ 202 633	\$ 419 227	\$ 1 329 815
Maintenance et frais généraux				
Chaînes du Froid	\$ 6 691 486	\$ 716 465	\$ 2 968 702	\$ 3 006 320
Autres Équipements	\$ 356 684	\$ 102 226	\$ 129 502	\$ 124 956
Bâtiments	\$ 616 804	\$ 610 346	\$ 6 450	\$ 8
Formation à court terme	\$ 1 261 230	\$ 587 534	\$ 673 411	\$ 285
Mobilisation sociale et IEC	\$ 1 088 595	\$ 503 312	\$ 217 300	\$ 367 982
Contrôle et surveillance des maladies	\$ 4 977 029	\$ 3 651 036	\$ 173 731	\$ 1 152 262
Gestion du programme	\$ 3 610 596	\$ 2 036 884	\$ 394 888	\$ 1 178 824
Autres coûts récurrents	\$ 2 827 032	\$ 508 837	\$ 399 000	\$ 1 919 195
<b>Sous Total des Coûts Récurrents</b>	<b>\$ 48 302 611</b>	<b>\$ 24 830 573</b>	<b>\$ 9 353 362</b>	<b>\$ 14 118 676</b>
<b>Coût en Capital</b>				
Véhicules	\$ 468 078	\$ 174 000	\$ 287 150	\$ 6 928
Équipement de la Chaîne du froid	\$ 5 823 998	\$ 694 702	\$ 2 361 077	\$ 2 768 219
Autres coûts de capital	\$ 515 865	\$ 206 944	\$ 308 239	\$ 683
<b>Sous Total des Coûts en Capital</b>	<b>\$ 6 807 941</b>	<b>\$ 1 075 645</b>	<b>\$ 2 956 465</b>	<b>\$ 2 775 830</b>
<b>Campagnes de Vaccination</b>				
Polio				
Vaccins	\$ 3 861 040	\$ 3 861 040	\$ -	\$ -
Coûts opérationnels	\$ 24 056 326	\$ 24 056 326	\$ -	\$ 0
Rougeole				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 858 349	\$ 858 349	\$ -	\$ -
Coûts opérationnels	\$ 2 498 689	\$ 2 498 689	\$ -	\$ -
Tétanos néonatal				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 2 072 688	\$ 2 072 688	\$ -	\$ -
Coûts opérationnels	\$ 12 797 866	\$ 12 797 866	\$ -	\$ -
Vitamine A				
Vaccins et Matériel d'Injection	\$ 1 346 879	\$ 1 346 879	\$ -	\$ -
Coûts opérationnels	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
<b>Sous Total des Coûts en Campagne</b>	<b>\$ 47 491 837</b>	<b>\$ 47 491 837</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ 0</b>
<b>Coûts partagés</b>				
Coûts partagés de personnel	\$ 2 388 690	\$ 2 388 690	\$ -	\$ -
Coûts partagés de transport	\$ 1 465 010	\$ 154 113	\$ 1 310 898	\$ 0
Bâtiments	\$ 765 000	\$ 765 000	\$ -	\$ -
<b>Subtotal des Coûts Partagés</b>	<b>\$ 4 618 700</b>	<b>\$ 3 307 802</b>	<b>\$ 1 310 898</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>\$ 107 221 089</b>	<b>\$ 76 705 857</b>	<b>\$ 13 620 725</b>	<b>\$ 16 894 507</b>
Services de Routine	\$ 59 729 253	\$ 29 214 020	\$ 13 620 725	\$ 16 894 507
Campagnes de Vaccination	\$ 47 491 837	\$ 47 491 837	\$ -	\$ 0

Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration du PPAC

GOUVERNEMENT	
Athanase MATENDA KYELU	Ministre des Finances
Adolphe MUZITO	Ministre du Budget
Victor MAKWANGE KAPUT	Ministre de la Santé
PARTENAIRES	
Jean Baptiste ROUNGOU	Représentant, OMS
Anthony Bloomberg	Représentant, UNICEF
Nicholas Jenks	Directeur, USAID
Ambroise Tshimbalanga	Président, ROTARY
GROUPE DE TRAVAIL PPAC	
MAPATANO MALA ALI	Ecole de Santé Publique/UNIKIN (coordonnateur PPAC)
Honoré MIAKALA MIA NDOLO	Secrétaire général à la Santé
MONDONGE	Directeur de la Direction de lutte contre la maladie
SATOULOU-MALEYO Alexis	OMS (ICST OUAGADOUGOU)
Pierre KANDOLO	OMS (ICST Central Libreville)
Camille LUKADI	OMS (ICST Central Libreville)
BLAISE BAMOUNI	EPI TL OMS
Mme Yolande VUO	OMS
Léon KINIUANI	OMS
MAYENGA MAY MAKITU	OMS
Albert MBULE	OMS
John AGBOR	UNICEF
Bonny SUMAILI	UNICEF
Honoré YAMEOGO	UNICEF
Médard MOKE	UNICEF
Raymond NDUDI PFUTI	Ministère du Budget
Samuel MBALA SUNGU	Ministère du PLAN
Hyppolite KALAMBAY	Directeur DEP
Raph NUNGA MATADI	DEP
Vital MONDONGE	4 <sup>ème</sup> DIRECTION
Robin MITEO TSHISWAKA	MINISANTE
Annie MIKANDA	MINISANTE
Michelline MABIALA ELEIYI	Médecin Directeur, PEV
Jean Marie MBUYA MBAYO	Ancien Médecin Directeur, PEV
Bonanche ALELA	Ancien Médecin Directeur adjoint, PEV
Paul LAME	PEV
François MULUMBA LUFUL	PEV
Théophile BOKENGE	PEV
Jean Claude BATEBUA	PEV
Bonaventure BWANAMDOGO	PEV
André KASOGO	PEV
Jeanne MONDO	PEV
Claude MANGOBO	PEV
Pascal MUKENYI	PEV
Alain POY NYEMBO	PEV
Michel NYEMBWE	PEV
Didine NKISI	PEV
José POMME ZOLE	PEV
Ferdinand WOTO	PEV
Marron KIMBULU	PEV
Fideline MAPITSHI	PEV
Rose NKIKOO	PEV
José MBO	PEV
Mme Bibiane KENGE	PEV
Mme Julie NGOY	PEV