



POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

Plan de transition du Programme mondial d'Eradication de la Polio RD CONGO

2018-2022

BILL & MELINDA
GATES foundation



EVERY
LAST
CHILD

Septembre 2017

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	2
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
PREAMBULE	6
RESUME ANALYTIQUE.....	7
1. INTRODUCTION	10
1.1. Le plan de transition polio ?	10
1.2. Définition de la transition	10
1.3. Quel est le champ d'application du plan de transition.....	10
1.4. Qu'il y a-t-il dans cette approche de la planification nationale ?	10
1.5. Contexte du pays	11
1.5.1. Situation géographique.....	11
1.5.2. Situation socio-démographique	12
1.5.3. Situation politico-administrative	13
1.5.4. Situation économique et financière	13
1.5.5. Diagnostic sectoriel.....	14
2. ANALYSE DE LA SITUATION	22
2.1. Situation actuelle du programme d'éradication de la polio.....	22
2.1.1. Cartographie des ressources et leurs fonctions	22
2.2. Problématique.....	42
2.3. Problèmes/risques identifiés par fonction de l'IMEP	42
2.4. Analyse FFOM	47
2.5. Etablissement et fixation des objectifs stratégiques sanitaires et étapes à l'échelon national	60
3. OBJECTIFS DE LA TRANSITION	62
3.1. Objectif général	62
3.2. Objectifs spécifiques de la transition	62
4. FIXATION DES PRIORITES REGIONALES ET NATIONALES	62
5. STRATEGIES DE TRANSITION	65
5.1. Stratégies de transition pour chaque fonction/sous fonction essentielles polio et non polio proposées.....	65
5.2. Stratégies de transition pour les fonction/sous fonction essentielles polio retenues	68
6. ACTIVITES, CALENDRIER ET BUDGET	65

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACZ	: Atteindre Chaque Zone de santé
APA	: Autorité Politico-administrative
AS	: Aire de Santé
AVS	: Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
BM	: Banque Mondiale
CCL	: Cold Chain Logistic
CCLA	: Comité de Coordination Inter Agences
CDC	: Center for Diseases Control and Prevention
CdF	: Chaîne du Froid
CDF	: Francs Congolais
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
CODESA	: Comité de Développement de Santé
COGE	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatale
CPS	: Consultation préscolaire
CS	: Centre de Santé
DPS	: Division Provinciale de la Santé
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
DVD-MT	: District Vaccine Data Management Tool
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FJ	: Fièvre Jaune
FMI	: Fond Monétaire International
FMV	: Fond Mondial pour les Vaccins
FPS	: Fonds de Promotion pour la santé
FV	: Facteur de Vérification
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)
GVAP	: Global Vaccine Action Plan (Plan d'Action Mondial pour les Vaccins) 2011-2020
GIBS	: Groupe Inter Bailleurs 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

Hib	: Haemophilus influenzae du type b
HPV	: Human Papilloma Virus
IEM	: Institut d'Enseignement Médical
IEP	: Initiative pour l'Eradication de la Polio
IgM	: Immuno-globuline M
IM	: Intra-Musculaire
INRB	: Institut National des Recherches Biomédicales
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
LQAS	: Lot Quality Assurance Simpling
MAPI	: Manifestations Adverses Post Immunisation
MCA	: Médecin Chef d'Antenne
MCD	: Médecin Chef de District
MCP	: Médecin Coordonnateur Provincial
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MLM	: Mid-level management
MI	: Monitoring Indépendant
MICS II	: Multiple Indicators Cluster Survey II
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
MOSO	: Mobilisation Sociale
MSF	: Médecins Sans Frontières
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCA	: Paquet Complet d'activités
PCV	: Pastille de Contrôle de Vaccin
PCV-13	: Pneumococcal Conjugate Vaccine
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National du Développement Sanitaire
PNLO	: Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PPAC	: Plan pluriannuel complet
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PROSANI	: Projet Santé Intégré
PVS	: Polio Virus Sauvage
PVDV	: Poliovirus Dérivé du Vaccin anti polio
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
REPACAV	: Réseau des Parlementaires Congolais pour l'Appui à la Vaccination
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RTNC	: Radio Télévision Nationale Congolaise
SAB	: Seringues Auto Bloquantes
SANRU III	: Soins de Santé Primaires en Milieu Rural (Phase 3)
SAV	: Semaine Africaine de la Vaccination

SC	: Sous Cutanée
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
TMN	: Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	: Tétanos Néo Natal
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
USD	: Dollars américains
USPPI	: Urgences de Santé Publique de Portée Internationale
VAA	: Vaccin Anti Amaril (vaccin contre la fièvre jaune)
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux (vaccin contre la rougeole)
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VPO	: Vaccin Polio Oral
VPI	: Vaccin antipoliomyélitique Inactivé
ZS	: Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1. Effectif du personnel PEV par catégorie	23
Tableau 2. Répartition du personnel IMEP par niveau	24
Tableau 3. Effectifs des ressources humaines AVS Polio Avril 2016 par catégorie	24
Tableau 4. Ressources Humaines mobilisées de 2010-2015 par UNICEF pour les activités de la poliomyélite	25
Tableau 5. Répartition du personnel Polio de l'OMS par catégorie et niveau	27
Tableau 6. Actifs physiques principaux de l'IMEP	27
Tableau 7. Matériels roulants OMS	28
Tableau 8. Répartition des matériels de chaîne du froid par DPS	31
Tableau 9. Ventilation des contenus des acquis d'initiative d'éradication de polio	32
Tableau 10. Evolution du financement des AVS par partenaire	33
Tableau 11. Evolution des ressources humaines de 2010 à 2015	33
Tableau 12. Répartition des dépenses par rubrique de 2010 à 2015	34
Tableau 13 : Financement POLIO de 2012 à 2016	34
Tableau 14 : Résumé des principaux actifs par fonction	35
Tableau 15. Actifs physiques par fonction	39
Tableau 16. Problèmes/risques identifiés	43
Tableau 17. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	52
Tableau 18. Objectifs stratégiques sanitaires	60
Tableau 19. Stratégies de transition par fonction	65
Tableau 20. Stratégies de transition par fonction	68

Liste des figures

Figure 1. Carte géographique de la RDC	11
Figure 3. Dispositif d'appui de l'OMS	26

PREAMBULE

L'éradication de la poliomyélite dans les années qui viennent signifiera que les fonds alloués aux actifs mise en place par l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite (IMEP) au cours des 30 dernières années (personnes, matériels et systèmes/processus) seront réduits et stopperont éventuellement.

Le plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite fait suite à l'objectif 4 du plan stratégique d'éradication de la poliomyélite 2013-2018 et la phase finale, qui impose à l'IMEP d'entreprendre une planification pour s'assurer que les investissements effectués en matière de la poliomyélite contribuent aux futurs objectifs de la santé, via un programme de travail qui documente et transfère systématiquement les connaissances, les leçons apprises et les actifs de l'IMEP.

La mise en œuvre du présent plan de transition (1) permettra de recadrer les ressources et performances recensées dans le processus national d'éradication de la poliomyélite ; et (2) passera par la réalisation des engagements exprimés par chaque partie prenante. Dans cet optique, les rubriques qui seront non couvertes par année de financement feront l'objet d'un plaidoyer fort auprès des autorités nationales et de la communauté internationale.

Ce document répond aux questions fondamentales suivantes : Quels sont les objectifs et les stratégies critiques ? Quelles sont les activités majeures ? Quel budget sera nécessaire pour une transition réussie du programme d'éradication de la poliomyélite ?

La RDC tient à remercier tous les partenaires impliqués dans la vaccination (OMS, UNICEF, GAVI, BMGF, CDC-Atlanta, USAID, UE, BM etc.) pour cette opportunité qui lui est offerte de rédiger ce document de grande importance.

Le Gouvernement de la RDC se félicite de la collaboration de l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, la BM, l'UE et le ROTARY, ainsi que d'autres partenaires qui agissent directement au niveau opérationnel pour des actions qui ont permis l'arrêt de la circulation du PVS dans le contexte d'un pays en pleine émergence.

o. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Le plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite fait suite à l'objectif 4 du plan stratégique d'éradication de la poliomyélite 2013-2018 et la phase finale qui impose à l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite (IMEP) d'entreprendre une planification pour s'assurer que les investissements effectués en matière de la poliomyélite contribuent aux futurs objectifs de la santé, via un programme de travail qui documente et transfère systématiquement les connaissances, les leçons apprises et les actifs de l'IMEP.

Le pays a été engagé dans la voie de la transition du Programme Polio par la mise en place du Comité Technique Polio Legacy par lettre N° 1251/SG/226/MK/2017 du 9 février 2017 du Secrétaire Général à la Santé publique. Ce Comité Technique assure la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation alors que le CCIA stratégique assure la coordination du Plan de transition.

Conformément à la feuille de route, les étapes suivantes ont été mise en œuvre:

- Le Plaidoyer auprès des donateurs et de la société civile pour leur engagement ;
- Les cartographies des actifs et fonctions du programme ;
- La documentation des leçons apprises.

Le présent plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite en RDC détaille les étapes suivantes : l'exercice de simulation de transition pour déterminer les différents scénarii possibles, l'association des objectifs de transition aux priorités nationales pour plus d'efficacité et de durabilité, la détermination des stratégies de transition.

Ce plan vise conformément aux priorités nationales, à assurer la transition des acquis du Programme d'Eradication de la Poliomyélite afin de maintenir un monde exempt de poliomyélite après la certification de l'éradication de la poliomyélite, et plus spécifiquement :

- Maintenir et intégrer les fonctions essentielles de la poliomyélite après la certification de l'éradication d'ici à 2022
- Assurer le transfert des capacités techniques, des processus, des actifs et leçons apprises générés par l'IMEP pour appuyer les autres priorités de santé d'ici à 2022
- Assurer la communication pour un engagement politique et communautaire en vue de la mobilisation des ressources en faveur de la transition du programme d'éradication de la poliomyélite d'ici à 2022.

Les stratégies de transition retenues par le pays ont été regroupées en 2 catégories : stratégies pour chaque fonction/sous fonction essentielles polio et non polio, et les stratégies de transition pour les fonctions / sous fonctions essentielles polio.

Les stratégies suivantes pour chaque fonction/sous fonction essentielles polio et non polio ont été retenues :

- Optimisation progressive de la chaîne logistique du froid et du système de distribution avec les fonds du gouvernement et partenaires de 2019 à 2022 ;
- Amélioration du système de distribution et transport des vaccins et autres intrants ;
- Renforcement de la vaccination de routine avec les fonds du gouvernement et partenaires de la vaccination pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés pendant les AVS non polio de 2019 à 2022 avec un accompagnement du retrait du VPOb et introduction de la 2ème dose du VPI ;
- Capitalisation des ressources humaines issues de l'IMEP à tous les niveaux avec les fonds du gouvernement et autres partenaires ;
- Sécurisation des ressources existantes et mobilisation des ressources additionnelles sécurisées pour faire face aux USPPi avec les fonds du gouvernement et partenaires de

2019 à 2022 ;

- Amélioration de la prestation et de la qualité des données de vaccination avec les fonds du gouvernement des autres partenaires de 2019 à 2022 ;
- Dévolution progressive des activités de la surveillance de PFA intégrée à d'autres maladies sous surveillance assurées par les sous bureaux OMS vers les DPS ;
- Maintien du fonctionnement du laboratoire national de référence polio et des activités de certification et confinement jusqu'en 2022 par l'OMS ;
- Plaidoyer pour une meilleure appropriation des activités de l'éradication de la polio par les autorités politico-administratives, société civil et les structures de participation communautaire ;
- Maintien du renforcement des capacités en organisant des sessions de formation, des supervisions et des missions de suivi et évaluation dans différentes structures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, intermédiaires et opérationnels) ;
- Sécurisation des financements durables pour la mise en œuvre du plan de transition ;
- Transfert progressif au Gouvernement par les partenaires de l'IMEP des fonctions de bonne gouvernance (audits, contrôles efficaces et efficaces) ;
- Redynamisation des organes de coordination du Programme (CNP, CCIA CPP, TC etc) (au cours de 2 années) ;
- L'intégration des cadres et matériels de l'IMEP dans la fonction publique ainsi que leur fonctionnement dans les 2 ans.

Les stratégies de transition pour les fonctions / sous fonctions essentielles polio retenues concernent :

- Maintien et intégration progressive des actifs de la mise en œuvre et prestation de service ;
- Maintien et intégration progressive des actifs et activités de labo et confinement pour la surveillance épidémiologique ;
- Maintien et intégration progressive des actifs liés au renforcement des capacités ;
- Maintien de la fonction mobilisation des ressources.

Le budget du plan est estimé à 129 379 905, 20 \$

1. INTRODUCTION

1.1. Le plan de transition polio ?

Le plan de transition du programme d'éradication de la poliomyélite fait suite à l'objectif 4 du plan stratégique d'éradication de la poliomyélite 2013-2018 et la phase finale, qui impose à l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite (IMEP) d'entreprendre une planification pour s'assurer que les investissements effectués en matière de la poliomyélite contribuent aux futurs objectifs de la santé, via un programme de travail qui documente et transfère systématiquement les connaissances, les leçons apprises et les actifs de l'IMEP.

1.2. Définition de la transition

La **transition** implique le transfert des ressources du programme actuel d'éradication de la poliomyélite vers un état futur convenu dans un monde exempt de poliomyélite. Ces ressources, y compris celles de l'IMEP, d'autres partenaires et des programmes d'immunisation nationaux, se répartissent en trois catégories principales :

- **Actifs** : les personnes, les infrastructures, les fournitures/les matériaux et les financements utilisés pour soutenir le programme.
- **Fonctions** : les activités, systèmes et processu exécutés par les actifs du programme d'éradication de la poliomyélite qui ont à terme des retombées sur le programme.
- **Leçons apprises** : les réussites, les échecs, les innovations et les meilleures pratiques identifiés par le programme d'éradication de la poliomyélite au cours des 30 dernières années.

1.3. Quel est le champ d'application du plan de transition polio ?

Les éléments principaux de cet ensemble de travaux visent :

- Les programmes de santé publiques en cours (tels que l'immunisation, la surveillance, la communication, la réponse et le confinement) qui devront bénéficier après analyse et préparation, de l'intégration des fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après son éradication ;
- Les autres priorités de la santé qui seront soutenues par le transfert des compétences et des processu non essentiels pour soutenir d'autres priorités de santé aus fins d'assurer la pérennité de l'expérience de l'IMEP ;
- Tous les programmes de santé susceptibles d'être appuyés par la documentation des connaissances générées et les leçons apprises dans le cadre des activités d'éradication de la poliomyélite.

1.4. Qu'y a-t-il d'inédit dans cette approche de la planification nationale ?

Elle constitue une première expérience dans le domaine de la transition d'un programme de santé et pourrait servir de modèle pour les autres programmes de lutte accélérée contre la maladie. Ce plan de transition servira aussi d'outil de plaidoyer pour la mobilisation des fonds visant à préserver les fonctions les ressources nécessaires quand le financement du programme d'éradication de la poliomyélite prendra fin.

1.5. Contexte du pays

Cette section décrit la situation géographique, démographique et macro-économique de la RDC. Il présente également l'état et les enjeux actuels du secteur de la santé.

1.5.1. Situation géographique

La RDC se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2 345 409 Km². La RDC partage 9 165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, l'Enclave angolaise de KABINDA, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola.

Figure 1: Carte géographique de la RDC



La RDC comprend quatre régions géographiques à savoir : une étroite plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest. Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3% seulement sont jusque-là exploités. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité des cultures. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée et

littoral) fait profiter au pays des précipitations en quantités suffisantes et d'un large ensoleillement.

En outre, le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4 374 km et classé 2ème au monde pour son débit après le Fleuve Amazone du Brésil.

1.5.2. Situation socio-démographique

A cause des difficultés économiques et financières que le pays a connu, le seul recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC est celui effectué en juillet 1984. Un second est dans sa phase de préparation.

Ainsi les données de population utilisées ont été souvent basées sur les projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS). Pour ce plan, les données sont celles de 2014, auxquelles un taux de croissance naturel de 2,9% a été appliqué afin d'obtenir les projections de la population jusqu'en 2020. Cette année, les projections de l'INS situent la population congolaise à 85 026 000¹ habitants avec une densité de 36 habitants au km². Cette population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. L'exode rural a accru la densité en milieu urbain.

Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS 2013 - 2014), et un rythme de croissance annuelle de la population à 2,9 % (INS 2014), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Ce qui correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans le contexte de cette fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030² et sera composée de plus de 45% des jeunes de moins de 15 ans. Cette situation contribuera à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépassera celle de la population active. Il en résultera une plus grande pression sur les services sociaux de base qui ne pourront pas répondre à la demande (éducation, santé...) dans la perspective des ressources limitées et de faible accessibilité.

La proportion actuelle de la population se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté multifactorielle³ est estimée à 74%. Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été enregistrés en matière de Développement Humain (DH). En effet, l'indice de développement humain (IDH) est passé de 0,338 à 0,433⁴. Cependant, le chômage touche près d'un cinquième de la population avec une pression double sur la ville province de Kinshasa où près de 40% de la population active est sans emploi (Revue des dépenses publiques/Banque mondiale, 2014). La position sociale de la femme demeure préoccupante dans le pays à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles.

La RDC se caractérise aussi par une grande diversité culturelle et linguistique. Le pays compte quelque 140 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en

¹ INS, Annuaire statistique 2014

² Guengant : Projections Spectrum (Août 2013) et Projections des Nations Unies (Juin 2013)

³ Equipe nationale de prospective stratégique : « RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme », juillet 2014

⁴ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2014 et 2015

quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir: le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est) et le Tshiluba (au Centre - Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et d'enseignement.

1.5.3. Situation politico administrative

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces depuis la dernière réforme territoriale (Article 226 de la Constitution de la 3ème République, 2006). Elle compte 96 villes, 151 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5 397 groupements.

Cette politique de décentralisation préconise une autonomie fiscale et budgétaire au niveau des entités territoriales décentralisées et des provinces. Toutefois, l'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, des charges et des ressources, demeurent un véritable défi.

1.5.4. Situation économique et financière

La RDC a accompli des progrès considérables durant ces cinq dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique. Avec une moyenne de 2,2% par an, le pays a connu une période de forte et durable croissance économique depuis 2009, selon les données issues de la Revue des dépenses publiques (PER/Banque Mondiale 2014 ; FMI 2014). En 2013, la RDC a enregistré une des croissances les plus fortes de la région, avec 9.5% en termes réels, contre 5% pour la moyenne régionale.

Cette performance économique est le fruit d'une reprise des investissements publics et privés dans un environnement de relative stabilité sécuritaire et politique. En effet, le dynamisme récent dans le secteur minier en pleine relance, la manufacture et le commerce ont largement contribué à la croissance du PIB du pays.

La réduction du déficit budgétaire et la restriction du financement monétaire des dépenses de l'Etat ont également contribué à contenir l'inflation, et à booster la croissance économique. Malgré cette performance, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne (499 US\$ en 2014).

L'économie informelle reste un cadre d'activités très important. Il constitue la moitié de l'activité économique à l'échelle du pays et englobe près de la totalité (97%) au sein du secteur agricole (Banque mondiale 2016).

La dette extérieure de la RDC a fortement diminué depuis 2010, date à laquelle le pays a atteint le point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres et Très Endettés (PPTE). La dette publique extérieure est passée de 75% en 2009 à 18% en 2013, suite à un allègement substantiel en 2010 (FMI, 2014).

En effet, ceci a certainement contribué à donner à l'Etat des moyens plus accrus en vue de mener à bien la politique de reconstruction.

Le démarrage de grands chantiers visant à doter le pays d'infrastructures socioéconomiques modernes pour soutenir la croissance, a fait progresser les investissements publics qui sont passés de 10,3 % du PIB en 2008 à 11,1 % du PIB en 2014.

Ce dynamisme de l'économie congolaise tient, entre autres, à la poursuite des réformes structurelles ayant permis au pays de libérer son potentiel de croissance et d'attirer davantage des capitaux étrangers aussi bien privés que publics. Il sied quand même de signaler un écart contrastant et important entre les dépenses publiques totales et les dépenses en santé à cause de l'importance des dépenses en capital pour faire face à l'insécurité croissante dans certaines provinces de l'Est de la République.

Ce cadre de dynamisme n'est pas encore en mesure de sortir la population de la pauvreté critique dans laquelle elle se trouve depuis plusieurs décennies. Cette e pauvreté de masse présente de grandes disparités du niveau de revenu entre les milieux urbain et rural. Toutefois, selon les données de l'Enquête 1-2-3 de 2012-2013, lorsque l'on considère l'incidence globale, la pauvreté monétaire s'est améliorée entre 2005 et 2012. Cette enquête rapporte que le nombre de personnes ayant un emploi est estimé à 27 700 000 dont près de la moitié est constituée des femmes.

1.5.5. Diagnostic sectoriel

1.5.5.1. Cadre organisationnel

La mission du Ministère de la Santé Publique est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services de soins de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014).

Plus concrètement, il s'agit de :

- Assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matière de santé ;
- Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé ;
- Fournir les prestations des soins de santé de qualité tant préventives, curatives que promotionnelles et de réadaptation à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national ;
- Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de Santé, qui organise les structures chargées de dispenser des soins de santé globaux, continus et intégrés.

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

a) Le niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé et les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 7 Directions.

Il s'agit de la :

- 1) Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- 2) Direction d'Etudes et Planification (DEP)
- 3) Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé (DOGS) ;
- 4) Direction de la Pharmacie et Médicaments (DPM) ;
- 5) Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) ;
- 6) Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (DESS)
- 7) Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques (DSFG).

En plus de ces Directions, le Gouvernement a initié la mise en place des Directions transversales à compétences standards dans toutes les administrations. Dans cette dynamique, le Ministère de la Santé Publique aura deux nouvelles Directions, la Direction des Affaires Financières (DAF) et la Direction Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication (DANTIC).

La réforme de l'administration publique et la réforme du secteur de la santé dans le cadre de la décentralisation a abouti à une séparation des fonctions du Secrétariat général (Bureau avec les Services rattachés, Directions centrales, Programmes spécialisés, les hôpitaux et autres structures à vocation nationale), de celle de l'Inspection Générale de la Santé.

Néanmoins tous ces services fonctionnent sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique.

b) Le niveau intermédiaire

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale.

Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Il assure aussi l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

La décentralisation confère au niveau provincial les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires. Les DPS sont des structures décentralisées redevables devant le Ministre Provincial en charge de la Santé (MPS). Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures « déconcentrées » qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province.

c) Le niveau opérationnel : la Zone de Santé

Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8 266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA)⁵. Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5 000 à 10 000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activité (PMA).

La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé ; ce dernier est une structure déconcentrée de l'Hôpital Général de Référence qui a entre autres missions de veiller la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires.

Dans les AS où l'accessibilité géographique au Centre de Santé constitue un obstacle majeur, des expériences pilotes sur le développement des sites de soins communautaires⁶ sont en cours dans le pays. Après une évaluation de celles-ci, une option sera levée en tenant compte de l'évolution de la couverture sanitaire du pays.

1.5.5.2. Organisation de l'offre des soins

⁵ Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

⁶ Celui-ci est une aire géographique bien définie dans laquelle un ou plusieurs villages ou communautés d'accès difficile bénéficient des prestations des soins fournis par un relai volontaire formé et supervisé pour prendre en charge certaines affections courantes, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans.

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées.

a) Sous-secteur public

Il est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux Provinciaux, les Hôpitaux Nationaux et englobe d'autres structures étatiques, paraétatiques impliquées dans la fourniture de soins.

Ce sont par exemple le service médical des armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.

b) Sous-secteur privé lucratif

Il est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets de consultations ou de soins, médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic, (laboratoires, imagerie), dont un recensement exhaustif n'est pas encore fait.

Les agréments d'installation sont accordés par le Ministère de la Santé Publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par le gouvernement provincial. Néanmoins, les textes réglementaires devant clarifier les attributions spécifiques des pouvoirs central et provincial en cette matière concurrente ne sont pas encore pris.

L'intrication entre les secteurs public et privé est très forte, tant sur le plan du personnel que du matériel.

Ce secteur abrite également une partie des structures fonctionnant de manière anarchique en constant développement.

c) Sous- secteur privé confessionnel et associatif

Présent en RDC depuis la période coloniale, il représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010)

Les principaux acteurs sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes.... Elles gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).

Les formations sanitaires privées intégrées dans le système de santé bénéficient également des supervisions du Bureau Central de la Zone et du paiement du salaire de l'Etat.

d) Sous-secteur pharmaceutique privé

La RDC compte 29 industries pharmaceutiques de différentes tailles. Les structures actuellement impliquées dans la production locale de médicaments doivent fournir des efforts pour se mettre en conformité avec les standards de bonne pratique. Elles supportent également des coûts de production élevés ; ceci étant lié aux conditions d'importation des matières premières et à diverses taxes. Cette production locale couvre environ 10% de besoins du pays.

L'approvisionnement et la distribution en gros est assurée par 150 établissements autorisés.

Ils sont en principe soumis à la réglementation pharmaceutique, donc au contrôle de la DPM. Dans la ville de Kinshasa, il y a des milliers de pharmacies anarchiquement ouvertes, mais celles qui sont autorisées et en cours d'autorisation sont au nombre de 98.

En 2015, la valeur globale des importations des médicaments s'est élevée à 457 386 827 USD répartie comme suit : secteur public : 351 930 228 USD et secteur privé : 141 456 598 USD.

La vente illicite des médicaments est développée sur tout le territoire. Elle est pratiquée dans les marchés publics, par des marchands ambulants et dans les

établissements non autorisés. Ces médicaments sont ensuite déversés aussi dans le circuit autorisé. Ces médicaments souvent contrefaits, augmentent les dépenses et les risques des patients, du fait qu'ils achètent des produits qui ne les soignent pas et qui peuvent même aggraver leur état, voire entraîner des décès.

e) Médecine traditionnelle

Elle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même dans certains milieux le premier recours, en lien avec l'absence de structures modernes, la faible accessibilité financière et certaines pathologies spécifiques (fractures, troubles mentaux,...). Il existe un programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001 qui s'efforce de réglementer l'offre de soins dans ce domaine. Cependant, plusieurs facteurs entravent la collaboration avec les tradi praticiens et leur pleine intégration au système officiel de santé. Ce sont entre autres, la méfiance entre les tradi praticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradi praticiens, son infiltration par de nombreux charlatans, la difficile démarcation avec la médecine spiritualiste.

1.5.5.3. Etat de santé de la population

a) Espérance de vie et mortalité générale

Selon le Rapport de Développement Humain (PNUD, 2015), l'espérance de vie en RDC est de 51 ans pour les hommes et 54 ans pour les femmes. En effet, la progression observée depuis 2011 montre que la République Démocratique du Congo gagne en moyenne 4 mois en espérance de vie chaque année, soit un an tous les trois ans.

Dans le même temps, le taux brut de mortalité⁷ est passé de 15,96 pour 10.000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014.

b) Etat nutritionnel

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC; elle inclut la malnutrition chronique, la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments. Les diverses formes de malnutrition touchent surtout les jeunes enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes de troisième âge.

Comparés à l'année 2007, les indicateurs nutritionnels 2013-2014 n'ont pas connu d'amélioration significative en RDC.

En effet, plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (43%) souffrent de **malnutrition chronique**, soit plus de 6 millions d'enfants. Les écoliers sont affectés à 14%. De même l'on note une prévalence plus élevée (21%) de ce type de malnutrition chez les femmes dans la tranche d'âge de 15-19 ans

Un enfant sur dix, soit environ 1.627.183 d'enfants, présente une **malnutrition aiguë** (émaciation). La prévalence demeure située entre 8 et 9% selon les mêmes sources.

L'insuffisance pondérale affecte 23% des enfants de moins de 5 ans, soit environ 3,6 millions d'enfants et 16% d'enfants en milieu scolaire.

Quant aux **carences en micronutriments**, elles sont également très fréquentes, avec une occurrence particulièrement forte de carences en vitamine A qui est est

⁷ Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre d'années de décès et la population totale moyenne sur un période donnée dans un territoire donné

estimée à 61 %.⁸ et d'anémie (la prévalence de l'anémie est de 38,4 % chez les femmes et de 59,8 % chez les enfants de 6 – 59 mois.).

Une étude évaluative (list) faite en RDC en 2012 a démontré que la malnutrition est un facteur aggravant associée à 50% des cas de décès chez les moins de 5 ans.

Les enfants souffrant de retard de croissance sont sujets à un développement cérébral non optimal susceptible d'avoir des répercussions durables sur leur capacité intellectuel, leur performance scolaire et la productivité future. Ce qui constitue une perte importante de capital humain pour le pays, compromettant ainsi l'émergence du pays à l'horizon 2030.

c) Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

La situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est actuellement marquée par l'excès de mortalité pour des causes évitables. En effet, ces taux se présentent de la manière suivante (EDS 2013-2014) :

- 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ;
- 28 décès Néo natus pour 1000 naissances vivantes ;
- 58 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes ;
- 104 décès infanto juvéniles pour 1000 naissances vivantes.

Il convient de signaler que la mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes liée particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%) couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale (31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union⁹), et à la faible qualité des soins (ressources humaines, intrants, équipements.....).

Les problèmes majeurs de la santé des adolescents sont : (i) la faible utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels à risque (26,5%) et des services de planification familiale (5%) ; (ii) Une prévalence élevée des avortements provoqués (30%), des infections sexuellement transmissibles (11,7%), des mariages précoces (18%), des violences sexuelles (9,4%), des grossesses non désirées et de la fécondité précoce (27%). En effet, il y a à peine 80 zones de santé qui ont intégré le paquet d'activités santé des adolescents sur les 516 zones de santé que compte le pays. (Données cfr EDS 2013-2014).

S'agissant de Violences Basées sur le Genre (VBG), selon EDS 2013-2014, depuis l'âge de 15 ans, plus de la moitié des femmes (52 %) ont subi des violences physiques et c'est le mari /partenaire qui a été cité comme l'auteur des actes de violence dans la majorité des cas. Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, plus d'une femme sur quatre (27 %) ont déclaré avoir été victimes d'actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 13 % ont subi des violences pendant la grossesse. Parmi les femmes ayant subi des actes de violence, quelle qu'en soit la forme, 49 % n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à

⁸ Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre d'années de décès et la population totale moyenne sur un période donnée dans un territoire donné

⁸ 1998, Enquête sur la prévalence de l'avitaminose A, PRONANUT

⁹ EDS 2013-2014

personne de leurs problèmes. Et quand, cela a été le cas, moins de 10% ont cherché l'aide d'un professionnel de santé, d'un policier ou d'un avocat. L'analyse causale a montré que les causes des VBG sont en réalité multiples et enracinées dans la discrimination systématique des femmes dans la société congolaise, exacerbée en situation de conflit.

d) Situation Epidémiologique (maladies transmissibles, urgences et catastrophes)

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. Le pays est actuellement en phase de transition épidémiologique qui se caractérise par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et morbidité de l'ensemble de la population congolaise.

La RDC est encore confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures.

En effet, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées notamment les épidémies de :

- Choléra à l'Est et à l'Ouest du pays en 2011 et 2012,
- Rougeole en 2013 dans plusieurs provinces dont les anciennes provinces du Katanga, les 2 Kasai, l'Equateur et la Province Orientale.
- Fièvre jaune qui a sévi en Province Orientale dans les zones de santé de Buta et Titule en 2010 et au Kasai Oriental en 2012
- Maladie à Virus Ebola de plus en plus récurrentes notamment à Mweka (Kasai Occidental) en 2007 et 2008, à Isiro en 2012 et à Boende en 2014.

En plus, d'autres épidémies ont été enregistrées, à savoir :

- le Monkey Pox au Sankuru et à l'Equateur
- la fièvre typhoïde, la diarrhée sanglante à l'Equateur,
- etc.

Le dysfonctionnement du réseau des laboratoires ne permet pas de détecter à temps les épidémies. Toutefois, la RDC a été déclarée depuis le 26 novembre 2015 comme étant un pays libre de circulation de poliovirus sauvage bien que le 21 janvier 2016, un cas de Vaccin Derivated PolioViruses VDPV a été notifié dans la ZS de YALEKO dans la province de la Tshopo.

Et récemment, au mois d'avril et juin 2017, huit cas de VDPVc ont été notifiés dans les provinces de Maniema et le Haut-Lomami.

e) Autres problèmes prioritaires du secteur

- la faible couverture sanitaire : elle est consécutive à la faible couverture géographique et à la faible intégration des interventions répondant aux normes.
- La faible qualité des services et soins offerts : elle est due à la faible capacité opérationnelles des FOSA et à l'insuffisance du processus d'assurance qualité (audit clinique, supervision, coaching, tutorat, hygiène hospitalière,...)

- La faible utilisation des services disponibles: elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé.
- la faible utilisation des services: elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé.
- la faible résilience des structures de santé face aux éventuelles épidémies, urgences et catastrophes: elle est principalement liée au manque de l'application du règlement sanitaire international à différents niveaux.
- la faible redevabilité publique des services de santé devant la communauté: les organes de participation communautaire existants n'exercent pas un contrôle vis-à-vis des prestations offertes par les FOSA.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Situation actuelle du programme d'éradication de la polio

La RDC a été déclaré « pays libre de circulation de PVS » par la Commission Régionale Africaine de Certification polio en novembre 2015 à Madagascar. Le maintien de ce statut est tributaire de l'alignement et de la mise en œuvre des orientations du plan stratégique mondial End polio 2013-2018 de l'éradication de la polio qui comporte les différents axes à savoir :

- Détecter les poliovirus et interrompre leur transmission
- Renforcer les systèmes de vaccination, introduire le VPI et retirer les VPO
- Confiner les poliovirus et certifier l'interruption de leur transmission
- Planifier la transmission des acquis.

En dépit de sa complexité géographique, le pays a fourni d'énormes efforts dans le processus d'éradication de la poliomyélite. Malgré quelques disparités entre les provinces et les zones de santé (ZS), les efforts du pays sont marqués par :

- Le maintien des indicateurs majeurs de la surveillance des PFA aux standards de certification pour l'éradication pendant plus de 4 ans (2013 à 2016) et l'amélioration progressive de la qualité des AVS au vu des résultats de monitoring indépendant (la proportion des enfants non vaccinés pendant les AVS variait de 4 à 6% en 2016) ;
- L'atteinte d'une couverture vaccinale (administrative) de routine en VPO3 d'au moins 80% dans plus de 80% des zones de santé et l'introduction progressive dans la vaccination de routine du vaccin anti poliomyélique inactivé (VPI) depuis 2015 et le remplacement et la validation du VPO trivalent par le VPO bivalent en Avril 2016 ;
- La mise en œuvre des activités de la phase 1b de confinement.

Cependant, alors que le dernier cas de PVS notifié remonte à décembre 2011, plusieurs cas de Polio Virus dérivés du vaccin (VDPV) ont été rapportés depuis l'an 2012 (1 cVDPV2 en 2012 dans la ZS de Kabondo-Dianda, province du Haut Lomami ; 1 aVDPV en 2015, ZS de Kafubu, province du Haut Katanga ; 1 aVDPV2 en 2016 dans la ZS de Yaleko, province de la Tshopo ; 1 aVDPV2 dans la ZS de Yambuku, province de la Mongala ; 8 cVDPV2 et 1 VDPV1 en Avril 2017 (les cVDPV2 dans les ZS de Kunda et Kindu dans la province de Maniema, ZS de Butumba et Malemba Nkulu, Mukanga et Lwamba dans la province du Haut-Lomami et 1 VDPV1 dans la ZS d'Ankoro, province du Tanganyika).

De ce fait, conformément aux nouvelles procédures opérationnelles standards (SOPs) et selon les directives de la CRCA, le pays a élaboré un plan de riposte pour répondre à ces événements dans les 2 premières provinces, et ces événements constituent une réelle menace au maintien du statut déjà acquis de pays libre de poliomyélite.

2.1.1. Cartographie des ressources et leurs fonctions

2.1.1.1. Les ressources humaines de la santé affectées à l'éradication de la poliomyélite

L'IMEP en RDC recourt à du personnel de plusieurs institutions et niveaux à savoir le PEV, les DPS, les BCZS, Les centres de santé, l'INRB, Les partenaires techniques et

financiers (l'OMS, Unicef...). La coordination technique est confiée au PEV qui travaille avec tous les niveaux du système sanitaire congolais.

Les principales structures en charge des activités relatives à l'éradication de la poliomyélite en RDC sont décrites ci-dessous en détails.

a) Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Le PEV est un programme spécialisé du Ministère de la santé dont le but est de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Il s'inscrit également dans l'optique des objectifs mondiaux d'éradication, d'élimination et de contrôle de ces maladies.

Les ressources humaines à ce niveau sont affectées à 100% pour les activités du PEV y compris les fonctions de l'IMEP.

Tableau 1. Effectif du personnel PEV par catégorie

Catégorie	Direction		Provinces		Totaux
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Médecins	12	10	53	2	77
Autres professionnels de santé	7	10	0	0	17
Administratifs	55	24	277	34	390
Totaux	74	44	330	36	484

L'effectif du PEV est constitué majoritairement des administratifs soit 81% suivi des médecins 16% puis des professionnels de santé soit 4%.

b) Les effectifs des DPS, BCZS et AS.

Les activités du PEV font partie du paquet minimum d'activités au niveau de l'aire de santé; près de 76 320 personnels de santé (polyvalents) sont impliqués à temps partiel dans la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la polio (PEV systématique, surveillance PFA, AVS contre la poliomyélite et riposte) tant au niveau provincial (DPS) qu'au niveau opérationnel (BCZS et AS).

- DPS

Il s'agit du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire et est constitué des cadres polyvalents jouant un rôle primordial dans la planification et l'encadrement technique des équipes cadres des zones de santé.

A ce niveau, à l'exception des équipes cadres des antennes, au moins une vingtaine de personnes par DPS sont utilisées partiellement dans les activités de l'IMEP à savoir la surveillance intégrée, la supervision du PEV systématique ainsi que l'appui à la mise en œuvre des AVS.

- BCZS

Les équipes sont composées de 10 cadres polyvalents en moyenne par ZS. Ces équipes sont en charge de l'opérationnalisation ainsi que du suivi des activités de santé y compris l'IMEP (PEV systématique, surveillance intégrée, AVS et riposte).

- **AS**

Les équipes polyvalentes sont composées de 8 personnes en moyenne par AS et sont en charge de l'implémentation des activités de santé (le PMA) y compris les activités cadrant avec l'IMEP.

La répartition du personnel de l'Etat impliqué dans l'IMEP (PEV systématique et surveillance intégrée) en **RDC** est décrite dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Répartition du personnel IMEP par niveau

Niveau	Nombre	Moyenne de personnel	Total
DPS	26	20	520
BCZS	516	10	5 160
AS	8 830	8	70 640
Total			76 320

S'agissant particulièrement des AVS polio, les ressources additionnelles sont régulièrement sollicitées et mises à contribution tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous tiré des micros plans des AVS polio d'avril 2016.

Ressources humaines AVS POLIO Avril 2016

Tableau 3. Effectifs des ressources humaines AVS POLIO AVRIL 2016 par catégorie

Catégorie	Effectifs
Vaccinateurs VPO	111 598
Mobilisateurs	34 948
Aidants communautaires	34 948
Superviseurs de proximité	17 149
Coordonnateurs de l'AS	8 737
Superviseurs des superviseurs	2 586
Site de stockage	4 006
Comité local de coordination	2 595
Chauffeurs	398
Gestionnaires des données	517
Comité provincial /Comité de coordination de District	350
Total	217 832

Outre le personnel de santé et les autorités politico-administratives, la communauté est pleinement impliquée à travers les leaders communautaires, les relais

communautaires et autres prestataires dans la communication et la récupération des enfants.

Les ressources humaines utilisées lors des AVS représentent près du triple de celles des activités de routine.

Ainsi, des sources UNICEF renseignent pour la période de 2011-2015, plus d'un million des ressources humaines ont pris part à ces activités. Ces ressources humaines sont des diverses appartenances (Etat, Para étatique, Privé).

La contribution de l'UNICEF à la mobilisation des ressources humaines de 2010-2015 a été la suivante :

Tableau n° 4 : Ressources Humaines mobilisées de 2010-2015 par UNICEF pour les activités de la poliomyélite

Ressources humaines	Nombre de personnels payés	Montant total dépensé de 2010 à 2015 en \$ US
Relais communautaires	403392	3419272
Cadre moyen au niveau central	175	13250
Cadre moyen au niveau intermédiaire	21952	267685
Staff international	11	301991,9
Staff national	19	257782,3

Source : FUR/ Grants Polio/UNICEF : 2010 – 2015

c) Effectifs de l'INRB affectés aux activités polio

L'INRB comme laboratoire national de recherche biomédicale a en son sein plusieurs départements et services. L'IMEP concerne surtout le département de virologie qui est en charge de la surveillance biologique du virus de polio sauvage. En effet, l'INRB réalise l'analyse des échantillons de selles récoltées chez les enfants avec paralysie flasque aigue (PFA). Pour cette tâche, l'INRB recourt à 11 personnes qui sont majoritairement des biologistes ou techniciens de laboratoire.

d) Effectifs Unicef

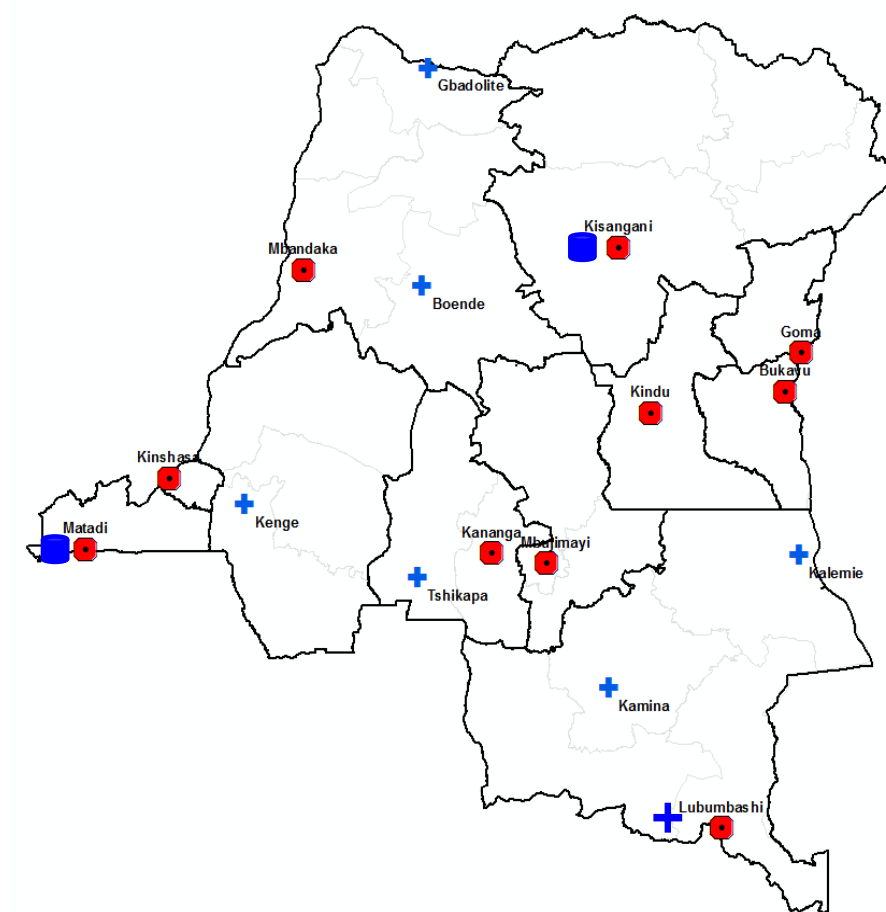
Il est à noter que depuis fin 2012 ; la RDC a bénéficié de financement pour mettre en place une équipe dédiée spécialement aux activités liées à la polio avec un team leader polio, des staffs techniques, logistiques et C4D déployés tant au niveau national que provincial. Ainsi environ, 13 Staffs Internationaux et 59 Staffs nationaux ont été recrutés de 2010 à 2015.

e) Effectifs de l'unité polio OMS

Le personnel polio de l'OMS appuie le personnel du gouvernement dans la mise en œuvre du programme polio à travers les fonctions essentielles et non essentielles de l'IMEP.

Le dispositif d'appui de l'OMS (source OMS, **juillet 2016**) est ainsi schématisé :

Figure 3. Dispositif d'appui de l'OMS



 Sous-Bureau OMS

 MEP Surveillance

 Logisticien

Leur répartition par catégorie et niveau se présente de la manière suivante :

Tableau 5. Répartition du personnel Polio de l'OMS par catégorie et niveau

	Catégorie	Bureau de la Représentation	Sous-bureaux	Total
1	Médecins	4	38	42
2	Logisticiens	2	9	11
3	Administrative Officer	1	0	1
4	Assistants Administratifs	3	11	14
5	Point focal ICT	1	0	1
6	Data managers	2	0	2
7	Chauffeurs	14	23	37
8	Autres	4	0	4
	Total	31	81	112

Concernant le *type de personnel*, la grande majorité est constituée de personnel avec un contrat continu et les consultants nationaux SSA (épidémiologistes, socio-anthropologues et logisticiens) représente près de 20%.

Par ailleurs, il faut noter que le pays bénéficie de l'appui international continu de Stop Team dont les équipes sont renouvelées tous les six mois.

Il sied de noter que l'USAID a contribué dans le programme d'éradication de la polio à travers ses partenaires.

2.1.1.2. Actifs physiques principaux

a) Vue d'ensemble

Tableau 6. Actifs physiques principaux de l'IMEP

Type d'actif physique	Nombre et emplacement actuel	L'IMEP possède-t-il un de ces bâtiment	S'ils ne sont pas possédés, qui détient ces actifs ?	Commentaires
Bureaux ou bâtiments administratifs PEV	53 (direction, coordinations et antennes)	1	Gouvernement	Coordination Kinshasa (Rotary club)
Bureaux ou bâtiments administratifs OMS	20 (bureau de la représentation, sous-bureaux et autres)	0	Gouvernement	Certains sous bureaux en location
Laboratoires	1 (unité polio INRB)	0	Gouvernement	

Entrepôts d'approvisionnement en vaccins	53	0	Gouvernement	Structures du PEV
Autres bâtiments de stockage réfrigérés	53	0	Gouvernement	Structures du PEV

b) Actifs physiques secondaires

i) Matériels roulants

Tableau 7. Matériels roulants OMS

Liste des véhicules OMS/IVE RDC Janvier 2016						
Province	Affectation	NB	N° de plaque	Marque	Modèle	Année mise en service
Bandundu	Kenge	1	076CD73	Toyota	Land Cruiser Hard Top HZJ 78 L-RJMRS	2009
	Bandundu	1	076CD43	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Inongo	1	076CD83	Toyota	Land Cruiser HZJ 78L-RJMRS	2010
		3				
Bas Congo	Matadi	1	076CD59	Toyota	Land Cruiser Hard Top	2008
	Matadi	1	076CD53	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
		2				
Equateur	Lisala	1	076CD75	Toyota	Land Cruiser Hard Top HZJ 78 L-RJMRS	2009
	58.857	1	076CD84	Toyota	Land Cruiser Hard Top HZJ78L	2009
	Mbandaka	1	076CD41	Toyota	Hlux LAN 25 L	2008
	Central	1	076CD45	Toyota	Hlux LAN 25 L	2008
	Gbado	1	076CD74	Toyota	Land Cruiser Hard Top HZJ 78L	2009
		5				
Kasaï Occidental	Kananga	1	076CD71	Toyota	Toyota Land Cruiser HZJ 76 L	2010
	Kananga	1	076CD44	Toyota	Hlux LAN 25 L	2008
	Tshikapa	1	076IT300	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2007
		3				
Kasaï Oriental	Mbuji Mayi	1	076IT301	Toyota	LandCruiserHZJ8	2007
	Lodja	1	076CD79	Toyota	Land Cruiser	2010
	Mbuji Mayi	1	076CD46	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
		3				
Katanga	Lubumbashi	1	076CD76	Toyota	Land Cruiser Top HZJ 78 L-RJMRS	2009
	Lubumbashi	1	076IT302	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2007

	Kamina	1	076CD80	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
	Kalemie	1	076CD77	Toyota	Land Cruiser Top HZJ 78 L-RJMRS	2009
	Lubumbashi	1	076CD47	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
Kinshasa		5				
	Central	1	076CD34	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2006
	Central	1	076CD31	Toyota	Land Cruiser HZJ 105 L-GNMNS	2005
	Central	1	076IT164	Toyota	Land Cruiser Prado LJ95L-GKMPS	2001
	Central	1	076CD07	Toyota	Land Cruiser HZJ 105 L-GNMNS	2002
	Central	1	076CD32	Toyota	Hiace LH202L-REMDE	2006
	Central	1	076CD33	Toyota	Hiace LH2026-REMDE	2006
	Central	1	076CD02	Mercedes	E 240	2005
	Central	1	076CD36	Toyota	Hilux LANL 25 – PRMDEN	2008
	Central	1	076CD38	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2008
	Central	1	076CD39	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2008
	Central	1	076CD40	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2008
	Central	1	076 CD55	Toyota	Land Cruiser VDJ 200-GMMNZ	2008
	Central	1	076 CD56	Toyota	Land Cruiser VDJ 200-GMMNZ	2008
	Central	1	076 CD57	Toyota	Land Cruiser Hard Top HZJ 78 L-RJMRS	2008
	Central	1	076 CD58	Mercedes	Camion Actros 2031A/45	2008
	Central	1	076 CD70	Toyota	Land Cruiser VDJ 200	2009
	Central	1	076 CD78	Toyota	Land Cruiser VDJ 200	2009
	Central	1	076CD90	Toyota	Land Cruiser VDJ 200	2010
	Central	1	076 CD100	Toyota	Toyota Land Cruiser HZJ 76 L	2011
	Central	1	076 CD 103	Toyota	Hilux LAN 25 L	2012
	Central	1	076 CD 107	Toyota	Hilux LAN 25 L	2012
	Central	1	076 CMD 001	Toyota	Voiture Camry GSV40L-AETGKW	2010
	Central	1	076 CD 99	Toyota	Voiture corolla/ZZE142L-AEMNK	2011
	Central	1	076 CD 91	Nissan	Bus Civilian	2010
	Central	1	076 IT 331	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
	Central	1	076 IT 333	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010

	Central	1	076 CD 81	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
		27				
Kinshasa SB	Kinshasa	1	076 CD 88	Toyota	Land Cruiser HZJ 79	2010
	Kinshasa	1	076 CD 48	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
		2				
Maniema	Kindu	1	076 CD 49	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Kindu	1	076 CD 72	Toyota	Toyota Land Cruiser HZJ 76 L	2010
		2				
Nord Kivu	Goma	1	076 CD 50	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Goma	1	076 CD 82	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
		2				
Province Orientale	Isiro	1	076 CD 89	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
	Kisangani	1	076 CD 37	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2008
	Kisangani	1	076 IT 303	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2007
	Kisangani	1	076 CD51	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Bunia	1	076 CD 54	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Kisangani	1	076 IT 332	Toyota	Land Cruiser HZJ 78	2010
		6				
Sud Kivu	Bukavu	1	076 CD52	Toyota	Hilux LAN 25 L	2008
	Bukavu	1	076 CD35	Toyota	Land Cruiser HZJ105L-GCMRS	2008
		2				
Total véhicule		62				

ii) Matériels de chaîne du froid, Synthèse des inventaires CDF, RDC 2016.

Tableau 8. Répartition des matériels de chaîne du froid par DPS

	Chambre froide (+)		Chambre froide (-)		Congélateur		Réfrigérateurs		Réfrigérateurs/ congélateurs	
	F(x)l	Non F(x)l	F(x)l	Non F(x)l	F(x)l	Non F(x)l	F(x)l	Non F(x)l	F(x)l	Non F(x)l
DPS										
Bas Uélé	1	0	0	0	1	16	34	11	86	22
Kongo Central	3	0	0	0	31	4	35	19	319	88
Equateur	2	0	0	0	13	1	32	4	199	10
Haut Katanga	2	0	0	0	20	11	74	9	228	28
Haut Lomami	2	0	0	0	11	12	26	18	153	76
Haut Uélé	1	0	0	0	13	3	27	5	161	4
Kasaï	3	0	0	0	23	14	91	10	213	46
Kasaï Central	4	0	1	0	29	11	92	14	229	30
Kasaï Oriental	1	1	0	1	19	3	60	9	79	36

Kinshasa	4	0	1	0	39	5	92	12	169	31
Kwango	2	0	0	0	13	1	47	12	154	37
Kwuilu	2	0	1	0	30	8	48	7	266	39
Lomami	2	0	0	0	10	7	57	11	192	33
Maniema	3	0	1	0	30	6	13	0	305	59
Mongala	2	0	0	0	8	5	23	8	92	31
Maindombe	2	0	0	0	14	6	24	0	212	35
Nord Ubangi	1	0	1	0	4	7	38	13	73	26
Nord Kivu	3	0	0	1	62	4	85	15	382	45
Sud Kivu	4	0	2	0	19	9	116	12	395	60
Sankuru	2	0	0	0	11	2	58	6	196	13
Tshopo	4	0	1	0	19	2	71	7	272	9
Tanganyika	2	0	0	0	16	5	7	7	158	14
Lualaba	2	0	0	0	14	5	49	8	149	28
Sud Ubangi	1	0	0	0	12	2	47	9	147	29
Ituri	3	0	0	0	29	20	118	19	355	95
Tshuapa	1	0	0	0	7	0	27	9	204	34
Total Général	59	1	8	2	497	169	1391	254	5388	958

La couverture en chaîne du froid au niveau pays est estimée à près de 50% à la période d'élaboration de la cartographie des ressources.

iii) *Autres actifs physiques*

Tableau n°9. Ventilation des contenus des acquis d'initiative d'éradication de polio de 2010-2015

<i>Nature de l'acquis</i>	<i>Quantités</i>	<i>Nature de l'acquis</i>	<i>Quantités</i>
<i>Vaccins</i>		<i>Outils de gestion</i>	
VPO	525742300	Modules de formation	6675
		Canevas de microplan PEV de routine	11220
<i>Infrastructures</i>		<i>Aspects intangibles</i>	
Réhabilitation de Bureaux et matériels de bureaux	1	Activités de communication	127
Matériels et Equipements		Coordination multisectorielle du suivi	46
Spare part des équipements CDF	49306	Evaluation des activités (de communication)	9
Porte vaccins	22156	Organisation de sava et sasnims/SSME	1
Fridge tag	13000	Planification	10

Glacière	2002	Partenariat avec les OBC et les associations locales	1
Groupes électrog.	4	Réunions communautaires	792
Matériel de bureau	2	Supervision formative	51
Moto	203	Stratégies pour les populations spéciales	4
Seringues	14606	Formation des acteurs communautaires	1
Système audio conférence	11	Appui antennes RPR	1
Véhicule léger	12	Appui aux antennes autres que RPR	2
Cotton	740	Appui aux antennes autres que RPR	2
Vélo	2121		
Outils de Communication			
Dossards	120000	Modules de formation des relais communautaires en CIP	1
Supports de communication	258000	Modules de formation des relais communautaires en surveillance à base communautaire	1
Transmission des données par SMS		Annonces/ réseaux de téléphone mobile	1
Microplans menés au niveau opérationnel	300	Diffusion des messages / confessions religieuses	5

2.1.1.3. Financements

a) *Financements des AVS polio par les principaux partenaires techniques et financiers en dollars américains (source PEV et OMS).*

Tableau 10. Evolution du financement des AVS par partenaire

Rubriques	2013		2014		2015		2016	
	OMS	Unicef	OMS	Unicef	OMS	Unicef	OMS	Unicef
Collation	3491352		2726931		1935227		2426154	
Formation	517032		492446		245051		383816	
Carburant	854359		1540780		613867		929916	
Transport	427315		425331		229788		375912	
Distribution	296280		401091		252400		304275	
Coordination	19800		78636		28080		65237	
Supervision	871884		588162		404740		555612	
Personnel PEV	33000		47586		25846		37968	
Evaluation	98556		140606		64506		114906	
Communication		925376		577073		837217		1835476
	6609579	925376	6441569	577073	3799506	837217	5193797	1835476

b) *Coûts des ressources humaines recrutés par UNICEF pour le programme polio de 2010-2015 en RDC*

Tableau 11. Evolution des ressources humaines de 2010 à 2015

Rubrique	Montant dépense au cours de l'année en \$ us						Dépenses
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ressources Humaines recrutées	448593	534775	534775	995131	1563063	1433883	5510219

L'accroissement annuel de ces dépenses avec une forte augmentation en 2014 est due au fait qu'à partir de 2013, il y a eu un besoin impérieux d'aider le pays à accroître les efforts afin d'atteindre les objectifs du Plan Stratégique pour l'éradication de la Poliomyélite et la phase finale 2013-2018.

Notons en plus des staffs recrutés par le bureau pays, des consultants C4D et logistiques ont été mise à contribution par UNICEF pour renforcer les antennes et ZS à haut risque polio et ont contribué de façon systématique à faire un suivi régulier des interventions intégrées de vaccination en général et du système de santé en particulier mais aussi les aspects de dynamique communautaire et surtout dans les aspects de micro planification spécifique avec l'approche village.

La ventilation des dépenses effectuées par UNICEF dans le cadre de l'IMEP en RDC de 2010 à 2015 se présente comme suit :

Tableau 12. Répartition des dépenses par rubrique de 2010 à 2015

Rubrique	Montant dépensé au cours de l'année en \$ us						Montant total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Ressources humaines mobilisées	278721	487415	927994	855000	1310400	400452	4259981
Ressources humaines recrutées	448593	534775	534775	995131	1563063	1433883	5510219
Vaccins	10612375	19890705	15033891	10457997	7195719	9916155	73106840
Infrastructures	17364	17364	17364	17364	17364	17364	104184
Equipements	1879107	582691	767691	1046772	5185211	7787309	17248781
Outils de communication	473733	473733	473733	473733	473733	473733	2842400
Outils de gestion	33470	33470	33470	33470	33470	33470	200820
Données qualitatives (non tangibles)	4123220	4123220	4123220	4123220	4123220	4123220	24739319
Dépense annuelle totale	17866583	26143372	21912137	18002687	19902180	24185586	128012545

Source: UNICEF/ WCARO Polio Legacy Tool_RDC

c) *Financement fonctionnement OMS*

Tableau n°13. Financement POLIO de 2012 à 2016

Domaines	Bienniums		
	2012-2013	2014-2015	2016-2017 (à fin août 2016)
AVS Polio	18.681.052	21.438.037	12.530.635
Surveillance	7.619.374	10.093.204	3.027.745
PEVs (prestation des services, logistique, communication...)			
Fonctionnement	572.239	207.103	
Rémunérations personnel	13.203.214	12.471.577	4.272.730
Infrastructures			
TOTAL	40.075.879	44.209.921	19.831.110

En résumé, les principaux actifs par fonction sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°14. Résumé des principaux actifs par fonction

Fonctions	Sous fonctions	Personnel	Activités effectuées	Actifs physiques
Planification de l'implémentation et la prestation des services	Gestion de la CDF & Gestion des vaccins et autres intrants	Staff OMS : 12 Unicef : 13	Apporter un appui à l'amélioration de la gestion des vaccins, de la CDF, gestion des déchets, logistique de la surveillance, logistique des AVS	CF: 60, Congélateurs: 666, RF:1 645, RF / Congélateurs: 6 346
	Assistance technique et mise en œuvre des AVS	OMS : 2 Unicef : 3	Apporter un appui à la coordination des AVS au niveau central	Ordinateurs: 6
	Responsable de terrain des activités et des campagnes d'immunisation	OMS : 40	Apporter un appui à la planification des AVS; Suivi et supervision de leur mise en œuvre jusqu'à l'évaluation	Ordinateurs: 48 ; 35 véhicules OMS
	Flambée épidémique et planification des urgences	Sous fonction exécutée par les mêmes acteurs que pour la	Apporter un appui à la surveillance des maladies à potentiel épidémique + investigation et riposte; Gestion des urgences et des	

		fonction ci-dessus	actions humanitaires.	
Monitoring	Analyse de données et reporting	OMS : 2	Collecte, saisie et analyse des données de la surveillance	Ordinateurs: 6
	Suivi et évaluation	OMS : 1	Planification, monitoring, suivi qualité des données, évaluation, supervision, formation, élaboration des projets,	
Surveillance	Responsables de la surveillance	OMS : 42	Apporter un appui à la coordination des activités de surveillance des maladies à potentiel épidémique + investigation et riposte	cfr actifs s/f : Responsable de terrain des activités et des campagnes d'immunisation
	Techniciens de laboratoire et tests	INRB : 11	Réaliser les analyses des échantillons de selles récoltées chez les enfants avec paralysie flasque aigue (PFA).	
Communication et engagement communautaire	Média, communications et promotion	OMS : 1 Unicef : 27		
Renforcement des Capacités	Expertise technique, formation	OMS : 55	Fonction remplie par la majorité du personnel à tous les niveaux	
Mobilisation des Ressources	Planification financière & Mobilisation des ressources	OMS : 2		
Politiques et Stratégies	Recherche	OMS : 3		

Gestion et opérations	Gestion générale	OMS : 1 Unicef : 4	Apporter un appui administratif à la mise en œuvre de l'IMEP en particulier et du PEV en général ; appui au fonctionnement des sous bureaux; renforcement du fonctionnement du bureau sur le plan administratif et financier	OMS: 1 bureau; ordinateurs 5; téléphones: 5; phonies: 3
	Administration générale	OMS (AA) : 14	Appui à la gestion administrative et financière au niveau des sous bureaux	22 bureaux OMS, ordinateurs 26, phonies:12
	Opérations générales (ex. conducteurs)	OMS : 37 Unicef : 1	Conduire le véhicule dans les courses de service	27 véhicules OMS + 1 véhicule Unicef
Partenariats et coordination				

2.5.2. Leçons apprises

L'IMEP a permis la mobilisation des plusieurs ressources tant auprès des partenaires nationaux et internationaux qu'auprès de l'Etat Congolais. Plusieurs actifs de l'IMEP en terme de ressources matérielles, humaines et financières sont disponibles et utilisables au pays tant au niveau central, intermédiaire que périphérique.

Les approches qui ont permis l'atteinte des résultats escomptés de l'IMEP sont principalement : les stratégies traditionnelles de l'IMEP, la Coordination intense des activités, la mobilisation des ressources, la planification intégrée, l'implication des autres secteurs aux activités de l'IMEP, la Communication, la participation communautaire et le partenariat.

Ces approches ont permis le développement d'un certain nombre des pratiques parmi lesquelles les neuf ci-dessous listées ont été sélectionnées comme étant les meilleures. Il s'agit de :

i. *Elargissement du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) initial pour la Polio à la Coordination de la lutte contre la maladie.*

Au niveau national, le CCIA qui jadis coordonnait seulement les activités de la vaccination de routine s'est focalisé au fil du temps sur les activités de l'IMEP vue l'urgence de stopper la circulation du PVS. A l'instar de CCIA, le Ministère de la Santé Publique a mis en place des mécanismes de coordination des activités supplémentaires et de lutte contre les épidémies à tous les niveaux, présidés par les plus hautes autorités politico-administratives des ressorts.

- ii. *Intégration des activités d'autres programmes prioritaires tels le PEV de Routine, la Nutrition, la lutte contre le paludisme, le déparasitage des mères et des enfants et même l'enregistrement des enfants de moins de 3 mois à l'état civil aux Journées Nationales de Vaccination Polio.*

Parmi les activités de PEV de routine qui ont bénéficié du financement de l'IMEP, on cite le transport des vaccins de routine, l'achat du pétrole pour le fonctionnement des réfrigérateurs des ZS pendant les AVS polio mais qui couvraient en partie les besoins de routine, l'acquisition des équipements de chaîne du froid (réfrigérateurs, portes-vaccins, accumulateurs de froid) et des moyens de transport (motos et vélos). Les AVS polio et les JSE ont servi d'opportunité pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés en routine. Le personnel mobilisé ou recruté pour les activités de lutte contre la polio ont eu des responsabilités supplémentaires pour la vaccination de routine notamment le suivi de la disponibilité des vaccins, l'amélioration de la qualité des données à travers les réunions de validation des données et le DQS, etc. La distribution de vitamine A, des MILD et d'anti-helminthiase lors des AVS contre la poliomyélite a facilité l'atteinte des cibles de ces programmes. L'expertise acquise par les professionnels de santé formés pour l'organisation des campagnes de vaccination a été exploitée pour l'enregistrement des enfants de moins de 3 mois à l'état civil.

- iii. *Appui de l'initiative d'éradication de la Polio aux études sociologiques* dont les résultats ont été utilisés pour élaborer un plan de communication en vue de faire face aux résistances à la vaccination.

- iv. *Négociation et implication des groupes armés* aux activités de vaccination des enfants au cours des journées nationales de vaccination et aussi en routine dans la partie Est du pays.

- v. *Micro planification intégrée* pour les journées nationales de vaccination à partir des villages jusqu'aux zones de santé avec l'implication des leaders communautaires bénéficie aux autres programmes prioritaires.

- vi. *Renforcement de la surveillance intégrée des maladies y compris la réponse aux épidémies.*

L'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que des infrastructures de surveillance des cas de Paralyse Flaccide Aiguë (PFA) a permis la mise en place effective de la surveillance intégrée des maladies à potentielle épidémique y compris celles évitables par la vaccination. En effet, la surveillance active des cas de PFA, a été élargie aux autres maladies telles que la rougeole, le Tétanos Maternel et Néonatal et la fièvre jaune.

- vii. *Mise en place et renforcement des capacités du Laboratoire Polio de l'Institut National de Recherche Biomédical* et son expansion pour la surveillance d'autres maladies telles la Rougeole et la Fièvre Jaune.

- viii. *Appui aux Agents de Santé Communautaires (Relais Communautaires)* à travers les ZS pour la surveillance active des PFA et des autres maladies prioritaires. Les relais communautaires ont bénéficié des formations sur la communication pour le développement en général et particulièrement sur la sensibilisation et mobilisation communautaire en faveur de la lutte contre la poliomyélite, la

participation a la recherche active des cas de paralysie flasque aigue ainsi que la récupération des enfants perdus de vue pour la vaccination de routine.

- ix. *Collaboration sanitaire Inter pays par des activités vaccinales transfrontalières.* Dans le cadre de lutte commune contre la poliomyélite, la planification et l'exécution synchronisée des activités supplémentaires de vaccination et échange d'informations sur la surveillance de la maladie ont eu à être organisés avec les pays voisins.

En résumé, le cadre de détermination des actifs, des fonctions et des leçons apprises de l'IMEP démontre que les ressources humaines représentent l'un des principaux actifs de l'IMEP, il en est de même de l'infrastructure physique et les processus/systèmes. Bien que les actifs puissent contribuer à plusieurs activités, il a été convenu de les catégoriser en 10 fonctions principales du programme, présentées dans le tableau 15 ci-dessous.

Tableau 15. Les leçons apprises par fonction

<i>Fonctions</i>	<i>Sous fonctions primaires</i>	<i>Leçons apprises</i>
	Assistance centrale et planification des activités et des campagnes d'immunisation	- Les JNV Polio sont une opportunité pour intégrer des activités d'autres programmes prioritaires tels le PEV de Routine, la Nutrition, et même l'enregistrement des enfants de moins de 3 mois à l'état civil. - La micro planification intégrée pour les JNV à partir des villages jusqu'aux ZS avec l'implication des leaders communautaires bénéficie aux autres programmes prioritaires.
Surveillance	Responsables de la surveillance	- L'IMEP soutient la surveillance intégrée des maladies y compris la réponse aux épidémies.
	Techniciens de laboratoire et tests	- L'IMEP a contribué à la mise en place et au renforcement des capacités du Laboratoire Polio et son expansion pour la surveillance d'autres maladies telles la rougeole et la fièvre jaune.
Communication et engagement communautaire	Animateurs sociaux et Autres types d'engagement communautaire	- L'IMEP soutient les Agents de Santé Communautaires à travers les ZS pour la surveillance active des PFA et des autres maladies prioritaires.
Politiques et Stratégies	Recherche	- L'IMEP a soutenu des études sociologiques dont les résultats ont été utilisés pour élaborer un plan de communication en vue de faire face aux résistances à la vaccination.

Partenariats et coordination		- Le CCIA initial pour la Polio a été élargi en Comité National de Coordination de la lutte contre la maladie. - Les activités d'éradication de la Polio facilitent les négociations avec les groupes armés pour vacciner les enfants au cours des JNV et aussi en routine dans la partie Est du pays.
------------------------------	--	---

2.2. Problématique

L'éradication de la poliomyélite dans les années qui viennent signifiera que les fonds alloués aux actifs établis par l'IMEP au cours des 30 dernières années (personnes, ressources et systèmes/processus) seront réduits et arrêtés éventuellement.

Au regard de l'étendue des acquis tel que démontrée dans la cartographie des ressources de l'IMEP en RDC et au vu de l'insuffisance de financement du secteur de la santé (incluant la vaccination) par l'Etat et qui est tributaire en majeure partie des partenaires, une baisse voire une suspension des financements actuels acquis à travers l'IMEP auraient des répercussions sur la dynamique de relance du système de vaccination et du système de santé en général en RDC.

D'où l'importance de mener une réflexion sur comment réduire au minimum l'impact négatif de la transition du programme d'éradication de la poliomyélite.

2.3. Problèmes/risques identifiés par fonction de l'IMEP

L'exercice de simulation théorique a été organisé pour mieux comprendre les risques et les opportunités présentés par la planification de la transition du programme d'éradication de la poliomyélite. L'exercice avait pour objet de mener la réflexion des parties prenantes sur l'impact de l'arrêt éventuel de toutes les ressources financières du programme d'éradication de la poliomyélite dédiées aux prestations de service de santé publique, d'identifier les risques critiques et proposer des scénarios de réponse à ces risques dans le futur.

Les risques ci-dessous ont été identifiés à l'issue de cet exercice de simulation de la transition.

Tableau 16. Problèmes/risques identifiés

Fonctions	Sous fonctions	Problèmes / risques identifiés
Planification de l'implémentation et la prestation des services	Gestion de la CDF & Gestion des vaccins et autres intrants	Insuffisance de maintenance de matériels CDF résiduels à absorption ; Faible disponibilité des vaccins de routine au niveau opérationnel; Difficulté de fonctionnement de la CDF rétrograde ; Stagnation voir baisse des couvertures

		vaccinales de routine ; Résurgence des épidémies.
	Assistance technique et mise en œuvre des AVS	Insuffisance dans la dévolution des activités de vaccination
	Riposte aux flambées épidémiques	Difficulté de contrôler à temps les événements et épidémies de poliomyélite éventuels
Monitoring	Suivi et évaluation	Faible analyse des données au niveau intermédiaire et opérationnel (PEVs et surveillance) et AVS (MI et LQS);
Surveillance	Responsables de la surveillance	Insuffisance d'appui technique aux activités de surveillance
	Techniciens de laboratoire et confinement	Difficulté de confirmation biologique des cas de Polio et autres maladies sous surveillance (rougeole, fièvre jaune, méningite) Difficulté de confinement des poliovirus et mise en œuvre de la surveillance environnementale
Communication et engagement communautaire	Média, communications et promotion	Insuffisance de la sensibilisation et la mobilisation des communautés dans les DPS appuyées par l'Unicef (113 ZS, soit 22% des ZS), en PEV de routine ; Faible collaboration intersectorielle notamment avec les groupes religieux, les communautés, les médias.
Renforcement des Capacités	Expertise technique, formation	insuffisance des ressources pour la formation des nouveaux prestataires
Mobilisation des Ressources	Planification financière & Mobilisation des ressources	Insuffisance des ressources pour soutenir les fonctions de l'IMEP ; Faible disponibilité des vaccins au niveau opérationnel dans les antennes.
Politiques et Stratégies	Recherche	Insuffisance dans la mise en œuvre des approches novatrices pour l'amélioration des performances du PEV.
Gestion, Partenariat et coordination		Insuffisance de fonctionnement des structures de coordination ; Déperdition/manque de capitalisation des capacités gestionnaires des ressources humaines affectées à la gestion de l'IMEP aux niveaux

		central et provincial; Perte des immobilisations acquises dans le cadre de l'IMEP.
--	--	---

Il sied de rappeler que la 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 financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources comprenant des ressources financières domestiques (budget de l'Etat provenant du Gouvernement central et Provincial/ou des Entités territoriales Décentralisées), du financement communautaire (recouvrement des coûts), du financement privé (lucratif ou non lucratif), des ressources financières qui proviennent de l'aide internationale, des fonds spéciaux et des mutuelles.

Parmi les problèmes prioritaires, il sied de noter que :

- Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux 15% décidés selon les engagements des chefs d'Etat à Abuja. Dans la plupart des cas, ce budget est inférieur à 5% du budget global de l'Etat et son taux de décaissement est en moyenne de 70% (exercice 2013-2014). Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur ;
- L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée. Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les ZS. En plus, cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités de gestion et comités de pilotage.

Au vu de l'insuffisance du financement du secteur de la santé par l'Etat, une baisse voire une suspension des financements actuels acquis à travers l'IMEP auraient des répercussions sur la dynamique de relance du système de vaccination et du système de santé en général en RDC.

2.7.1. Sur la vaccination de routine

Il a été relevé que les financements de l'IMEP ont permis un appui de haute qualité à la vaccination de routine.

Il y a lieu de rappeler que sur le plan de la gestion du programme, les compétences du personnel en élaboration des microplans à tous les niveaux du système sanitaire ont été renforcées. La cessation de l'appui à cette opération empêcherait sûrement la continuité de l'élaboration des microplans de vaccination de routine et réduirait l'opportunité de l'acquisition des compétences en planification des activités de vaccination par les nouveaux professionnels de santé.

En outre, l'accroissement de la couverture vaccinale est dû en partie au développement des activités de l'initiative d'éradication de la poliomyélite. L'approvisionnement des provinces et zones de santé en vaccins de routine et intrants a largement profité du transport des équipements, vaccins et matériels de lutte contre la poliomyélite. De même, un appui au fonctionnement des réfrigérateurs des ZS était

octroyé en achetant du pétrole pouvant couvrir une durée de 30 jours à l'occasion de chaque passage des AVS polio. Ceci a permis aux ZS de continuer à vacciner aussi bien entre les phases de campagnes, que durant plusieurs semaines après ces activités. La recherche et la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés effectuées pendant les AVS ont contribué à l'amélioration des couvertures vaccinales.

La fonction logistique de la vaccination de routine a aussi connu un grand développement avec le déploiement des activités de la lutte contre la poliomyélite. Plusieurs formations et appuis en ressources humaines prises en charge par les fonds polio ont permis l'acquisition des compétences requises pour les ZS particulièrement celles d'accès difficile qui ont connu un encadrement rapproché avec un personnel national et international de haute qualité grâce au financement de l'IMEP.

La sécurité des vaccins, l'assurance de la qualité des injections ont connu un grand développement grâce à l'aide des équipements et matériels de la chaîne du froid acquis avec le financement de l'IMEP facilitant par la même occasion l'amélioration de la couverture nationale en matériel de chaîne du froid.

Les activités d'appui telles que le suivi, la supervision, l'évaluation garantissant la production des prestations de vaccination de qualité ont connu aussi un appui significatif.

Mis en regard de l'insuffisance de financement du secteur de la santé (incluant la vaccination) par l'Etat et qui est tributaire en majeure partie des partenaires, une baisse voire une suspension des financements de l'IMEP auraient certainement des répercussions négatives sur la dynamique actuelle de la vaccination en RDC.

2.7.2. Sur le système de santé y compris la capacité de prévention et de contrôle des épidémies

D'une manière générale, la mise en œuvre des activités de l'IMEP a contribué au développement du système de santé quoique de façon indirecte. La gouvernance du système de santé a bénéficié des activités de développement de la participation communautaire, de l'intensification du partenariat sectoriel et intersectoriel, de la coordination.

Les ressources financières, humaines et matérielles du système de surveillance épidémiologique de la poliomyélite ont été utilisées pour la surveillance intégrée des maladies. Les revues trimestrielles faites dans le cadre du suivi des activités de la surveillance des PFA avec le financement polio ont aussi été élargies à la vaccination de routine. Il y a lieu de signaler que les AVS polio ont constitué une opportunité d'assurer la surveillance active des maladies évitables par la vaccination dont la PFA, la rougeole, le Tétanos Maternel et Néonatal et la fièvre jaune. Le fonctionnement de ce système impose la mise à jour continue des compétences du personnel, la maintenance des matériels, la prise en charge des frais opérationnels. Avec l'insuffisance du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, ces exigences risquent de ne pas être remplies et par conséquent les performances du système de surveillance connaîtront une baisse.

2.7.3. Sur d'autres programmes de santé

La communication pour le développement a connu un grand essor avec la mise en œuvre des activités de l'IMEP. La plupart des activités de sensibilisation, communication, plaidoyers et participation communautaire aux activités sanitaires particulièrement à celles de la vaccination sont appuyées par le financement de l'IMEP. Plusieurs approches et compétences ont été développées en matière de communication pour le développement dans le cadre des activités de l'IMEP.

Les relais communautaires mobilisés tant pour les AVS que pour les activités de routine ont des compétences avérées sur les Pratiques Familiales Essentielles. Plusieurs experts de communication pour le développement sont pris en charge par le financement de la polio au niveau central et au niveau intermédiaire.

Le développement et la production des supports de communication, des documents, des spots TV et radio ont bénéficié du financement de l'IMEP.

La réalisation des certaines enquêtes sociocommunautaires en rapport avec la recherche des causes influençant l'utilisation des services de santé et particulièrement de la vaccination ont été supportées par le financement de l'IMEP.

Ainsi, une réduction voire suspension du financement de l'IMEP entrainerait un anéantissement des efforts déployés et priverait les autres programmes de santé de l'appui important pour leur développement.

2.4. Analyse FFOM

2.4.1. Fonction : immunisation

a) Forces

- Existence de personnels de santé formés (MLM, CCL, gestion technique PEV...);
- Amélioration en cours de la couverture en matériels de CDF avec le processus de solarisation ;
- Appui à la mise en œuvre intégrale de l'approche ACZ.

b) Faiblesses

- Faible appropriation des activités de vaccination par les Gouvernements (national et provinciaux) ;
- Ruptures persistantes de la CDF ;
- Ruptures persistantes des vaccins et autres intrants du PEV.

c) Opportunités

- Fonds GAVI ;
- Présence d'autres partenaires dans le transport du personnel et des intrants (Monusco et PAM) ;
- Intégration des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant.

d) Menaces

- Instabilité des personnels de santé formés ;
- cessation des fonds de l'IMEP.

2.4.2. Campagnes de masse

- a) Forces
 - Bonne implication des autorités politico administratives dans la gestion des AVS ;
 - Existence des prestataires formés à tous les niveaux
- b) Faiblesses
 - Persistance d'un grand nombre d'enfants non vaccinés pendant les AVS (>5% selon les données de monitoring indépendant) ;
 - Persistance des localités mal couvertes.
- c) Opportunité
 - Fonds GAVI-RSS et d'autres partenaires non IMEP.
- d) Menace
 - Accès difficiles à certaines populations spéciales (zones de conflits,...) ;
 - Cessation des fonds de l'IMEP.

2.4.3.Fonction: Flambée épidémique et planification des urgences

- a) Forces
 - Existence des ressources humaines qualifiées ;
 - Existence d'un système fonctionnel de surveillance des maladies intégrée.
- b) Faibles
 - Non existence des fonds sécurisés pour faire face aux USPPI.
 -
- c) Opportunité
 - Appui technique du niveau international et régional (CDC, USAID etc ...).
- d) Menace
 - Faible couverture de certaines populations spéciales (zones de conflits, IDP, ...).

2.4.4.Fonction : Monitoring

- a) Forces
 - Personnels formés sur l'amélioration de la qualité des données ;
 - Décentralisation des bases de surveillance ;
 - Tenue régulière des réunions de validation au niveau central.
- b) Faiblesses
 - Insuffisance d'analyse des données à tous les niveaux ;
 - Insuffisance des réunions de validation des données aux niveaux intermédiaire et opérationnel Faiblesse dans la qualité des données
 - Non maîtrise de la population du fait que le recensement date de 1984.
- c) Opportunité

- Présence des partenaires non IMEP qui appuient les ZS dans l'achat des performances
- d) Menace
- Instabilité des personnels formés ;
 - Retrait de l'appui technique de l'IMEP.

2.4.5.Fonction : Surveillance

- a) Forces
- Existence d'un système fonctionnel de surveillance intégré des maladies et riposte ;
 - Acquisition du statut de pays libre de la poliomyélite ;
 - Soumission à temps de Manuel de mise à jour annuelle de statut de pays libéré de la poliomyélite ;
 - Classification des PFA inadéquats par le CNEP ;
 - Investigation des grappes de cas compatibles ;
 - Existence de système de surveillance en sites sentinelles des MBP-ROTA.
- b) Faiblesses
- Faible décaissement des fonds alloués aux activités de surveillance ;
 - Persistance du faible taux d'adéquation des selles dans certaines provinces ;
 - Insuffisance quantitative des réunions des comités polio.
- c) Opportunités
- Présence des partenaires techniques et financiers non IMEP ;
 - Desk review par CDC, Risk assment Polio.
- d) Menace
- Cessation des fonds IMEP.

2.4.6.Fonction : laboratoire et confinement

- a) Forces
- Existence d'un labo de niveau BSL2 accrédité par l'OMS, laboratoire inter pays collaboration avec le NICD et autres laboratoires de référence ;
 - Présence des techniciens qualifiés ;
 - Conduite des activités de confinement de la phase 1a et 1b.
- b) Faiblesses
- Faible mobilisation des ressources pour le fonctionnement des laboratoires des sites sentinelles ;
 - Insuffisance en Kits et réactifs d'analyse avec ruptures récurrentes (rougeole, fièvre jaune, sites sentinelles) ;
 - Insuffisance dans la réalisation des activités de la phase 1b dont le SWITCH VPOt-VPOb avec la découverte des flacons de VPOt dans la ZS de Kunda ;
 - Dépendance totale des fonds IMEP pour le fonctionnement du labo national de référence polio ;

- Retard du démarrage de la surveillance environnementale.
- c) Opportunité
 - Autres financements: coopération japonaise, ambassade du Canada, CDC.
- d) Menace
 - Cessation des fonds IMEP.

2.4.7. Fonction : Recherche

- a) Force
 - Réalisation d'une étude sur la séroprévalence ;
 - Réalisation d'une étude socio comportementale ;
 - Recherche et formations sur les OVM (occasions de vaccination manquées).
- b) Faiblesse
 - Insuffisance dans l'élaboration des protocoles de recherche.
- c) Opportunités
 - Présence de CDC (séroprévalence), OMS, Unicef (recherches socio-comportementales).
- d) Menace
 - Cessation des fonds IMEP.

2.4.8. Fonction: Communication et engagement communautaire

- a) Forces
 - Amélioration du niveau d'information des parents avant la campagne est passée de 87 à 93 % (MI AVS 2016) ;
 - Disponibilité des outils de communication à tous les niveaux ;
 - Recherche active des perdus de vue dans les ZS appuyées par l'Unicef;
 - Contribution à la mise en œuvre d'autres programmes de santé au niveau communautaire ;
 - Existence d'une Task force en communication en faveur de la vaccination.
 - Existence d'une forte collaboration intersectorielle avec les confessions religieuses, les communautés et les medias ;
 - Existence d'une dynamique communautaire dans certaines ZS.
- b) Faiblesses
 - Persistance des cas de refus à la vaccination.
- c) Opportunités
 - Appropriation des activités de vaccination par les APA à tous les niveaux ;
 - Existence des partenaires en appui aux activités de communication ;

- Création de couloirs humanitaires par les agences humanitaires (Monusco, HCR, CICR,...) dans les zones en conflits ;
- Existence d'un Réseau des Parlementaires Congolais pour l'Appui à la Vaccination (REPACAV).

d) Menaces

- Insécurité dans certaines zones de santé ;
- Persistance des sectes réfractaires à la vaccination.

2.4.9.Fonction: Renforcement des Capacités des ressources humaines pour la santé

a) Forces

- Disponibilité des staffs nationaux de l'IMEP (PEV, OMS, Unicef, BMGF, USAID) ;
- Existence d'un plan national de développement des ressources humaines
- Existence des écoles de formation en sciences de santé ;
- Disponibilité en quantité suffisante de personnel de santé formé en gestion technique PEV ;
- Existence des mécanismes de motivation du personnel (tel que le PBF).

b) Faiblesses

- Instabilité du personnel au poste et migration rapide vers les mieux offrants ;
- Faible application des textes législatifs et réglementaires régissant les ressources humaines ;
- Existence de plusieurs niveaux de recrutement et d'affectation.
-

c) Opportunités

- Existence des partenaires d'appui au développement des ressources humaines (JICA, USAID, BM,...) ;
- Existence du nouveau statut du personnel de carrière des services publics de l'Etat ;
- Mise en place progressive de la réforme de l'administration publique
- Engagement du Gouvernement de revoir à la hausse l'enveloppe de la rémunération du personnel de santé ;
- Appui de GAVI à la formation de logisticiens de santé et en vaccinologie ;
- Existence des différentes formations en cours d'emplois ;
- Existence au Pays des écoles professionnelles et des formations continues (ITM, ISTM, IEM, Faculté de Médecine et Ecole de santé Publique).

d) Menaces

- Politisation du recrutement et affectation du personnel à tous les niveaux ;
- Manque de mise à la retraite du personnel éligible.

2.4.10.Fonction : Financement des activités polio

a) Forces

- Engagement des Gouvernements national et provinciaux pour le financement en faveur de la vaccination ;
- Existence des différents documents (PNDS, PPAC, PAO,...) pour la mobilisation des ressources ;
- Mise en place progressive de la couverture sanitaire universelle ;
- Mise en place des mécanismes de gestion financière (CAGF, CGPMP...).

b) Faiblesses

- Faible pourcentage du budget de l'Etat consacré à la santé pour la vaccination ;
- Faible décaissement de fonds des Gouvernements national et provinciaux ;
- Faible disponibilité des outils de gestion financière à certains niveaux de la pyramide sanitaire.

2.5. Établissement et fixation des objectifs stratégiques sanitaires et étapes à l'échelon national

Tableau 18. Objectifs stratégiques sanitaires

Objectifs/cibles de santé et de développement internationaux, régionaux ou locaux prioritaires						
	Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
D'ici à 2022 atteindre 100% de Couverture en matériel CDF au niveau opérationnel	Couverture en matériels de CDF	90	95	99	100	100
D'ici à 2022 rendre disponible les vaccins et autres intrants à tous les niveaux à 100% ;						
	Couverture de besoins en vaccins et autres intrants (VPO)	100%	100%	100%	100%	100%
	Couverture de besoins en vaccins et autres intrants (VPI)	100%	100%	100%	100%	100%
D'ici à 2022 porter de 20% à 80% la proportion des ZS ayant une couverture vaccinale d'au moins 80% dans tous les antigènes.	Proportion des ZS avec CV≥80% dans tous les antigènes	30%	50%	60%	70%	80%
D'ici à 2022 au moins 95 % des personnels à tous les niveaux seront formés en gestion PEV, surveillance et CCL.	Proportion de personnel formé	35%	50%	65%	80%	95%
D'ici à 2022 toute flambée ou événement devra bénéficier d'une réponse adéquate dans le délai	Proportion de riposte dans le délai	100%	100 %	100%	100 %	100%
D'ici à 2022 maintenir les ressources technique et financière allouées aux activités de confinement et la surveillance environnementale	proportion des ressources mobilisées	100%	100%	100%	100%	100%
D'ici à 2022, accroître le budget de l'Etat de 5% en faveur de la vaccination	Proportion d'accroissement du budget de l'Etat en faveur de la vaccination	2%	2%	3%	4%	5%

3. OBJECTIFS DE LA TRANSITION

3.1. Objectif général

Assurer la transition des acquis du Programme d'Eradication de la Poliomyélite afin de maintenir un monde exempt de poliomyélite après la certification de l'éradication de la poliomyélite.

3.2. Objectifs spécifiques de la transition

- 3.2.1. Maintenir et intégrer les fonctions essentielles de la poliomyélite après la certification de l'éradication d'ici à 2022
- 3.2.2. Assurer le transfert des capacités techniques, des processus, des actifs et leçons apprises générés par l'IMEP pour appuyer les autres priorités de santé d'ici à 2022
- 3.2.3. Assurer la communication pour un engagement politique et communautaire en vue de la mobilisation des ressources en faveur de la transition du programme d'éradication de la poliomyélite d'ici à 2022.

4. FIXATION DES PRIORITÉS REGIONALES ET NATIONALES

Dans la région africaine, la déclaration sur *l'accès universel à la vaccination comme pierre angulaire de la santé et du développement en Afrique* a été adoptée lors du sommet de l'Union Africaine tenu en janvier 2017.

Le PNDS 2016-2020 vers la couverture sanitaire universelle prévoit dans son objectif général et notamment pour la cible 2, de contribuer à réduire la mortalité infantile-juvénile de 104 à 60 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2020.

Et aussi dans son objectif sectoriel, la cible 5 vise d'ici 2020 que la couverture vaccinale des enfants passe de 45,5 à 80%.

Par ailleurs, dans son plan pluri-annuel complet 2015-2019, le PEV s'est fixé les objectifs spécifiques suivants par domaine :

a) Prestation des services

- D'ici fin 2019, atteindre un taux de CV d'au moins 93 % au niveau national et d'au moins 80% dans chaque ZS pour le DTC-HepB-Hib3 ;
- D'ici fin 2019, réduire l'écart de couverture de DTC-HepB-Hib3 entre les couvertures vaccinales administratives et celles estimées par l'OMS et l'Unicef à moins de 10% ;
- D'ici fin 2019, Introduire le VPI, Rota virus, le VAR2/RR, le Td et le HPV.

b) Approvisionnement, qualité des vaccins et logistique

- D'ici 2019, assurer à 100% la disponibilité de vaccins de qualité et autres intrants à tous les niveaux ;
- D'ici fin 2019, renforcer 100% des structures en capacité de gestion logistique par la dotation en équipement et la formation du personnel ;
- D'ici 2019, augmenter la couverture en chaîne de froid fonctionnel de 16% à 90 % au niveau des AS;

c) AVS

D'ici 2019 : Réaliser 100% des AVS de qualité dans les délais

d) Surveillance

- Atteindre les indicateurs de surveillance de PFA au niveau de standard de certification dans les 26 DPS d'ici 2019 ;
- Mettre en place un système de surveillance environnementale du PVS d'ici 2018 ;
- Porter de 60 à au moins 80% la proportion des ZS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement d'ici 2019 ;
- Porter de 50,59 à 100% des cas de fièvre jaune notifiés et investigués d'ici 2019 ;
- Porter de 14,6 à 60% le taux d'investigation des cas de TNN d'ici 2019 ;
- Porter de 1 à 50% la notification des cas de MAPI d'ici 2019 ;
- Assurer un fonctionnement optimal de 100% des sites sentinelles d'ici 2019.

e) Communication

D'ici à fin 2019 :

- 95% des parents auront demandé la vaccination complète de leurs enfants de 0-11 mois y compris pour les nouveaux vaccins
- Réduire de 16 % à moins de 5 % la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS polio à cause du refus.
- Améliorer le niveau d'information des parents de 89 % à 95 % avant la campagne de masse
- Réduire de 10% à moins de 7 % la proportion des femmes en âge de procréer qui refusent de se faire vacciner lors des campagnes TMN.
- Au moins 20% des cas des maladies évitables par la vaccination seront détectés par la Communauté.
- 90% des APA et les leaders de base s'engageront et appuieront les activités de vaccination
- 90 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination
- 90% des acteurs de la communication renforceront leurs capacités

f) Gestion du Programme

D'ici 2019 :

- D'ici 2019, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme
- D'ici 2019, accroître le budget de l'Etat en faveur de la vaccination.

5. STRATEGIES DE TRANSITION

5.1.Stratégies de transition pour chaque fonction/sous fonction essentielles polio et non polio proposées

Tableau 19. Stratégies de transition par fonction

Fonctions	Sous fonction	Objectifs	Stratégies alternatives	Stratégies de transition
Implémentation et prestation de service	immunisation	D'ici 2022 porter de 52% à 99,9% de CV en matériels de CDF fonctionnels;	-Optimisation de la chaîne logistique pour l'immunisation (acquisition des pièces de rechanges et consommables ...)	Optimisation progressive de la chaîne logistique et du système de distribution avec les fonds du gouvernement et partenaires de 2019 à 2022.
		D'ici 2022 rendre disponible les vaccins et autres intrants à tous les niveaux à 100% ;	-Amélioration du système de distribution et transport des vaccins et autres intrants	Amélioration du système de distribution et transport des vaccins et autres intrants
		D'ici à 2022 porter de 35 % à 80% la proportion des ZS avec la couverture vaccinale à plus de 80% dans tous les antigènes.	-Optimisation de la micro planification pendant les AVS polio jusque 2019. -Optimisation de la micro planification avec les fonds des autres partenaires de façon progressive jusqu'en 2022 -Renforcement de la vaccination de routine pendant les autres AVS non polio de 2019 à 2022.	Renforcement de la vaccination de routine avec les fonds du gouvernement et partenaires de la vaccination pour la récupération des enfants non ou insuffisamment vacciné pendant les AVS non polio de 2019 à 2022 avec un accompagnement du retrait du VPOb et introduction de la 2 ^{ème} dose du VPI

	Assistance technique et mise en œuvre des activités de Surveillance, campagnes de masse et d'immunisation,	D'ici à 2022 au moins 95 % de prestataires à tous les niveaux seront formés en gestion PEV, surveillance et CCL.	Renforcement des capacités des ressources humaines à tous les niveaux	Capitalisation des ressources humaines issues de l'IMEP à tous les niveaux avec les fonds du gouvernement et autres partenaires.
	Flambée épidémique et planification des urgences	D'ici 2022 toute flambée ou événement devront bénéficier d'une réponse adéquate dans les délais	Mobilisation des ressources sécurisées pour faire face aux USPPI	Sécurisation des ressources existantes et mobilisation des ressources additionnelles sécurisées pour faire face aux USPPI avec les fonds du gouvernement et partenaires de 2019 à 2022
Monitoring	Suivi & évaluation	-D'ici 2022, réduire l'écart de CV entre DTC-Hep B-Hib3 et VPI1 -Développer un cadre de suivi évaluation du plan de transition polio	-Amélioration de la prestation et de la qualité de données de vaccination ; -Renforcement des capacités des gestionnaires des données ; -Décentralisation des bases des données dans les provinces ; -Organisation des audits/enquêtes de la qualité des données pendant les AVS.	Amélioration de la prestation et de la qualité de données de vaccination ; avec les fonds du gouvernement des autres partenaires de 2019 à 2022
Surveillance	Surveillance terrain	D'ici à 2022 réduire progressivement l'assistance technique des agences avant la certification de l'éradication en garantissant le transfert de compétence	Maintien de la configuration actuelle de l'appui technique de l'OMS jusqu'en 2022 tout en opérant un transfert de compétences aux DPS Maintien de la configuration actuelle de	Dévolution progressive des activités de la surveillance de PFA intégrée à d'autres maladies sous surveillance assurées par les sous bureaux OMS vers les DPS

			l'appui technique de l'OMS jusqu'en 2019 Transfert des compétences et des ressources entre 2020 et 2022	
	Laboratoire Polio, certification et confinement	D'ici à 2022 maintenir le score d'accréditation du laboratoire national de référence à $\geq 90\%$	Maintien du fonctionnement du laboratoire national de référence polio et des activités de certification et confinement jusqu'en 2022 par l'OMS	Maintien du fonctionnement du laboratoire national de référence polio et des activités de certification et confinement jusqu'en 2022 par l'OMS
Communication et engagement communautaire et plaidoyer politique	Animateurs sociaux	D'ici fin 2022, 95 % des structures communautaires (CAC, CODESA...) s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination	Plaidoyer pour un engagement accru des autorités politico administratives et des partenaires en faveur de la lutte contre la polio. Mobilisation sociale, création des alliances et partenariat	Plaidoyer pour une meilleure appropriation l'éradication de la polio par les autorités politico-administratives, société civil et les structures de participation communautaire
	Média, communications et promotion	D'ici fin 2022, 95 % des réseaux sociaux s'engageront dans la mise en œuvre des activités de vaccination	Communication pour le changement social et de comportement en faveur de la vaccination	
Renforcement Capacités	Formation	D'ici 2022, renforcer les capacités des prestataires par des formations	-Organiser les sessions des formations des prestataires	Maintien du renforcement des capacités en organisant des sessions de formation, des supervisions et des missions de suivi et

				évaluation dans différentes structures à tous les niveaux (central, intermédiaires et opérationnels)
Financement	Mobilisation des ressources	D'ici à 2022, accroître le budget de l'Etat de 5% en faveur de la vaccination	Mobilisation des ressources adéquates Augmentation de, l'accès aux financements mobilisés	Securisation des financements durable pour la mise en oeuvre du plan de transition
Gouvernance et leadership (Partenariats et coordination)	Inspections, les audits internes et externes ;	D'ici à 2022, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme	Renforcement des Audits et de contrôle des structures.	Transfert progressif au Gouvernement par les partenaires de l'IMEP des fonctions de bonne gouvernance (audits, contrôles efficaces et efficaces)
	Redynamisation des organes des coordinations		Redynamisation des organes de coordination du Programme (CNP, CCIA CPP TC)	Redynamisation des organes de coordination du Programme (CNP, CCIA CPP, TC etc) (au cours de 2 années)
			Intégration des ressources matérielles et humaines IMEP dans la structure de l'Etat à tous les niveaux	L'intégration des cadres et matériels de l'IMEP dans la fonction publique ainsi que leur fonctionnement d'ici 2022.

5.2. Stratégies de transition pour les fonctions / sous fonctions essentielles polio retenues

Tableau 20. Stratégies de transition par fonction

Fonctions	Sous fonction	Objectifs	Stratégies alternatives	Stratégies de transition
Implémentation et prestation de service	Flambée épidémique et planification des urgences	D'ici à 2022 toute flambée ou événement devront bénéficier d'une réponse adéquate dans les délais	Mobilisation des ressources sécurisées pour faire face aux USPPI	Maintien et intégration progressive des actifs
Surveillance	Surveillance terrain	D'ici à 2022 réduire progressivement l'assistance technique des agences avant la certification de l'éradication en garantissant le transfert de compétence	• <u>Dévolution complète des activités de surveillance dans les provinces en fin 2020</u> • <u>Dévolution partielle des activités de surveillance en fin 2020 et fin de la dévolution en fin 2022.</u>	Maintien et intégration progressive des actifs
	Laboratoire et confinement	D'ici à 2022 maintenir le score d'accréditation du laboratoire national de référence à $\geq 90\%$		Maintien des activités de labo et confinement
Renforcement Capacités	Formation	D'ici 2022, renforcer le leadership, le partenariat et la bonne gouvernance du programme	Renforcement de la gestion efficace et efficiente des ressources	Maintien et intégration progressive des actifs
Financement	Mobilisation des ressources	D'ici à 2022, accroître le budget de l'Etat de 5% en faveur de la vaccination	Mobilisation des ressources adéquates Augmentation de, l'accès aux financements mobilisés	Maintien de la fonction

Formatted: Indent: Left: -0.11 cm, Hanging: 0.37 cm, Right: -0.24 cm, Bulleted + Level: 1 + Aligned at: 0.63 cm + Indent at: 1.27 cm

6. ACTIVITES, CALENDRIER ET BUDGET

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
1	Transition des fonctions essentielles du programme polio : Vaccination de routine									
	Résultats attendus : : la fonction est maintenue et transfert progressif des actifs au gouvernement									
1.1	Apporter un appui technique et financier au processus annuel de micro planification intégrée des ZS y compris la vaccination selon l'ACZ	DE P/PEV/DPS	% de ZS disposant de micro plans intégrés validés	\$5 824 600,00	-GAVI RSS2 (\$288700)	100%	100%	100%	100%	100%
1.2	Apporter un appui technique et financier dans le renforcement de la vaccination de routine dans toutes les 516 ZS (mise à disposition des fonds pour toutes les 5 composantes réunions des, commission, Télé conférence, supervision, participation aux revues des DPS, appui aux revues trimestrielles des DPS)	PEV/DPS	Proportion des ZS avec appui technique et financier pour le re nforcement de la vaccination de routine	\$25158 070,20	Gavi RSS2 (\$ 11392560) Unicef (\$1399100)	516	516	516	516	516

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
1.3	Appuyer le renforcement des capacités des ressources humaines sur la gestion PEV dans les 26 DPS	PEV/DPS	Proprtion des RH renforcées en gestion PEV dans les 26 DPS	\$1 667 235,00	GAVI RSS2 (\$ 925235) -Unicef (\$242000)	100%				
1.4	Appuyer le renforcement de la vaccination de routine pendant les autres AVS non polio les 516 ZS	PEV	Proportion des ZS ayant organisé les activités de vaccination de routine pendant les AVS		17274192	516	516	516	516	516
1.5	Assurer l'amélioration de la couverture en CDF	PEV/DPS	% d'AS disposant d'un réfrigérateur fonctionnel	\$52 700 000,00	GAVI CCEOP1 (\$1669666 0) GAVI CEOP2 \$3257750 0					
1.6	Assurer le transport des vaccins du dépôt central vers les 26 DPS/Antennes	PEV/Unicef	Nbre de provinces n'ayant pas connu une rupture de stock des vaccins dans au moins un antigène	\$12 500 000,00	Gouv't (2000000) GAVI RSS2 (\$1000000 0)	26	26	26	26	26

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
1.7	Acquerrir les réfrigérateur d'au moins 150 litres pour 516 BCZS	PEV	Proportion des bureaux centraux disposant d'une capacité de stockage utilisable suffisante							
1.8	Assurer la distribution des vaccins au niveau des ZS et AS	PEV	% des ZS n'ayant pas connu une rupture dans un antigène							
1.9	Apporter un appui technique et financier à l'organisation des enquêtes DQS/LQAS dans les 44 antennes et 516 ZS	D5/PEV/DPS	Proportion des antennes appuyées techniquement et financièrement pour organiser les enquêtes	\$175 000,00		516	516	516	516	516
			Proportion des ZS appuyées techniquement et financièrement pour organiser les enquêtes							

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
1.10	Developper le cadre de suivi et évaluation du plan de transition polio									
1.11	Organiser le retrait du VPOb et l'introduction de la deuxième dose du VPI	PEV et partenaires	Proportion des ZS avec 0 flacon de VPOb dans le stock							
S/TOTAL 1				\$98 024 905,20						
2	Transition des fonctions essentielles du programme polio : Réponses aux flambées épidémiques, Campagnes de vaccination									
	Résultats attendus : la fonction est maintenue et transfert progressif des actifs au gouvernement									
2.1	Mobiliser les ressources techniques, financières et logistiques pour la Mise en œuvre du plan d'urgence polio	PEV	Proportion des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan d'urgence polio	PM						
2.2	Renforcer les capacités des équipes au niveau intermédiaire et opérationnel dans l'investigation et la riposte aux épidémies et autres événements de sante publique	DLM	% d'équipes fonctionnelles en gestion des épidémies par niveau	PM						
3	Transition des fonctions essentielles du programme polio : Surveillance épidémiologique et laboratoire									

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
3.1	Apporter un appui technique et financier à la mise en œuvre de la surveillance PFA au niveau opérationnel y compris le transport des échantillons	DLM/DPS	Taux de PFA NP (sup à 3 pour 100.000 pers de 0 à 15 ans)	\$15 000 000,00	Gouv/	3000000				
		INRB/PEV/OMS	Proportion de deux échantillon des selles recueillis dans les 14 jours							
3.2	Apporter un appui technique et financier à la surveillance environnementale	INRB/PEV/OMS		\$2 500 000,00	Gouv/	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
					OMS					
3.3	Apporter un appui technique et financier au fonctionnement du laboratoire polio	Gouvernement/ OMS et autres partenaires	Score maintenu au standard d'accréditation	\$5 000 000,00	Gouv/	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
					OMS					
3.4	Renforcer les capacités managériales des cadres de 26 DPS dans la surveillance PFA et autres	Gouvernement/OMS et autres partenaires	Proportion des cadres de 26 DPS capacités en surveillance	\$800 000,00	Gouv/	400.000	400.000			

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
	maladies évitables par la vaccination		PFA et autres maladies évitables par la vaccination		OMS					
3.5	Apporter un appui financier aux activités de comités de certification et confinement de la polio	DLM	Proportion de financement mobilisé pour le fonctionnemen t des comités polio	\$500 000,00	Gouv/	100.000				
					OMS		100.000	100.000	100.000	100.000
3.6	Apporter des mises à jour périodiques de la stratégie globale post certification.	Gouv/OMS	Existence du document de mise à jour périodique de la stratégie post certification de l'éradication de la polio	\$100 000,00	Gouv/OMS	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
S/TOTAL 2				\$ 23 900 000,00						
4	Transition des fonctions essentielles du programme polio : Communication									
	Plaidoyer pour une meilleure appropriation de l'éradication de la polio par les autorités politico- administratives , société civile et les structures de participarion communautaire									
4.1	Mener le plaidoyer aupres des APA du niveau National pour l'appropriation des acquis de l'IMEP et la mobilisation des ressources en faveur de la	Minisanté et Partenaires	Existence d'un document de mémorandum d'entente signé par les parties prenantes pour	\$15 000,00	PATH/SVI	X	X	x	x	x

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
	transition polio		le financement des différents plans de transition polio							
4.2	Apporter un appui technique et financier au renforcement de la surveillance à base communautaire des maladies évitables par la vaccination	PEV et Partenaires	Proportion des cas des maladies évitables par la vaccination notifiés par la communauté	\$3 900 000,00	Gavi OSC, UNICEF et Banque mondiale					
4.3	Créer un partenariat avec les structures non étatiques pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	PEV et Partenaires	Nbre des structures non étatiques ayant signé un contrat de partenariat avec le Minisanté à travers le PEV							
S/TOTAL 3				\$3 915 000,00						
Stratégie 1 GESTION PEV										
Maintien du renforcement des capacités en organisant des sessions de formation, des supervisions et des missions de suivi et évaluation dans différentes structures à tous les niveaux (central, intermédiaires et opérationnels)										

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
5.1.1	Organiser les sessions de formation des cadres et agents de la santé à tous les niveaux	PEV ,DPS et Partenaires	Nombre des cadres et agents formés sur les prévus	\$1 750 000,00	Gvt, Gavi, OMS, Unicef, Banque Mondiale	\$350 000	\$350 000	\$350 000	\$350 000	\$350 000
5.1.2	Organiser les missions de supervision, suivi et évaluation des structures à tous les niveaux	PEV ,DPS et Partenaires	Disponibilité des rapports de missions	\$770 000,00	Gvt, Gavi, OMS, Unicef, Banque Mondiale	\$154000	\$154000	\$154000	\$154000	\$154000
Stratégie 2.										
Maintenir la securisation des financements durable pour la mise en oeuvre du plan de transition										
5.2.1	Organiser les plaidoyer au plus haut niveau pour accroître le financement durable et contregnant de la vaccination (santé, budget et finance)	PEV, Partenaires et REPACAV	Nombre de réunions de plaidoyer tenues sur prevues	\$37 500,00	Gvt, Gavi, OMS IMEP, Unicef IMEPf, Banque Mondiale	7500\$	7500\$	7500\$	7500\$	7500\$

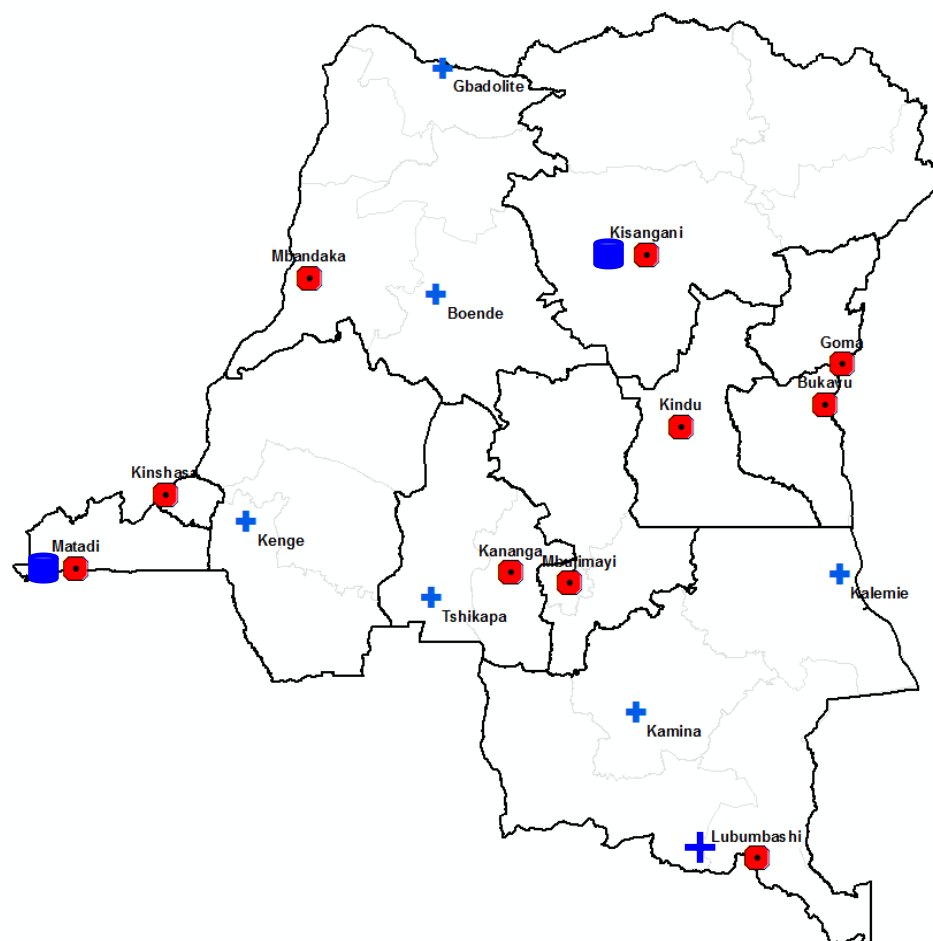
N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
5.2.2	Assurer le suivi pour la promulgation du projet de la loi sur la santé intégrant les aspect de la vaccination (parafiscalité)	PEV, Partenaires et REPACAV	Disponibilité de la loi sur la santé		Gvt, Gavi, OMSIMEP , Unicef IMEPf, Banque Mondiale	PM	PM	PM	PM	PM
5.2.3	Créer la structure budgétaire des lignes spécifiques pour le financement des activités du PEV (surveillance, prestations de services de vaccination, fonctionnement des services et unités, communication, etc.) à tous les niveaux	PEV et REPACAV	Existence d'une ligne spécifique de financement de la vaccination dans le budget de l'Etat		Gvt et Partenaire s	PM	PM	PM	PM	PM
5.2.4		REPACAV / PEV et partenaires	Niveau de financement des besoins du PEV	\$20 000,00	Gvt, sabin, Path et sanru	4000\$	4000\$	4000\$	4000\$	4000\$
5.2.5	Organiser des missions de plaidoyer auprès des Assemblées et Gouvernements provinciaux pour inscrire les lignes de crédit budgétaire en faveur de la vaccination	REPACAV / PEV et partenaires	Nombre de missions de plaidoyer réalisées sur les prévues	\$357 500,00	Gvt, Gavi,SABI N et BM	\$71 500	\$71 500	\$71 500	\$71 500	\$71 500
Strategie 3										
Transfert progressif au Gouvernement par les partenaires de l'IMEP des fonctions de bonne gouvernance (audits, contrôles efficaces et efficaces)										
Redynamisation des organes de coordination du Programme (CNP, CCIA CPP, TC etc) (au cours de 2 années)										

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
5.3.1	Organiser régulièrement les réunions de coordination (CNP, CCIA, CPP et TC)	PEV ,DPS et Partenaires	Nombre de réunions de coodination tenues sur les prévues	\$5 000,00	Gvt, Gavi et Banque mondiale		1000	1000	1000	1000
5.3.2	Organiser les audits internes et externes, les inspections et les contrôles de ressources	PEV ,DPS et Partenaires	Nombre d'audits et contrôles réalisés sur les prévus	\$500 000,00	Gvt, Gavi et Banque mondiale		100000\$	100000\$	100000\$	100000\$
5.3.3	Développer de nouveaux partenariats au niveau local, national et international pour le soutien à la vaccination	REPACAV / PEV et partenaires	Existence d'un document de Memorandum signé avec différents partenaires	\$100 000,00	Gvt		2000\$	2000\$	2000\$	2000\$
5.3.4	Intégrer les activités de plan de transition du programme polio dans les autres plans du PEV (PPAC,PAO)	Gvt, PEV et partenaires	Disponibilité des PPAC et PAO intégrant les activités de plan de transition polio		GVT,OMS ,Unicef et Gavi et autres		PM	PM	PM	PM
5.3.5	Integrer les ressources de l'OMS et l'Unicef dans la Fonction Publique	GVT,Parle ment, DEP,D1 et PEV	Nombre des cadres et agents de l'OMS et de l'Unicef intégrées dans la fonction publique		Gvt, Gavi , Banque mondiale		PM	PM	PM	PM
S/TOTAL 4				\$3 540 000,00						

N°	Activités	Responsable	Indicateur	Coût	Sources financem ent	2018	2019	2020	2021	2022
TOTAL GENERAL				\$129 379 905,20						

7. Annexes

7.1. Le dispositif d'appui de l'OMS au 31 décembre 2016 (source OMS)



 Sous-Bureau OMS

 MEP Surveillance

 Logisticien

7.2. Personnel IVD au 31 août 2017

Description	Occupied												
	MEP Cordo SB	MEP Surveillance	MEP Surveillance Cordo Niveau Central	AO/OO	EPI Financial Assistant	SEC EPI	AA - SB	Data Manager	Data Clerk	Log EPI	Driver	SSA	Total occupied
	NOC	NOB	NOC	P3	G6	G5	G5	NOA	G6	NOB	G2	NOB	
BANDUNDU	1						1				1	1	3
BAS KONGO	1						1			1	1	1	4
EQUATEUR	1	1					1				1	1	4
KASAI OCCIDENTAL	1						1				1	1	3
KASAI ORIENTAL	1						1				1	1	3
KATANGA	1						1				1	1	3
KINSHASA	1						1				1	1	3
MANIEMA	1						1				1	1	3
NORD KIVU	1						1				1	1	3
PROV ORIENTALE	1	1					1			1	1	1	5
SUD KIVU	1						1				1	1	3
Tot S/B	11	2	0	0		0	11	0	0	2	11	11	37
Central			2	1		1		1	1	1	3		10
Total Polio	11	2	2	1		1	11	1	1	3	14	11	47

7.3. Coût annuel de la rémunération du personnel

Description	Occupied												Coût en \$
	MEP Cordo SB	MEP Surveillance	MEP Surveillance Cordo Niveau Central	AO/OO	SEC EPI	AA -SB	Data Manager	Data Clerk	Log EPI	Driver	SSA	Total occupied	
	NOC	NOB	NOC	P3	G5	G5	NOA	G6	NOB	G2	NOB		
BANDUNDU	1					1				1	1	3	362.500
BAS KONGO	1					1			1	1	1	4	483.000
EQUATEUR	1	1				1				1	1	4	483.000
KASAI OCCIDENTAL	1					1				1	1	3	362.500
KASAI ORIENTAL	1					1				1	1	3	362.500
KATANGA	1					1				1	1	3	362.500
KINSHASA	1					1				1	1	3	362.500
MANIEMA	1					1				1	1	3	362.500
NORD KIVU	1					1				1	1	3	362.500
PROV ORIENTALE	1	1				1			1	1	1	5	603.500
SUD KIVU	1					1				1	1	3	362.500
Tot S/B	11	2	0	0	0	11	0	0	2	11	11	37	
Central			2	1	1		1	1	1	3		10	951.500
Total Polio	11	2	2	1	1	11	1	1	3	14	11	47	
Coût rémunération	1.798.500	241.000	327.000	212.500	47.000	517.000	95.000	55.000	361.500	441.000	1.325.500		5.421.000