



MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

Unité*Travail*Progrès



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION GENERALE DE LA POPULATION

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

PLAN PLURI ANNUEL COMPLET 2018-2022



TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
RESUME.....	I
INTRODUCTION.....	2
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DU PAYS.....	3
1.1. PRESENTATION DU PAYS.....	3
1.1.1. <i>Situation géographique</i>	3
1.1.2. <i>Climat et végétation</i>	3
1.1.3. <i>Hydrographie</i>	4
1.1.4. <i>Voies de communication</i>	4
1.1.5. <i>Démographie</i>	4
1.1.6. <i>Organisation politique et administrative</i>	5
1.1.7. <i>Economie</i>	6
1.2. SYSTEME DE SANTE DU PAYS.....	7
1.2.1. <i>Politique Nationale de Santé (PNS)</i>	7
1.2.2. <i>Organisation et fonctionnement du système de santé</i>	8
1.2.3. <i>Performances des services de santé congolais</i>	11
1.2.4. <i>Profil épidémiologique</i>	12
1.2.5. <i>Financement de la santé</i>	14
1.2.6. <i>Programme Elargi de Vaccination (PEV)</i>	15
CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV.....	19
2.1. ANALYSE DES CINQ OPERATIONS ET COMPOSANTES D'APPUI AU SYSTEME DE VACCINATION.....	19
2.1.1. <i>Analyse de la situation des cinq opérations</i>	19
2.1.2. <i>Analyse des composantes d'appui</i>	43
2.2. SYNTHESE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES RELEVÉES.....	48
2.2.1. <i>Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces relatives aux cinq opérations</i>	48
2.2.2. <i>Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces relatives aux trois composantes d'appui</i>	53
2.3. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	55
CHAPITRE III : VISION ET OBJECTIFS DU PPAC 2018-2022.....	58
3.1. VISION.....	58
3.2. OBJECTIFS.....	58
3.2.1. <i>Objectif Général</i>	58
3.2.2. <i>Objectifs Spécifiques</i>	58
3.3. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE.....	60
CHAPITRE IV : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC 2018-2022.....	61
CHAPITRE V : ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENT DU PEV 2018-2022.....	78
5.1. CONTEXTE.....	78
5.2. METHODOLOGIE.....	78
5.3. LES COUTS DU PROGRAMME POUR L'ANNEE 2016.....	79
5.4. LE FINANCEMENT DU PROGRAMME EN 2016.....	81
5.5. LES BESOINS EN RESSOURCES DU PROGRAMME DE 2018 A 2022.....	82
3.4. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2018 A 2022.....	84
5.6. ANALYSE DES ECARTS ET LA STRATEGIE DE VIABILITE FINANCIERE DU PROGRAMME.....	85
ANNEXES.....	86

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1: Principaux indicateurs sociodémographiques du Congo
Tableau 2: Structuration du territoire en départements, districts, communes et arrondissements
Tableau 3: Projections du financement du PBDS 2015-2016 (coût en F CFA)
Tableau 4: Calendrier de vaccination du jeune enfant
Tableau 5: Calendrier vaccinal de la mère avec intervalle entre les doses et durée de protection
Tableau 6: Evolution des principaux indicateurs de performance de l'offre de la vaccination de routine de 2012 à 2016
Tableau 7: Résultats des AVS Rougeole 2013 – 2016
Tableau 8: Couvertures administratives et monitoring en % des AVS Polio de 2012 à 2016
Tableau 9: Critères d'appréciation de la GEV par niveau d'approvisionnement
Tableau 10: Situation du matériel de la chaîne du froid au niveau central
Tableau 11: Capacité de stockage requis en positif au niveau central (litres)
Tableau 12: Gap capacités de stockage positive au niveau des départements de 2017 à 2022
Tableau 13: Equipements de chaîne du froid additionnels par départements de 2017 à 2022
Tableau 14: Répartition des moyens de transport par département selon leur état
Tableau 15 : Evolution des maladies cibles du PEV 2012-2016
Tableau 16: Evolution des 2 indicateurs majeurs de surveillance de PFA de 2014 à 2016
Tableau 17: Performance de la surveillance de la rougeole de 2012 à 2016
Tableau 18: Performances de la surveillance de la fièvre jaune de 2012 à 2016
Tableau 19: Performance de la surveillance du tétanos de 2012 à en 2016
Tableau 20: Les sources de financement de la vaccination de 2011 à 2016
Tableau 21: Répartition des dépenses effectuées en 2015 par sources de financement
Tableau 22: Principales activités et indicateurs en fonction des stratégies retenues
Tableau 23: Coûts du programme pour l'année de base
Tableau 24: Evolution du budget de 2018 à 2022 par catégorie
Tableau 25: Répartition des sources de financement de 2018 à 2022

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Carte géographique du Congo
Figure 2 : Découpage administratif du pays en départements
Figure 3: Pourcentage des équipements selon les normes
Figure 4 : Etat de fonctionnement des équipements
Figure 5 : Principales sources d'énergie pour les équipements
Figure 6: Délai de transport des échantillons
Figure 7 : Performances de la surveillance des PFA par département du 09 Octobre 2016 au 08 Octobre 2017
Figure 8 : Cartographie des cas suspects de rougeole en 2016
Figure 9 : Progrès dans le contrôle de l'élimination de la rougeole au Congo de 1997 à 2016
Figure 10 : Répartition des coûts du financement du programme de l'année 2016
Figure 11 : Répartition du financement de la vaccination pour l'année 2015
Figure 12 : Projection des futurs besoins en ressources (coûts partagés exclus)
Figure 13 : Evolution des dépenses de 2018 à 2022

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACD :	Atteindre Chaque District
ANR :	Agence Nationale de Régulation
AVS :	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG :	Bacille Calmette et Guérin
CAP :	Connaissances Aptitudes Physiques
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agences
CdF :	Chaîne de froid
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CERF :	Central Emergency Response Fund
CFV :	Centre Fixe de Vaccination
CHUB :	Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
CNC :	Comité National de Certification
CNEP :	Comité National des Experts de la Poliomyélite
CNLSE :	Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA ,les IST et les épidémies
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
COMEG :	Congolaise des Médicaments Essentiels et Génériques
CPN :	Consultations Périnatales
COSA :	Comité de Santé
CSI :	Centre de Santé Intégré
CV :	Couverture Vaccinale
DDS :	Direction Départementale de la Santé
DGMPL :	Direction Générale du Médicament des Pharmacies et Laboratoires
DGPOP :	Direction Générale de la Population
DS :	District sanitaire
DSRP:	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTC3:	3ème dose de vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
EDS :	Enquête Démographique de Santé
FED :	Fonds Européen pour le Développement
FOSAA :	Formation Sanitaire Ambulatoire
Gavi:	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GEV :	Gestion Efficace des Vaccins
GIVS:	Vision et Stratégies Mondiale pour la vaccination
GTC :	Groupe Technique Consultatif
GVAP	Plan d'action mondial des vaccins
FRPC:	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
HepB :	Hépatite B
HG :	Hôpital Général
Hib	Haemophilus influenza type B
HPV :	Virus Papilloma Humain
HR :	Hôpital de Référence
HTA :	Hypertension artérielle
IEP :	Initiative d'Eradication de la Poliomyélite
IDH :	Indice du Développement Humain
IgM :	Immunoglobuline M

INRB :	Institut National de Recherches Biomédicales
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
LNSP :	Laboratoire National de Santé Publique
MAPI:	Manifestations Adverses Post Immunisation
MILDA :	Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d' Action
MLM :	Mid-Level Management
MTN :	Maladie Tropicale Négligée
MVE :	Maladie à Virus Ebola
NTIC :	Nouvelle Technologie d'Information et Communication
ODD:	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC :	Organisation des Secours
PAPN :	Port Autonome de Pointe-Noire
PASCOB:	Projet d'Appui au Système de santé du Congo Brazzaville
PBDS :	Plan Biennal de Développement Sanitaire
PBF :	Financement Basé sur la Performance
PCIME:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS :	Plan de Développement des Services de Santé
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PFA :	Paralysie Flasque Aigue
PIB :	Produit Intérieur Brut
PIC :	Plan Intégré de Communication
PMAE :	Paquet Minimum d'Activités Elargi
PMAS:	Paquet Minimum d'Activités Standard
PND :	Plan National de Développement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC :	Plan Pluriannuel Complet
PPTE :	Pays Pauvre Très Endetté
PQS :	Performance Qualité Sécurité
PSE :	Paquet de Services Essentiels
PSRV :	Plan Stratégique Régional sur la Vaccination
PVS :	Poliovirus sauvage
RDC :	République Démocratique du Congo
RGPH :	Recensement Général de la population et de l'Habitat
RSS :	Renforcement du Système de Santé
SIMR :	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SNIS :	Système National de l'Information Sanitaire
SSP :	Soins de Santé Primaires
TMN :	Tétanos Maternel Néonatal
TPM + :	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
USD :	Dollar américain
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquis

RESUME

Le présent Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) du Programme Elargi de Vaccination du Congo couvre la période 2018-2022. Il s'aligne sur le Plan National de Développement (PND) 2018-2022, le Plan de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2018, le Plan d'Action Mondial des Vaccins (GVAP) 2011-2020 et le plan stratégique régional sur la vaccination (PSRV) 2014-2020.

Le processus d'élaboration de ce plan a suivi plusieurs étapes, à savoir : (i) l'organisation d'un briefing sur la nouvelle méthodologie d'élaboration des PPAC, (ii) la revue documentaire, (iii) l'élaboration du premier draft, (iv) le débriefing et partage du premier draft, (v) l'organisation d'un deuxième atelier pour la finalisation du PPAC et (vi) la validation du document et présentation au Comité de Coordination Inter Agences (CCIA).

Le PPAC 2018-2022 est structuré en cinq chapitres. Le premier chapitre décrit le contexte géographique, économique et politique. Il décrit également le système de santé, ainsi que le programme Elargi de Vaccination (PEV).

Le deuxième chapitre aborde l'analyse de la situation du PEV à travers les composantes opérationnelles et d'appui de la vaccination, à savoir, les prestations des services de vaccination, l'approvisionnement et qualité des vaccins, la logistique de la Chaîne de Froid (CdF), la communication, la surveillance, la coordination/gestion du programme, le renforcement des capacités et le financement. Cette analyse a abouti à l'identification des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces et a permis de dégager les problèmes prioritaires et leurs causes.

Le troisième chapitre présente la vision et les objectifs du PPAC 2018-2022, les principales stratégies de mise en œuvre tout en rappelant les objectifs, jalons et niveau de priorités. La vision du PEV est de protéger le plus grand nombre de personnes possible contre le plus grand nombre de maladies évitables par la vaccination tout en intégrant d'autres activités de survie dans un environnement interdépendant et changeant. L'objectif général est de parvenir à une couverture vaccinale universelle élevée dans le pays afin de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination. De cet objectif général, 15 objectifs spécifiques par opération et par composante d'appui de la vaccination ont été formulés.

Le quatrième chapitre résume dans un tableau le cadre de mise en œuvre du plan, structuré en stratégies, activités, indicateurs et chronogramme. Les objectifs sont formulés pour chaque opération ou composante d'appui de la vaccination.

Le cinquième chapitre se rapporte à l'analyse des coûts et financements du PEV pour la période 2018-2022.

INTRODUCTION

En République du Congo, l'amélioration de l'état de santé de la population en général et celle de la femme et de l'enfant en particulier est l'une des préoccupations du gouvernement congolais.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), est un des programmes du Ministère de la Santé dont la mission est de contribuer à une meilleure survie de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination. Pour assurer sa mission, le PEV s'appuie sur la vaccination qui est l'une des interventions les plus efficaces en santé publique. Elle contribue à la réduction de la pauvreté et fait partie des priorités du gouvernement congolais.

En septembre 2014, le 64^{ème} Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique a approuvé le Plan Stratégique Régional pour la vaccination (PSRV) 2011-2020 qui est un cadre établi pour concrétiser la vision de la Décennie de la vaccination, à travers le Plan stratégique Mondial pour les vaccins (GVAP) 2011-2020. Dans ce cadre, tous les États membres doivent élaborer **et/ou** réviser périodiquement les PPAC au cours de ladite décennie, en tenant compte des priorités nationales et, sous l'impulsion du GVAP, des cibles régionales ainsi que des buts et stratégies du secteur de la santé au niveau national. Les États membres doivent ainsi transformer le PSRV en plans opérationnels détaillés, développer un cadre de responsabilités et mobiliser des ressources pour que la vision de la décennie soit une réalité.

Le PSRV, qui s'inscrit dans la ligne définie par le GVAP, est une nouvelle feuille de route ayant pour vocation de parvenir à la couverture vaccinale universelle dans la Région africaine de l'OMS. A cette fin, les objectifs ci-après ont été définis :

- Augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels ;
- Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus ;
- Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ;
- Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination.

Le PPAC 2012-2016 étant arrivé à son terme, le gouvernement congolais, à travers le ministère de la santé et de la population, a bénéficié d'un appui technique et financier de l'OMS, de l'Unicef et de GAVI Alliance pour l'élaboration du présent PPAC. Celui-ci sert de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et l'intégration des autres programmes. Il intègre tous les aspects liés à la vaccination et d'autres interventions de santé, dégage les stratégies visant l'amélioration des composantes de vaccination. Enfin, il présente le financement nécessaire pour la mise en œuvre de ces stratégies pour une meilleure viabilité financière. Il couvre la période 2018-2022 et s'articule autour des chapitres suivants : le Contexte du pays, l'Analyse de la situation de la vaccination, la Vision et les objectifs, le Plan de mise en œuvre et enfin, l'Analyse des coûts et le financement

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DU PAYS

1.1. PRESENTATION DU PAYS

1.1.1. Situation géographique



La République du Congo est située au cœur de l'Afrique centrale et à cheval sur l'équateur entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud, et les longitudes 11° et 18° Est. Elle s'étend sur une superficie de 342.000 km² et partage ses frontières avec 5 pays : le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km, le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km, l'Angola et l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km, la République Centrafricaine au Nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo et la rivière Oubangui.

Figure 1 : Carte géographique du Congo

1.1.2. Climat et végétation

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides. Au nord, le climat est équatorial avec une forte pluviométrie, alors que dans le sud-ouest, il est tropical et subtropical. La température moyenne se situe autour de 25°C.

Le climat congolais se caractérise par une dominance des saisons de pluies qui durent 8 à 9 mois sur les saisons sèches observées pendant 3 à 4 mois. La richesse hydraulique fait du Congo un des pays les plus fertiles du continent africain, avec des forêts luxuriantes où l'on trouve encore plusieurs espèces de bois.

Les 2/3 du territoire national sont couverts par la forêt équatoriale et le tiers restant par la savane. Bien que ces écosystèmes soient favorables à l'économie forestière, à l'agriculture et à la pêche, ils sont par contre propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales.

1.1.3. Hydrographie

Le Congo est situé au cœur d'un des plus vastes bassins fluviaux de la planète constitué du fleuve Congo et ses affluents. Le réseau hydrographique du Congo est composé de deux principaux bassins fluviaux : le bassin du Congo et le bassin du Kouilou-Niari. Ces deux bassins constituent d'importants axes de circulation dont les crues et les décrues conditionnent l'accessibilité aux zones riveraines. On compte plus de trente rivières navigables.

1.1.4. Voies de communication

Réseau routier. Le réseau routier congolais compte 20 925 km, de routes en grande partie, fortement dégradées et seulement bitumées à moins de 10,0% (1976 km), y compris les voiries urbaines.

Transport ferroviaire. Un effort important a été consenti par le Gouvernement pour renforcer les infrastructures de transport ferroviaire à travers la réhabilitation et l'équipement en 2007.

Transport aérien. Le pays dispose de trois aéroports internationaux situés à Brazzaville, à Pointe-Noire dans la partie sud du pays et à Ollombo dans la partie nord. Des aéroports secondaires existent à Ouesso, Ewo, Owando, Impfondo, Nkayi, Sibiti et Dolisie.

Transport fluvial. Les voies navigables desservent en grande partie le nord du pays.

Transport maritime. Le transport maritime est essentiellement concentré autour du Port Autonome de Pointe-Noire (PAPN).

1.1.5. Démographie

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2007 estime la population congolaise à 3.697.490 habitants, avec une densité moyenne de 10,8 habitants au km² et un taux d'accroissement annuel de 3%.

Tableau 6: Principaux indicateurs sociodémographiques du Congo

Indicateurs	Nombre /Taux
Population totale	4 414 997 habitants (2013)
Taux d'accroissement naturel	3% par an
Population urbaine	55% de la population totale
Population rurale	45 % de la population totale
Naissances vivantes	4,3 % de la population totale
Nourrissons survivants<1 an	4% de la population totale
Enfants de 6 à 11 mois	2% de la Population Totale
Enfants de 12 à 59 mois	16% de la Population Totale
Enfants de 6 à 59 mois	18% de la Population Totale
Enfants de moins de 5 ans	20 % de la population totale
Enfants de moins de 15 ans	47 % de la population totale
Femmes en Age de procréer (15-49 ans)	20% de la population totale
Femmes enceintes	4 ,3% de la Population totale
Indice synthétique de fécondité	4,9 enfants par femme
Taux brut de natalité	41 pour 1000
Taux de mortalité infantile	76,4 pour 1000 ;
Taux de mortalité infanto-juvénile	117 pour 1000
Taux de mortalité maternelle	433 décès pour 100 000 naissances vivantes
Taux net de scolarisation (au primaire)	44%

Sources : EDS II (2011-2012), MICS 2015

1.1.6. Organisation politique et administrative

L'organisation administrative est structurée en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages. Le territoire est divisé en 12 départements administratifs, 87 districts administratifs et 6 communes.

Tableau 7: Structuration du territoire en départements, districts, communes et arrondissements

N°	Départements	Districts	Communes	Arrondissements
1	Brazzaville	1	1	9
2	Pointe-Noire	0	1	6
3	Kouilou	6	0	0
4	Niari	14	2	4
5	Bouenza	10	2	2
6	Lékoumou	5	1	0
7	Pool	13	2	0
8	Plateaux	11	1	0
9	Cuvette	9	1	0
10	Cuvette – Ouest	6	1	0
11	Sangha	5	2	2
12	Likouala	7	1	0
Total		87	15	23

Les 12 départements administratifs du pays sont : Brazzaville, Pointe-Noire, Kouilou, Niari, Bouenza, Pool, Plateaux, Cuvette centrale, Cuvette Ouest, Sangha, Likouala. Les collectivités décentralisées participent à la mise en œuvre du système de santé en général et des activités du PEV en particulier.



Figure 2 : Découpage administratif du pays en départements

Selon les termes de la loi n° 10-2003 du 6 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales, les départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale, élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables, construisent ou acquièrent, équipent, entretiennent, gèrent et assurent la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfants, postes de santé, centres de santé, centre de santé intégré, centres de promotion et de réinsertion sociale.

1.1.7. Economie

L'économie du Congo repose principalement sur le pétrole qui fournit 90 % des recettes de l'État. La performance économique de la République du Congo au cours des cinq dernières années a été nettement inférieure au taux de croissance nécessaire pour atteindre les objectifs de développement fixés à l'horizon 2025.

La croissance est ressortie à 4 % en moyenne entre 2011 et 2015, bien en deçà des 8,5 % prévus dans le Plan national de développement. Ce ralentissement s'explique par les mauvais résultats du secteur pétrolier, plombé par la baisse des cours : sur la même période, la production a reculé de 5,4 % tandis que les prix dévissaient de plus de 50 %.

La bonne tenue des secteurs non extractifs est due à l'effet conjugué des investissements publics dans les infrastructures (9,7 %) et de l'activité dans les industries manufacturières et les secteurs de l'électricité, du gaz et des télécommunications. En 2016, l'économie congolaise a enregistré un taux de croissance de 0,9 %.

L'inflation, maîtrisée, a fortement reculé entre 2012 et juillet 2016, de 5 à 2,2 % par an. Le gouvernement a décidé de ralentir le rythme des dépenses publiques en 2015 et 2016 afin d'ajuster sa politique budgétaire à la chute des cours du pétrole au lieu de déployer une politique anticyclique optimale. Les recettes de l'État, qui avaient augmenté de 13 % en moyenne entre 2011 et 2013, ont baissé de 29 % entre 2014 et 2015. La réduction des dépenses publiques a permis de compenser la diminution substantielle des recettes pétrolières due à la baisse de la production et des prix.

Le PIB par tête d'habitant est passé de 843,\$ en 2000 à 3082,9\$ en 2010, puis à 3073\$ en 2014. Le taux de croissance qui était à 11% en 2010 est passé à 6,5% en 2014. La dette publique ne représente 3,5% du PIB en 2010, contre 7,1% en 2009.

1.2. SYSTEME DE SANTE DU PAYS

1.2.1. Politique Nationale de Santé (PNS)

Le Congo dispose d'une PNS élaborée en 2000, sur la base de laquelle sont élaborés les plans nationaux de développement sanitaires (PNDS). Trois PNDS ont été élaborés dont le dernier qui couvrait la période 2012 à 2018 a été déjà mise en œuvre à travers le plan biennal de développement sanitaire (PBDS) 2015-2016. Ces plans se basent sur la volonté d'offrir les Soins de Santé Primaires (SSP). Les 6 grands domaines de ces plans sont :

- l'accroissement de la couverture sanitaire nationale ;
- le renforcement de la qualité des soins et des services;
- l'intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques;
- la réduction des exclusions et des inégalités à l'accès aux soins et services de qualité ;
- la redynamisation de la participation des populations à la gestion de leur propre santé et au fonctionnement du système de santé (Initiative de Bamako) ;
- le renforcement du partenariat par la coopération bi et multilatérale et la collaboration intersectorielle.

Au terme de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011, et fort des acquis qui ont permis une amélioration significative des indicateurs de santé en rapport avec les OMD 4, 5 et 6, le ministère en charge de la santé s'est doté du Programme biennal de développement sanitaire (PBDS) 2015-2016, lequel est adossé au Plan National de Développement (PND) 2012-2016¹.

Le PBDS constitue le cadre de référence pour la mise en œuvre de la politique de santé du pays. Il vise la réduction de la morbidité et de la mortalité d'ici la fin de l'année 2016. Il s'agit plus spécifiquement de :

- la réduction de la mortalité maternelle de 426 à 407 décès pour 100 000 naissances vivantes;
- la réduction de la mortalité néonatale, de 22 à 18 décès pour 1000 naissances vivantes ;
- la réduction de la mortalité infanto juvénile, de 68 à 52 décès pour 1000 naissances vivantes;
- la réduction des incidences/prévalences du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, des autres maladies transmissibles et des maladies non transmissibles ;
- la réduction de la prévalence des Maladies Tropicales Négligées(MTN) ;
- la réduction des maladies évitables par la vaccination.

¹Programme Biennal de développement sanitaire 2015-2016

L'atteinte de ces objectifs repose sur 11 orientations stratégiques toutes liées au renforcement du système de santé. Ces orientations traitent principalement de : (i) l'amélioration de la gouvernance et des capacités de management des services de santé ; (ii) l'amélioration de la couverture de la population en soins et services essentiels de qualité, y compris les services d'hygiène, (iii) l'amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels et (iv) la promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires.

Grâce à ces orientations stratégiques, le PBDS 2015-2016 prévoit d'emmener au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires à offrir des paquets de soins et services complets et de qualité, conformes aux normes définies.

En outre, les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les taux de couverture des interventions des programmes de santé publique notamment le PEV devront être atteintes dans au moins 80 % des districts sanitaires.

S'agissant du volet vaccinal, les actions prioritaires inscrites dans le programme prioritaire de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile sont :

- le renforcement du programme élargi de vaccination à travers l'amélioration de la planification des besoins, la gestion des vaccins, l'introduction de nouveaux vaccins contre les maladies de l'enfance et la réhabilitation ainsi que le renouvellement des équipements de la chaîne du froid ;
- la pérennisation du financement de la vaccination par la mobilisation des ressources additionnelles dans le cadre de l'indépendance vaccinale.

1.2.2. Organisation et fonctionnement du système de santé

▪ Structure administrative

La structure administrative du système de santé du Congo comprend trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique.

Niveau central : Son rôle est stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il est représenté par le cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées au cabinet, l'inspection générale de la santé et 6 directions générales dont 3 ont été récemment créées par le décret n° 2013-813 du 30 décembre 2013, portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population. Par ailleurs, le Comité de Pilotage du PNDS, le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies (CNLSE), le Comité de coordination inter agences pour la vaccination et les vaccins (CCIA) et divers autres comités sont les institutions de consultation et d'aide à la décision dont dispose le ministère.

Niveau intermédiaire. Il est représenté par les directions départementales de la santé (DDS). Ces dernières jouent le rôle d'appui technique aux districts sanitaires. Les territoires des départements sanitaires obéissent au découpage administratif du pays.

Niveau périphérique. Il est représenté par les districts sanitaires (DS) et les aires de santé qui les composent selon l'arrêté N°5369 du 02 août 2017 portant découpage des districts sanitaires.

Les comités de santé et les comités de gestion des hôpitaux de base sont les organes de participation communautaire qui soutiennent le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique.

▪ **Organisation opérationnelle des soins et services de santé**

C'est une organisation pyramidale, fondée sur le district sanitaire et les principes fondamentaux des soins de santé primaires. L'offre est assurée par deux secteurs : le secteur public et le secteur privé.

– **Formations sanitaires ambulatoires (FOSAA)**

Ce sont les centres et postes de santé publics, ainsi que les cabinets médicaux et cabinets de soins infirmiers privés. Ces FOSAA représentent le premier échelon. Le pays compte au total 350 formations sanitaires ambulatoires publiques¹⁰ réparties entre les CSI, les centres de santé scolaire et les centres médicosociaux des administrations et des entreprises paraétatiques.

L'effectif global des postes de santé n'est pas maîtrisé. Les données disponibles indiquent que les personnels en poste dans chaque formation sanitaire ambulatoire varient de 50 à plus de 100 en milieu urbain et de 1 à 4 en milieu rural.

On note que moins de 40% des centres de santé qui ont engagé le processus de rationalisation de leur fonctionnement, conformément aux orientations du PNDS. De façon générale, les CSI non rationalisés délivrent des paquets d'activités incomplets généralement limités aux consultations curatives et prénatales. Toutefois, la vaccination est l'une des activités les plus présentes dans les paquets des services offerts par le secteur public.

Les données de l'enquête de couverture vaccinale montrent que 14% des centres fixes de vaccination sont constitués des formations sanitaires privées. Par ailleurs, le rapport HERA¹² indique que les établissements privés assurent environ 70% des consultations cliniques en milieu urbain, et n'offrent pas un ensemble complet de services à l'échelon primaire. De ce fait, ces structures constituent un espoir dans l'offre potentielle d'amélioration de la couverture vaccinale si on pouvait y intégrer les activités gratuites de la vaccination.

- **Formations sanitaires d'hospitalisation**

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent :

- 6 Hôpitaux Généraux (HG) dont le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB). Le Gouvernement s'est lancé dans un vaste programme de construction des 12 autres hôpitaux généraux à raison d'un (1) HG au niveau de chaque chef-lieu de département.

- 23 Hôpitaux de District (HD). Ces hôpitaux prennent beaucoup d'appellations au Congo, tantôt Hôpital de Référence (HR), tantôt Hôpital de Base (HB). Ces établissements ont un plateau technique généralement insuffisant et obsolète. Ils sont faiblement intégrés dans le système de santé intégré de district (SSID).

La capacité globale d'accueil du secteur public était estimée à 1945 lits en 2012. Au-delà du secteur public, des cliniques offrent également des lits d'hospitalisation. D'importants efforts ont été accomplis dans l'acquisition et la mise à disposition des équipements techniques, destinés aux HG. Dans l'ensemble, leurs plateaux techniques ont été mis à niveau. Cependant, des insuffisances demeurent en ce qui concerne : (i) les ressources humaines qualifiées, (ii) l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux ainsi que (iii) la maintenance des équipements biomédicaux.

- ***Etablissements sanitaires d'appui au diagnostic et au traitement***

Ce sont le Laboratoire national de santé publique (LNSP) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), deux établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le LNSP est doté en équipements requis pour la réalisation des analyses de biologie médicale de haut niveau de spécialité et de qualité conforme aux standards internationaux. Le CNTS assure la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins aux formations sanitaires.

- ***Centres de traitement ambulatoire du VIH / SIDA et centres de traitement anti tuberculeux***

Le pays dispose à ce jour de trois centres de traitement ambulatoire du VIH/SIDA et de deux centres antituberculeux basés respectivement à Brazzaville et à Pointe Noire. Ces centres sont régis par des textes spécifiques. Leur fonctionnement est indépendant des districts sanitaires dans lesquels ils sont implantés.

- ***Programmes et projets.***

A ce jour, on dénombre 11 programmes et projets spécifiques dédiés à divers domaines de santé prioritaires. Tous ces programmes et projets sont fondés sur des stratégies nationales et mondiales. La plupart de ces programmes spécifiques ont entrepris d'intégrer leurs activités au niveau opérationnel. Ces programmes souffrent d'un déficit en financement interne, d'où leur dépendance du financement externe, c'est-à-dire des partenaires.

Quatre grands projets ont boosté l'amélioration des indicateurs de santé du Congo. Il s'agit du :

- **Projet d'Appui au Système de Santé du Congo Brazzaville (PASCOP)**, financé par le 9^{ème} FED, mis en œuvre de 2004 à 2009 dans 5 DS (Talangaï et Makélékélé à Brazzaville, Kinkala-Boko dans le Pool, Owando dans la Cuvette et Tié-Tié à Pointe-Noire). Ce projet avait appuyé 5 composantes (Appui de la Direction Générale de la Santé, Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels et génériques avec la mise en place d'une centrale d'achat du médicament, Amélioration de la participation communautaire, Appui à

l'organisation et au fonctionnement des 4 DDS, Appui aux 5 DS) ;

- **Programme de développement des services de santé (PDSS-I)**, financé par le Gouvernement congolais et la Banque Mondiale, focalisé sur l'appui au système de santé;
- **Programme de Développement des Services de Santé (PDSS-II)**, financé par le Gouvernement congolais et la Banque Mondiale, focalisé sur l'appui au Système de santé avec la mise œuvre du Financement basé sur la performance (PBF) dans plusieurs départements ;
- **Renforcement des Services de Santé (RSS)**, financé par Gavi et focalisé dans 13 districts sanitaires à faible performance en matière de vaccination des 5 départements suivants : Bouenza, Brazzaville, Cuvette, Pool, Likouala.

1.2.3. Performances des services de santé congolais

Selon l'EDSC-II, le Congo enregistre des taux élevés de consultations prénatales (CPN) et d'accouchements assistés par un personnel qualifié estimés respectivement à 93% et à 92%. Ces indicateurs contrastent avec l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale.

Cette observation révèle une qualité insuffisante de la consultation prénatale et de la prise en charge de l'accouchement. S'agissant de ce déficit de qualité, les données disponibles indiquent que 28% des usagers ne sont pas satisfaits des services de santé.

Ce taux d'insatisfaction atteint 52% dans certains départements. Par ordre d'importance, les principales causes de l'insatisfaction sont : (i) le coût élevé des prestations, (ii) les longs délais d'attente, (iii) le mauvais accueil, (iv) l'inefficacité du traitement, (v) le manque de personnel formé et (vi) les ruptures fréquentes des stocks de médicaments.

Par ailleurs, le taux d'utilisation des soins et services offerts par les CSI est relativement faible, limité à 24% ; la consultation curative ne dépasse pas 0,5 contacts par an / habitant. Les principaux facteurs qui limitent cette utilisation sont la faible accessibilité géographique et financière des soins et services ainsi que la rupture fréquente des intrants. Ces limites sont particulièrement observées en milieu rural et auprès des groupes de populations défavorisées, notamment les peuples autochtones et les familles démunies.

Les faibles performances actuelles des services de santé sont également une traduction de la fragilité et des insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires. Il s'agit notamment de : (i) l'insuffisance des supervisions formatives de qualité à cause de l'existence des équipes cadres des DS sans expertise, (ii) l'existence du sous financement des services de santé ; (iii) l'insuffisance d'un système national d'information sanitaire (SNIS) et (v) l'existence de diverses contraintes logistiques telles que l'insuffisance des véhicules de supervision entravant de fait le développement des stratégies mobiles et avancées.

Ces contraintes ont un impact immédiat sur l'accès au Paquet des Services Essentiels (PSE) y compris la vaccination. Par ailleurs, le manque ou le dysfonctionnement des organes de

participation communautaire ainsi qu'une absence de consensus sur les paquets d'activités des relais communautaires et de leurs motivations ont pour conséquences entre autres le faible engagement communautaire et une utilisation limitée des soins et services disponibles dans les districts sanitaires.

1.2.4. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique est caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles² (paludisme, tuberculose, infection à VIH/SIDA) et l'importance de plus en plus accrue des maladies non transmissibles (HTA, cancer, diabète). Il est également noté une augmentation des traumatismes dus principalement aux accidents de la voie publique et diverses catastrophes.

Le paludisme constitue le premier motif de consultation dans les formations sanitaires publiques. En effet, en 2012, les données recueillies dans les hôpitaux généraux (HG), les hôpitaux de base (5HB) et les centres de santé intégrés (CSI), montrent que 289 840 cas de paludisme ont été rapportés sur 768 611 consultations, soit une fréquence relative de 37,7%. Les enfants de moins de 15 ans représentent plus de la moitié des cas (62,9% de cas de paludisme simple et 70,3% de cas grave), suivis des femmes enceintes. Pointe-Noire est le département enregistrant le plus de cas.

Selon le programme national de lutte contre la tuberculose, 11512 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés en 2012, parmi lesquels 4465 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), soit 39%, 3935 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative soit 34%.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituent encore une préoccupation majeure pour le Congo. Elles concernent toutes les tranches d'âges, avec une prédominance chez les enfants de moins de 5 ans avec une incidence atteignant 5%. En 2012, les IRA ont occupé le deuxième rang de motif de consultation dans tous les départements, avec une grande fréquence à Pointe noire dans la Bouenza, la Lékoumou et la Sangha. Ce sont les enfants de 6 à 11 mois puis ceux de 12 à 23 mois qui étaient les plus exposés. D'après l'EDS II, les enfants du département de la Likouala, de la Cuvette ouest et de la Lékoumou sont les plus touchés par les IRA.

L'EDS II renseigne que 19% d'enfants de moins de cinq ans ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des semaines ayant précédé l'enquête. En outre, il y avait du sang dans les selles dans 2% des cas. Ce sont des enfants âgés de 6 à 11 mois (25,1%) et de 12 à 23 mois (34%) qui étaient les plus exposés à développer la diarrhée. Les enfants des départements de Pointe Noire, Brazzaville et de la Lékoumou étaient les plus exposés. Parmi les facteurs associés à l'occurrence des diarrhées infantiles, on note particulièrement l'absence des toilettes hygiéniques dans les ménages.

²PBDS 2015-2016

Concernant les maladies à potentiel épidémique,

- la maladie à Virus Ebola (MVE), auparavant inconnue dans le pays, est apparue en 2001. La Cuvette ouest a connu quatre épidémies successives avec 57 cas enregistrés en 2001 (avec une létalité de 73,7%). L'épidémie d'octobre 2002 à mai 2003 a été la plus meurtrière. Elle a fait 143 cas avec une létalité de 89,5%. La troisième enregistrée, de septembre 2003 à janvier 2004, a fait 35 cas dont 29 décès et la dernière en 2005, 12 cas dont 9 décès. Aucun cas de maladie à Virus Ebola n'a été notifié depuis mai 2005.
- Au cours des cinq dernières années, le Congo a connu des flambées épidémiques de choléra. Cela est dû au déclin des conditions hygiéniques et d'un approvisionnement irrégulier en eau potable. De 2010 à 2011, 775 cas, avec 32 décès ont été enregistrés soit une létalité de 4,13%. Les départements les plus touchés sont : la Cuvette (297 cas dont, 10 décès), la Likouala (182 cas dont 5 décès), les Plateaux (148 cas dont 10 décès), Brazzaville (84 cas dont 5 décès), la Sangha (49 cas dont 1 décès), et le Pool (17 cas et sans décès). En 2012, le pays a enregistré 1035 cas dont 50 décès, soit une létalité de 4,83%. Les départements les plus touchés étaient Pointe-Noire, le Pool, les Plateaux, la Cuvette Ouest et la Likouala. Au cours de l'épidémie de choléra qui a sévit dans le département de Pointe-Noire d'octobre 2012 à avril 2013 au total 1092 cas cumulés et 12 décès ont été enregistrés.
- En 2011, une épidémie de Chikungunya a sévi dans les départements de Brazzaville et du Pool. Elle a touché 11320 personnes sans occasionner des décès.

Pour ce qui est des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination,

- La sous-région africaine fait face depuis 2009 à des flambées épidémiques de rougeole. Le Congo n'a pas été épargné et connaît depuis 2011, une recrudescence des cas de rougeole. En 2012, 18 districts sanitaires sur 30 ont enregistré des épidémies. Au cours de la même année, 1379 cas suspects ont été notifiés, 436 cas investigués, 238 confirmés et 28 décès enregistrés. Les départements de Brazzaville et de la Likouala ont été les plus touchés par les flambées épidémiques. Parmi les cas confirmés, 30% n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole. Quant à la répartition par sexe, 55% des cas étaient de sexe masculin et 45 de sexe féminin.
- Depuis 2000, le Congo a réalisé des progrès considérables dans l'éradication de la poliomyélite. En 2010, une flambée épidémique de poliomyélite est survenue au sud du Congo avec épicode le département de Pointe-Noire. L'importation du polio virus sauvage à partir de l'Angola en serait la cause. Les efforts accomplis par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en matière d'éradication de la poliomyélite ont été ainsi inhibés. Cette épidémie a fait au moins 441 victimes dont 221 décès soit un taux de létalité de 41%. Les garçons de 15 à 24 ans étaient les plus touchés. Cette situation s'explique entre autres par la faible immunisation de la cohorte d'enfants nés pendant la période des troubles sociaux politiques. L'action de riposte engagée a permis d'interrompre la circulation du polio virus dans le pays. La date de paralysie du dernier cas positif notifié remonte au 22 janvier 2011.

- Le Congo fait partie de la ceinture épidémique de la fièvre jaune. En 2009, un cas a été dépisté à Mbama dans le département de la Cuvette Ouest. En 2012, un autre cas a été enregistré dans le même département à Ewo. Selon la dernière analyse épidémiologique de la fièvre jaune, le Congo est exposé au risque d'apparition des épidémies de fièvre jaune. Les facteurs de risques d'épidémies sont entre autres : (i) l'existence d'une population importante non immunisée contre la fièvre jaune, (ii), la présence des vecteurs de la fièvre jaune selon les enquêtes entomologiques récentes dans quasiment tout le territoire, (iii) les mouvements migratoires internes et externes des populations non contrôlés sur le plan sanitaire, (iv) épidémies importantes de fièvre jaune dans les pays voisins (Angola et RDC) en 2016-2017 et (v) la faiblesse du système de surveillance de la fièvre jaune.
- Depuis 2009, le Congo a réalisé de gros efforts et a atteint le stade d'élimination du tétanos maternel et néonatal.
- Selon les rapports de la SIMR, les cas de coqueluche ont été enregistrés dans les départements de la Likouala, les Plateaux et la Lékoumou ces dernières années.

1.2.5. Financement de la santé

Le budget de l'Etat constitue la principale source de financement du système de santé. Entre temps, le budget du secteur santé avait connu une augmentation sensible bien que le pourcentage du budget national consacré à la santé reste en dessous de l'engagement d'Abuja (15%). En 2015, le total du budget d'investissement alloué à la santé est monté à 26,6 milliards de FCFA (58,9 millions d'USD), dont 92,6% étaient des crédits de l'Etat et 7,3% des ressources extérieures.

Pour le budget de fonctionnement, les crédits de l'Etat ne sont montés qu'à 34,9 milliards FCFA (76,6 millions d'USD). Le tableau n°3 montre la progression de l'allocation du budget de l'Etat dans le secteur santé de 2011 à 2015.

Avec le contexte actuel de crise due à la baisse des coûts du baril de pétrole, on assiste à une chute brutale des crédits alloués au secteur de la santé. Selon les comptes nationaux de santé de 2010, les dépenses de santé sont principalement assurées par le trésor public (58%) et par les ménages (39%).

De plus en plus, les structures de santé offrant les soins et services se contentent des faibles recettes issues du recouvrement des coûts (Cost covery) pour tenter d'assurer le fonctionnement. Ces fonds perçus au niveau des hôpitaux et des centres de santé intégré couvrent les dépenses générales de ces structures. L'un des grands problèmes auxquels est confronté le secteur de la santé congolais est l'allocation et la gestion de l'enveloppe des ressources disponibles pour la santé aux divers niveaux de la prestation des soins.

Tableau 8: Projections du financement du PBDS 2015-2016 (coût en F CFA)

Rubriques	2015	2016	Total
Coût global	590 292 000 000	601 252 000 000	1 191 544 000 000
Coût Sous-programme vaccination	4 155 000 000	4 110 000 000	8 265 000 000
% Sous-programme vaccination	0,70	0,68%	0,69%

1.2.6. Programme Elargi de Vaccination (PEV)

- **Historique :**

En 1979, le Congo a adopté la politique sanitaire accordant la priorité à la médecine préventive et aux Soins de Santé Primaires (SSP). En 1981, le Congo a mis en place le Programme Elargi de Vaccination dont l'objectif était d'assurer l'immunisation universelle des enfants et la réduction de l'incidence des maladies cibles du PEV.

A partir de 1986, avec la campagne nationale de vaccination, le PEV a connu une amélioration significative de la couverture vaccinale et a atteint en 1988 l'objectif de l'immunisation « universelle des enfants » (80% en DTC3) et la réduction des maladies cibles. Ces acquis ont pu être maintenus de 1988 à 1996, période au cours de laquelle les partenaires ont diminué leurs contributions, sans relais de la part des ressources financières nationales. Ce retrait a coïncidé avec les troubles sociopolitiques que le pays a connus entre 1997 et 2000; ceux-ci ont entraîné une destruction des infrastructures sanitaires et une baisse de la couverture vaccinale.

Depuis le retour de la paix et la mise en œuvre successive des plans pluriannuels 2004-2008, 2008-2011 et 2012-2016, le PEV Congo a réalisé d'énormes progrès tant en termes d'amélioration de la couverture vaccinale que d'introduction des nouveaux vaccins. La mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) été la stratégie qui a soutenu cette amélioration.

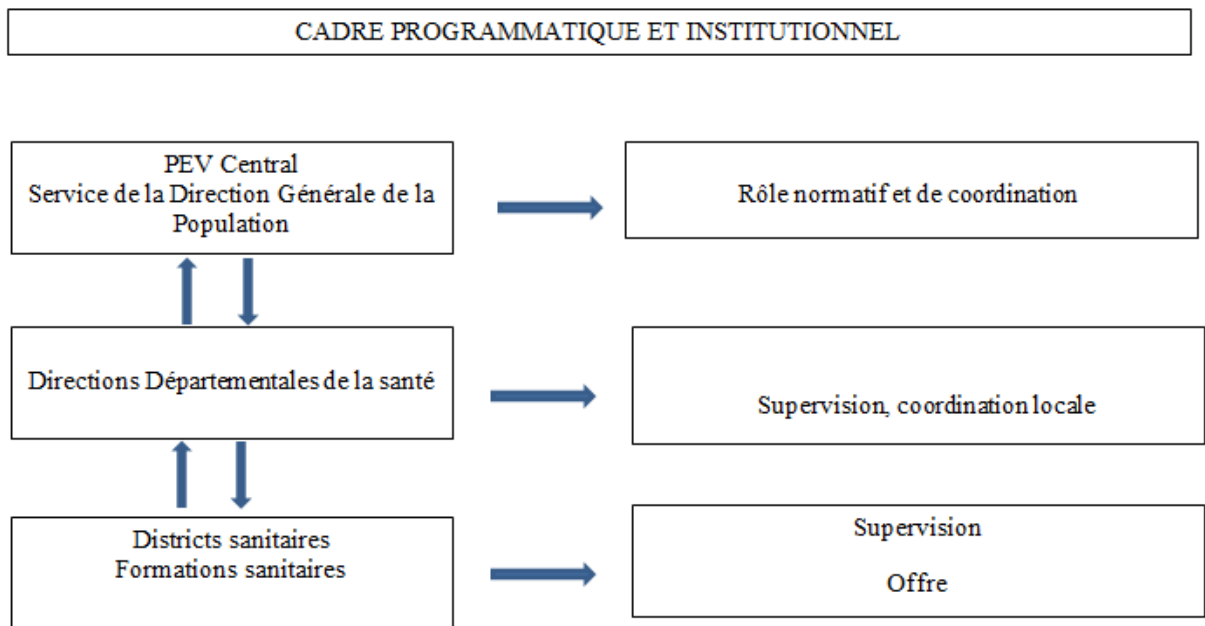
Depuis sa création le programme a bénéficié de l'appui des partenaires de l'immunisation dont les principaux sont l'USAID, l'OMS, l'Unicef et l'alliance GAVI.

Le début de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) remonte à mars 1999. Huit pathologies (rougeole, fièvre jaune, méningite, shigellose, PFA, fièvre hémorragique, choléra, TMN) font l'objet de surveillance hebdomadaire, tandis que 25 autres maladies sont suivies mensuellement.

Il existe au sein du Programme Elargi de Vaccination une section en charge de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

- **Organisation du programme**

Le rôle et le positionnement du PEV sont décrits dans le schéma ci-dessous.



a) Activités vaccinales de routine

Les activités du PEV de routine ciblent les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes. Les tableaux ci-dessous représentent le calendrier vaccinal du jeune enfant et celui de la femme enceinte en vigueur au Congo.

Tableau 9: Calendrier de vaccination du jeune enfant

Période	Vaccin	Voie d'administration	Dose de vaccin	Age recommandé	Sites
1 ^{er} Contact	BCG	Intradermique	0,05ml	Dès la naissance jusqu'à 1an	Deltoïde gauche
	VPO 0	Orale	2 Gouttes	A la naissance	Dans la bouche
	Hep B 0*	IM	0,5ml		Cuisse droite
2 ^{ème} Contact	DTC1- HepB1- Hib 1	Intramusculaire profonde	0,5ml	2 mois	Cuisse droite
	VPO 1	Orale	2 Gouttes		Dans la bouche
	Rota 1		1 tube		
	Pneumo 1	IM	0,5ml		Cuisse droite
3 ^{ème} Contact	DTC2- HepB2- Hib 2	Intramusculaire profonde	0,5ml	3 mois	Cuisse droite
	VPO 2	Orale	2 gouttes		Dans la bouche
	Rota 2		1 tube		
	Pneumo 2	IM	0,5ml		Cuisse droite
4 ^{ème} Contact	DTC3- HepB3- Hib 3	Intramusculaire profonde	0,5 ml	4 mois	Cuisse droite
	VPI	IM			Cuisse gauche
	VPO 3	Orale	2 gouttes		Dans la bouche
	Pneumo 3	IM	0,5ml		Cuisse droite
5 ^{ème} Contact	VAR/RR	Sous-cutané	0,5ml	9 mois	Deltoïde
	VAA				
	Vit A	Orale	100.000 UI		Dans la bouche
	Mebendazole	Orale	500 MG		
Rappel **	VAR2/RR2	Sous-cutané	0,5ml	15 mois	Deltoïde
1er contact**	VPH 1	Sous-cutané	0,5ml	9-13 ans	Deltoïde
2è contact **	VPH 2				

** Vaccins présents dans le calendrier et dont l'introduction est planifiée dans le cadre du présent PPAC.

Tableau 10: Calendrier vaccinal de la mère avec intervalle entre les doses et durée de protection

DOSE	INTERVALLES ENTRE LES DOSES	DUREE DE PROTECTION
Tétanos diphtérie (Td*) 1	1 ^{er} contact ou 1 ^{ère} visite prénatale	0
Tétanos diphtérie (Td) 2	4 semaines après Tétanos diphtérie (Td) 1	1-3 ans
Tétanos diphtérie (Td) 3	6 mois après Tétanos diphtérie (Td) 2	5 ans
Tétanos diphtérie (Td) 4	1 an après Tétanos diphtérie (Td) 3	10 ans
Tétanos diphtérie (Td) 5	1 an après Tétanos diphtérie (Td) 4	toute la vie féconde

**le vaccin Td remplacera le VAT en 2018.*

CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV

2.1. ANALYSE DES CINQ OPERATIONS ET COMPOSANTES D'APPUI AU SYSTEME DE VACCINATION

Les cinq opérations du système de vaccination concernent les prestations des services, la logistique de la chaîne de froid, l'approvisionnement en vaccins de qualité, la communication et la surveillance des maladies à prévention vaccinale. Les trois composantes d'appui sont le financement, la gestion du programme et le développement des capacités.

2.1.1. Analyse de la situation des cinq opérations

2.1.1.1. Opération n°1 : Prestations des services

Les prestations de services se font à travers des activités de vaccination de routine et des activités de vaccination supplémentaires.

a) Stratégies vaccinales

Plusieurs stratégies sont mises en œuvre dans la vaccination de routine. L'approche ACD constitue l'approche de base. Elle a débuté au Congo en 2003. La revue externe de 2014 montre que :

- Toutes les composantes de l'ACD ne sont pas mises en œuvre. Le renforcement des liens avec la communauté et la gestion des ressources sont celles qui sont faiblement mises en œuvre.
- La proportion de réalisation des stratégies de vaccination en 2013 est variable. Elle serait de 109% pour les stratégies fixes, 60% pour les stratégies avancées et 16% pour les stratégies mobiles. Les raisons avancées pour lesquelles les 2 dernières stratégies n'ont pas été réalisées comme planifiées sont : manque de moyens de transport (37%), manque de carburant (11%), manque de financement (13%) et manque de personnel (4%).
- Les données collectées montrent que 94% des enfants ont été vaccinés en stratégie fixe, 4% en stratégie avancée, 1% en mobile et 1% par les rattrapages.

b) Evolution des couvertures vaccinales

L'analyse des performances de routine montre que les objectifs de couverture pour l'ensemble des antigènes n'ont pas été atteints à la fin du PPAC 2012-2016. L'évolution des couvertures vaccinales a connu des variations suivantes :

- Une progression des couvertures entre 2011 et 2014 (cf. Revue externe du PEV 2014) ;
- Une tendance à la baisse à partir de 2015. Cette tendance à la baisse des performances serait due entre autres aux facteurs suivants : i) ruptures de stocks de vaccins ii) insuffisance de financement des coûts opérationnels, iii). insuffisance du personnel qualifié, iv) faiblesse des supervisions.

Il sied de noter que d'autres facteurs structurels constituent également les obstacles à l'atteinte des objectifs notamment :

- La faible mise en œuvre des composantes de l'approche ACD ;
- L'insuffisance des moyens de transport (véhicules, motos etc.) pour la réalisation des activités vaccinales afin d'atteindre les populations éloignées et d'accès difficile ;
- La faible mise en œuvre des activités de communication et la faible implication des communautés aux activités de vaccination ;
- Le faible fonctionnement des districts sanitaires, plus de 50% de districts sanitaires ne disposent pas d'équipe cadre solide ;
- Le faible monitoring des activités de vaccination ;
- La faible complétude et promptitude des rapports.

- **Proportion d'enfants complètement vaccinés**

Selon la revue externe 2014, la proportion d'enfants complètement vaccinés avec des doses brutes (Carte + Histoire) est de 75%. Toutefois, les couvertures en **DTC-HepB-Hib3** sont estimées à 59,5% avec carte et à 86,4% avec carte et histoire. En effet, la proportion d'enfants complètement vaccinés chez les mères analphabètes est de 47% contre 79,1% pour les mères instruites. Les disparités de couverture en DTC-HepB-Hib3 ont été mises en évidence entre le milieu urbain (79,9%) et le milieu rural (59,3%) par l'EDSCII (2011-2012)

- **Taux d'abandon**

En 2016, le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1 /DTC-HepB-Hib 3 était de 6% contre 8% en 2015. Celui de BCG/VAR était à 19,7% contre 6% en 2015. On observe que les taux d'abandon en DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 sont maintenus selon l'objectif (en dessous de 10%) au niveau national jusqu'en 2016, cependant il existe des disparités au niveau des districts sanitaires. La situation des taux d'abandon est illustrée dans la figure ci-dessous.

Les principales raisons de la non-vaccination des enfants évoquées par les parents étaient : le conflit entre l'occupation de la mère et la vaccination (40,0%) ainsi que l'absence de vaccinateur ou vaccin au centre de santé (15,3%).

Le tableau ci-dessous résume l'évolution des principaux indicateurs de performance de l'offre de la vaccination de routine.

Tableau 6: Evolution des principaux indicateurs de performance de l'offre de la vaccination de routine de 2012 à 2016

Domaine	Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016
Couverture vaccinale	CV en DTC-HepB-Hib3 en %	84	84	86	77	71
	CV en VAR en %	78	78	80	76	67
	CV en DTC-HepB-Hib3 en % selon l'enquête	72		86		
	% d'enfants complètement vaccinés	46		74		
Performances des districts	% de DS avec CV en DTC-HepB-Hib3 > à 80%	70%	57%	80%	37%	22%
	% de DS avec taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1-3 < à 10%	73%	67%	90%	70%	66%
	% DS avec taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1-3 > à 10%	27%	23%	10%	30%	34%
Equité	Ecart en % entre les quintiles socio-économiques				7,2	
	Ecart en % entre les sexes				2	
	Ecart en % entre le milieu urbain et rural				24,3	

c) Introduction des nouveaux vaccins

Plusieurs vaccins ont été introduits au Congo dans le PEV de routine. Il s'agit de : le vaccin contre la fièvre jaune (anti-amaril) en 2004 ; le vaccin contre l'Hépatite B sous la forme tétravalente en 2007; le vaccin contre la méningite à *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) sous forme pentavalente en 2009; le vaccin contre les infections à pneumocoque en 2012; le vaccin contre les diarrhées aiguës à Rotavirus en 2014 et enfin le vaccin inactivé injectable (VPI) contre la polio en 2016.

d) Activités vaccinales supplémentaires (AVS)

Les AVS constituent une approche stratégique complémentaire pour l'atteinte des objectifs mondiaux, régionaux ou nationaux d'éradication, de contrôle et d'élimination des maladies prioritaires. Tenant compte de la situation épidémiologique de la rougeole et des orientations du plan stratégique mondial d'éradication de la poliomyélite et de la phase finale, le Congo a organisé plusieurs campagnes de masses nationales ou locales entre 2012 et 2016. Ces campagnes ont été couplées à la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique au mébendazole.

- **AVS Rougeole :**

Afin de consolider les acquis de la réduction de morbidité et mortalité de la rougeole par le renforcement de l'immunité collective, des campagnes nationales et locales ont été organisées soit, dans le cadre du suivi, soit de la riposte aux flambées. Le tableau ci-après illustre les données de ces campagnes.

Tableau 7: Résultats des AVS Rougeole 2013 - 2016

AVS ROUGEOLE	2013 AVS nationale	2015 AVS locale (Pointe noire)	2016 AVS locale Brazzaville, Pool, Bouenza
Couverture administrative (%)	91,5	105,3	84,32
Nombre d'enfants vaccinés	736 979	200 713	380 433
Couverture selon les enquêtes (%)	86%	NA	NA

- **AVS poliomyélite**

Le Congo a organisé régulièrement des campagnes de vaccination contre la poliomyélite de 2010 à 2017. Celles-ci ont permis d'interrompre la transmission du virus comme en témoigne le dernier cas dont la date de début de la paralysie remonte au 22 janvier 2011. Les résultats relativement faibles constatés dans certains départements au cours des campagnes réalisées ces dernières années doivent conduire à insister sur la qualité des campagnes gage de succès pour l'éradication de la poliomyélite.

Tableau 8: Couvertures administratives et monitoring en % des AVS Polio de 2012 à 2016

Passage Année	JNV1		JNV2		JNV3		JNV4	
	DA	Monitoring	DA	Monitoring	DA	Monitoring	DA	Monitoring
2012		85,4	105,6					
2013	85,4	86,1	105,6	95				
2014	105,3	94,8	112,4	94,7	113,8	95,2	112,9	94,6
2015	104,5	92,7	114,5	95,3	111,5	95,6	NA	
2016	112,1	94	103,7	89				

- **AVS fièvre jaune**

En 2013, une campagne locale de riposte contre l'épidémie de fièvre jaune a été organisée dans le district sanitaire d'Ewo. Au total 31 134 personnes ont été vaccinées sur 34 959 attendues soit une couverture de 89%.

e) **Intégration des activités avec les autres programmes**

La supplémentation en vitamine A est intégrée dans les activités du PEV de routine et s'étend également aux femmes en post-partum. Les couvertures en vitamine A sont superposables à celles du VAR et du VAA car ces derniers antigènes et la vitamine A s'administrent au même moment (à 9 mois).

L'intégration d'autres interventions est faiblement mise en œuvre et se fait le plus souvent lors des AVS. Il s'agit de l'administration du mébendazole, la supplémentation en Fer acide folique, la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à longue durée d'action (MILDA) et le traitement du pian dans certaines zones. Cette intégration des activités se fait avec les programmes spécifiques concernés (PNLP, Service Nutrition, etc.).

CONCLUSION

Selon les données issues des estimations OMS/Unicef de 2015 et 2016, le Congo n'a pas atteint les taux de couverture vaccinale d'au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national et dans 80% des DS. La couverture vaccinale est plutôt à la baisse depuis 2015 pour le DTC3-HepB3-Hib3. L'équité vaccinale a aussi régressée de 78% en 2014 à 37% en 2015. Plusieurs goulots d'étranglement ont entravé l'atteinte des objectifs. Parmi ces goulots on peut citer entre autres :

- la faible fonctionnalité des districts sanitaires, maillons opérationnels du système de santé, chargés de mettre en œuvre les PSE y compris les activités vaccinales ;
- la majorité des DS ne fonctionnent pas dans les normes. Plusieurs DS ne disposent pas d'équipe cadre, ceux qui en disposent manquent d'expérience ;
- l'insuffisance de la mise en œuvre des composantes de l'approche ACD dans plusieurs DS;
- les ruptures récurrentes des vaccins en rapport avec le défaut de cofinancement ;
- l'insuffisance de la mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination notamment des approches de communication spécifique à l'endroit des populations bénéficiaires ;
- l'insuffisance de fonctionnement du CCIA (irrégularité des réunions, faible participation des personnes clés ...) ne permettant pas de mobiliser les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre des plans d'action du programme ;
- le faible financement des coûts opérationnels à tous les niveaux.

En ce qui concerne l'introduction des nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal national, le pays a respecté la planification établie.

2.1.1.2. Opération n°2 : Approvisionnement et qualité des vaccins

a) Approvisionnement des vaccins

Au niveau national, l'estimation des besoins annuels est basée sur la méthode de la population cible en utilisant les taux de perte rapportés et les objectifs nationaux inscrits dans le PPAC. Elle se fait en partenariat avec l'Unicef et l'OMS. Les besoins planifiés sont consolidés et validés par toute l'équipe du PEV et ses principaux partenaires. Une cotation est ensuite préparée et transmise à la centrale d'achat par le biais de l'Unicef pour la fixation des couts prélude au placement de la commande. La population cible utilisée dans l'estimation des besoins est issue des données du recensement général de la population (2007) actualisées chaque année par le Programme (PEV)

Le Congo s'approvisionne en vaccins à travers l'UNICEF. Le circuit officiel d'approvisionnement et distribution/collecte se présente comme suit :

- les vaccins reçus de l'UNICEF sont réceptionnés et stockés au niveau du dépôt central au rythme de deux approvisionnements par an ;
- les départements sont approvisionnés par le dépôt central une fois par trimestre, soit 4 fois par an ;
- les départements à leur tour approvisionnent les DS mensuellement, soit 12 fois par an ;
- les districts sanitaires approvisionnent mensuellement les CSI.

L'approvisionnement en vaccins se fait en fonction des objectifs de couverture retenus au niveau national et les besoins exprimés par les départements en rapport avec la consommation réelle du

terrain, de même au niveau de district ou les CSI sur la base des rapports mensuels d'activités réalisées. Dans la pratique, le dépôt central approvisionne cinq départements (Pool, Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala), les districts sanitaires de Brazzaville et la sous base de Pointe Noire. Celle-ci approvisionne les départements de Pointe-Noire, du Kouilou, du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou.

Il sied de noter que dans toutes chambres froides, le personnel qui y travaille n'est pas doté d'équipement de protection individuelle (EPI).

b) Qualité des vaccins

En dépit des recommandations de l'atelier du plan institutionnel tenu à Pointe-Noire en octobre 2010, l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) qui devrait garantir l'assurance qualité n'a pas été mise en place. Néanmoins, certaines prérogatives de l'ANR sont assurées par la Direction Générale du Médicament, des Pharmacies et des Laboratoires (DGMPL).

Le pays ne dispose pas de laboratoire de contrôle de qualité. L'acceptation de vaccins se fait sur base des certificats de libération des lots fournis par les fabricants. Le contrôle de la qualité se fait à travers le laboratoire de l'UNICEF à Copenhague.

c) Gestion efficace des vaccins (GEV)

En 2015, une évaluation de la gestion efficace des vaccins a été réalisée. Les résultats par niveau et par critères sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 9: Critères d'appréciation de la GEV par niveau d'approvisionnement

	Score/Niveau de la chaîne d'approvisionnement			
	Central	Départemental	District	CSI
Critères				
E1 : Arrivage/Réception des vaccins	65			
E2 : Température de stockage	42	68	65	48
E3 : Capacité de stockage	76	72	80	74
E4 : Bâtiments, Equipement, Transport	66	67	73	63
E5 : Maintenance	60	47	56	43
E6 : Gestion de stock	65	57	53	37
E7 : Distribution	28	43	45	55
E8 : Gestion des vaccins	91	89	76	68
E9 : SIG, Fonctions d'appui	68	45	47	27
Catégories				
B : Bâtiments	88	73	77	82
C : Capacité	70	71	86	81
E : Equipement	55	63	70	54
M : Gestion	55	52	50	38
R : Réparation/Maintenance	60	47	56	43
T : Formation	89	93	84	74
V : Véhicules	60	4	7	

Il en ressort que les critères d'appréciation n'ont pas atteint le seuil exigé de 80% à tous les niveaux sauf pour le critère gestion des vaccins au niveau central et départemental.

d) Sécurité de la vaccination

L'administration des vaccins injectables se fait par l'usage de seringues autobloquantes et la collecte des déchets de la vaccination se fait grâce aux réceptacles (boîtes de sécurité) à tous les niveaux. Bien que disponibles au niveau central, les directives sur la sécurité des injections n'ont été retrouvées que dans 55% des départements et 63% de DS. L'usage de seringues autobloquantes pour l'administration des vaccins injectables est systématique. La proportion du personnel des CSI connaissant la règle des 3 S (sécurité du prestataire, sécurité du bénéficiaire, sécurité de l'environnement) est de 67%, les boîtes de sécurité n'étaient utilisées que dans 67% des CSI.

Un plan de gestion des déchets issus de la vaccination a été retrouvé dans 7% des départements et 35% de DS. Le brûlage et l'enfouissement restent les méthodes privilégiées d'élimination des déchets, à défaut d'incinérateurs. Quelques centres de santé intégrés disposent d'incinérateurs qui devront être améliorés comme le recommandent la politique nationale de gestion des déchets biomédicaux. La destruction des déchets se fait par incinération (31%), enfouissement (11%) ou brûlage (11%).

e) Surveillance des MAPI

La surveillance des MAPI reste un point faible au niveau national. Selon la revue du PEV de 2014, il ressort ce que les directives sur la gestion des MAPI étaient disponibles dans 55% des départements et 30% des CSS. Au niveau des CSI, presque toutes les personnes interrogées (92%) connaissaient les MAPI.

Le système formalisé de pharmacovigilance incluant les directives pour une meilleure gestion des MAPI est en cours de développement. Le plan de développement de la pharmacovigilance est pris en compte dans le cadre du plan de transition.

2.1.1.3. Opération n°3 : Logistique de la chaîne de froid

a) Chaîne de froid (CdF)

• Situation globale

Le dernier inventaire de 2017 a dénombré un total de 528 équipements dont 65 congélateurs, 457 réfrigérateurs, 4 chambres froides positives et 2 chambres froides négatives. Parmi ces équipements, 386 (73%) marchent bien, 89 (17%) sont en panne, 41 (8%) marchent avec nécessité de réparation et 12 (2%) ne sont pas installés comme illustrent les tableaux et les figures ci-dessous.

En ce qui concerne la source d'énergie, 358 (68%) équipements fonctionnent à base de l'électricité, 86 (16%) à l'énergie solaire, et 83 (16%) au pétrole. Un seul équipement fonctionne au gaz.

Selon la conformité seulement 33% des équipements (n=175) répondent aux normes OMS de **Performance, Qualité, Sécurité** (PQS), 26% sont PIS n=139, 40% n=209 du parc ne répondent pas ni aux normes PIS et encore moins à ceux de PQS.

Il y a lieu de noter que les équipements répondant aux normes PIS ne sont plus recommandés par l'OMS pour la conservation des vaccins. En somme, **348** équipements de chaîne du froid devraient être remplacés dans le meilleur délai afin d'assurer une meilleure conservation des vaccins.

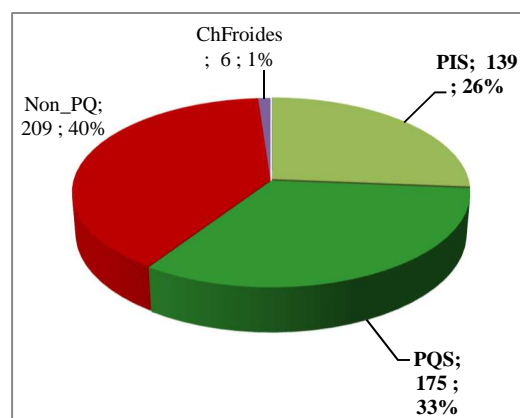


Figure 3: Pourcentage des équipements selon les normes

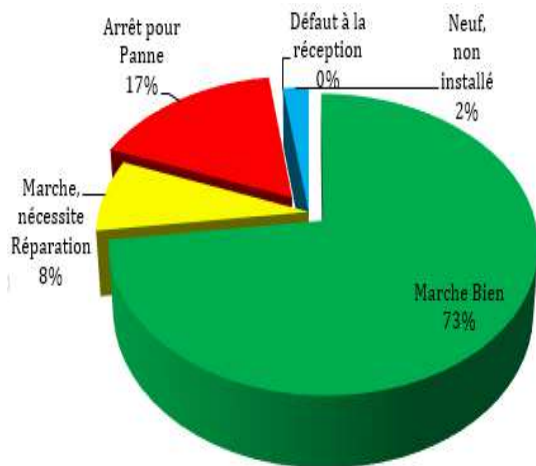


Figure 4 : Etat de fonctionnement des équipements

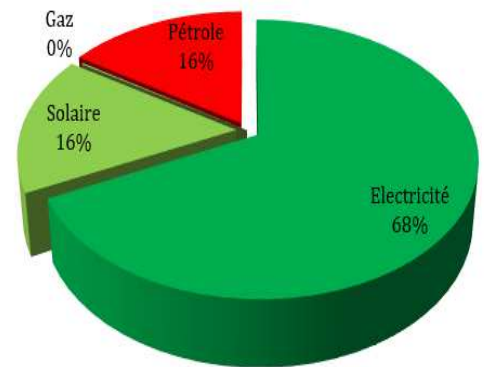


Figure 5 : Principales sources d'énergie pour les équipements

Selon l'âge, 52% des équipements (n=275), seulement ont un âge inférieur ou égal à 5 ans et 48% ont l'âge est supérieur à 5 ans. La durée moyenne de vie d'un équipement est de 8 ans.

- **Situation de la CdF au niveau central**

Le PEV central dispose de 3 chambres froides positives d'une capacité brute de 110m³ et 01 négative de 10m³ toutes installés en 2012. Deux générateurs de secours de 65 KVA chacun à démarrage manuel assurent la continuité de l'alimentation en énergie électrique en cas de coupure du réseau. Deux stabilisateurs sont également disponibles pour assurer la régulation de la tension en cas de fluctuation du réseau électrique national.

Le dépôt de Pointe-Noire est une « sous- base du dépôt national ». Il dispose d'une chambre froide mixte de capacités brutes positive de 30 m3 et négative de 10 m3. Il dessert les districts sanitaires des départements de Pointe-Noire, du Kouilou, du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou dans la partie sud du pays.

Tableau 10: Situation du matériel de la chaîne du froid au niveau central

Type	Marque	Quantité	Capacité brute	Capacité nette	Date de mise service	Etat de marche
Chambre froide négative	ZHENDRE	1	10m ³	3125 litres	Apr-12	Marche mais avec nécessité de réparer le 2ème groupe frigorifique et le système de dégivrage automatique
Chambre froide positive	ZHENDRE	1	30m ³	7143 litres	Apr-12	Marche mais avec nécessité de réparer le 2ème évaporateur du groupe frigorifique chambre froide positive n°4, 3 et 2
Chambre froide positive	ZHENDRE	1	40m ³	9524 litres	Apr-12	Marche bien, mais nécessité de réparer le 2ème évaporateur du groupe frigorifique chambre froide positive n°3
Chambre froide positive	ZHENDRE	1	40m ³	9524 litres	Nov-13	Marche bien, mais nécessité de réparer le 2ème évaporateur du groupe frigorifique chambre froide positive n°4
Groupe électrogène	SDMO	1			2012	
Groupe électrogène	SDMO	1			2013	
Stabilisateur	Electogard SVS -20K	1			2012	
Stabilisateur	Electogard SVS -20K	1			2013	

- **Situation de la CdF au niveau départemental**

En dehors des départements où se trouvent les chambres froides (Brazzaville et Pointe Noire), les dépôts des départements des Plateaux, du Pool, de la Cuvette, de la Cuvette-ouest, de la Sangha et de la Likouala sont dotés de réfrigérateurs et congélateurs homologués installés dans des salles généralement en bon état et qui servent parfois à stocker les matériels d'injection et les conteneurs passifs du dépôt. Un total de 49 équipements a été répertorié au niveau départemental repartis dans tous les départements. Il représente 9% des équipements de chaîne du froid du pays

- **Situation de la CdF au niveau de district sanitaire (point de distribution)**

Parmi les 41 districts que compte le pays, 31 disposent d'une chaîne du froid soit 75%. Un total de 79 équipements a été recensé au niveau district dont 69 (87%) marchent bien et 20 ne marchent pas bien représentant ainsi 13% de l'ensemble parmi lesquels 6% sont en panne, 4% marchent avec nécessité de réparation et 3% ne sont pas installés. Dans certains cas, les dépôts des districts sanitaires sont confondus aux dépôts des départements. Ces dépôts sont équipés essentiellement de réfrigérateurs et congélateurs de marque Vestfrost et Sibir (non homologué par l'OMS).

- **Situation de la CdF au niveau des points de prestation de service**

Quatre cent cinquante-quatre (454) centres de santé intégrés (CSI) ont été identifiés dont 120, soit 26% sont des structures privées et/ou confessionnelles. 397 équipements ont été recensés au niveau des CSI et sont répartis de la manière suivante :

- 281, soit 71% marchent bien ;
- 36 équipements, soit 9% fonctionnent avec nécessité de réparation ;
- 74 équipements, soit 19% sont en panne ;
- 6 équipements ne sont pas encore installés ;
- La couverture en chaîne du froid au niveau de CSI est de 69,8%.

Les formations sanitaires qui ne disposent pas d'un réfrigérateur utilisent la chaîne du froid rapide (glacières et/ou porte-vaccins) pour mener les activités de vaccination.

b) Analyse des capacités de stockage

Le remplacement du matériel de chaîne du froid non homologué, l'amélioration de la couverture en chaîne du froid ainsi que l'introduction des nouveaux vaccins durant les 5 ans couverts par le PPAC vont entraîner par endroit des besoins supplémentaires en matériels de chaîne du froid.

- **Niveau central**

Les capacités nettes pour le stockage des vaccins en positif et les besoins additionnels attendus sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11: Capacité de stockage requis en positif au niveau central (litres)

Dépôt national_/Années	2018	2019	2020	2021	2022
Capacité nette de stockage requise de Cdf en litres	9 303 1	10 096 1	10 813 1	11 222 1	11 559 1
Capacité nette de CdF existantes (litres) chaîne du froid positive (+2°C à +8°C)	26 191 1	26 191 1	26 191 1	26 191 1	26 191 1
Capacité additionnelle de CdF avec les capacités existantes (litres) chaîne du froid positive (+2°C à +8°C)	- 16 888 1	- 16 095 1	- 15 378 1	- 14 969 1	- 14 632 1

Les données du tableau n°11 renseignent que la capacité de stockage au niveau national est suffisante. Tous les vaccins du calendrier actuel, y compris les nouveaux à introduire y seront stockés correctement. La partie négative sera également suffisante pour tous les besoins jusqu'en 2022. Il en sera de même pour le dépôt sub national de Pointe-Noire.

- **Niveau départemental**

Le pays est subdivisé en 12 départements dont 4 ne sont pas alimentés en énergie électrique fiable et suffisante. Il s'agit de la Cuvette Ouest, du Pool, de la Lékoumou et de la Likouala. Ces derniers ne pourront bénéficier que des équipements solaires tandis que les 8 autres départements auront des équipements électriques.

Tableau 12: Gap capacités de stockage positive au niveau des départements de 2017 à 2022

		Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
Niveau	Nom dépôt	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Département	Pointe Noire	288 litr	334 litr	852 litr	994 litr	1 069 litr	1 084 litr
Département	Kouilou	65 litr	69 litr	112 litr	124 litr	130 litr	132 litr
Département	Brazzaville	1 181 litr	1 250 litr	2 032 litr	2 246 litr	2 360 litr	2 382 litr
Département	Pool	203 litr	215 litr	350 litr	387 litr	407 litr	411 litr
Département	Plateaux	- 60 litr -	- 51 litr -	49 litr	76 litr	90 litr	93 litr
Département	Cuvette Ouest	- 445 litr -	- 441 litr -	400 litr -	388 litr -	382 litr -	381 litr
Département	Cuvette	- 135 litr -	- 128 litr -	39 litr -	14 litr -	1 litr	1 litr
Département	Sangha	- 31 litr -	- 27 litr -	23 litr	36 litr	43 litr	44 litr
Département	Likouala	- 119 litr -	- 111 litr -	23 litr	0 litr	13 litr	15 litr
Département	Niari	94 litr	106 litr	237 litr	273 litr	292 litr	296 litr
Département	Lékoumou	- 232 litr -	- 227 litr -	172 litr -	157 litr -	149 litr -	147 litr
Département	Bouenza	- 265 litr -	- 250 litr -	73 litr -	26 litr -	0 litr	4 litr

Un besoin de 2 Chambres froides positives de 10 m³ se dégage dont l'une pour le dépôt départemental de Pointe-Noire et l'autre pour celui de Brazzaville et de 14 réfrigérateurs pour les départements tel que présenté dans le tableau suivant :

Tableau 13: Equipements de chaine du froid additionnels par départements de 2017 à 2022

Nom dépôt	2018	2019	2020	2021	2022
Pointe Noire	CF+ 10m3				
Kouilou					
Brazzaville	CF+ 10m3				
Pool	7 VLS154SDD		1 VLS154SDD		
Plateaux			1 VLS154SDD	1 VLS154SDD	
Cuvette Ouest					
Cuvette					
Sangha			1 VLS 054Green Line		
Likouala				1 VLS 054SDD	
Niari	1 VLS400A Green Line		1 VLS400A Green Line		
Lékoumou					
Bouenza					

- **Niveau district**

Le pays compte au total 41 districts sanitaires. Six (06) de ces districts ne disposent pas de dépôt de stockage compte tenu de leur proximité avec le dépôt départemental dont ils relèvent. Il s'agit des dépôts des districts d'Ewo, Owando, Ouesso, Impfondo, Kinkala-Boko et Sibiti. Les districts sont approvisionnés par le niveau départemental à l'exception des 9 districts sanitaires de Brazzaville, 7 districts de Pointe Noire et 2 du département du Kouilou. Les capacités additionnelles requises en réfrigération au niveau des districts sanitaires sont présentées dans l'annexe n° 4.

De ce qui précède, un besoin de 54 réfrigérateurs pour les Districts sanitaires dont 20 réfrigérateurs en 2018, 4 réfrigérateurs en 2019, 30 réfrigérateurs en 2020, 2 réfrigérateurs en 2021 et 2 réfrigérateurs en 2022. Ces besoins en équipements de chaîne de froid additionnels par district sont illustrés dans l'annexe n° 5.

- **Au niveau des Centres de Santé Intégrés (CSI) ou Centres Fixes de Vaccination (CFV) opérationnels,**

Les données de l'enquête sur les formations sanitaires indiquent que le matériel de vaccination n'était disponible et fonctionnel que dans 57% des CSI à Paquet Minimum d'Activités Elargi (PMAE). Cependant, dans les CSI à Paquet Minimum d'Activités Standards (PMAS), la chaîne du froid n'était disponible que dans des faibles proportions (avec moins de 40%³).

Pour les CSI, il y a lieu de remplacer progressivement les équipements de 77 CSI non conformes par 86 de marque VLS054 SDD tous solaires.

En 2017, une commande financée par les fonds additionnels du Projet RSS-GAVI a été faite pour l'achat de 22 réfrigérateurs électriques pour les dépôts départementaux, 434 réfrigérateurs solaires pour les districts sanitaires et les centres fixes de vaccination, 100 glacières Electrolux de 25 litres pour les dépôts central et départementaux, 104 glacières Aitec de 25 litres ayant une autonomie de loge (11 à 12 jours) pour les Districts sanitaires, 3000 Fridge Tag 2 et 44 Kit pièces de rechange pour les réfrigérateurs. Un besoin supplémentaire de 2 chambres froides positives pour les dépôts départementaux de Brazzaville et Pointe Noire avec 120 réfrigérateurs pour les CSI.

c) Transport

Au sujet du transport, les moyens suivants ont été recensés par niveau :

- **Au niveau Central**

Depuis 2008, le PEV central dispose d'un véhicule frigorifique d'une capacité de 5 mètres cube d'environ. Ce véhicule en panne actuellement, comprend 2 compartiments, dont un pour le stockage positif et l'autre pour le stockage négatif. L'évaporateur du compartiment négatif est généralement mis à l'arrêt pour permettre l'utilisation du compartiment pour le transport des

³PBDS 2012-2016, page 37

matériels d'injection. Ce véhicule servait à ravitailler en vaccins quelques départements de la partie du nord du pays (Plateaux, Cuvette et Cuvette-Ouest).

Les départements de la Sangha et de la Likouala, ainsi que la Sous-bas de Pointe-Noire sont ravitaillés par mois. En outre, le PEV central dispose également de trois véhicules qui sont parfois utilisés pour le ravitaillement en vaccins et matériels d'injection.

- *Au niveau départemental et districts sanitaires*

La sous base PEV de Pointe -Noire dispose d'un véhicule Hilux 4x4 permettant de desservir, non seulement les DS de Pointe-Noire et du Kouilou, mais aussi les trois départements du sud du pays.

- *Au niveau des centres de santé intégrés ou centres fixes de vaccination*

Quelques CSI ou CFV sont dotés en motos. La plupart utilise les moyens de transport en commun ou véhicules privés pour l'approvisionnement en vaccins et intrants.

L'inventaire de la CdF de 2017 a permis également de recenser les moyens de transport au niveau national. Le tableau ci-dessous illustre l'état de fonctionnement des moyens de transport au niveau national.

Tableau 14: Répartition des moyens de transport par département selon leur état

Département	Véhicules				Motos				Bicyclettes				Hors-bords			
	MB	MR	AR	NU	MB	MR	AR	NU	MB	MR	AR	NU	MB	MR	AR	NU
Bouenza	11	0	0	0	24	3	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Brazzaville	6	2	1	0	15	1	3	1	18	0	0	1	0	0	0	0
Cuvette	1	0	0	0	11	0	1	0	4	0	0	0	9	0	0	0
Cuvette Ouest	2	0	3	1	5	0	4	0	7	1	0	0	0	0	0	0
Kouilou	2	0	0	0	0	0	0	0	9	0	2	4	0	1	0	0
Lekoumou	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Likouala	2	0	2	0	4	0	3	0	9	0	3	8	4	0	2	0
Niari	2	0	0	0	18	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plateaux	10	0	0	0	21	4	2	1	19	3	0	0	4	0	0	0
Pointe-Noire	5	0	0	0	9	4	4	0	5	2	4	16	10	0	0	0
Pool	3	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Sangha	1	0	1	0	3	0	0	0	4	0	1	1	2	2	2	0
Congo	45	2	7	1	116	25	24	2	79	6	10	31	30	4	4	0

MB: Marche bien ; **MR:** Marche mais nécessite réparation ; **AR:** En arrêt pour panne ; **NU:** Non utilisé

De ce qui précède, il se dégage un besoin de 2 véhicules dont 1 camion frigorifique de 10m3, 1 véhicule 4X4 pour le transport du sec et 10 Hors-bord se dégage pour la période du PPAC 2018-2022.

2.1.1.4. Opération n°4 : Communication en faveur du PEV

Il existe une stratégie nationale de Communication au niveau du PEV intégré dans le Plan Pluriannuel Complet (PPAC 2012-2016). Cette stratégie nationale a bien développé les huit (08) principales composantes que sont i) le plaidoyer pour l'adhésion des décideurs, ii) la mobilisation sociale/ partenariat qui vise la sensibilisation et la participation des partenaires sociaux, iii) la communication pour le changement de comportements qui vise la sensibilisation des groupes cibles lors des campagnes de masse et de proximité, iv) la mobilisation communautaire, qui vise l'implication des dirigeants locaux, leaders confessionnels et les organisations communautaires, v) la communication pour le changement social qui permet d'identifier les normes, les valeurs susceptibles de freiner l'acceptabilité des activités de vaccination, vi) la communication en situation d'urgences, qui vise à gérer la communication durant les déclenchements des maladies cibles du PEV, vii) la recherche opérationnelle, qui permet de réaliser les enquêtes CAP, viii) le suivi et l'évaluation, qui vise à déterminer les réactions des groupes cibles face aux séries de messages diffusés sur le terrain.

La stratégie de communication en faveur de la vaccination de routine a été faiblement mise en œuvre. Par contre, elle connaît une plus grande effectivité lors des AVS, des semaines de santé mère et enfant ou lors des introductions de nouveaux vaccins. Cette situation est essentiellement liée au faible financement de la communication de routine.

La stimulation de la demande de vaccination de routine par les bénéficiaires a encore du chemin à parcourir. Des sources diverses, le manque d'information, la qualité de l'accueil par les agents de santé, les croyances et les occasions manquées seraient les principales raisons de la non vaccination ou la vaccination incomplète des enfants.

Les populations autochtones seraient difficilement atteignables lors des saisons de cueillette pour le suivi de la vaccination des enfants. La vaccination des enfants de ces populations nécessite une approche prenant en compte les us et coutumes de celles-ci.

Au niveau du PEV central, il existe une section chargée d'élaborer les stratégies de communication de vaccination. Celle-ci est en collaboration avec le service de l'action intersectorielle de la direction de l'hygiène publique et de la promotion de la santé.

Si au niveau du PEV central, il existe une unité chargée de gérer la communication, au niveau des départements et des districts sanitaires, il n'existe pas de points focaux communication formels. La revue du PEV de 2014 a noté que la non mise en œuvre permanente des activités de communication peut être mise en relation avec le fait que très peu de structures disposent d'un responsable de la communication pour le PEV (10% des DDS, 46 % des CSS et 50% des CSI) mais aussi d'un manque de financement.

Il est à noter qu'au niveau des CSI, presque toutes les séances de vaccination (93%) sont précédées par une causerie éducative. Ces causeries éducatives portent sur le calendrier vaccinal de l'enfant et de la mère, les maladies évitables par la vaccination. A cet effet des outils ont été développés (calendrier de vaccination, boîtes à images, spots radio-télévisés, affiches, dépliants, banderoles, etc..).

a) Renforcement des capacités en communication

Au niveau central, il existe un pool d'agents formés en communication pour le développement. En 2014 et 2015, des sessions de formations sur les techniques de communication ont été organisées à l'endroit des agents de santé de tous les niveaux (DDS, DS et CSI).

b) Participation communautaire :

Le PBDS 2015-2016 note que 26% des districts sanitaires disposent d'une association des COSA fonctionnelle. Si 79,7% des CSI ont mis en place des comités de santé, aucun d'entre eux ne satisfait aux critères d'un COSA fonctionnel. Ce faible niveau d'implication des communautés à travers ces organes de gestion, pourrait être un des facteurs explicatifs de la baisse de l'utilisation des services de santé par la communauté qui est passée de 26,7% en 2005 à 23,8% en 2012.

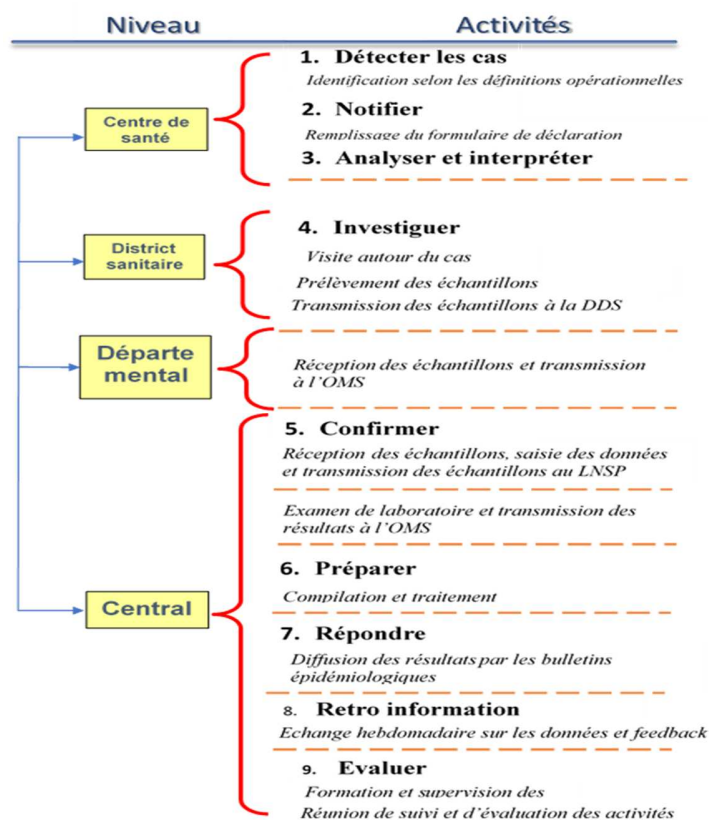
Les problèmes liés au partenariat et à la participation communautaire sont : (i) la faiblesse des actions sanitaires réalisées au niveau communautaire, avec la participation effective des acteurs locaux ainsi que celle du partenariat public-privé, les Organisations de la société civile y compris ; (ii) une coordination encore faible des interventions des divers partenaires par le ministère de la santé; (iii) une collaboration intersectorielle peu opérationnelle et (iv) des capacités de suivi des partenariats et des programmes de collaboration intersectorielle encore très limitées.

En plus, il existe une politique nationale des interventions à base communautaire en santé dont la mise en œuvre est en synergie avec les autres projets.

Le présent PPAC intègre les lignes essentielles d'un plan de communication PEV de routine révisée qui repose sur les axes suivants : Plaidoyer, Mobilisation sociale /partenariat, Communication de proximité, Renforcement des capacités et Renforcement de la participation communautaire.

2.1.1.5. Opération n°5 : Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique est organisée selon les niveaux de la pyramide sanitaire, rapporté dans le schéma ci-dessous :



Dans le cadre de la mise en œuvre de la Surveillance des maladies évitables par la vaccination, les outils de collecte de données sont disponibles et font partie intégrante du rapport mensuel au niveau de chaque département. La complétude des rapports varie entre 80 à 95%, tandis que la promptitude est très faible (entre 10-15%). La dernière revue externe du PEV (Octobre 2010) montre que :

- Au niveau des CSI, les supports de notification des maladies cibles et des maladies sous surveillance sont disponibles dans 80,5% des cas, 59% pour les supports PFA ;
- 82,40% des agents de santé enquêtés maîtrisent la conduite à tenir devant un cas suspect de chacune de ces pathologies.

L'évolution des maladies cibles du PEV de 2012 à 2016 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15: Evolution des maladies cibles du PEV 2012-2016

Maladies Année	PFA		Rougeole		Fièvre jaune		TMN
	suspects	confirmés	suspects	confirmés	suspects	confirmés	
2012	62	0	1385	241	74	1	2
2013	102	0	1016	126	400	1	5
2014	114	0	236	86	146	0	2
2015	112	0	1590	104	221	0	1
2016	86	0	487	277	286	0	0

Rapport Annuel PEV 2016

Selon ce tableau, on note :

- le dernier cas de PVS a été notifié en janvier 2011. Le nombre de cas de PFA a atteint chaque année le nombre de cas attendus (cible : 60-66) ;
- le nombre important des cas suspects et confirmés de rougeole avec une petite baisse en 2014 suite à la campagne de vaccination de 2013. Mais en 2015, un pic important a été noté ce qui explique de la qualité des interventions mises en œuvre ;
- deux cas confirmés de fièvre jaune avec riposte en 2012 et 2013 dans le département de la Cuvette-Ouest. En 2016 on a noté 03 cas suspects de fièvre jaune avec IgM+ chez des sujets déjà vaccinés.

a) Surveillance des PFA

Depuis 2000, le Congo a réalisé des progrès considérables dans l'éradication de la poliomyélite. Cela a permis de soumettre la documentation requise par la Commission de Certification régionale pour l'Afrique en 2007. Celle-ci avait été jugée acceptable.

En octobre 2010, une flambée épidémique importante de poliomyélite a été enregistrée avec 584 cas de PFA, 441 cas confirmés et 221 décès (taux de létalité de 41 %) dans les départements de Pointe-Noire et le Kouilou. La riposte vaccinale et le renforcement de la surveillance épidémiologique ont permis d'interrompre la circulation du poliovirus sauvage. Le dernier cas positif remonte à janvier 2011.

Dans le cadre de la surveillance basée sur les cas, tous les cas de PFA font l'objet d'investigation et de prélèvement de 2 échantillons de selles qui sont envoyés et analysés à l'Institut national de recherche biologique (INRB) de Kinshasa en RDC qui sert de laboratoire de référence sous régionale.

Une base de données est élaborée et partagée de façon hebdomadaire avec l'OMS et le réseau de laboratoire. Le Congo n'a pas atteint la norme de 80% dans le délai d'acheminement des échantillons des selles au laboratoire (délai requis entre 0 et 3 jours) avec comme corollaire le faible taux d'entérovirus détectés dans les selles. Cette faible performance peut s'expliquer par la localisation du laboratoire hors du pays (Kinshasa en RDC).

Les tableaux et figures ci-dessous illustrent la performance des PFA de 2014 à 2016 (principaux indicateurs)

Tableau 16: Evolution des 2 indicateurs majeurs de surveillance de PFA de 2014 à 2016

Indicateurs	Années				
	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de PFA NP (≥ 3)	2,3	4	5,1	5,1	3,3
% selles dans les 14 jours ($\geq 80\%$)	71	82	89	89	96
Taux d'entérovirus ($\geq 10\%$)	10,3	4,4	7,7	5,7	3,9

Les données ci-dessus montrent que sur le plan de la surveillance des PFA, les deux indicateurs majeurs au niveau national (Taux annualisé de PFA non polio ≥ 3 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et une qualité des selles $\geq 80\%$) ont été atteints depuis 2014.

Les données ci-dessus montrent que sur le plan de la surveillance des PFA, les deux indicateurs majeurs au niveau national (Taux annualisé de PFA non polio ≥ 3 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et une qualité des selles $\geq 80\%$) ont été atteints depuis 2014.

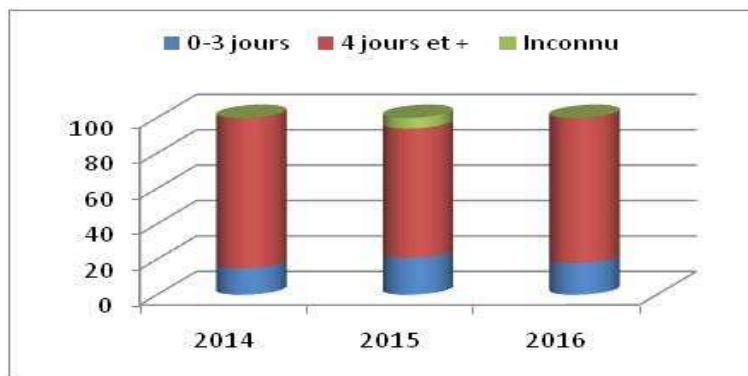


Figure 6: Délai de transport des échantillons

Si les indicateurs au niveau national sont performants, il faut noter l'existence des disparités au niveau des départements et des districts sanitaires avec la persistance des zones silencieuses. La figure ci-dessous présente les performances de la surveillance des PFA par département.

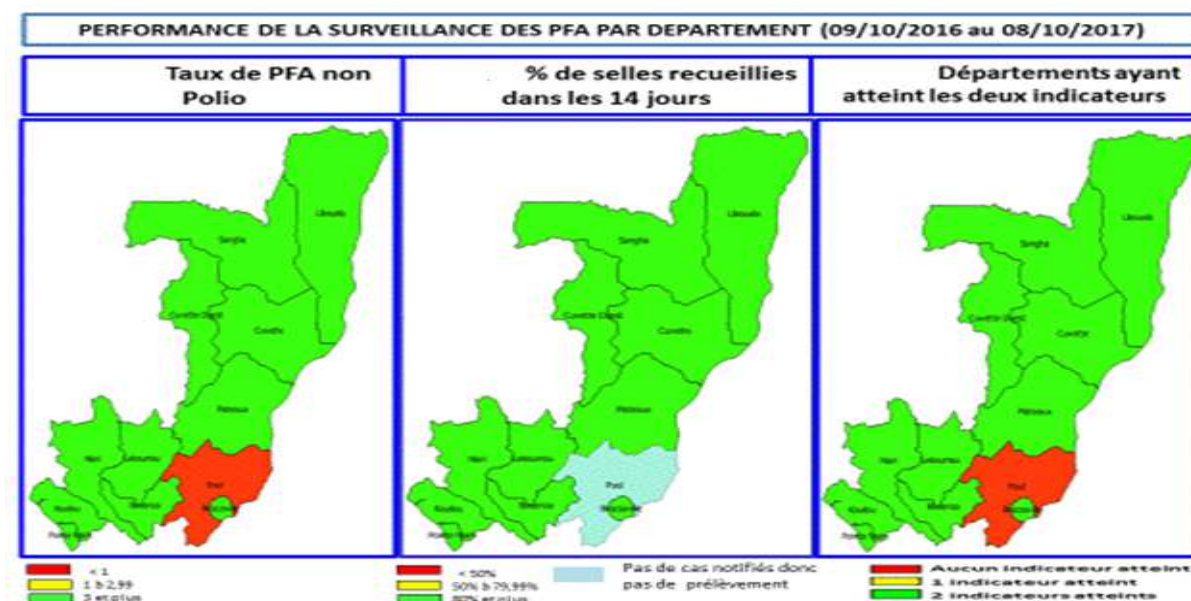


Figure 7 : Performances de la surveillance des PFA par département du 09 Octobre 2016 au 08 Octobre 2017

- **Remplacement du VPOt par le VPOb et introduction du VPI**

Dans le cadre de la phase finale de la lutte contre la polio, Le Congo à l'instar d'autres pays ayant souscrit à l'IEP a remplacé le VPOt par le VPOb en 2016 et introduit le VPI dans le PEV de routine en 2016. L'enquête de la phase 1a de confinement de poliovirus sauvage de type 2 au laboratoire et celle la phase 1b du confinement du PVS Sabin 2 au laboratoire et destruction du VPO trivalent de type2 dans les structures sanitaires du Congo ont été réalisées et les rapports produits et envoyés au Comité Régional de Certification. Un plan national de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite est en cours de finalisation.

La surveillance environnementale en appui à la surveillance des PFA n'est pas encore fonctionnelle. Une analyse du risque de la polio est réalisée trimestriellement et partagée avec l'OMS et les autres partenaires. Selon cette analyse du risque de 2016, le Congo est à risque moyen d'importation du PVS. On note une immunité collective faible (couverture vaccinale au VPO3<90%) dans le pays.

Il sied de noter que les comités nationaux de lutte contre la polio (CNC, CNEP, GTC) fonctionnent régulièrement.

CONCLUSION

- Sur le plan de la surveillance des PFA, le pays a atteint les deux indicateurs majeurs de la surveillance des PFA au niveau national.
- Les analyses du risque de la poliomyélite au 4ème trimestre 2016 et au 1er trimestre 2017 montrent que le Congo est à risque moyen d'importation du PVS.
- Le Congo a introduit le VPI dans la vaccination de routine et remplacé le VPOt par le VPOb.
- En matière de certification, les rapports annuels sont endossés par le Comité régional de certification de la Région Africaine ces 5 dernières années.
- Un plan national de transmission des acquis de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite est en cours de finalisation

b) Surveillance de la rougeole

La surveillance de la rougeole basée sur le cas a débuté en 2004. Cette surveillance connaît encore des faiblesses en particulier au niveau périphérique car tous les cas notifiés ne sont pas systématiquement investigués.

Le Congo fait face depuis 2011 à une recrudescence des flambées épidémiques de rougeole. En 2012, 18/30 districts ont enregistré des épidémies. 1379 cas suspects ont été notifiés, 436 cas investigués, 238 confirmés et 28 décès enregistrés. Les départements de Brazzaville et de la Likouala ont été les plus touchés. Parmi les cas confirmés, 30% n'ont pas été vaccinés contre la rougeole. En 2016, 87,80% des DS ont notifié 487 cas suspects de rougeole, parmi lesquels 277 cas ont été confirmés IgM positifs. Parmi les cas confirmés positifs on trouve plus de 81 enfants de moins de 05ans (29%) non vaccinés

Le Congo a atteint les deux indicateurs majeurs (*% de districts ayant notifié au moins 1 cas ; Taux de maladies éruptive fébrile non rougeoleuse*) de la surveillance de la rougeole depuis plus de 5 ans mais n'a pas encore atteint une incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes comme l'exige le plan d'élimination régional de la rougeole 2012-2020. C'est ainsi que le Congo a été sélectionné parmi les pays devant élaborer et mettre en œuvre le plan d'élimination de la rougeole en 2012. Le draft du plan est disponible et en attente de validation. On note également l'absence des comités de la validation des cas de rougeole et de TMN.

La performance de la surveillance de la rougeole de 2012 à 2016, la cartographie des cas et les tranches d'âges touchées sont présentés respectivement dans les tableaux et graphiques ci-dessous.

Tableau17: Performance de la surveillance de la rougeole de 2012 à 2016

Année	Nbre de cas suspects	% de cas avec échantillons	% de cas avec résultat de labo	% de cas confirmés au labo	% de districts ayant notifié au moins 1 cas	Taux de maladies éruptives fébriles non rougeoleuses	Incidence
2012	1377	31	97,7	56,4	86	5	56
2013	1004	53,9	100	22,6	93	9,6	26
2014	238	98,7	89	28,1	96	3,6	15
2015	1250	21,4	94	33	100	4,5	23
2016	487	100	94,46	60,7	88	3,3	57

Sources : Rapport PEV ; JRF 2012-2016

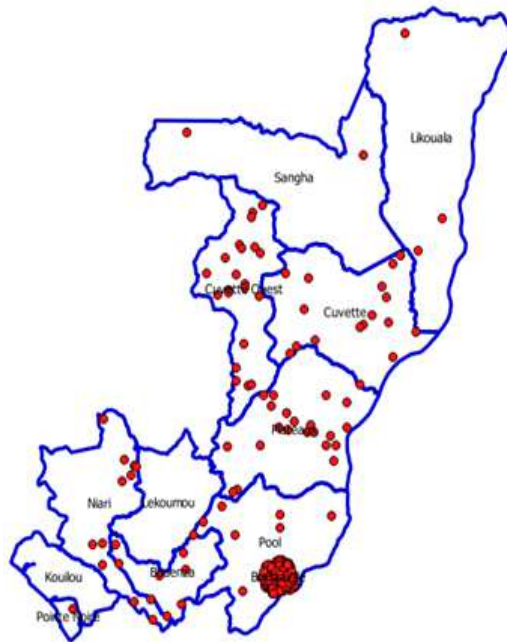


Figure 8 : Cartographie des cas suspects de rougeole en 2016

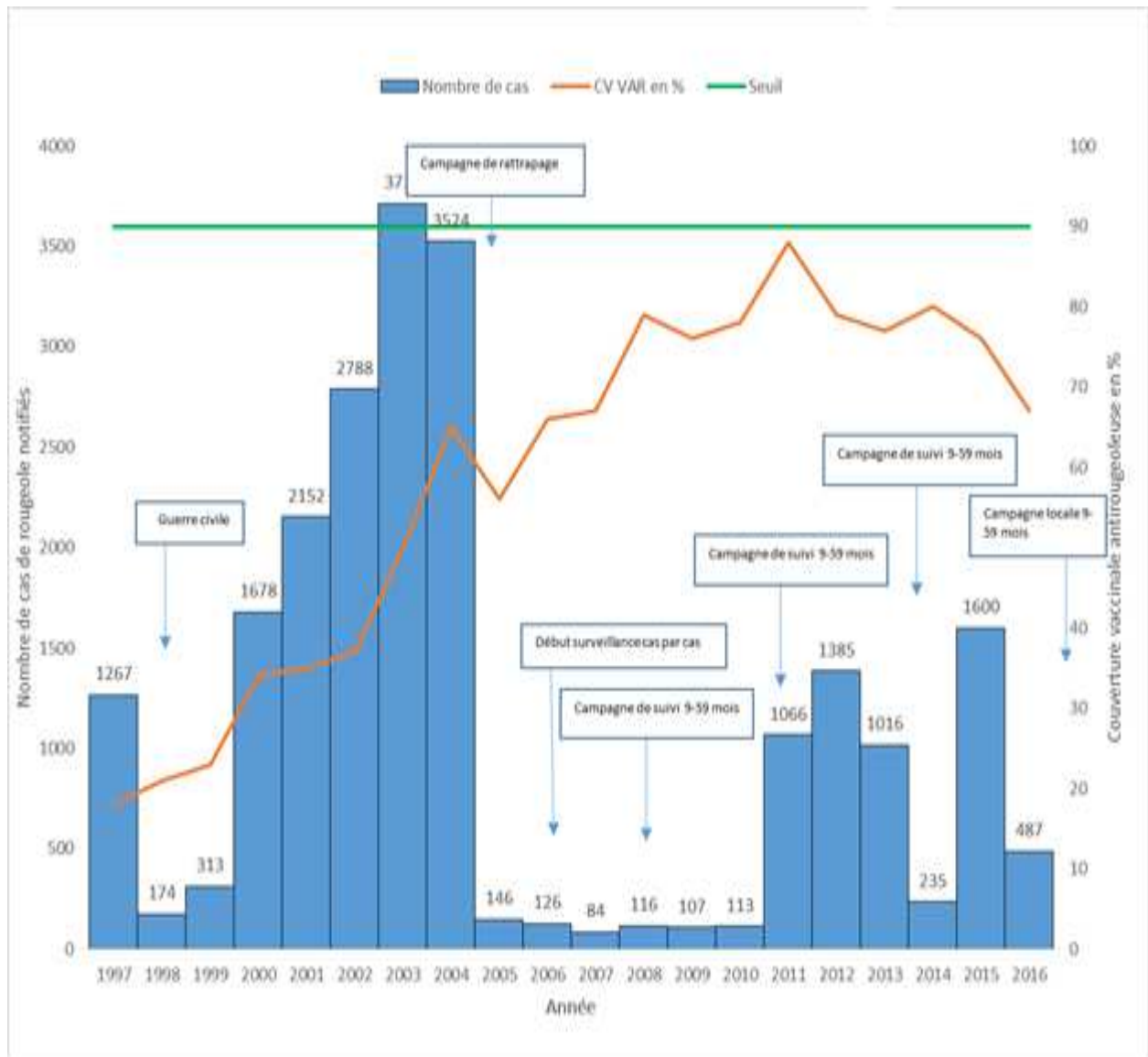


Figure 9 : Progrès dans le contrôle de l'élimination de la rougeole au Congo de 1997 à 2016

CONCLUSION

- Les deux indicateurs majeurs de la surveillance de la rougeole sont atteints depuis 2013 ;
- Le plan stratégique d'élimination de la rougeole 2012-2020 élaboré depuis 2013 n'a pas été validé par le CCIA. Sa révision et son adoption par le CCIA sont planifiées d'ici fin 2017

c) Surveillance de la fièvre jaune

Le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique de la fièvre jaune. La surveillance de la fièvre jaune basée sur le cas est effective depuis 2005. Les échantillons sont acheminés au laboratoire de l'INRB de Kinshasa (RDC).

En 2009 et 2012, deux cas ont été notifiés dans le département de la Cuvette-Ouest (district de Mbama et district d'Ewo). Des campagnes de ripostes localisées ont été menées. En 2016, quatre cas avec IgM+ de la fièvre jaune ont été notifiés dans le département de la Bouenza (Boko-Songho) et à Brazzaville (District sanitaire de Talangai). Toutefois les investigations ont montré que tous ces patients ont été vaccinés au VAA.

Les indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune au niveau national sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18: Performances de la surveillance de la fièvre jaune de 2012 à 2016

Année	Nbre de cas suspects notifiés	% de districts ayant notifié au moins 1 cas	IgM+	
			Nbre	%
2012	74	87%	2	3%
2013	400	100%	0	0%
2014	146	83%	0	0%
2015	221	71%	0	0%
2016	286	90%	1	0%

CONCLUSION

- La fièvre jaune est encore au stade de contrôle de la maladie. Les indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune au niveau national sont satisfaisants depuis 2014

d) Surveillance du Tétanos maternel et néonatal (TMN)

Depuis 2009, le Congo a atteint le stade d'élimination du TMN. Une enquête sur l'élimination du TMN a été menée par l'OMS en 2009 dans le département de la Likouala considéré comme département à haut risque de TMN. Cependant, le plan de maintien du statut d'élimination du TMN n'est pas encore élaboré. Néanmoins, on note au niveau national que les indicateurs de performance de la surveillance du TMN sont encore faibles comme en témoignent les données du tableau ci-dessous.

Tableau 19: Performance de la surveillance du tétanos de 2012 à en 2016

Année	Nbre de cas	Avec riposte		Mère vaccinée		Statut vaccinal à jour		Accouchement assisté		Cordon coupé avec une lame stérile		Enfant décédé	
		Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
2012	2	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%
2013	5	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%	1	20%
2014	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2015	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2016	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

CONCLUSION

- Sur l'élimination du TMN : le Congo a atteint le statut d'élimination du TMN en 2008.
- Le plan de maintien du statut n'est pas encore élaboré.

2.1.2. Analyse des composantes d'appui

Les composantes d'appui concernent (i) la gestion du programme, (ii) le renforcement des capacités et (iii) le financement.

2.1.2.1. Composante n°1 : Coordination/gestion du programme

a) Planification

Après les troubles socio-politiques qui ont affecté le secteur santé en général et le PEV en particulier, le Congo a élaboré en 2003 un premier plan de relance de la vaccination.

Le premier PPAC couvrant la période 2006-2011 a été élaboré en 2006. Le dernier PPAC a couvert la période 2012-2016. En fonction du dernier PPAC, 5 plans d'action annuels ont été exécutés. Une revue externe du PEV a été organisée en 2014

b) Administration et coordination

Le Programme PEV est rattaché directement à la Direction Générale de la Population (DGPOP) du Ministère de la Santé et de la Population. Sa position administrative, sa structure ainsi que ses ressources humaines ne lui permettent pas de jouer pleinement son rôle. En effet, les défis auxquels le PEV doit faire face deviennent de plus en plus complexes dans la perspective de l'atteinte des objectifs du GVAP, des ODD et autres engagements globaux.

La Coordination stratégique du PEV depuis 1999 est assurée par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) présidé par le Ministre de la santé et de la Population. La fonctionnalité du Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) est limitée et il est noté un faible niveau de représentativité

des Ministères des Finances, du Plan, de la société civile et du secteur privé aux réunions de prise de décisions.

c) Gestion des ressources humaines

Selon la revue en 2014, il existe une insuffisance du personnel qualifié à tous les niveaux. Au niveau opérationnel, les activités de vaccination sont parfois réalisées par les agents communautaires motivés par la formation sanitaire ; d'où le problème de leur pérennisation.

d) Supervision, suivi et évaluation

• Supervision

Un guide de supervision intégrée a été élaboré pour améliorer la qualité de l'activité. Il n'est cependant disponible que dans 55% des structures visitées.

Cette supervision formative a été faible à tous les niveaux du système de santé du Congo, tant en qualité qu'en quantité. Le niveau central a réalisé au moins une supervision formative à l'endroit de chaque DDS par année. La supervision des CSS par les DDS et des DS vers les CSI n'a pas été systématique. Avant la récente dotation en véhicule des DDS et DS, la supervision a été souvent limitée aux structures présentes au chef-lieu des DDS et des DS.

• Suivi ou monitoring et évaluation

S'agissant du monitoring des activités de vaccination, les réunions de monitoring des performances du PEV qui se tenaient trimestriellement sont devenues irrégulières au niveau national. Néanmoins au niveau intermédiaire, les DDS organisent régulièrement les réunions trimestrielles d'évaluation qui intègrent les activités vaccinales.

e) Gestion des données de qualité

Au niveau central il existe une unité de gestion des données animée par un gestionnaire de données (Data manager). Le circuit des données se fait à partir des CSI, vers le district sanitaire, le département puis au niveau national. La compilation des données des CSI se fait au niveau des districts, au niveau départemental et au niveau national.

Les outils de collecte des données sont : les fiches ou carte de vaccination, les formulaires de notification, les registres de vaccination, les registres de pointage, les rapports mensuels, les formulaires d'investigations. La saisie des données de vaccination et de surveillance se fait sur Epi-info et sur Excel au niveau central et elles sont partagées avec les partenaires.

La revue documentaire de cinq dernières années sur la gestion des données a montré les problèmes suivants :

- la faible promptitude et complétude des données ;
- la non maîtrise des dénominateurs pour le calcul des indicateurs ;
- l'absence d'une équipe de gestion ;

- l'incohérence des données externes et internes ;
- l'incohérence avec des données d'enquête ;
- l'absence d'évaluation de la qualité des données ; l'auto évaluation de la qualité des données n'est pas utilisée au niveau district.

Les réunions de revue et d'harmonisation des données de vaccination et de laboratoire ne sont pas tenues comme recommandées par les réunions annuelles des directeurs du PEV. Il n'existe pas de stratégie de renforcement de la qualité des données.

La participation du gestionnaire des données du PEV et de l'OMS et du directeur du système national de l'information sanitaire à l'atelier régional sur le renforcement des compétences sur la qualité des données de la vaccination est un atout important pour lever les goulots d'étranglement de cette activité importante.

2.1.2.2. Composante n°2 : Renforcement des capacités

a) Formation du personnel

Des formations portant sur la maintenance de la chaîne de froid et sur l'utilisation du vaccin anti-pneumocoque ont été organisées par le PEV en 2011 et en 2012. Les acteurs sur le terrain ont aussi bénéficié des briefings sur certaines composantes du PEV lors de l'introduction du vaccin antirotavirus et du switch VPOt au VPOb.

Trois cours de formation des formateurs sur la gestion du PEV (Mid-Level Management ou MLM) ont été organisés en mai, juillet et septembre 2017. 99 formateurs ont été formés et vont, par la suite, conduire des formations en cascades pour les agents du niveau district et CSI.

05 agents du PEV viennent d'être formés sur la logistique vaccinale en février-mars 2017 au Centre LOGIVAC, à Ouidah au Bénin.

b) Infrastructures, Equipements et nouvelles technologies

Pour ce qui est des infrastructures et équipements, depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique il existe des bâtiments pour les services de vaccination. Cependant ils sont vétustes et étroits, notamment au niveau des centres de santé des districts. Ils ont besoin pour la plupart d'être réhabilités. Avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) le système de communication devrait être renforcé en vue de faciliter la transmission régulière des informations et d'assurer la rétro information.

2.1.2.3. Composante n°3 : Financement permanent du PEV

Trois types de financement des activités du PEV existent : la contribution de l'Etat, celle des partenaires au développement et enfin celle de la communauté à travers le recouvrement des coûts de soins de santé.

Les dépenses totales de la vaccination en 2015 s'élèvent à 5, 197,400.1 USD². Les allocations du Gouvernement ont représenté la principale source de financement (43%) suivies de Gavi (30%),

de l'OMS (17%) et de l'Unicef (10%). D'autres partenaires sont intervenus de manière ponctuelle, notamment le Rotary club international, ENI fondation et les sociétés de téléphonie mobile. L'apport du secteur privé national au financement de la vaccination reste marginal et nécessite d'être renforcé.

Tableau 20: Les sources de financement de la vaccination de 2011 à 2016

Année	Etat		Gavi		Autres		Total
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant
2011	2 666 654	36	1 720 500	23	2 952 556	40	7 339 710
2012	3 096 591	40	4 242 772	55	322 508	4	7 661 871
2013	2 995 029	36	4 091 000	49	1 206 479	15	8 292 508
2014	3 483 821	41	3 198 980	37	1 852 849	22	8 535 650
2015	2 234 882	43	1 559 220	30	1 403 298	27	5 197 400
2016			4 196 213				

Aux côtés de l'Etat et GAVI, d'autres partenaires interviennent dans le financement de la vaccination. Il s'agit de :

- l'UNICEF qui intervient dans les approvisionnements en vaccins, la gestion de la chaîne de froid, le développement et la mise en œuvre des stratégies de communication ;
- l'OMS qui apporte un appui technique à la planification et la mise en œuvre des activités du PEV avec un focus sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- l'ENI Fondation qui œuvrait dans la mise en œuvre des activités de vaccination dans le Département de la Cuvette, le Niari et le Kouilou (Projet intégré de Hinda) ;
- la Banque mondiale dans le cadre du PDSS I et II qui a appuyé la mise en œuvre des PSE par la dotation en véhicules, motos, matériels informatiques et l'achat des prestations et autres services de santé.

A terme selon la politique du cofinancement GAVI, le Congo s'est engagé dès 2012 à accroître le budget dévolu au PEV pour faire face au retrait du financement GAVI.

Cependant malgré cet engagement politique, les montants alloués ne couvrent pas souvent les besoins mais aussi les procédures de décaissement trop complexes ne permettent pas la mise à disposition des fonds en temps réel. Il faut noter également l'absence de lisibilité de la ligne budgétaire dans le budget national.

Tableau 21: Répartition des dépenses effectuées en 2015 par sources de financement

Rubriques	Total	Sources de financement				
		GVT	UNICEF	OMS	GAVI	PDSS
Achat vaccins traditionnels	102 034 430	102 034 430	-	-	-	
Achat vaccins sous utilisé et nouveaux	1 848 531 000	970 731 000	-	-	877 800 000	
Campagnes Polio et Riposte Rougeole	991 726 605	200 571 900	311 461 000	479 693 705	-	
Surveillance	25 000 000	-	-	25 000 000	-	
Renforcement logistique (CDF)	7 200 000	-	-	-	-	
Formations et supervisions	-	-	-	-	-	
Fonctionnement du PEV	10 000 000	10 000 000	-	-	-	
TOTAL	2 882 457 605	1 181 302 900	430 691 135	439 703 860	877 800 000	

2.2. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES RELEVÉES

Au terme de l'analyse de la situation du PEV, les forces, faiblesses, opportunités et menaces ont été identifiées. Elles se présentent comme suit :

2.2.1. Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces relatives aux cinq opérations

A. Prestations de services

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> -Couverture en BCG supérieure à 90% pendant plus de 3 ans ; -Taux d'abandon DTC1/DTC3 inférieur à 10% depuis 2013 ; -Introduction de tous les nouveaux vaccins prévus; -Intégration des autres intrants (vit A, Mébendazole, fer- acide folique, MILDA) au cours des AVS -Implication de certaines formations sanitaires privées et confessionnelles dans l'offre des services de vaccination -Accès équitable à la vaccination entre les filles et les garçons -Bon niveau de connaissances des maladies cibles du PEV y compris le calendrier vaccinal par les acteurs -Atteinte du statut d'élimination du TMN depuis 2009 par le pays 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible Couverture vaccinale nationale en DTC3 les 2 dernières années (71% en 2016) -Insuffisance de la mise en œuvre de l'approche ACD ; -Faible couverture du pays en CSI et formations privés offrant les services de vaccination ; -Inéquité dans l'accès et l'utilisation des services selon le milieu de résidence (urbain/rural) et selon le niveau d'instruction des mères. -Faible atteinte des populations autochtones -Plan de maintien du statut d'élimination du TMN encore non élaboré -Non sécurisation des fonds de la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> -Décentralisation de la gestion des services de santé à travers les collectivités territoriales; -Appuis technique et financier des partenaires bilatéraux et multilatéraux (OMS, UNICEF, GAVI ; BM, UE, Chine, etc...) pour le RSS -Amélioration en cours des voies et utilisation des technologies de communication 	<ul style="list-style-type: none"> -Forte pluviométrie et reliefs accidentés dans certaines zones; -Insécurité grandissante dans certains districts sanitaires -Sortie de l'éligibilité du soutien de GAVI -Contexte de crise économique

B. Approvisionnement et gestion des vaccins de qualité

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins ;</p> <p>-Approvisionnement de vaccins à travers l'UNICEF garantissant la qualité ;</p> <p>-Organisation de la GEV assortie d'un plan d'amélioration des écarts en 2015 ;</p> <p>-Gestion informatisée des vaccins au niveau central ;</p> <p>-Disponibilité de dispositif d'enregistrement continu de la température (Fridge Tag) dans toutes les structures sanitaires ;</p> <p>-Existence d'un pool de logisticiens formés en logivac</p>	<p>-Ruptures récurrentes des vaccins ;</p> <p>-Non mise à jour des procédures opératoires normalisées (PON) ;</p> <p>-Faible utilisation des outils informatisés de gestion : SMT, DVD-MT, EPI log</p> <p>-Insuffisance de la gestion de vaccins au niveau périphérique ;</p> <p>-Absence d'étude systématique de la température des chambres froides permettant l'élaboration d'une cartographie ;</p> <p>-Système de gestion des vaccins non informatisé au niveau des départements et des districts ;</p> <p>-Absence de véhicules adaptés pour le transport des vaccins et autres intrants</p> <p>-Absence de texte pour l'exonération des vaccins.</p> <p>-Absence du dispositif de cartographie de la température des chambres froides</p> <p>-Inexistence d'espaces de consignation des alarmes dans le formulaire de relevé de température;</p> <p>-Inexistence de relevés de température incomplets à différents niveaux</p> <p>-Faible utilisation des TIC dans la gestion des vaccins par les départements et les districts.</p>	<p>-Maintien de l'accès aux prix préférentiels de GAVI malgré le retrait de GAVI</p> <p>-Nouvelles procédures Unicef d'achats assistés (PS) de vaccins et autres intrants (Franchissement barrières douanières)</p>	<p>-Sortie du pays de l'éligibilité du GAVI</p> <p>-Contexte de crise économique</p>

C. Logistique et chaîne de froid

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Capacité de stockage suffisante au niveau central et dans certains départements</p> <p>-Disponibilités des données de l'inventaire physique de la CDF et assorti d'un plan de réhabilitation en 2017</p> <p>-Disponibilité de véhicules au PEV central ;</p> <p>-Disponibilité des véhicules, motos et/ou hors-bord dans tous les départements et districts sanitaires</p> <p>-Existence d'un contrat de maintenance de la CDF du PEV central</p> <p>-Disponibilité de 3 véhicules au PEV central pour les visites de terrain (suivi et monitoring) ;</p>	<p>-Insuffisance de matériel de chaîne du froid au niveau opérationnel (Gap de réfrigérateurs à bahut, de congélateurs et de glacières) ;</p> <p>-Présence d'équipements de CDF ne répondant aux normes (40%)</p> <p>-Absence d'un plan de gestion des déchets ;</p> <p>-Absence à tous les niveaux d'un plan de maintenance pour les bâtiments et les appareils de la chaîne du froid ;</p> <p>-Insuffisance de maintenance préventive des équipements de chaîne du froid et du matériel roulant au niveau départemental et des districts sanitaires ;</p> <p>-Absence de matériels de suivi à distance de la température</p> <p>-Absence d'équipement de protection individuelle (EPI).</p>	<p>-Appui technique et financier des partenaires de l'immunisation</p> <p>-Financement du RSS additionnel pour le plan de réhabilitation</p>	<p>-Sortie du pays de l'éligibilité du Gavi</p> <p>-Baisse du cours du prix du baril de pétrole</p>

D. Communication en faveur du PEV

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Existence d'une stratégie nationale de Communication au niveau central ;</p> <p>-Existence d'un plan stratégique du tissu communautaire</p> <p>-Existence d'une section en charge de la communication au niveau du PEV central</p> <p>-Existence d'un pool de cadres du Ministère formés en techniques de communication et en C4D</p> <p>-Mise en place lors des AVS des commissions intersectorielles de Mobilisation Sociale composées de membres de différents Ministères ainsi que les ONG ;</p> <p>-Existence d'une Cartographie des groupes vulnérables et des acteurs de la communication au niveau des départements ;</p> <p>-Développement de l'utilisation de la téléphonie mobile pour le rappel vaccinal</p> <p>-Existence d'une stratégie de développement des approches communautaires pour la vaccination ;</p>	<p>-Insuffisance de mise en œuvre des activités de promotion de la vaccination de routine</p> <p>-Faible proportion des de DDS disposant d'un responsable de la communication ;</p> <p>-Non fonctionnalité des relais communautaires de santé ;</p> <p>-Absence de partenariat entre le Ministère de la santé et le ministère de la communication et des médias pour la diffusion des messages de santé</p>	<p>-Appui technique et financier des partenaires sur la communication en faveur du PEV</p> <p>-Forte pénétration de la téléphonie mobile</p> <p>-Forte implication des sociétés de téléphonie mobile dans l'appui aux activités de vaccination</p> <p>-Existence d'un décret sur le fonctionnement des relais communautaires</p>	<p>-Sortie du pays de l'éligibilité de GAVI</p> <p>-Baisse du cours du prix du baril de pétrole</p> <p>-Persistance de certaines normes sociales et culturelles défavorables à la vaccination</p>

E. Surveillance

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Bonnes performances de la surveillance des PFA, de la rougeole et de la fièvre jaune</p> <p>-Fonctionnement régulier des comités nationaux de lutte contre la polio (CNC, CNEP, GTC) ;</p> <p>-Disponibilité des listes et plans de visites des sites de surveillance actualisés contenant les structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles au niveau des DS ;</p> <p>-Disponibilité des outils de surveillance (formulaires d'investigation, définitions standards des cas des maladies PEV, kits de prélèvements) dans les structures sanitaires ;</p> <p>-Bonne complétude des rapports de surveillance épidémiologique ;</p> <p>-Existence d'un mécanisme fonctionnel pour la gestion des échantillons ;</p>	<p>-Faible taux de promptitude des rapports de surveillance des départements ;</p> <p>-Faible implication des cliniciens, de la communauté et tradipraticiens dans la surveillance active ;</p> <p>-Absence des comités de la validation des cas de rougeole et de TMN ;</p> <p>-Absence de système de surveillance des MAPI</p> <p>-Irrégularité de la supervision des activités de surveillance au niveau central ;</p> <p>-Faible notification des cas de TMN ;</p> <p>-Retard de la surveillance sentinelle effective des diarrhées à Rota Virus et des méningites bactériennes pédiatriques</p> <p>-Faible appropriation des activités de la surveillance par la partie nationale.</p>	<p>-Appui technique, logistique et financier des partenaires (OMS, BM, UE, Unicef ...)</p>	<p>-Départ massif des cadres à la retraite sans remplacement systématique ;</p> <p>-Zones d'accès difficile et d'insécurité dans certaines localités du Pays ;</p> <p>-Apparition de nouvelles épidémies (Monkey-pox, Ebola, Grippe H1N1)</p>

2.2.2. Forces, Faiblesses, Opportunités et menaces relatives aux trois composantes d'appui

A. Coordination/Gestion du programme

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Existence d'un CCIA pour le PEV ;</p> <p>-Existence de documents stratégiques (plan biennal de développement sanitaires (PBDS 2015-2016), PPAC 2012-2016 et CDMT, plan opérationnel...</p> <p>-Existence de comités et de lutte contre les épidémies au niveau national et départemental ;</p> <p>-Organisation des revues semestrielles et des réunions trimestrielles d'auto-évaluation du programme au niveau départemental (une en juillet et l'autre en Décembre)</p> <p>-Existence d'un data manager au niveau central ;</p> <p>-Existence des outils de gestion des données au niveau central (DVD-MT, SNT, Epi-Info)</p>	<p>-Insuffisance de fonctionnement du CCIA (irrégularité des réunions, faible participation des personnes clés ...) ;</p> <p>-Insuffisance de la mise en œuvre des plans au niveau national ;</p> <p>-Faible fonctionnalité des équipes cadres des districts sanitaires ;</p> <p>-Insuffisance du système de suivi-évaluation des plans d'action de vaccination ;</p> <p>-Insuffisance quantitative et qualitative des supervisions formatives à tous les niveaux ;</p> <p>-Faible implication des communautés à l'identification et à la résolution des problèmes liés à la vaccination.</p> <p>-Faible promptitude et complétude des données</p> <p>-Problème de non maîtrise des dénominateurs pour le calcul des indicateurs</p> <p>-Absence d'une équipe de gestion des données de qualité</p> <p>-Absence d'un plan d'amélioration des données de qualité ...</p> <p>-Incohérence des données externes et internes</p> <p>-Incohérence avec des données d'enquête</p> <p>-Absence d'auto évaluation de la qualité des données</p> <p>-Non utilisation des outils de gestion (DVD-MT) des données dans les départements ;</p> <p>-Absence du groupe technique consultatif sur la vaccination</p>	<p>-Financement des partenaires (GAVI, OMS, UNICEF, UE, BM...)</p> <p>-Introduction dans le système national d'information sanitaire de l'outil DIHS2 (force)</p>	<p>-Zones d'accès difficile et d'insécurité dans certaines localités du Pays</p>

B. Renforcement des capacités

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Formation continue du personnel au niveau central: Cours MLM, LOGIVAC, Surveillance)</p> <p>–</p>	<p>-Absence d'un plan de formation continue du personnel ;</p> <p>-Faiblesses des compétences techniques des agents de santé en matière de vaccination au niveau périphérique ;</p> <p>-Insuffisance quantitative du personnel (surtout dans les services de santé de base)</p> <p>-Instabilité du personnel de santé à tous les niveaux du fait d'affectations non contrôlées (ne favorisant pas la continuité et la pérennisation des stratégies mises en œuvre)</p>	<p>-Implication des institutions de formation aux activités du PEV</p> <p>-Mise en œuvre de la loi sur la décentralisation</p>	<p>-Départs massifs des cadres à la retraite des fonctionnaires sans remplacement systématique</p>

C. Financement

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>-Existence d'une ligne budgétaire pour l'acquisition des vaccins et chaîne de froid dans le budget d'investissement ;</p> <p>-Existence d'une ligne budgétaire pour le fonctionnement du PEV dans le budget de transfert.</p>	<p>-Insuffisance de fonds alloués pour l'achat des vaccins</p> <p>-Faible taux de décaissement des fonds alloués pour les coûts opérationnels</p> <p>-Complexité et lenteur des procédures de décaissement des fonds alloués à l'achat du vaccin et matériel d'injection ;</p> <p>-Insuffisance de financement des activités de surveillance au niveau opérationnel.</p>	<p>-Existence d'appuis financiers et techniques des partenaires.</p>	<p>-Sortie du pays de l'éligibilité du Gavi</p> <p>-Baisse du cours du prix du baril de pétrole.</p>

2.3. PROBLEMES PRIORITAIRES

Au terme de l'analyse de la situation, les problèmes prioritaires identifiés et leurs causes sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Opérations/Composantes du PEV	Problèmes prioritaires	Causes principales
1. Prestations de services	<p>Faibles couvertures vaccinales (71% de Penta3) ; notamment en milieu rural</p> <p>Faible proportion d'enfants complètement vaccinés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'insuffisance de la mise en œuvre de toutes les composantes de l'approche ACD (1) ▪ Faible couverture en CSI offrant les services de vaccination ; ▪ Faible implication des formations sanitaires privées et confessionnelles dans la vaccination ▪ Ruptures récurrentes des vaccins en rapport avec le défaut de financement ; ▪ Faible mise en œuvre des stratégies spécifiques pour l'atteinte des populations particulières (populations autochtones, populations riveraines éloignées des structures de santé)
2. Approvisionnement et gestion des vaccins de qualité	<p>Insuffisante disponibilité des vaccins au niveau central</p> <p>Faiblesse dans la gestion des vaccins à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruptures récurrentes des vaccins en rapport avec le défaut de financement ; ▪ Faible utilisation des outils informatisés et manuels de gestion des stocks ▪ Non maîtrise des normes et procédures en matière de gestion des vaccins (PFMD, PFE, PEPS, Monitoring continu de la température) ; ▪ Difficultés d'approvisionnement en vaccins des formations sanitaires par manque de moyens roulants adaptés ▪ Non mise à jour des procédures opératoires normalisées (PON) ;
3. Logistique	Existence d'un grand nombre de formations sanitaires ne disposant pas d'équipements de CDF ou disposant d'équipements non PQS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non actualisation régulière des données des inventaires de CDF des structures de santé ▪ Faible exécution des plans de réhabilitation
	Existence d'un grand nombre de CDF non fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de plan de maintenance pour les appareils de la chaîne du froid à tous les niveaux
	Insuffisance de capacité de stockage des vaccins au niveau opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de plan de maintenance pour les appareils de la chaîne du froid à tous les niveaux ; ▪ Insuffisance de maintenance préventive des équipements de chaîne du froid
	Transport non sécurisé des vaccins et intrants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de moyens de transport au niveau départemental et des districts sanitaires ; ▪ Panne du véhicule frigorifique du PEV central depuis 3 ans ; ▪ Absence d'un véhicule frigorifique à la sous-base de Pointe-Noire)
	Gestion inadaptée des déchets bio médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'un plan de gestion des déchets
	Absence d'un plan de gestion des déchets	

Opérations/Composantes du PEV	Problèmes prioritaires	Causes principales
4. Communication en faveur du PEV	Insuffisance de la demande du PSE en particulier celle des services de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non maîtrise du calendrier vaccinal par les parents ▪ Occasions manquées de vaccination ▪ Non satisfaction des bénéficiaires sur la qualité des services (mauvais accueil, délais attente long,) ▪ Faible mise en œuvre des activités de communication en faveur de la vaccination ▪ Faible participation communautaires à la résolution des problèmes de santé ▪ Faible utilisation des TIC dans le système de vaccination <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de la promotion de la vaccination notamment par des approches de communication spécifique à l'endroit des populations bénéficiaires ; ▪ Faible proportion des de DDS disposant d'un responsable de la communication ; ▪ Non fonctionnalité des relais communautaires de santé ▪ Absence de textes d'application du décret sur le fonctionnement des relais communautaires
5. Surveillance épidémiologique	Faible promptitude et complétude des données de vaccination et de surveillance à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de formation du personnel en gestion des données (qualité et quantité) ▪ Insuffisance de traitement et d'analyse des données et production de rapports à tous les niveaux ▪ Non-respect du circuit de l'information ▪ Faible mécanisme de traitement et de validation des données.
	Retard de la notification des cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible analyse et traitement des données au niveau local
	Faible capacité de réponse aux urgences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible appropriation par le niveau national
	Faible qualité et investigation des cas des cas notamment de TMN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de la surveillance active et passive ▪ Insuffisance de formation des agents de santé ▪ Irrégularité de la supervision des activités de surveillance à tous les niveaux ;
	Transport non sécurisé des échantillons	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de moyens de transports adaptés ▪ Insuffisance de matériels de prélèvement de transport adaptés ▪ Insuffisance de formation du personnel
	Absence de système de surveillance des maladies évitables par les nouveaux vaccins (diarrhées aiguës à rotavirus et les méningites bactériennes pédiatriques)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard dans la mise en œuvre du système ▪ Faible appropriation du système par la partie nationale
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faibles taux de promptitude des rapports de surveillance des départements ; ▪ Faible implication des cliniciens, de la communauté et tradipraticiens dans la surveillance active ; ▪ Insuffisance de la validation des cas de maladies sous surveillance ;
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irrégularité de la supervision des activités de surveillance à tous les niveaux ; ▪ Faible notification des cas de TMN
	Absence du système de la surveillance des MAPI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de développement d'une politique de gestion des MAPI

Opérations/Composantes du PEV	Problèmes prioritaires	Causes principales
6. Coordination//gestion du programme de vaccination	Insuffisance de coordination et de la gouvernance du programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible fonctionnalité des organes de coordination (CCIA, comité départementaux, COGES etc.) ; ▪ Absence du groupe technique consultatif de la vaccination (GTCV) ; ▪ Faible visibilité du PEV au niveau national (inexistence du PEV dans l'organigramme du MSP) ; ▪ Faibles performances des équipes cadres des districts sanitaires
	Indisponibilité des indicateurs de gestion du programme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance quantitative et qualitative des supervisions formatives à tous les niveaux ; ▪ Faible implication des communautés à l'identification et à la résolution des problèmes liés à la vaccination.
	Insuffisance de l'évaluation de la qualité des données du système d'information de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible promptitude et complétude des données ▪ Non maîtrise des dénominateurs pour le calcul des indicateurs ▪ Absence d'une équipe de gestion technique des données de qualité (TQD) ▪ Insuffisance de matériel informatique pour la gestion des données ▪ Incohérence des données externes et internes ▪ Incohérence avec des données d'enquête ▪ Absence d'évaluation de la qualité des données et d'outil de traitement des données
7. Renforcement des capacités	Insuffisance quantitative et qualitative du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'un plan de renforcement des capacités du personnel ▪ Faiblesses des compétences techniques des agents de santé en matière de vaccination au niveau périphérique ▪ Instabilité du personnel de santé à tous les niveaux du fait d'affectations non contrôlées (ne favorisant pas la continuité et la pérennisation des stratégies mises en œuvre)
8. Financement du PEV	Faible financement de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance des fonds alloués pour l'achat des vaccins et des intrants ▪ Insuffisance de fonds alloués pour les coûts opérationnels ; ▪ Lenteur des procédures de décaissement de ces fonds; ▪ Faible taux de décaissement des fonds alloués ; ▪ Insuffisance de financement des activités de surveillance au niveau opérationnel ; ▪ Insuffisance de financement des activités de surveillance au niveau opérationnel
	Absence des mécanismes de financement pérenne de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible lisibilité de la ligne budgétaire consacrée aux activités vaccinales
	Absence de mécanismes de mobilisation des ressources additionnelles (financements innovants)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de système d'assurance maladie universelle, ▪ Non affectation aux activités du PEV des fonds issus de la responsabilité sociale des entreprises

CHAPITRE III : VISION ET OBJECTIFS DU PPAC 2018-2022

3.1. VISION

Nous référant à la Vision et mission de la Décennie des vaccins...

« Nous imaginons un monde dans lequel tous les individus et toutes les communautés jouissent d'une vie exempte de maladies évitables par la vaccination ».

« La mission décrite dans la Décennie des vaccins est d'améliorer la santé, d'ici à 2020 et au-delà, en donnant accès aux avantages de la vaccination à tous les individus, quel que soit l'endroit où ils sont nés, qui ils sont et où ils vivent. »

La vision du PEV est de protéger le plus grand nombre de personnes possible contre le plus grand nombre de maladies évitables par la vaccination tout en intégrant d'autres activités de survie dans un environnement interdépendant et changeant.

3.2. OBJECTIFS

3.2.1. Objectif Général

Parvenir à une couverture vaccinale universelle élevée dans le pays afin de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination.

3.2.2. Objectifs Spécifiques

a) Prestations de service de vaccination

- **Objectif spécifique n°1** : D'ici 2022, Atteindre le taux de couverture vaccinale de 90% au niveau national et au moins 80% dans tous les districts sanitaires
- **Objectif spécifique n°2** : D'ici 2020, Introduire dans le PEV de routine les nouveaux vaccins: le vaccin anti Rougeoleux-Rubéole (RR), le vaccin anti tétanique et diphtérique (Td), le vaccin contre l'hépatite B à la naissance (HepB0) et le vaccin contre le papilloma virus humain (HPV)

b) Approvisionnement et gestion des vaccins de qualité

- **Objectif spécifique n°3** : D'ici 2022, Assurer à 100% la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux

c) Logistique et chaine de froid

- **Objectif spécifique n°4** : D'ici 2022, 100% des centres fixes de vaccination (CFV) publics et privés/confessionnels disposent des équipements de chaine de froid répondant aux normes OMS (PQS).
- **Objectif spécifique n°5** : D'ici 2022, renforcer les DDS/DS/CSI en moyens roulants

- **Objectif spécifique n°6:** D'ici 2022, au moins 80% des districts sanitaires bénéficient de la maintenance des équipements de chaîne de froid, de moyens de transport et de dispositifs de sécurité des injections

d) Communication

- **Objectif spécifique n°7 :** D'ici fin 2022, au moins 95% des parents/tuteurs présentent leurs enfants aux centres de santé pour la vaccination

e) Surveillance épidémiologique

- **Objectif spécifique n°8 :** D'ici fin 2022, au moins 95% des districts sanitaires ont atteint/maintenu les indicateurs de performance requis pour la certification de la poliomyélite :
 - Taux de PFANP > 3
 - Proportion des selles des cas prélevés dans les 14 jours \geq 80%
 - Au moins 80% des échantillons sont arrivés au laboratoire dans les délais
 - Taux d'entérovirus dans les selles > 10% au niveau national et de district
- **Objectif spécifique n°9 :** D'ici fin 2022, au moins 80% des districts sanitaires ont maintenu les indicateurs de performance requis pour l'élimination de la rougeole:
 - Taux d'éruption fébrile non rougeoleux TEFNR supérieur à 2
 - Au moins 80% de DS avec 1 cas suspect de rougeole investigué
 - Taux d'incidence < 1 cas pour 1000 000 habitants
- **Objectif spécifique n°10 :** D'ici fin 2022, Maintenir les indicateurs de performance de la fièvre jaune :
 - Taux d'investigation annualise pour 100.000 habitants inférieur ou égal à 2
 - 80% des DS avec au moins 1 cas suspect de fièvre jaune prélevé
- **Objectif spécifique n°11 :** D'ici fin 2022, maintenir à moins d'1 cas suspect de TMN pour 1000 Naissances Vivantes dans 100% des districts sanitaires du pays
- **Objectif spécifique n°12:** D'ici fin 2022, les AVS organisées atteignent une couverture d'au moins 95 % de leurs cibles après enquête

f) Gestion du programme

- **Objectif spécifique n°13 :** De 2017 à 2022, mettre en place/redynamiser les organes de coordination du PEV (CCIA, GTCV)

g) Renforcement des capacités

- **Objectif spécifique n°14 :** D'ici 2022, améliorer la disponibilité du personnel formé en matière de PEV à tous les niveaux en fonction des besoins exprimés

h) Financement

- **Objectif spécifique n°15 :** D'ici 2022, accroître le budget de l'Etat en faveur de la vaccination et la surveillance

3.3. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

Pour atteindre ces objectifs, les principaux axes stratégiques ci-dessous ont été retenus :

1. Renforcement de la gestion et de la coordination du programme
2. Renforcement des capacités managériales nationales ;
3. Renforcement de la mise en œuvre de la stratégie ACD
4. Introduction des nouveaux vaccins
5. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et gestion des vaccins de qualité ;
6. Renforcement du système de la logistique ;
7. Renforcement du système de surveillance épidémiologique
8. Renforcement de l'immunité collective par les AVS
9. Renforcement de la Communication en faveur de la vaccination :
10. Renforcement de mécanismes de financement permanent du PEV ;
11. Renforcement de l'intégration des autres interventions/programmes.

CHAPITRE IV : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PPAC 2018-2022

Les principales activités retenues dans le présent PPAC 2018-2022 sont contenues dans le tableau ci-dessous. Il est à noter que ces activités seront détaillées dans les différents plans annuels de mise en œuvre.

Tableau 22: Principales activités et indicateurs en fonction des stratégies retenues

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
A. Prestation des services de vaccination							
Objectif spécifique n°1 : D'ici 2022, Atteindre le taux de couverture vaccinale de 90% au niveau national et au moins 80% dans tous les districts sanitaires							
1. Renforcement de la mise en œuvre de la stratégies ACD	A1. Appuyer les DDS et les DS à mettre en œuvre l'approche ACD de manière intégrale	▪ Nbre de DS qui appliquent l'ACD	Toute l'année	Toute l'année	Toute l'année		
	A2. Appuyer les DS de faible performance à l'organisation des journées de vaccination intensifiées	Nombre de journées organisées	1-2 passages par an par DS	1-2 passages par an par DS	1-2 passages par an par DS		
Objectif spécifique n°2 : D'ici 2020, Introduire dans le PEV de routine les nouveaux vaccins: le vaccin anti Rougeoleux-Rubéole (RR), le vaccin anti tétanique et diphtérique (Td), le vaccin contre l'hépatite B à la naissance (HepB0) et le vaccin contre le papilloma virus humain (HPV)							
2. Introduction des nouveaux vaccins	A3. Conduire les recherches sur la charge des maladies relatives à l'introduction des nouveaux vaccins	▪ Incidence et prévalence des cas en rapport avec les vaccins introduits	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction
	A4. Elaborer un plan pour l'introduction de chaque nouveau vaccin	Existence du plan	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	A5. Elaborer/adapter les documents de formation du personnel	▪ Existence des documents de formation pour chaque nouveau vaccin	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction
	A6. Réviser les supports de gestion à tous les niveaux (central, DDS, DS, agents CSI/CFV)	Existence de supports de collecte et de rapportage révisés	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction
	A7. Elaborer un plan stratégique national de communication sur chaque nouveau vaccin	▪ Nombre de nouveau vaccin ayant un plan de communication	-	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	
	A8. Produire des boîtes à images, des affiches, des banderoles de communication pour chaque nouveau vaccin	▪ Nombre de nouveaux vaccins ayant des boîtes à images	-	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	
	A9. Animer des tribunes radiotélévisées dans les 12 Chefs-lieux des départements sur la promotion de la vaccination en général et en particulier sur les nouveaux vaccins	▪ Nombre de tribunes réalisées par nouveau vaccin et par département ▪ Nombre de personnes sensibilisées par médias et par nouveau vaccin	-	Trois mois avant l'introduction de chaque vaccin	Trois mois avant l'introduction de chaque vaccin	Trois mois avant l'introduction de chaque vaccin	
	A10. Diffuser des textes sur la promotion de chaque nouveau vaccin dans les trois grands réseaux téléphonie mobile du pays (Airtel, MTN, AZUR)	▪ Nombre d'abonnés couverts par nouveau vaccin	permanent	permanent	permanent	permanent	
	A11. Organiser 13 ateliers de formation avant l'introduction de chaque nouveau vaccin (1 atelier au niveau central + 12 ateliers départementaux)	▪ Nombre d'agents formés par DDS et par DS	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	A12. Apporter un appui Technique (supervision formative et monitoring) aux 52 DS dans le lancement de chaque nouveau vaccin (renforcement de la logistique, formation des acteurs, assimilation des supports, communication et gestion des rumeurs, adhésion des APA, cérémonie de lancement)	▪ % de DS ayant bénéficié de l'appui technique du niveau central pendant l'introduction de chaque nouveau vaccin	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction	A chaque période précédant l'introduction
	A13. Conduire les évaluations post introduction de chaque nouveau vaccin dans le PEV de routine	▪ Nombre d'évaluation réalisée	Après chaque introduction d'un vaccin	Après chaque introduction d'un vaccin	Après chaque introduction d'un vaccin	Après chaque introduction d'un vaccin	Après chaque introduction d'un vaccin
B. Approvisionnement et gestion des vaccins de qualité							
Objectif spécifique n°3 : D'ici 2022, Assurer à 100% la disponibilité des vaccins de qualité à tous les niveaux							
3. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et gestion des vaccins de qualité	B1. Commander chaque trimestre les stocks de vaccins traditionnels en fonction des prévisions	▪ Nbre de commandes réalisées	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an
	B2. Réceptionner toutes les cargaisons au niveau central selon les normes avec réception des vaccins (RRV)	▪ Existence de bon de livraison Existence du rapport de réception	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an	4 fois l'an
	B3. Approvisionner les dépôts départementaux en vaccins et autres intrants	▪ Nbre des DDS approvisionnés	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
C. Logistique							
Objectif spécifique n°4: D'ici 2022, 100% des centres fixes de vaccination (CFV) publics et privés/confessionnels disposent des équipements de chaîne de froid répondant aux normes OMS PQS.							
4. Renforcement de la logistique	C1. Doter 2 fois les dépôts/chambres froides de Brazzaville, Sous base de Pointe-Noire, des 11 DDS, 52 DS, 422 CFV en régulateurs de tension	▪ Nbre de dépôts équipé en régulateur de tension		1 fois l'an		1 fois l'an	
	C2. Acquérir 2 chambres froides : ▪ 1 chambre de froid pour le niveau central ▪ 1 chambre de froid pour la sous-base de Pointe-Noire	▪ Nbre de chambres froides acquises	-	-	-		1 fois
	C3. Equiper 311 CFV en matériel PQS	▪ Nbre de CFV équipés	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	
	C4. Doter les 12 DDS et 52 DS en matériel informatique	▪ Nbre des DDS et DS doté en matériel informatique	1 fois l'an	1 fois l'an	-	-	-
	C5. Former 70 agents sur l'utilisation de l'outil de gestion des vaccins au niveau district (DVDMT) : 1 formation des formateurs au niveau central (5 agents) et 12 pour les DDS (65 agents)	▪ % d'agents formés sur l'utilisation de l'outil DVDMT ▪ % de DS utilisant le DVDMT	1 fois l'an	-	-	-	-
	C6. Organiser des missions de suivi et supervision annuelle du niveau central vers le niveau DDS	▪ % de DS ayant intégré le DVDMT dans la gestion des vaccins	2 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an
	C7. Elaborer un manuel de procédures opératoires normalisées (PON) pour les CSI	▪ Existence de manuel % de CSI/CFV qui utilisent les PON	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	C8. Former 52 points focaux (1 par district sanitaire) à la gestion des déchets	▪ Nbre de points focaux formés sur la gestion des déchets	1 fois l'an	-	-	-	-
	C9. Installer des extincteurs au niveau du dépôt central, à la sous-base et dans les dépôts départementaux dans tous les dépôts	▪ % de dépôts ayant installé un extincteur	1 fois l'an	1 fois l'an	-	-	12 -
	C10. Elaborer un plan de gestion des déchets	▪ Existence d'un plan de gestion de déchets	1 fois l'an	-	-	-	
	C11. Acquérir au moins un incinérateur performant pour chaque district (52) des kits pour la collecte, le tri des déchets	▪ % de DS ayant acquis un incinérateur	Permanent	Permanent			
Objectif spécifique n°5 : D'ici 2022, renforcer les DDS/DS/CSI en moyens roulants							
	C13. Elaborer un plan de renforcement du parc en moyens roulants autres que les véhicules frigorifiques (véhicules, motos, bicyclettes et des hors bords) pour le niveau central, les DDS et les DS et les CSI/CFV	▪Existence du plan de renforcement des moyens roulants	-	1 fois l'an	-	-	
	C14. Doter le PEV central, les DDS, DS et 422 CSI en moyens roulants : -1 véhicule pour le transport des intrants au niveau central et 1 véhicule frigorifique - 2 véhicules et 2 hors-bords niveau DDS -100 motos et 6 hors-bords niveau DS - 200 vélos et 2 hors-bords niveau CSI	▪% de structures sanitaires dotées en moyens roulants	-	-			

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
Objectif spécifique n°6: D'ici 2022, au moins 80% des districts sanitaires bénéficient de la maintenance des équipements de chaîne de froid, de moyens de transport et de dispositifs de sécurité des injections							
	C15. Actualiser les modules de formation en maintenance préventive et curative de la CDF	▪ Existence des modules de formation	1 fois				
	C16. Organiser 3 pools de formation des acteurs sur la maintenance des CDF	▪ Nbre d'agents formés à la maintenance des CDF		1 fois l'an		1 fois l'an	
	C17. Conduire 5 études sur la cartographie des chambres froides de Brazzaville et Pointe-Noire	▪Existence d'une cartographie de la CDF	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an
D. Communication							
Objectif spécifique n°7 : D'ici fin 2022, au moins 95% des parents/tuteurs présentent leurs enfants aux centres de santé pour la vaccination							
7. Renforcement de la communication en faveur de la vaccination	D1. Actualiser le Plan Intégré de Communication (PIC) du PEV de routine	▪ Existence du PIC	1 fois l'an				
	D2. Appuyer les 12 départements dans l'élaboration des plans annuels avec insertion du volet de communication	▪ Nbre de plans disponibles	1 fois l'an				
	D3. Organiser 5 réunions de plaidoyers auprès des Ministères concernés (Education, Action sociale, finance, Jeunesse communication,) pour leur engagement en faveur de la vaccination	▪ Nombre de ministères ayant adhéré aux activités du PEV	1 fois l'an	1 fois l'an			

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	D4. Impliquer les élus locaux (Députés et Conseillers) dans l'organisation des AVS/AVI/ Semaine de santé de la mère et de l'enfant dans les DS	▪ Nombre de circonscriptions électorales dont le Député ou le Conseiller est engagé dans le PEV	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	
	D5. Organiser 3 pools de formation sur le C4D à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique)	▪ Nombre d'agents formés sur C4D	1 fois l'an		1 fois l'an		
	D6. Former 844 relais communautaires de 52 DS sur la promotion de la vaccination	▪ Nbre de relais formés sur la promotion de la vaccination	1 fois l'an		1 fois l'an		
	D7. Diffuser des Bandes défilantes/ émissions/articles/spots en faveur du PEV dans les médias nationaux et locaux	▪ Proportion de personnes touchées par médias et par DS	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement	
	D8. Diffuser les messages sur la vaccination à partir des texto (SMS) en utilisant les réseaux de téléphonie mobile	▪ Personnes touchées par réseau	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement	
	D9. Renforcer le lien établi avec les leaders communautaires dans la mise en œuvre du C4D	▪ Nbre de leaders ayant été sensibilisés selon la stratégie C4D	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement	
	D10. Mettre en place des mécanismes de surveillance à base communautaire dans DS ;	▪ Nbre de DS ayant mis en place des mécanismes de surveillance à base communautaire	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	
	D11. Conduire les enquêtes CAP nationales, ainsi que le diagnostic communautaire sur le calendrier vaccinal et sur les MEV	▪ Nbre d'enquêtes CAP réalisées		1 fois l'an			
	D12. Organiser des réunions annuelles de plaidoyer auprès des associations œuvrant dans le secteur de la santé pour leur implication en faveur de la vaccination	▪ Nombre d'associations impliquées dans les activités du PEV	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement	

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	D13. Organiser 20 réunions de sensibilisation avec les confessions 3 grandes religieuses (catholiques, Protestantes, Armée du Salut) pendant l'œcuménisme,	▪ Nombre d'affiches produites	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	1 fois l'an	
	D16. Imprimer 1000 affiches portant la définition communautaire des maladies évitables par la vaccination (MEV)	▪ Nombre des cas orientés par la communauté vers les CSI et hôpitaux	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement	
E. Surveillance épidémiologique							
Objectif spécifique n°8 : D'ici fin 2022, au moins 95% des districts sanitaires ont atteint/maintenu les indicateurs de performance requis pour la certification de la poliomyélite :							
<ul style="list-style-type: none"> - Taux de PFANP > 3 - Proportion des selles des cas prélevés dans les 14 jours >= 80% - Au moins 80% des échantillons sont arrivés au laboratoire dans les délais - Taux d'entérovirus dans les selles > 10% au niveau national et de district 							
8. Renforcement de la surveillance épidémiologique	E1. Elaborer des plans spécifiques de surveillance active dans les 52 DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E2. Elaborer des programmes spécifiques de surveillance active des zones d'accès difficiles dans les DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active dans les zones difficiles	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre
	E3. Elaborer le plan national de surveillance frontalière des maladies cibles du PEV	▪ Existence d'un plan de surveillance à la frontière	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E4. Former 401 points focaux des Centres de santé et des hôpitaux sur la surveillance active des PFA	▪ Nombre de points focaux dans les Formations sanitaires participants à la surveillance	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E5. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas	▪ Nombre de cas notifiés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect
	E6. Doter les 450 agents communautaires et tradi-praticiens en outils de collecte et de remontée des données de surveillance communautaire des PFA	▪ Nombre de cas détectés par les agents communautaires et par tradipraticiens	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
	E7. Doter les 52 DS en kits de prélèvement et de transport des échantillons	▪ % d'échantillons prélevés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect
	E8. Doter le Laboratoire Nationale de Santé Publique de Brazzaville en matériel et intrants pour la confirmation des cas de PFA	▪ % d'échantillon confirmé	1 fois en 5 ans				
	E9. Organiser 1 réunion trimestrielle de retro-information avec les agents communautaire et les tradipraticiens par DS	▪ % de réunions tenues	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre
	E10. Mettre en place une flotte pour un réseautage de communication entre les responsables du DS, Points focaux et les agents communautaire	▪ Nombre d'appel reçus par DS	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
Objectif spécifique n°9 : D'ici fin 2022, au moins 80% des districts sanitaires ont maintenu les indicateurs de performance requis pour l'élimination de la rougeole: <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'éruption fébrile non rougeoleux TEFNR supérieur à 2 - Au moins 80% de DS avec 1 cas suspect de rougeole investigué - Taux d'incidence < 1 cas pour 1000 000 habitants 							
	E11. Actualiser le plan d'élimination de la rougeole	▪ Existence d'un plan d'élimination validé	1 fois par an				
	E12. Intégrer dans chaque DS les actions de surveillance active de la rougeole	▪ Nombre de DS ayant élaboré le plan spécifique de surveillance	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E13. Elaborer des programmes spécifiques de surveillance active des zones d'accès difficiles	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active dans les zones difficiles	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre
	E14. Doter le Laboratoire Nationale de Santé Publique de Brazzaville en matériel et intrants pour la confirmation des cas de rougeole	▪ % d'échantillon confirmé	1 fois en 5 ans				
	E15. Former 401 points focaux des Centres de santé et des hôpitaux sur la surveillance active de la rougeole	▪ Nombre de points focaux dans les Formations sanitaires participants à la surveillance	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E16. Elaborer les outils de synthèse des données, d'analyse et d'exploitation des données des MAPI au niveau des départements et des DS ;	▪ Nombre de DDS et DS utilisant les outils d'analyse et d'exploitation des données	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
	E17. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas de rougeole	▪ Nombre de cas notifiés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E18. Rendre disponible les kits de prélèvement et de transport des échantillons au niveau des 52 DS	▪ % d'échantillons prélevés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect
	E19. Mettre en place une flotte pour un réseautage de communication entre les responsables du DS, Points focaux et les relais communautaire	▪ Nombre d'appel reçus par DS	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
Objectif spécifique n°10 : D'ici fin 2022, Maintenir les indicateurs de performance de la fièvre jaune :							
<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'investigation annualise pour 100.000 habitants inférieur ou égal à 2 - 80% des DS avec au moins 1 cas suspect de fièvre jaune prélevé 							
	E20. Intégrer les volets spécifiques de surveillance active de la fièvre jaune dans les 52 DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E21. Elaborer des programmes spécifiques de surveillance active de la fièvre jaune dans les zones d'accès difficiles dans les DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active dans les zones difficiles	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre
	E22. Doter le Laboratoire Nationale de Santé Publique de Brazzaville en matériel et intrants pour la confirmation des cas de fièvre jaune	▪ % d'échantillon confirmé	1 fois en 5 ans				
	E23. Former 401 points focaux des Centres de santé et des hôpitaux sur la surveillance active de la fièvre jaune	▪ Nombre de cas suspectés et notifiés	1 fois par an			1 fois par an	

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E24. Former au moins 10 agents relais communautaires pour la recherche active des cas de fièvre jaune dans chaque DS	▪ Nombre des agents communautaires ou formés	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E25. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas	▪ Nombre de cas notifiés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect
	E26. Doter les 450 relais communautaires en outils de collecte et de transmission des données de surveillance communautaire de la fièvre jaune	▪ Nombre de cas détectés par les relais communautaires	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
	E27. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas	▪ Nombre de cas notifiés par DS	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre
	E28. Doter le Laboratoire Nationale de Santé Publique de Brazzaville en matériel et intrants pour la confirmation des cas de la fièvre jaune	▪ % d'échantillon confirmé	1 fois en 5 ans				
	E29. Rendre disponible le matériel de prélèvement et de transport des échantillons au niveau des 52 DS	▪ % d'échantillons prélevés par DS	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect	Chaque fois qu'il ya un cas suspect
	E30. Organiser 1 réunion trimestrielle de retro-information avec les relais communautaires par DS	▪ % de réunions tenues	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E31. Mettre en place une flotte pour un réseautage de communication entre les responsables du DS, Points focaux et les relais communautaire	▪ Nombre d'appels reçus par DS	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
Objectif spécifique n°11 : D'ici fin 2022, maintenir à moins d'1 cas suspect de TMN pour 1000 Naissances Vivantes dans 100% des districts sanitaires du pays							
	E32. Organiser 1 réunion trimestrielle tripartite regroupant un représentant de PEV/DGELM/LNSP /OMS pour s'assurer de la mise en œuvre des directives de surveillance basée sur le cas avec confirmation au laboratoire et celle de la surveillance du TMN	▪ Nombre de réunions tripartites tenues	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque trimestre
	E33. Intégrer les volets spécifiques de surveillance active du TMN dans les 52 DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an
	E34. Elaborer des programmes spécifiques de surveillance active du TMN dans les zones d'accès difficiles dans les DS	▪ Taux de DS ayant élaboré un plan spécifique de surveillance active dans les zones difficiles	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre	1 fois chaque trimestre
	E35. Former 401 points focaux des Centres de santé et des hôpitaux sur la surveillance active du TMN	▪ Nombre de cas suspectés et notifiés	1 fois par an				

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E36. Former au moins 10 agents relais communautaires pour la détection des cas de TMN dans les DS	▪ Nombre des agents communautaires ou formés	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	1 fois par an	
	E 37. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas	▪ Nombre de cas notifiés par DS	Chaque fois qu'il y a un cas suspect	Chaque fois qu'il y a un cas suspect	Chaque fois qu'il y a un cas suspect	fois par an	1fois par an
	E38. Doter les 450 relais communautaires en outils de collecte et de transmission des données de surveillance communautaire du TMN	▪ Nombre de cas détectés par les relais communautaires	Permanent	Permanent	Permanent	Chaque fois qu'il y a un cas suspect	Chaque fois qu'il y a un cas suspect
	E39. Doter les structures sanitaires de formulaires de notification et d'affiches de définition des cas	▪ Nombre de cas notifiés par DS	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	Permanent	Permanent
	E40. Organiser 1 réunion trimestrielle de retro-information avec les relais communautaires par DS	▪ % de réunions tenues	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre
	E42. Mettre en place une flotte pour un réseautage de communication entre les responsables du DS, Points focaux et les relais communautaire	▪ Nombre d'appel reçus par DS	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
Objectif spécifique n°12 : D'ici fin 2022, les AVS organisées atteignent une couverture d'au moins 95 % de leurs cibles après enquête							
9. Renforcement de l'immunité collective par les AVS	E43. Organiser les AVS préventives à l'échelle nationale lorsque le haut risque est identifié pour la rougeole, la polio, la fièvre jaune, le TMN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % d'AVS organisé à l'échelle nationale ▪ Taux des CV ▪ Nbre d'enfants rattrapés pour le PEV de routine 	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
	E44. Organiser les AVS de riposte à toute épidémie confirmée par le laboratoire dans le délai requis :	<ul style="list-style-type: none"> Taux des couvertures Nbre d'enfants rattrapés pour le PEV de routine 	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié	Chaque année si le haut risque est identifié
	E45. Organiser 68 ateliers de formation des acteurs sur la mise en œuvre des AVS (1 au niveau central +12 au niveau départemental + 45 au niveau des DS	<ul style="list-style-type: none"> % des personnes formés par niveau 	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS
	E46. Organiser des visites de plaidoyer auprès des sociétés et entreprises locales	<ul style="list-style-type: none"> % des fonds mobilisés par rapport au budget de chaque AVS 	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS	Avant chaque AVS
	E50. Faire les annonces par le canal des églises	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de tuteur/mères sensibilisés par les crieurs 	Avant, pendant les AVS	Avant, pendant les AVS	Avant, pendant les AVS	Avant, pendant les AVS	Avant, pendant les AVS
F. Gestion du programme							
Objectif spécifique n°13 : De 2017 à 2022, mettre en place/redynamiser les organes de coordination du PEV (CCIA, GTCV)							
9. Renforcement de la gestion et la coordination du programme	F1. Organiser 4 réunions par an du CCIA regroupant les personnes clés	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de réunions tenues 	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre
	F2. Organiser 4 réunions par an du comité national d'experts de la Poliomyélite (CNEP) et du comité national de certification(CNC)	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de réunions tenues 	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre	1 fois par trimestre
	F3. Mettre en place le Groupe Technique Consultatif de la Vaccination (GTCV) au Congo	<ul style="list-style-type: none"> Existence du GTCV 	1 fois en 5 ans				
	F4. Organiser 2 réunions par an du Groupe Technique Consultatif de la Vaccination (GTCV) au Congo	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de réunions tenues 	2 fois l'année	2 fois l'année	2 fois l'année	2 fois l'année	2 fois l'année
	F5. Mettre en place un organe de concertation (sous-comité CCIA) au niveau de chaque département	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de DDS ayant un organe de concertation au niveau départemental 	1 fois en 5 ans				

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme					
			2017	2018	2019	2020	2021	
	F6. Elaborer le manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable du PEV,	▪ Existence des manuels	1 fois en 5 ans					
	F7. Organiser 2 réunions d'évaluation par an (1 à mis parcours et 1 finale)	▪ Nbre de réunions tenues		1 fois l'an			1 fois l'an	
	F8. Organiser 4 missions de supervisions formatives par an du personnel du niveau DDS	▪ Nbre de supervisions réalisées	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque trimestre		Chaque trimestre	
	F8. Conduire une enquête sur la couverture vaccinale	▪ Rapport de l'enquête disponible	1 fois l'an					
	F9. Conduire une revue externe du programme	▪ Rapport de la revue	1 fois l'an					
	F10. Conduire 4 réunions trimestrielles par an de suivi des performances du programme	▪ Nbre des réunions de suivi conduites	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque trimestre		Chaque trimestre	Chaque trimestre
	F11. Produire mensuellement les bulletins épidémiologiques du PEV	▪ Nbre de bulletins produits	12 fois l'an	12 fois l'an	12 fois l'an		12 fois l'an	12 fois l'an
G. Renforcement des capacités								
Objectif spécifique n°20 :D'ici 2022, améliorer la disponibilité du personnel formé en matière de PEV à tous les niveaux en fonction des besoins exprimés.								
Renforcer les capacités	G1. Evaluer les besoins en formation du personnel en matière de vaccination	▪ Rapport d'évaluation disponible	1 fois l'an					
	G2. Organiser un cours MLM 1 fois tous les deux ans	▪ % d'agents formés par DDS/DS	1 fois l'an			1 fois l'an		1 fois l'an

Stratégies	Activités	Indicateurs	Chronogramme				
			2017	2018	2019	2020	2021
Partenariat	G3. Plaidoyer pour l'introduction des modules de formation en gestion du PEV dans le cursus LMD à la faculté des Sciences de la santé au CIESPAC et à l'école de formation Jean Joseph LOUKABOU	<ul style="list-style-type: none"> Modules de formation en gestion du PEV introduits dans le cursus de formation à faculté de sciences de l'université Marien NGOUABI et au CIESPAC et à l'école de formation Jean Joseph LOUKABOU 	1 fois l'an	1 fois l'an			
H. Financement							
Objectif spécifique n°21 : D'ici 2022, accroître le budget de l'état en faveur de la vaccination et la surveillance							
Plaidoyer pour l'augmentation du financement du PEV	IH1. Mener le plaidoyer auprès du gouvernement, du parlement, des structures décentralisées, secteur privé et leaders communautaires pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> % budgétaire sur le financement PEV par rapport au budget de la santé Fonds mobilisés auprès des structures décentralisées 	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent
Objectif spécifique n°22 :D'ici 2022, 100 % des fonds d'achat des vaccins et de financement sont mobilisés à temps							
	IH2. Mener le plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement pour l'assouplissement des procédures en faveur de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de visites de plaidoyer auprès des autorités 	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent	Permanent

CHAPITRE V : ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENT DU PEV 2018-2022

5.1. CONTEXTE

La mise à jour du PPAC intervient dans un contexte de double défis majeurs dont le premier est le repli des cours du pétrole dont l'économie congolaise est fortement dépendante pour ses recettes d'exportation et le second, le retrait de l'appui de Gavi avec comme principale conséquence, une hausse du budget consacré à l'approvisionnement en vaccins.

Du point de vue de la croissance économique, selon la Banque mondiale, le contexte international difficile, marqué par le net repli des cours du pétrole, a fait fléchir le taux de croissance économique à -2.4 % en 2016 contre 2.6 % en 2015 avec une perspective de reprise avec un taux de 0.5 % en 2017 et 3% en 2018.

En ce qui concerne l'impact budgétaire du retrait de Gavi, il convient de rappeler que la République du Congo dans le cadre de sa coopération avec Gavi l'Alliance a introduit dans son programme de vaccination de nombreux vaccins entre 2004 et 2016 comme indiqué dans l'analyse de la situation des prestations de services au point c.

En 2018 et 2019, le pays compte introduire successivement le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole congénitale à partir de 2018 et celui contre la Cancer du col de l'utérus (HPV) en 2019.

Dans le cadre de la transition, le Congo a bénéficié d'un soutien de Gavi pour le Renforcement des systèmes de santé pour un montant de 3 899 991\$US et d'un forfait pour la mise en œuvre des activités relatives à la sortie de l'éligibilité [transition] pour un montant de 377 671 \$US, soit un total de 4 277 662 \$US. Dans la perspective de la fin de la transition, il va falloir également trouver d'autres ressources additionnelles pour éviter que les activités soutenues ne puissent constituer des blocages à l'amélioration des performances du PEV.

5.2. METHODOLOGIE

- *En ce qui concerne les coûts*
- Les coûts des vaccins et matériels d'injection ont été tirés de l'outil de prévision des vaccins de l'OMS mis à jour. La mise à jour de l'outil de prévision des vaccins et du matériel de logistique a été l'occasion pour harmoniser les données entre les différentes sources ;

- En ce qui concerne les coûts opérationnels, les montants ont été définis par grande masse à partir des activités de 2016 en appliquant un taux d'inflation de 3%. Ces montants seront éclatés lorsque les plans d'action annuels seront arrêtés avec des activités bien identifiées
- *En ce qui concerne les financements*
- Les hypothèses de travail se sont basées sur les informations concernant le budget 2018 en cours de discussions. Selon les représentants de la Direction des Etudes et de la planification du Ministère de la Santé, deux lignes budgétaires auraient été affectées aux dépenses de vaccination. Une des lignes est inscrite dans le budget d'investissement pour un montant de 7,5 millions de dollars US et est destinée à l'acquisition des vaccins et le matériel de la chaîne du froid en 2018. La seconde ligne est inscrite dans le budget de fonctionnement et pourrait être utilisée pour couvrir les dépenses de coûts opérationnels pour un montant de 500 000 \$US pour l'année 2018. Si ces montants sont confirmés dans le budget 2018, c'est un montant total de 8 millions de USD dont le programme de vaccination disposerait ;
 - Sur cette base, toutes les dépenses de vaccins et matériels de vaccination, du personnel et des coûts récurrents des bâtiments et maintenance de la chaîne du froid ont été considérées comme des dépenses régaliennes et attribuées à l'Etat central avec l'hypothèse de financement assuré ;
 - Les dépenses concernant les coûts opérationnels ont été attribuées, pour une partie en 2018 à Gavi-RSS dans l'hypothèse que les activités planifiées en 2017 et qui n'auraient pas été réalisées mais pour lesquels les fonds sont déjà disponibles au niveau du pays pourraient être réalisées en 2018. A partir de 2019 où les fonds Gavi sont censés avoir été consommés, l'hypothèse retenue a été d'affecter 50% des coûts opérationnels au Gouvernement 25% aux partenaires traditionnels qui sont l'OMS et l'UNICEF. Les dépenses relatives aux activités de mobilisation sociale ont été affectées systématiquement à l'UNICEF pendant que celles relatives à la surveillance affectées à l'OMS.

5.3. LES COÛTS DU PROGRAMME POUR L'ANNEE 2016.

Le coût total du Programme national de vaccination pour l'année 2016, année de base était de 6 425 710 \$US hors coûts partagés. Si on y ajoute les coûts partagés de bâtiments, transport et le personnel travaillant pour d'autres programmes ce coût est de 42 166 209 \$US. Les principaux postes de coûts pour cette année de base si on ne tient pas compte des coûts partagés sont les coûts des vaccins et matériels d'injection qui représentent un peu plus de 70% des coûts totaux. Viennent

en seconde position les coûts opérationnels des campagnes de vaccination qui représentent environ 18. Les autres coûts récurrents représentent 8% pendant que le personnel ne représente que 2.5%.

Tableau 23: Coûts du programme pour l'année de base

Catégorie de coûts	2016
	US\$
Vaccins traditionnels	\$241 921
Vaccins sous utilisés	\$1 273 114
Nouveaux vaccins	\$2 867 088
Matériel d'injection	\$140 408
Personnel	\$160 800
Transport	\$15 252
Autres coûts récurrents de routine	\$553 673
Véhicules	\$0
Équipements de la chaîne du froid	\$5 462
Autres biens d'équipement	\$0
Activités de vaccination supplémentaire	\$1 167 994
Total hors coûts partagés	6 425 710

Source : outil e costing du PPAC

La structure des coûts montre que ce sont les vaccins nouveaux et sous utilisés qui constituent les deux plus gros postes avec respectivement 35% et 24%. Il faut surtout relever que l'année 2016 a été surtout marquée par une forte recrudescence de l'épidémie de la rougeole qui a mobilisé plus de moyens. Ainsi 18% des coûts soit un montant 1 167 994 \$US a concerné les activités supplémentaires de vaccination. Les coûts liés à la chaîne du froid n'ont été que de la maintenance.

Les autres coûts récurrents ont représenté 8% du total des coûts.

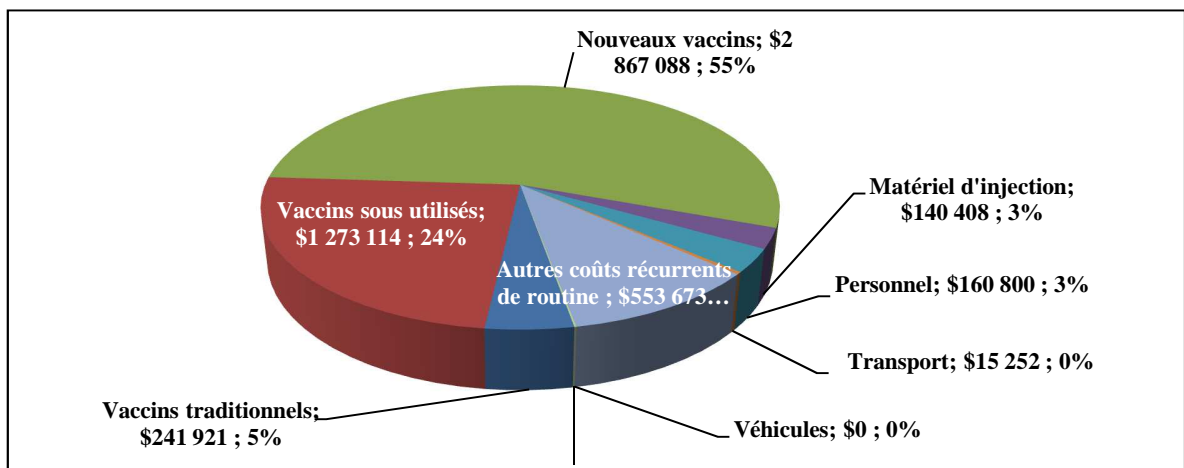


Figure 10 : Répartition des coûts du financement du programme de l'année 2016

5.4. LE FINANCEMENT DU PROGRAMME EN 2016

Les principales sources de financement de la Santé au Congo sont le Gouvernement, Gavi au cours de ces dernières années, l'OMS, l'UNICEF et parfois quelques bilatéraux comme la Chine. La république du Congo a toujours financé la santé d'une manière générale et la, vaccination en particulier. Pour ce qui concerne l'année 2016, le Gouvernement vient en tête des sources de financement avec 59% de financement de la vaccination systématique. Ces financements du Gouvernement sont allés principalement aux dépenses de vaccins et matériels d'injection 24% et le personnel à temps pleins qui est pris en charge à 100% par le budget de l'Etat.

La deuxième source de financement du Programme en 2016 a été Gavi avec 35% dont 30% pour les vaccins et 5% pour le renforcement des systèmes de santé.

Le graphe ci-dessous indique la répartition du financement de la vaccination pour l'année 2015, année de base.

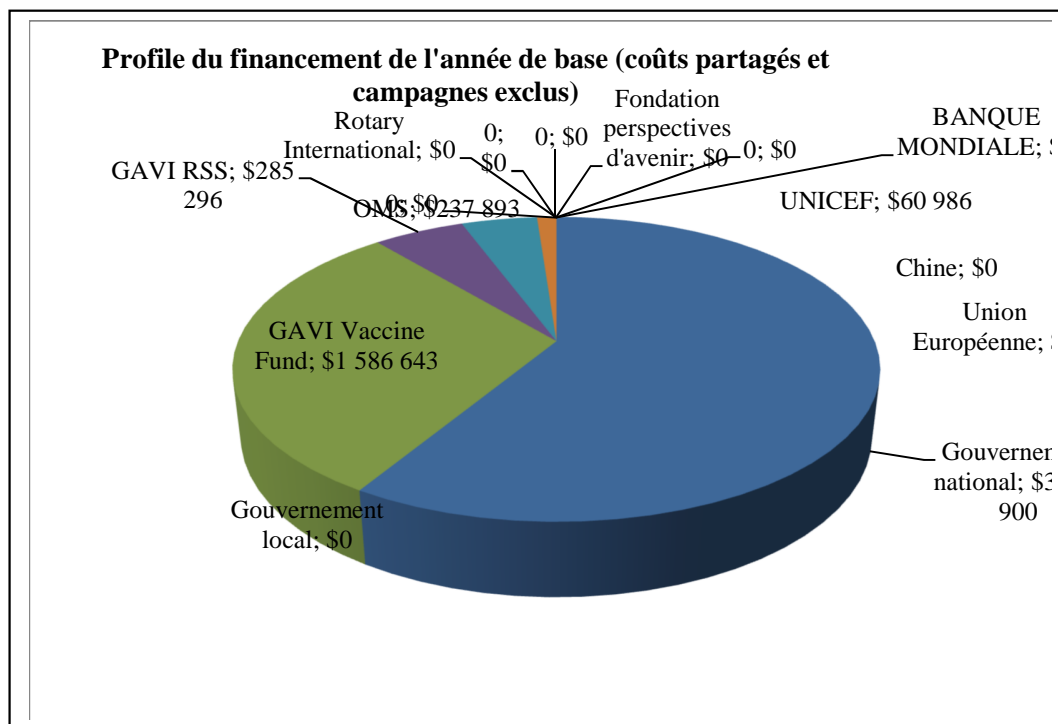


Figure 11 : Répartition du financement de la vaccination pour l'année 2015

5.5. LES BESOINS EN RESSOURCES DU PROGRAMME DE 2018 A 2022

Les couts du programme au cours de la période 2018-2022 ne vont connaître des variations sensibles qu'à partir de 2019 avec l'introduction du vaccin RR en 2019 et du HPV en 2020 dans la vaccination de routine. Le retrait du VAR en deux doses et la fin du programme d'éradication de la Polio vont influencer les couts des vaccins traditionnels qui vont connaître une légère baisse. En dehors des réhabilitations des bureaux du PEV au niveau central il est prévu quelques renforcements de la chaine du froid en 2018, et 2020.

Globalement les besoins en ressources devaient évoluer comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau24: Evolution du budget de 2018 à 2022 par catégorie

Années \ Rubriques	2018	2019	2020	2021	2022
Approvisionnement en vaccins et logistique	5 533 517	5 963 426	8 791 898	11 054 869	11 189 730
Prestations de service	4 563 719	5 102 018	6 635 029	6 336 378	6 940 463
Plaidoyer et communication	173208	178252	182650	189107	194782
Surveillance et monitoring	54993	58342	61895	65664	69663
Gestion de programme	296730	314304	336868	356735	380575
Autres coûts récurrents	725167	923266	1111622	1164871	1309990
Total	11 347 334	12 539 608	17 119 962	19 167 624	20 085 203

Les principaux postes de coûts seront :

- Les vaccins et matériel d’injection pour la vaccination de routine dont les coûts passeront de environ 5 millions en 2018 à 11 millions de \$US en 2022 soit une augmentation de 220% ;
- Les coûts de l’acquisition et la maintenance du matériel de la chaîne du froid ne sont pas significatifs en raison du fait que nombreux équipements ont été achetés en 2016 et les compléments de sont prévus qu’à partir de 2020 ;
- La supervision et le monitoring prendront par contre de l’ampleur en raison de la surveillance de certaines maladies évitables par la vaccination comme la rougeole qui dont l’épidémie sévit depuis 2015 ;
- Et enfin la formation sera l’une des composantes clés en raison des faibles performances du Programme et de l’insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines

Le Graphique ci-dessous montre l’évolution des dépenses de 2018 à 2022

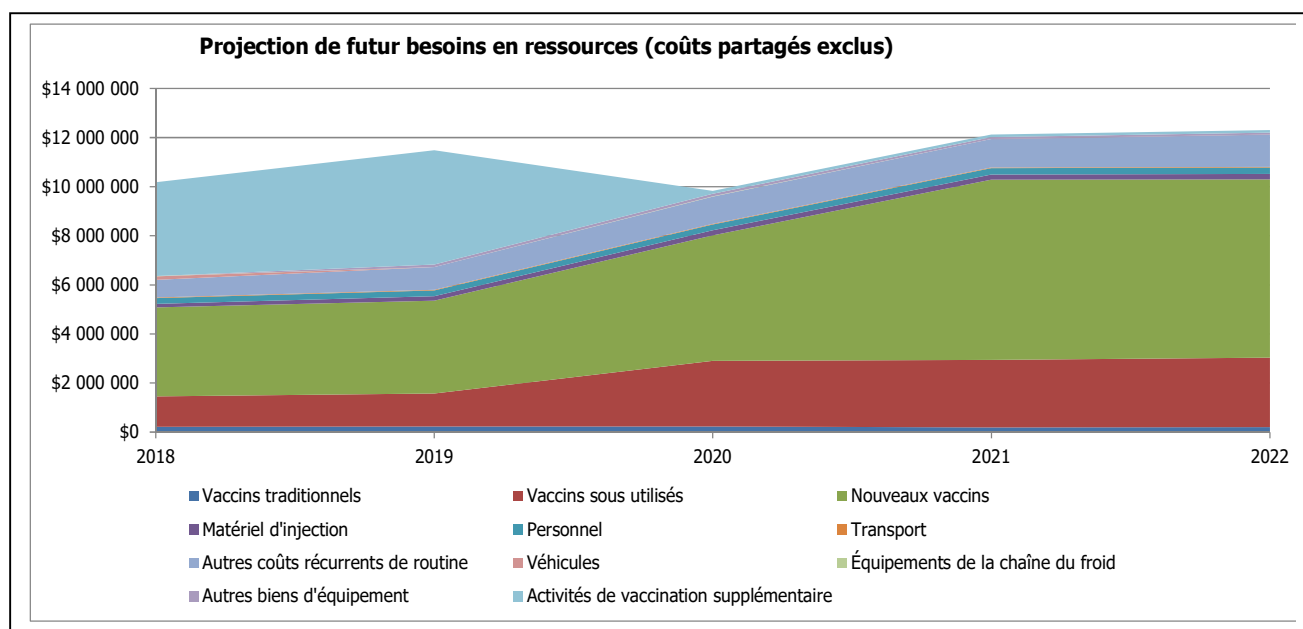


Figure 12 : Projection des futurs besoins en ressources (coûts partagés exclus)

3.4. FINANCEMENT DU PROGRAMME DE 2018 A 2022

Figure 13 : Evolution des dépenses de 2018 à 2022

Le scénario de financement pour la période 2018-2021 se présente de la manière suivante :

- Toutes les dépenses concernant les vaccins existant déjà dans le programme et les matériels d'injection ont été considérées comme des dépenses obligatoires et attribuées au Gouvernement avec l'hypothèse 1 c'est-à-dire financement assuré. Il en est de même avec les dépenses du personnel, la maintenance des équipements de la chaîne du froid, le matériel roulant et la gestion du programme ;
- Les coûts récurrents notamment les dépenses relatives aux coûts opérationnels ont été attribuées pour l'année 2018 ont été attribuées à Gavi-RSS avec l'hypothèse que les fonds disponibles au niveau national soient prolongés jusqu'en 2018. A partir de 2019, les financements ont été répartis de sorte que 50% soit attribué au Gouvernement avec hypothèse de financement assuré et 25% à l'OMS et 25% à l'UNICEF avec l'hypothèse de financement probable à négocier.

Si l'on exclut les coûts partagés des bâtiments et ressources humaines travaillant sur d'autres programmes, le financement du Gouvernement sera de l'ordre 85% sur la période prenant en compte les vaccins et le matériel de la logistique y compris les moyens roulants.

Tableau 26: Répartition des sources de financement de 2018 à 2022

Financement sécurisé	2018	2019	2020	2021	2022
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gouvernement national	\$12 373 462	\$12 121 833	\$18 694 212	\$14 324 258	\$14 885 766
Gouvernement local	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GAM Vaccine Fund	\$1 127 995	\$0	\$0	\$0	\$0
GAM RSS	\$164 137	\$0	\$0	\$0	\$0
OMS	\$244 492	\$265 692	\$285 411	\$257 789	\$273 489
UNICEF	\$368 127	\$111 645	\$203 974	\$186 241	\$193 859
Union Européenne	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Chine	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Rotary International	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Fondation perspectives d'ave	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
BANQUE MONDIALE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$14 278 213	\$12 499 170	\$19 183 596	\$14 768 288	\$15 353 114

5.6. ANALYSE DES ECARTS ET LA STRATEGIE DE VIABILITE FINANCIERE DU PROGRAMME

Les écarts portent essentiellement sur les coûts opérationnels en raison de l'hypothèse d'attribuer 50% à partir de 2018 aux autres partenaires que sont l'Oms et l'UNICEF avec l'hypothèse de financement probable. Il convient également de souligner que si l'on tient compte de l'enveloppe de 8 millions de \$US attribuée par le Gouvernement pour les dépenses en vaccination entre 2018 et 2022 il y'aura aussi des écarts importants à partir de 2020 où les dépenses pour l'approvisionnement en vaccins passent successivement en 8,7 millions en 2020, 11 millions en 2021 et 11 millions en 2022. Il va devoir trouver au moins 3 millions supplémentaires pour couvrir les besoins minimums de vaccins et logistique hormis coûts opérationnels.

Toutefois si les perspectives économiques devaient s'améliorer et que si l'on prend en compte les indicateurs de viabilité financière tel que la dépense de vaccination par rapport au PIB 0,10% en moyenne sur la période ou la dépense de vaccination par habitant en moyenne 2\$US par habitant, on se dit que le problème devrait survivre après le retrait de Gavi sous réserve d'une réelle volonté politique et d'un engagement national en faveur de la vaccination.

ANNEXES

Annexe 1 : Populations cibles dans le PEV de routine et les campagnes

Vaccination de routine	Enfant de 0 à 11 mois pour le BCG, HepB 0 et VPO 0	Femmes enceintes	4,32% de la population totale
	Nourrissons survivants pour les autres vaccins		4% de la population totale
	Filles de 9 à 13 ans		17% de la population féminine totale
Campagne anti poliomyélitique	Enfant de 0 à 59 mois		20% de la population totale
Campagne anti rougeoleuse/rubéoleuse	Enfants de 9 mois à 14 ans		47% de la population totale
Campagne anti tétanos	Femmes en âge de procréer 12 à 49 ans		25% de la population totale
Supplémentation en vit A	Enfant de 6 à 59 mois	18% de la population totale	

Annexe 2 : Projection de l'atteinte des objectifs des couvertures vaccinales en % du PPAC 2018-2022

Antigènes	2016*	2018	2019	2020	2021	2022
Vaccins Traditionnels						
BCG	80	88	90	92	95	95
VPO1	76	88	90	92	95	95
VPO3	71	83	85	87	90	90
VAR1*	67	83	85	87	90	90
VAR2**			70	75	80	85
RR1*			85	87	90	90
RR2**			70	75	80	85
VAT2+	71	83	85	88	90	90
Vitamine A 100000 UI						
Vitamine A 200000 UI(FPP)						
Vaccins sous-utilisés et nouveaux						
VAA	59	83	85	87	90	90
DTC-HepB-Hib1	76	88	90	92	95	95
DTC-HepB-Hib3	71	83	85	87	90	90
Pneumo1	71	88	90	92	95	95
Pneumo3	67	83	85	87	90	90
Rota1	70	88	90	92	95	95
Rota2	54	83	85	87	90	90
VPI	50	83	85	87	90	90
HepB (DN)*				60	70	80
HPV1				70	75	80
HPV2				65	70	75

2016* Année de base

Annexe 3: Projection des pourcentages des DS ayant réduit les taux d'abandon spécifique

	Objectifs de taux d'abandon					
	Année de base (2017)	2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage des DS avec Taux d'abandon spécifique < 5% (DTC-HepB-Hib1)-(Penta3)/(Penta1) ×100		38,55%DS	50%DS	65% DS	75% DS	85% DS
Taux d'abandon spécifique au niveau national	8	8%	7%	7%	6%	6%

Annexe 4: Besoins en capacité de stockage positive par districts sanitaires (litres)

Niveau	Nom dépôt	Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
District	DS Lumumba	3 litre	9 litre	73 litre	91 litre	101 litre	102 litre
District	DS Mvou-Mvou	85 litre	90 litre	140 litre	154 litre	162 litre	163 litre
District	DS Tié-Tié	- 147 litre -	- 137 litre -	- 37 litre -	- 9 litre	6 litre	9 litre
District	DS Loandjili	84 litre	95 litre	207 litre	239 litre	256 litre	259 litre
District	DS Mongo Mpouko	131 litre	139 litre	217 litre	239 litre	251 litre	253 litre
District	DS Ngoyo	12 litre	18 litre	88 litre	107 litre	118 litre	120 litre
District	DS Tchamba Nzass	- 68 litre -	- 68 litre -	- 57 litre -	- 55 litre -	- 54 litre -	- 53 litre
District	DS Hinda-Mvouti	- 58 litre -	- 55 litre -	- 25 litre -	- 17 litre -	- 13 litre -	- 11 litre
District	Madingo-Kayes	- 84 litre -	- 83 litre -	- 68 litre -	- 64 litre -	- 62 litre -	- 62 litre
District	Bacongo	- 12 litre -	- 6 litre	51 litre	67 litre	76 litre	77 litre
District	Madibou	14 litre	22 litre	94 litre	115 litre	126 litre	127 litre
District	Makélékélé	- 49 litre -	- 40 litre	61 litre	88 litre	105 litre	106 litre
District	Moungali	- 38 litre -	- 29 litre	68 litre	94 litre	109 litre	112 litre
District	M'filou	- 66 litre -	- 57 litre	32 litre	57 litre	71 litre	73 litre
District	Ouézné	- 39 litre -	- 28 litre	77 litre	106 litre	123 litre	126 litre
District	Poto Poto	- 17 litre -	- 12 litre	42 litre	57 litre	65 litre	67 litre
District	Talangai	- 18 litre -	- 5 litre	131 litre	169 litre	190 litre	193 litre
District	Djiri	37 litre	46 litre	130 litre	153 litre	167 litre	169 litre
District	DS Ngoma tsé tsé	- 167 litre -	- 165 litre -	- 151 litre -	- 146 litre -	- 144 litre -	- 144 litre
District	DS Mindouli	- 3 litre	1 litre	32 litre	40 litre	45 litre	46 litre
District	DS Kindamba	- 191 litre -	- 189 litre -	- 173 litre -	- 168 litre -	- 166 litre -	- 166 litre
District	DS Ignié Ngabé	- 151 litre -	- 147 litre	- 109 litre -	- 98 litre	- 92 litre -	- 91 litre
District	DS Kinkala-Boko	7 litre	11 litre	47 litre	58 litre	64 litre	64 litre
District	DS Gamboma	- 33 litre -	- 29 litre	15 litre	27 litre	33 litre	34 litre
District	DS Abala	- 48 litre -	- 46 litre -	- 24 litre -	- 19 litre -	- 15 litre -	- 15 litre
District	Djambala-Lekana	62 litre	65 litre	102 litre	112 litre	118 litre	119 litre
District	DS Etoumbi	34 litre	36 litre	57 litre	62 litre	65 litre	66 litre
District	DS Ewo	33 litre	35 litre	57 litre	63 litre	66 litre	67 litre
District	DS Alima	39 litre	41 litre	65 litre	71 litre	75 litre	76 litre
District	DS Moassaka Louk	46 litre	49 litre	76 litre	84 litre	88 litre	89 litre
District	DS Owando	60 litre	63 litre	103 litre	113 litre	119 litre	120 litre
District	DS Ouéso	74 litre	78 litre	128 litre	141 litre	148 litre	149 litre
District	DS Impfondo	133 litre	141 litre	229 litre	252 litre	265 litre	267 litre
District	DS Dolisie	- 180 litre -	- 172 litre -	- 91 litre -	- 69 litre -	- 56 litre -	- 55 litre
District	DS Mossendjo	- 61 litre -	- 59 litre -	- 33 litre -	- 26 litre -	- 22 litre -	- 21 litre
District	DS Sibiti	83 litre	88 litre	143 litre	158 litre	166 litre	168 litre
District	DS Madingou	- 20 litre -	- 15 litre	35 litre	50 litre	58 litre	59 litre
District	DS Mouyondzi	- 154 litre -	- 151 litre -	- 116 litre -	- 106 litre -	- 101 litre -	- 100 litre
District	DS Nkayi-Loudima	9 litre	16 litre	84 litre	103 litre	114 litre	116 litre
District	DS Loufété	- 61 litre -	- 59 litre -	- 34 litre -	- 26 litre -	- 22 litre -	- 21 litre

Annexe 5: Equipements de chaine du froid additionnels par districts de 2017 à 2022 (litres)

		Nbre et types équipements requis de réfrigération					
Niveau	Nom dépôt	2018	2019	2020	2021	2022	2023
District	DS Lumumba			1 VLS 154Green Lir			
District	DS Mvou-Mvou	2 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 054Green Lir	#N/A	#N/A	#N/A
District	DS Tié-Tié				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Loandjili	2 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir	1 VLS 154SDD	#N/A	#N/A
District	DS Mongo Mpouko	2 VLS 154Green Line	#N/A	2 VLS 154Green Lir	#N/A	#N/A	#N/A
District	DS Ngoyo	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir		#N/A	#N/A
District	DS Tchamba Nzass				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Hinda-Mvouti				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	Madingo-Kayes				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	Bacongo			1 VLS 154Green Lir		1 VLS 154Green Lir	
District	Madibou	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir		1 VLS 154Green Lir	#N/A
District	Makélékélé			2 VLS 154Green Lir			
District	Moungali			2 VLS 154Green Lir			
District	M'filou			1 VLS 154Green Lir			
District	Ouézé			2 VLS 154Green Lir			
District	Poto Poto			1 VLS 154Green Lir			
District	Talangai			3 VLS 154Green Lir	#N/A	#N/A	#N/A
District	Djiri	1 VLS 154Green Line	#N/A	2 VLS 154Green Lir	#N/A	#N/A	#N/A
District	DS Ngoma tsé tsé				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Mindouli			1 VLS 154Green Lir			
District	DS Kindamba				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Ignié Ngabé				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Kinkala-Boko		1 VLS 154Green Lir				
District	DS Gamboma			1 VLS 154Green Lir			
District	DS Abala				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	Djambala-Lekana	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir		#N/A	#N/A
District	DS Etoumbi	1 VLS 154Green Line	#N/A				
District	DS Ewo	1 VLS 154Green Line	#N/A				
District	DS Alima	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir			
District	DS Moassaka Louk	1 VLS 154Green Line	1 VLS 154Green Line				
District	DS Owando	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir		#N/A	#N/A
District	DS Ouéso	1 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir	1 VLS 154Green Lir	#N/A	#N/A
District	DS Impfondo	2 VLS 154Green Line	1 VLS 154Green Lir	1 VLS 154Green Lir		#N/A	#N/A
District	DS Dolisie					#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Mossendjo				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Sibiti	2 VLS 154Green Line	#N/A	1 VLS 154Green Lir	#N/A	#N/A	#N/A
District	DS Madingou			1 VLS 154Green Lir			
District	DS Mouyondzi				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
District	DS Nkayi-Loudima		1 VLS 154Green Lir	1 VLS 154Green Lir			#N/A
District	DS Loutété				#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Annexe 6: Etat de besoins des CFV en équipements de CDF répondant aux normes établies

Niveau	Besoins	Observations
Central	Installation d'enregistreurs continus de température adaptés	
Départemental	Installation de 22 réfrigérateurs de grande capacité et remplacement des équipements en panne ou vétustes	Renforcement des capacités de stockage
District	Installation de 72 réfrigérateurs solaires SDD de grande capacité et remplacement des équipements en panne ou vétustes	Renforcement des capacités de stockage
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> 143 réfrigérateurs pour équiper les CSI Remplacement de 216 réfrigérateurs 	<p>CSI qui ne disposent pas de CDF y compris les structures privées et/ou confessionnelles</p> <p>Tous les réfrigérateurs en panne, vétustes ou ne répondant pas aux normes PQS</p>

Annexe 7: Evolution annuelle des couvertures vaccinales administratives par antigène de 2012 à 2016

Antigènes	Années				
		2013	2014	2015	2016
BCG	91	89	91	77	80
DTC-HepB-Hib1	91	91	93	84	76
DTC-HepB-Hib3	84	84	86	77	71
VPO 3	83	84	86	77	71
VAR	78	78	80	76	67
VAA	77	77	78	72	59
Pneumo 1	42	91	91	81	71
Pneumo 3	6	86	85	78	67
Rota 1			70	81	70
Rota 2			54	75	64
VPI					50
VAT 2+	83	83	86	81	71
Vit A	77	74	80	76	66

CV >= 80%
 CV >= 50% et < 80%
 CV < à 50%

Annexe 8: Evolution des taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib 1/DTC-HepB-Hib 3 de 2012 à 2016

