



**DOCUMENTATION DE L'APPROCHE ANTENNE POUR
LE RENFORCEMENT DE LA VACCINATION DE ROUTINE ET DES
STRATEGIES AVANCEES CIBLEES INTEGREES DANS LE CADRE
DE L'ACCELERATION DE L'ELIMINATION DU TETANOS NEO-
NATAL**

Jeff KABINDA M, Patrick MITASHI, Aimé KAKUDJI, Albert NYEMBO, Ghislain
Bisimwa B, Ali MAPATANO, Faustin CHENGE M

Avec le financement



Avril 2019

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES	7
REMERCIEMENTS	8
RESUME EXECUTIF.....	9
Introduction.....	9
Méthodologie.....	9
Résultats	9
Mise en œuvre de ces deux approches.....	9
Discussion :	11
Analyse des épidémies au cours de la mise en œuvre de RPR et SACI.....	12
Conclusion	14
Recommandations	14
I. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION	15
1. Description de l'approche RPR et des SACI	17
1.1. Intégration.....	19
1.2. Leadership	19
1.3. Coordination.....	20
2. Stratégies avancées ciblées intégrées (SACI).....	24
3. Analyse de la situation, caractéristiques socio démographiques et cibles à vacciner	25
3.1. Identifier les localités/groupes de populations à caractère spécifique.....	25
3.2. Analyse des performances et identification de la cible.....	26
4. Cartographie et circuits logistiques, de progression et de supervision (outils 3 et 4)	26
4.1. Ressources humaines	26
4.2. Logistique et chaîne du froid	27
4.4. Formation	29
4.5. Supervision / Monitoring / Evaluation	29
II. METHODOLOGIE	31
1. Définition de quelques concepts-clés.....	31
2. Principes directeurs de la documentation.....	31
3. Principes d'analyse critique	32
4. Approche quantitative	33
5. Approche qualitative.....	34

5.1.	Collecte de données quantitatives ?	34
III.	RESULTATS.....	38
1.	Données qualitatives	38
1.1.	Participation des informateurs ciblés aux entretiens approfondis	38
1.2.	Planification à la base de la mise en œuvre de l’approche RPR et des SACI	38
1.3.	Gestion du programme dans le cadre de RPR et SACI.....	39
1.3.1.	<i>Gestion financière</i>	39
1.3.2.	<i>Gestion des ressources humaines et matérielles</i>	39
1.3.3.	<i>Gestion programmatique</i>	39
1.4.	Renforcement des capacités dans le cadre de RPR et SACI.....	40
1.5.	Renforcement des liens avec la communauté dans le cadre de RPR et SACI.....	40
1.5.1.	<i>Au niveau de la planification, mise en œuvre et évaluation</i>	41
1.5.2.	<i>Au niveau de la motivation financière</i>	41
1.6.	Surveillance épidémiologique dans le cadre de RPR et SACI.....	41
1.6.1.	<i>Collecte et analyse de données</i>	42
1.6.2.	<i>Surveillance proprement dite</i>	43
2.	Évaluation générale de l’approche RPR et des SACI selon les critères de l’OCDE	43
2.1.	Pertinence	43
2.2.	Efficacité	44
2.2.1.	Couvertures vaccinales dans les ZS d’étude	45
2.2.2.	Disponibilité des vaccins dans les provinces ou antennes d’étude	49
2.2.3.	Enfants non vaccinés dans les ZS d’étude	54
2.2.4.	Taux d’abandon	55
2.2.5.	Couverture en CPN dans les ZS d’étude	57
2.2.6.	Accouchements assistés institutionnels dans les ZS d’étude	58
2.2.7.	Situation des épidémies dans les zones de santé enquêtées.....	59
2.2.7.1.	Épidémies de rougeole et couvertures vaccinales en VAR.....	60
2.3.	Efficiace	60
2.4.	Durabilité.....	61
3.	Analyse SEPO	62
3.2.	Échecs /Points à améliorer	64
3.3.	Potentialités (opportunités)	66
3.4.	Obstacles (contraintes).....	66
IV.	DISCUSSION	67
1.	A propos des composantes des deux approches (RPR et SACI).....	67
1.1.	Planification à la base de la mise en œuvre de l’approche RPR et des SACI	67

1.2. Gestion financière, des ressources humaines et programmatique dans le cadre de RPR et SACI	67
1.4. Renforcement des liens avec la communauté dans le cadre de RPR et SACI.....	68
1.5. Surveillance épidémiologique dans le cadre de RPR et SACI.....	69
2. A propos de l'efficacité des approches RPR et SACI	69
3. A propos de l'analyse Succès Échecs Potentialités et obstacles (SEPO)	70
a. Succès et échecs.....	70
b. Opportunités et contraintes.....	73
4. Limites de l'étude et difficultés rencontrées	74
V. CONCLUSION.....	76
VI. RECOMMANDATIONS	76
REFERENCES	78
ANNEXES.....	82

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACZ :	Atteindre toute les Zones de santé
APA	Autorité politico-administrative
AS	Aire de santé
AVI	Activités Vaccinales Intégrées
BCG	Bacille de Calmette Guérin
BCZS	Bureau Central de la ZS
BS	Boite de Sécurité
CAC	Cellules d'Animations Communautaire
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agences
CCSC	Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Condo-Asbl
CODEV	Comité de Développement
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPN1	Consultation Périnatale 1
CPN4	Consultation Périnatale 2
CPS	Consultation Préscolaire
CS	Centre de Santé
CV	Couverture Vaccinale
cVDPV	circulating Vaccine Derived Poliovirus
DGLM	Direction Générale de Lutte Contre la Maladie
DHIS2	District Health Information System
DIL	Diluant
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTC-Hep-Hib3	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B- Hemophilus influenza 3
DVD-MT	District Vaccine Data Monitoring Tool
ECZS	Équipe Cadre de la ZS
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Encadreur Provinciale Polyvalent
FAR	Femme en Age de Reproduction
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
IT	Infirmier Titulaire
KOICA	Korea International Cooperation Agency
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunisation
MCZ	Médecin Chef de Zone
MEP	Médecin Épidémiologiste Provincial
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MILD	Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'Action
MSP	Ministère de Santé Publique

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCV-13	Pneumococcal Conjugate Vaccine-13
PEV	Programme Élargie de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRESICOSA	Président du Comité de Développement de l'Aire de santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVS	Polio Virus Sauvage
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
RIPSEC	Renforcement Institutionnel des Politiques de Santé basées sur les Évidences en RDC
RPR	Renforcement de PEV de Routine
RSS2	Renforcement du Système de Santé 2
SAB	Seringues Autobloquantes
SACI	Stratégies Avancées Ciblées et Intégrées
SEPO	Succès, Échecs, Potentialités et Obstacles
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TMN	Tétanos Materno-Néonatal
TNN	Tétanos Néo-Natal
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
VAA	Vaccin Antiamarile
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT2+	Vaccin Anti Tétanos2
VDPV	Virus Dérivés de Polio Vaccinal
VPO1	Virus de Polio 1
VPO3	Virus de polio 3
ZS	ZS

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Informateurs ciblés pour les entretiens approfondis sur l'approche RPR et/ou les SACI.....	36
Tableau 2: ZS sélectionnées pour l'étude	37
Tableau 3: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VAT2+ par ZS visitée, de 2013-2018.....	46
Tableau 4: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VPO3 par ZS visitée, de 2013-2018.....	47
Tableau 5: Évolution annuelle de la couverture vaccinale DTC-Hep-Hib3 par ZS visitée, de 2013-2018	48
Tableau 6: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VAR par ZS visitée, de 2013-2018	49
Tableau 7: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2016	52
Tableau 8: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2017	53
Tableau 9: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2018	53
Tableau 10: Évolution de nombre d'enfants non vaccinés par le DTC-HepB-Hib3 dans les ZS visitées, de 2013-2018	54
Tableau 11: Évolution du taux d'abandon de Penta1/penta 3 dans les zones de santé visitées, de 2013 à 2018.....	55
Tableau 12: Évolution du taux d'abandon de VPO1/VPO 3 dans les zones de santé visitées, de 2016 à 2018.....	56
Tableau 13: Évolution de la couverture en CPN1 et CPN4 dans les ZS d'étude, de 2017-2018	57
Tableau 14: Évolution annuelle des accouchements assistés institutionnels dans les ZS d'étude	58
Tableau 15: Répartition par ZS des épidémies survenues de 2014-2018.....	59
Figure 1: Composantes du RPR	18
Figure 2. Grille d'analyse de l'opérationnalisation de l'approche RPR et des SACI.....	33
Figure 3: Situation de la disponibilité des vaccins en 2013	50
Figure 4: Situation de la disponibilité des vaccins en 2014	51
Figure 5: Situation de la disponibilité des vaccins en 2015	52
Figure 6: Couvertures vaccinales en VAR dans les ZS ayant connu des épidémies de rougeole, 2014-2018	60

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont contribué à cette documentation de l'approche RPR et des SACI. Sans que l'ordre d'énumération soit important, nous pensons d'abord à l'UNICEF pour avoir diligenté et financé cette étude. Ensuite aux collègues de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi et de l'Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université de Bukavu qui se sont adonnés avec beaucoup de détermination et d'abnégation à collecter l'essentiel de l'information requise et d'en avoir fait les premières analyses. Enfin, à toutes les personnes rencontrées (à Kinshasa comme en provinces, au niveau central comme au niveau périphérique en passant par le niveau intermédiaire) pour leur accueil, leur disponibilité et leur entière collaboration qui nous ont permis de mener à bien cette documentation à partir des précieuses informations qu'elles nous ont fournies.

Si cette étude est un succès, elle est incontestablement une œuvre collective impliquant toutes ces personnes. Si elle est un échec, nous en assumons l'entière responsabilité.

RESUME EXECUTIF

Introduction

Le Programme Élargi de Vaccination (PEV), dans son plan pluriannuel 2015-2019, s'est fixé 4 objectifs suivants : (1) accroître la couverture vaccinale; (2) finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus; (3) éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale; (4) atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination dont le tétanos néonatal. Dans le but de renforcer la couverture vaccinale dans les antennes à risque élevé en mettant l'accent sur l'équité avec le soutien de ses partenaires, le PEV a mis en œuvre les approches innovantes de renforcement de la vaccination de routine (RPR) depuis 2013 et les Stratégies Avancées Ciblées Intégrées (SACI) pour accélérer l'élimination du tétanos néonatal depuis 2017.

L'UNICEF, l'un des partenaires techniques et financiers (PTF) du Ministère de la santé Publique (MSP) en général et du PEV en particulier, a appuyé les deux approches. Pour ressortir les bonnes pratiques des étapes de la mise en œuvre à tous les échelons du système de santé (central, intermédiaire, opérationnel y compris la communauté) de ces approches, particulièrement la SACI et d'en évaluer le processus, les résultats et l'impact. L'UNICEF a diligencé un travail de documentation dont les objectifs étaient de : (i) documenter les différents indicateurs avant, pendant et à la fin de la période de mise en œuvre de l'approche RPR et des SACI dans les aires de santé (AS), Zones de santé (ZS), et Divisions provinciales de la santé (DPS) ciblées ; (ii) Ressortir les valeurs ajoutées de ces approches en termes de processus, résultats et d'impact dans la vaccination en particulier et le système de santé en général.

Méthodologie

Basée sur les principes rigoureux, de dialogue et d'interaction, cette documentation a procédé par deux approches : qualitative et quantitative. Les données ont été récoltées dans 24 zones de santé, choisies aléatoirement et réparties dans 5 provinces (Haut-Katanga, Kinshasa, Ituri, Tanganyika et Tshopo). Les données qualitatives ont été récoltées lors des interviews individuelles avec des principaux acteurs de mise en œuvre. La partie quantitative a été récoltée à la direction du PEV et téléchargée à partir du *District Health Information System 2* (DHIS2) pour certains indicateurs. Les grilles d'analyse critique basées sur les critères de la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et l'impact ont été utilisées dans l'analyse des données. Une autre grille basée sur les critères SEPO (succès, échecs, potentialités (opportunités) et obstacles (contraintes)) a été mobilisée afin de ressortir les leçons apprises et les bonnes pratiques (soutenabilité, reproductivité, la promotion de la collaboration entre les parties prenantes, l'implication des communautés, l'appui des autorités nationales ou locales ainsi que l'innovation et l'efficacité).

Résultats

Mise en œuvre de ces deux approches :

- **La planification à la base** était réalisée au niveau des aires de santé par l'infirmier titulaire et la communauté (micro planification). Le processus lui-même est en principe

déclenché au niveau central par la mise en place des politiques et des programmes de formation des formateurs et l'accompagnement à chaque niveau.

- **La gestion du programme** était examinée sous trois angles, à savoir la gestion financière, la gestion des ressources humaines et matérielles, ainsi que la gestion programmatique. Sur la gestion financière, les équipes de gestion de fonds ont reçu une formation de « spot check » de l'Unicef. Pour ce qui est de la gestion des ressources humaines et matérielles, l'Unicef a alloué des fonds pour la motivation de personnel et la dotation des matériels. Les activités de planification, de monitoring, de supervision formative, de revue et collecte d'information par le *District Vaccine Data Monitoring Tool* (DVD -MT) ont constitué les axes essentiels de la gestion programmatique. Le suivi hebdomadaire des activités PEV est reconnu comme une grande spécificité de l'approche RPR.
- **Le renforcement de capacités avait consisté en** la formation des prestataires et les supervisions formatives. Le renforcement de capacités des prestataires portait notamment sur (i) la planification des activités de vaccination de routine et de récupération des enfants non atteints, (ii) les modalités de commander des vaccins, (iii) le calcul des cibles à atteindre lors des activités du RPR et des SACI, (iv) les stratégies possibles à utiliser pour atteindre les cibles (stratégie fixe, mobile ou avancée), (v) l'organisation des sites de vaccination, (vi) les techniques de vaccination, (vii) la gestion des déchets de vaccination, (viii) la gestion des ressources financières et (ix) l'analyse des indicateurs.
- **Le renforcement des liens avec la communauté** se faisait par l'implication de celle-ci à travers les Autorités Politico- Administratives (APA), les RECO, le CODEV aux activités de vaccination de la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. L'approche RPR a permis de promouvoir une bonne implication de la dynamique communautaire dans les activités sanitaires du PEV.
- **La surveillance épidémiologique avait permis** la collecte et l'analyse des données sur les indicateurs clés suivis tout au long de la mise en œuvre. Cette surveillance s'est faite par les prestataires de soins ; la communauté, et par des moyens électroniques.

Discussion :

- **Pertinence.** La pertinence de ces approches ne fait aucun doute dans la mesure où les stratégies mises en place sont appropriées à la problématique relevée par l'analyse de risque du PEV. Ces approches ont été conçues pour renforcer le PEV et le système de santé dans le sens qu'elles sont complémentaires aux autres interventions de santé et étaient une occasion pour mener d'autres activités connexes telles que la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mébendazole, l'identification des enfants à l'état civil, le suivi du succès de la vaccination en termes d'identification d'autres maladies évitables par la vaccination, une amélioration de la qualité du système national d'informations sanitaire (SNIS) par les données de la vaccination.
- **Efficacité.** D'une manière générale, les approches sont potentiellement efficaces. Pendant leur mise en œuvre, il y a eu une amélioration dans l'évolution de certains indicateurs par rapport au début de la mise en œuvre.

Pour la couverture vaccinale (CV) de VAT2+ : trois ZS sur les 24 enquêtées (soit 12,5%) avaient en 2018 des CV en dessous de 80% contre 12 sur 24 (50%) en 2013. Pour les CV du VPO3 : trois ZS sur les 24 enquêtées (soit 12,5%) avaient en 2018 des CV de moins de 80% contre 10 sur 24 (41,6%) en 2013. Pour les CV de Penta 3 (DTC-Hep-Hib3), 2 zones de santé sur les 24 enquêtées (soit 8,3%) ont eu en 2018 des CV de moins de 80% contre 10 sur 24 (41,6%) en 2013. Pour les CV de VAR, 2 zones de santé sur les 24 enquêtées (soit 8,3%) avaient en 2018 des CV de moins de 80% contre 12 sur 24 (50%) en 2013.

S'agissant de la disponibilité de vaccins, l'évaluation montre que la disponibilité des vaccins a été insuffisante (moins de 100%) pour chaque antigène pendant au moins une année, de 2013 à 2018. Pour le nombre d'enfants non vaccinés, il ressort que huit ZS sur 24 (33,3%) ont montré une diminution du nombre d'enfants non vaccinés alors que ce nombre a augmenté dans 16 zones de santé sur 24 représentant 66,6%.

Concernant le taux d'abandon, au cours de la période 2013-2018, le nombre de ZS présentant un taux d'abandon Penta1/Penta 3 d'au moins 10% était de 6 sur 24 (25%) en 2013 ; il est passé à 2 sur 24 (8,3%) en 2018. Pour le taux d'abandon VPO1/VPO3, se basant sur les données disponibles de 2016 à 2018, le nombre de ZS avec un taux d'abandon de plus de 10% est passé de 5 zones de santé sur 24 (20,8%) en 2016 à 7 sur 24 (29,1%) en 2018.

Sur l'évolution de CPN1, la moitié des zones de santé ont mentionné une diminution de leur couverture en Consultation Prénatale 1 (CPN1) entre 2017 et 2018, alors que l'autre moitié des zones de santé ont enregistré un accroissement de leur couverture en CPN1 durant la même période. En ce qui concerne la CPN4, neuf zones de santé sur 24 (37,5%) ont enregistré une baisse de couverture contre 15 sur 24 (62,5%) qui ont vu leur couverture en CPN4 augmenter entre 2017 et 2018.

Sur l'évolution des accouchements assistés institutionnels : entre 2017 et 2018, le taux d'accouchements assistés a augmenté dans la moitié des zones de santé tandis que l'autre moitié a enregistré une diminution.

- **Efficiace.** Les activités planifiées dans le cadre de ces deux approches ont été réellement financées par l'Unicef mais pas totalement à cause des retards dans le décaissement des fonds. Aussi, les fonds reçus n'ont pas été satisfaisants selon certains (MCZ ? IT ? C'est

mieux de préciser) interviewés car le montant décaissé n'était pas à la hauteur de la planification de base faite au départ. Néanmoins la majorité des répondants ont pensé que les fonds reçus étaient d'une aide précieuse pour la réalisation des activités planifiées.

- **Durabilité.** La durabilité de ces deux approches tient compte de certaines conditions, à savoir : (i) appuyer au maximum les activités de PEV de routine, (ii) sensibiliser la communauté pour qu'elle s'approprie des activités de vaccination, (iii) assurer le financement des activités de vaccination par le gouvernement congolais, (iv) faire bon usage des matériels acquis lors de ces projets. Mais les barrières à la durabilité de ces approches étaient identifiées. Il s'agit de : (i) la moindre performance du personnel de santé au niveau des aires de santé, (ii) l'accessibilité géographique difficile des certaines zones de santé, (iii) les mouvements des populations occasionnés par des situations d'insécurité à répétition, (iv) le manque d'appropriation de ces approches par la communauté et par l'État congolais, (v) les sectes réfractaires à la vaccination et (vi) la démotivation des prestataires lorsqu'ils n'ont pas encore reçu la prime venant du partenaire.

Analyse des épidémies au cours de la mise en œuvre de RPR et SACI

Au cours de la mise en œuvre des approches RPR et SACI dans les ZS enquêtées, des épidémies sont survenues. Il s'agit essentiellement des épidémies de rougeole qui ont sévi dans 10 ZS sur 24 (41,6%). En 5 ans, les ZS de Maluku 2, Nyunzu, Kabalo, Kalemie et Kiambi ont connu au moins deux épidémies de rougeole. Les autres épidémies sont celles de la Fièvre jaune qui ont sévi dans les ZS de Ngaba et Masina 1 en 2016 et celles de Poliovirus dérivé du vaccin (VDPV) qui ont frappé la ZS de Kabalo au cours des deux années consécutives, 2017 et 2018. Il convient de noter l'absence d'épidémie de rougeole dans les ZS de la DPS Tshopo jusqu'en 2017 et son apparition en 2018 dans les ZS de Makiso et Isangi.

Analyse SEPO (les Succès, les Échecs, les Potentialités (opportunités) et les Obstacles (contraintes) + bonnes pratiques et leçons apprises

- **Succès**
 - La formation des équipes-cadre de la ZS (ZS), de l'unité fonctionnelle et des Relais Communautaires en vue de rechercher, mobiliser les parents des enfants et les femmes enceintes et en âge de procréation ;
 - La recherche et l'identification des enfants et femmes non ou insuffisamment vaccinés ;
 - Le souci des superviseurs de se renseigner si les enfants et les femmes étaient vaccinés et si les séances s'étaient déroulées dans les endroits mal couverts ;
 - Lors de la micro-planification, la sensibilisation de la communauté par les relais Communautaires qui fixaient le rendez-vous des séances de vaccination ;
 - Les visites à domiciles pour rechercher les cas de PFA, la rougeole et le tétanos ;
 - La prise de conscience par les acteurs de l'importance de la vaccination.

- **Échecs**
 - La mauvaise qualité des données suite à la rupture des outils de gestion ;
 - Les ruptures de stock de vaccins observées pour tous les antigènes ;
 - La motivation des prestataires qui n'est pas conséquente ;
 - Le retard dans le financement des activités planifiées ;
 - Absence de recyclage des prestataires ;
 - Détournement des fonds par certains membres des équipes cadres ;
 - Perte des matériels de vaccination ;
 - Instabilité du personnel de santé ;
 - Retard des zones de santé dans la justification des fonds reçus.

- **Potentialités (opportunités)**
 - L'apport des moyens financiers ? nécessaires pour mettre en œuvre les activités de vaccination.
 - Les consultants engagés par l'UNICEF étaient d'une assistance technique de taille.
 - Supervisions de terrain par le staff de l'UNICEF et les cadres de la DPS.

- **Obstacles (contraintes)**
 - Le chevauchement des activités dans les zones de santé ;
 - La survenue de certaines urgences sanitaires dans certaines régions ;
 - Trop de bureaucratie dans les décaissements des fonds du côté des partenaires ;
 - Faible appropriation de ces deux approches par les autorités provinciales surtout dans le volet d'appui financier ;
 - Conflits intercommunautaires récurrents dans plusieurs zones de santé ;

Résistances de certaines églises hostiles à la vaccination.

- **Bonnes pratiques**
 - Les approches RPR/SACI sont parties de vrais problèmes identifiés au sein de la communauté (enfants non ou insuffisamment vaccinés, persistance du tétanos néonatal) ;
 - Implication, dès la phase de la planification, de tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs rôles ;
 - Implication active de la communauté à tout le processus ;

- Monitoring pour action : suivi et utilisation des données pour l'action (Suivi des indicateurs de performance à tous les niveaux et remontée mensuelle des indicateurs pour action) ;
 - Suivi hebdomadaire des activités de PEV.
- **Leçons apprises**
 - La planification à la base avec l'implication de la communauté a permis que la population ressorte ses vrais besoins concernant ses problèmes,
 - La complémentarité des interventions a abouti à l'amélioration de la qualité des prestations,
 - L'augmentation du nombre de séances de vaccination en stratégie fixe et avancée a amélioré la CV,
 - La SACI a permis de porter, dans les fins fonds des villages, le message selon lequel « vacciner son enfant c'est le protéger ».

Conclusion

Les deux approches (RPR et SACI) ont amené un certain nombre d'innovations, amélioré certains indicateurs. Les deux approches sont liées et complémentaires ; elles présentent de réelles potentialités en termes d'amélioration de la performance globale du PEV et elles sont positivement perçues par les acteurs à tous les niveaux. Mais, à ce jour, elles n'ont pas encore montré leur efficacité escomptée sur le terrain.

Recommandations

Au Ministère de la Santé

- Améliorer la redevabilité des acteurs à tous les niveaux du système ;
- Organiser annuellement des enquêtes de couvertures dans chaque ZS en vue de se faire une idée exacte de l'adéquation des couvertures et de leur effectivité ;
- Améliorer la fiabilité du système d'information sanitaire par son informatisation (promptitude, complétude) afin de permettre un rapportage en temps réel de données collectées sur le terrain et de disposer ipso facto d'une information fiable pour la prise de décisions ;
- Organiser les enquêtes de couverture chaque année dans les toutes les zones de santé du pays afin de cerner la bonne couverture vaccinale ;

Aux partenaires techniques et financiers

- Contribuer au financement des enquêtes de couvertures et de l'informatisation du système d'information sanitaire ;
- Contribuer à améliorer les compétences nationales pour non seulement cerner le dénominateur mais aussi impacter sur la bonne gestion du vaccin en RDC ;
- Organiser et financer la documentation des expériences d'une manière prospective ;
- Diligenter une évaluation cout-efficacité des deux approches étudiées.

I. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION

La République Démocratique du Congo se situe en Afrique Centrale à cheval sur l'Équateur avec 9 pays limitrophes. Depuis la constitution de 2006, elle compte 26 provinces. Sa population est estimée à 85.000.000 habitants avec une densité d'environ 36 habitants au km².

Le système de santé est construit sur 3 niveaux : national (normatif), intermédiaire et périphérique (ou opérationnel). Il est composé de plusieurs directions et programmes spécialisés parmi lesquels le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Celui-ci s'est fixé dans son Plan quinquennal 2015-2019, les objectifs de : (1) accroître la couverture vaccinale ; (2) finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus ; (3) éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ; (4) atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination dont le tétanos néonatal.

Du point de vue épidémiologique, aucun cas nouveau de poliovirus sauvage (PVS) n'a été enregistré depuis le 20 décembre 2011 et le pays a été certifié exempt de circulation du poliovirus sauvage en novembre 2015. Cependant, la RDC fait face depuis le mois de mars 2017 à une épidémie de *circulating Vaccine Derived Poliovirus* (cVDPV) avec 21 cas notifiés.

En termes d'immunité individuelle et collective, de nombreux efforts visant à accroître la couverture vaccinale à l'échelle nationale se sont révélés efficaces. L'enquête démographique et de santé la plus récente (EDS-2013-2014) et l'enquête à indicateurs multiples (MICS 2010) ont présenté des améliorations de la couverture de la 3e dose du vaccin antipoliomyélitique orale 3 (VPO3), passant de 46% (EDS 2007), à 58% (MICS 2010) et plus récemment à 66% (EDS 2013-2014). Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF ont mis en évidence de légères augmentations de la couverture de la 3e dose du vaccin Pentavalent (Penta 3), passant de 76% en 2012 à 79% en 2016[1]. Cependant, on note un écart de 14 points entre les estimations OMS-UNICEF et les données administratives qui révèlent une couverture au Penta 3 de 93% en 2016 [1]. De plus, on observe des disparités entre zones de santé (34% seulement ont atteint une performance de plus de 80% pour tous les antigènes selon les données administratives de 2017).

Afin de maintenir les niveaux de performance et la consolidation de l'interruption de la circulation du PVS, le PEV, avec le soutien de ses partenaires utilise l'analyse des risques et de l'équité pour mener des interventions ciblées afin de renforcer la couverture vaccinale dans les antennes à risque élevé, en mettant l'accent sur l'équité. C'est dans cette perspective que s'inscrivent l'approche Antenne pour soutenir le renforcement de la vaccination de routine (RPR) et les Stratégies Avancées Ciblées Intégrées (SACI) pour accélérer l'élimination du tétanos néonatal. L'approche RPR adoptée par le pays depuis septembre 2013 repose sur la micro- planification au niveau opérationnel en tenant compte du contexte local, y compris l'approche « par village », en listant tous les villages comme base de planification.

En 2015 et 2016, au vu des résultats satisfaisants obtenus lors de la mise en œuvre du Projet 4 antennes, le pays a opté pour la mise à échelle de la stratégie « Atteindre Chaque ZS » par l'approche RPR. Ainsi certaines antennes PEV ont été identifiées sur base des critères qui regroupaient plusieurs ZS à risque avec les caractéristiques suivantes :

- Faible CV en Penta3 et/ou VPO3 et/ou VAR ;

- Nombre élevé des enfants non ou insuffisamment vaccinés en Penta 3 et/ou VPO3 ;
- Zone silencieuse ou moins performante en surveillance PFA et Zone d'insécurité et/ou d'accès difficile.

Les domaines d'appui de l'approche antenne sont : la planification à la base avec implication communautaire, la gestion du programme, la prestation des services, le monitoring et l'évaluation, la communication, la surveillance des maladies et la qualité technique et le renforcement des capacités.

Le tétanos est une maladie aiguë, souvent mortelle, causée par une exotoxine produite par *Clostridium tetani*. Le tétanos se caractérise par une rigidité généralisée et des spasmes convulsifs des muscles squelettiques [2]. La raideur musculaire touche généralement la mâchoire et le cou, puis se généralise. Le tétanos néonatal est une forme de tétanos généralisé qui survient chez les nouveau-nés nés de mères ne possédant pas suffisamment d'anticorps circulants pour protéger le nourrisson de manière passive par transfert transplacentaire. Cela se produit généralement lors de l'infection du moignon ombilical non cicatrisé, en particulier lorsqu'il est coupé avec un instrument non stérile. Des progrès significatifs de contrôle ont été réalisés ces dernières années. Cependant, le tétanos néonatal demeure toujours un problème de santé publique majeur (avec un taux d'incidence d'au moins un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes au niveau du district) dans 23 pays, dont la RDC. *Clostridium tetani*, une bactérie ubiquitaire dans l'environnement, ne peut donc être éradiqué et la prévention des infections est le pilier du contrôle. Les stratégies actuelles d'élimination reposent sur un certain nombre d'approches : i. renforcer la vaccination systématique des femmes enceintes avec le vaccin antitétanique ; ii. Réaliser les activités de vaccination supplémentaires dans certaines zones à haut risque (districts dans lesquels les femmes ont peu ou pas d'accès à la vaccination systématique, populations insuffisamment desservies et groupes spéciaux tels que les nomades et les personnes déplacées), ciblant les femmes en âge de procréer avec trois doses de vaccin antitétanique (VAT ; iii. Promouvoir les pratiques des soins du cordon ombilical ; iv. Mettre en place un système de surveillance fiable du tétanos néonatal, incluant l'investigation des cas et la riposte [2]. Le tétanos a été éliminé dans 36 pays dans le monde [3]. Cependant, en RDC, on note un retard dans l'atteinte des objectifs d'élimination. Certes, le pays a réalisé des progrès importants avec une réduction du nombre de zones de santé à haut risque de 75 à 6 entre 2013 et 2016 mais il subsiste encore des ZS à haut-risque. Depuis Novembre 2016, la RDC dispose d'une feuille de route avec des activités à mettre en œuvre afin d'accélérer l'élimination du tétanos néonatal avant fin 2018. Celles-ci s'articulent autour de 3 composantes, à savoir : 1) la promotion du suivi de la grossesse et de l'hygiène à l'accouchement ; 2) le renforcement de la surveillance du tétanos néo-natal, et 3) l'amélioration des couvertures vaccinales des femmes et des enfants cibles dans les ZS à haut risque et à problèmes de tétanos néo-natal.

L'UNICEF appuie particulièrement la composante renforcement des couvertures vaccinales en VAT par la mise en œuvre des SACI. Celles-ci consistent à renforcer les prestations de vaccination dans certaines localités des Aires de Santé des 11 ZS prioritaires pour le tétanos. Ces ZS ont été identifiées comme abritant des enfants non vaccinés lors d'une analyse de données de routine basée sur l'équité. L'analyse a également pris en compte un ensemble de critères (accès difficile, présence des groupes réfractaires/insécurité, déplacements des populations/hameaux/camps, notification de cas de rougeole/tétanos néonatal...). Les SACI intègrent dans les activités de communication des messages en rapport avec la promotion du suivi prénatal, l'accouchement propre et les soins du cordon.

L'UNICEF a, conformément à son Plan de travail 2018, prévu une documentation de ces deux approches. Il s'agit donc, selon l'UNICEF, d'identifier les meilleures pratiques à toutes les étapes de la mise en œuvre et à tous les niveaux (central, intermédiaire, opérationnel y compris la communauté) de ces approches et d'identifier l'impact de ces approches sur le système de santé en termes du processus et des résultats. Nous comprenons par là qu'il s'agit de mesurer les progrès réalisés, d'analyser les facteurs ayant favorisé ou non l'obtention des résultats de la mise en œuvre de ces approches dans les ZS ciblées et de tirer des leçons appropriées dans un souci de redevabilité et de capitalisation de ces expériences [4,5]. Ceci souligne donc l'importance de la qualité et de la pertinence attendues des évidences à fournir dans cette documentation à l'intention de l'ensemble des parties prenantes des approches de vaccination sous examen. Le présent rapport présente l'économie de la documentation des deux approches de vaccination.

Objectif général

Produire les évidences en rapport avec la mise en œuvre des approches innovantes (RPR) et (SACI) soutenues par UNICEF dans le domaine de la vaccination en RDC.

Objectifs spécifiques

L'objectif général se décline en deux objectifs spécifiques suivants :

- Documenter les différents indicateurs avant, pendant et à la fin de la période de mise en œuvre de l'approche RPR et des SACI dans les aires de santé (AS), ZS, et Divisions provinciales de la santé (DPS) ciblées ;
- Les valeurs ajoutées de ces approches en termes de processus, résultats et d'impact dans la vaccination en particulier et le système de santé en général ;

1. Description de l'approche RPR et des SACI

Renforcement du PEV de routine (RPR) en RDC

Le RPR consiste à redynamiser une antenne PEV à travers un appui technique et financier de toutes ses ZS sans considération de leurs performances. Autrement dit, c'est la stratégie « Atteindre Chaque Zone de Santé ou ACZ ». Cette approche a comme objectif général d'améliorer la couverture vaccinale de routine dans les zones à risque. Spécifiquement, l'approche veut contribuer à (i) augmenter la disponibilité de vaccins et autres intrants du PEV à 100% dans les ZS de l'Antenne ciblée et (ii) réduire le nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 et VPO3 à moins de 10% dans chaque ZS de l'Antenne ciblée.

Les composantes de l'approche RPR sont : la planification à la base avec implication communautaire, la gestion du programme, la prestation des services, le monitoring et évaluation, la communication, la surveillance de maladies et la qualité technique ainsi que le renforcement des capacités.

En plus des cinq composantes précitées, il existe aussi trois composantes d'appui, à savoir le leadership, l'intégration et la coordination comme illustré à la figure 1

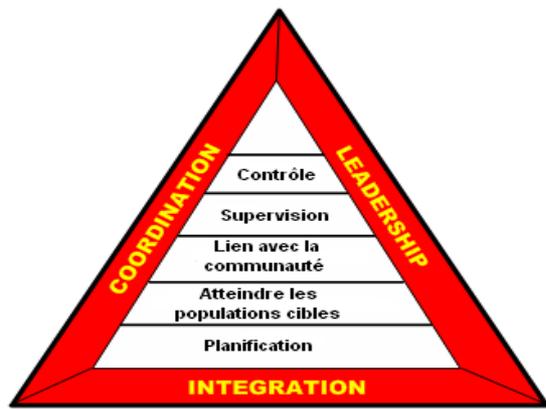


Figure 1: Composantes du RPR

1.1. Intégration

Le terme intégration signifie généralement que les services de santé essentiels, y compris la

COMMENT UTILISER L'APPROCHE ACZ POUR ORGANISER ET GERER LES SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES INTEGRES

LOGISTIQUE – Utiliser les outils de micro-planification et de gestion de la logistique du PEV de l'approche ACZ pour faire une évaluation des besoins de base ; se fonder sur l'actuelle chaîne d'approvisionnement pour améliorer l'offre des autres intrants.

RESSOURCES HUMAINES – Offrir une formation ACZ et utiliser la micro-planification et le suivi pour les actions techniques afin de renforcer les capacités du personnel aux niveaux des aires de santé et zones de santé.

MICROPLANIFICATION – Les populations-cibles remplissant les conditions requises et celles qui ne peuvent y prétendre utilisent alors les stratégies d'intensification complémentaires –fixes, avancées, et intensifications périodiques pour réaliser les objectifs de vaccination et d'autres interventions des SSP.

MONITORING POUR ACTION – Renforcer les capacités de surveillance de la maladie au niveau des aires de santé et de la ZS et inclure l'utilisation pour action dans la lutte contre le paludisme, la pneumonie, la diarrhée et effectuer d'autres interventions indispensables.

vaccination, sont gérés et dispensés en même temps. La surveillance de croissance peut servir de plateforme pour dispenser d'autres services de santé maternelle et infantile essentiels. Parmi les services fréquemment offerts en même temps que les séances de vaccination, on peut citer l'apport complémentaire de la vitamine A, la prévention du paludisme (par ex. distribution des moustiquaires imprégnés à longue durée d'action (MILD), la surveillance de la croissance, les soins prénataux et le déparasitage au Mebendazole).

Il est beaucoup plus complexe de dispenser plusieurs services que de ne dispenser que des services de vaccination, mais à la longue, cela peut aussi s'avérer beaucoup plus rentable et viable. Le financement et la gestion de la logistique de services multiples constitue certes un défi beaucoup plus important. Lorsque l'effectif du personnel de santé est réduit, les responsables doivent aussi être conscients de l'éventuelle charge qui pourrait peser sur le personnel des établissements sanitaires. Dans ce contexte, la supervision formative peut s'avérer utile pour préparer et soutenir le personnel de santé dans leurs nouveaux rôles. L'encadré ci-dessous donne une liste d'autres voies et moyens par lesquels l'approche ACZ peut être utile dans le contexte de l'intégration.

1.2. Leadership

Bien qu'il ne fasse pas explicitement partie intégrante de l'approche ACZ, le succès de cette dernière dépend de la force du leadership et de l'engagement actif des équipes des aires de santé, des zones de santé et des autorités politico-administratives locales. Un leadership solide et une bonne gouvernance renforcent l'appropriation des services et l'engagement dans sa planification, la mobilisation des ressources et l'élaboration du budget. Ils favorisent aussi la transparence et la responsabilité à tous les niveaux. Il s'agit là d'atouts importants si

l'on souhaite que les rares ressources soient disponibles en temps opportun et utilisées efficacement et effectivement.

1.3. Coordination

La coordination et la collaboration sont d'autres facteurs contextuels importants qu'il faut considérer lors de l'introduction de l'ACZ. La coordination entre les diverses interventions, à savoir : la vaccination, le paludisme, la nutrition, la santé infantile, etc. est extrêmement importante, surtout si elles sont organisées et dispensées en même temps. La relation entre le secteur de la santé et d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation peut également être très importante, plus particulièrement, au niveau des aires de santé et de ZS. En définitive, il est nécessaire de mettre en place un solide comité de coordination au niveau de la ZS pour harmoniser les interventions de la santé avec les autres secteurs connexes à la santé, des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires dans le cadre des activités de vaccination.

1.3.1. Planification et gestion des ressources

1) Au niveau de l'aire de santé

- a. L'IT et l'équipe du CS :
 - Pour ce qui est de la planification :
 - ✓ planifient et mettent en œuvre avec les représentants de la communauté, les activités de la vaccination pour l'aire de santé une fois par an avec une éventuelle adaptation selon l'atteinte ou non des objectifs ;
 - ✓ à partir d'une analyse FFOM de toutes les 5 composantes de l'approche ACZ, l'IT, l'équipe CS avec l'autorité politico-administrative et la communauté identifient les problèmes prioritaires de la vaccination dans l'aire de santé, fixent les objectifs réalistes, déterminent les stratégies pour contribuer à l'atteinte des objectifs et définissent les activités pertinentes à mettre en œuvre.
 - ✓ déterminent les besoins en ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour la mise en œuvre des activités planifiées.

Tous ces éléments sont contenus dans le micro plan de l'AS.

- Pour ce qui est de la gestion des ressources :
 - ✓ mobilisent et gèrent, avec la communauté de façon efficiente et transparente, les ressources planifiées pour la mise en œuvre des activités en vue d'atteindre les objectifs.
- b. De la responsabilisation de l'autorité politico-administrative et la communauté :
 - Pour ce qui est de la planification :
 - ✓ participent activement à l'identification des problèmes et à tout le processus de la planification.
 - Pour ce qui est de la gestion des ressources :
 - ✓ participent à la mobilisation des ressources ;
 - ✓ cogèrent les ressources avec l'IT.

2) Au niveau de la ZS

- a. L'Équipe Cadre de la ZS et les membres du bureau central de la zone de santé :

- En ce qui concerne la planification :
 - ✓ planifient et mettent en œuvre (avec les représentants des partenaires et de la communauté) les activités de la vaccination pour la ZS lesquelles font parties intégrantes du PAO, une fois par an avec une éventuelle adaptation selon l'atteinte ou non des objectifs ;
 - ✓ à partir d'une analyse FFOM des micros plans validés des aires de santé, des autres interventions de santé et de leurs fonctions managériales, l'équipe cadre de la ZS avec les partenaires et la communauté identifient les problèmes prioritaires de la vaccination, fixent les objectifs réalistes, déterminent les stratégies pour contribuer à l'atteinte des objectifs et définissent les activités pertinentes à mettre en œuvre ;
 - ✓ déterminent les besoins en ressources (humaines, matérielles et financières) nécessaires pour la mise en œuvre des activités planifiées.

Tous ces éléments sont contenus dans le PAO de la ZS volet vaccination.

- Pour ce qui est de la gestion des ressources :
 - ✓ Participent à la mobilisation des ressources
 - ✓ Cogèrent les ressources avec l'ECZS pour l'atteinte des objectifs.
- b. De la responsabilisation des partenaires :
 - Pour ce qui est de la planification :
 - ✓ participent activement à l'identification des problèmes et à tout le processus de la planification
 - Pour ce qui est de la gestion des ressources :
 - ✓ participent à la mobilisation
 - ✓ appuient le BCZS dans la gestion des ressources mobilisées.
- c. De l'autorité politico-administrative et de la communauté
 - Pour ce qui est de la planification :
 - ✓ participent activement à l'identification des problèmes et à tout le processus de la planification
 - Pour ce qui est de la gestion des ressources :
 - ✓ participent à la mobilisation des ressources
 - ✓ cogèrent les ressources avec l'ECZS pour l'atteinte des objectifs.

1.3.2. Atteindre toutes les populations cibles

1) Au niveau de l'aire de santé

- a. L'IT et l'équipe du CS :
 - mettent en œuvre les stratégies de vaccination pour atteindre toutes les populations cibles soit en fixe (au moins une fois par semaine), en avancée (au moins deux fois par mois)
 - mettent en œuvre périodiquement toute autre approche d'intensification de la vaccination pour la récupération des non vaccinés (les AVI et le renforcement du PEV de routine pendant les AVS)
- b. L'autorité politico-administrative :

- appuie la mise en œuvre de différentes stratégies pour atteindre toutes les populations cibles en veillant sur le respect du calendrier des activités de vaccination du CS

c. La communauté :

- participe à la préparation et à la tenue des séances de vaccination
- assure la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés

2) Au niveau de la ZS

a. L'Équipe Cadre de la ZS et les membres du bureau central de la ZS :

- veillent à l'application des stratégies de vaccination au niveau des AS,
- mettent en œuvre la stratégie mobile dans les aires de santé non couvertes et/ou aires de santé avec villages/campements/îlots difficilement accessibles par l'équipe de l'AS
- accompagnent les aires de santé dans la mise en œuvre périodique de toute autre approche d'intensification de la vaccination pour la récupération des non vaccinés (les AVI et le renforcement du PEV de routine pendant les AVS)

b. De la responsabilisation des partenaires

- appuient la mise en œuvre de différentes stratégies pour atteindre toutes les populations cibles en veillant sur l'allocation des ressources planifiées.

c. De l'autorité politico-administrative et de la communauté

- veillent à l'application de toutes les stratégies de vaccination dans la ZS et à la récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés.

1.3.3. Liens entre les services de santé et la communauté

1) Au niveau de l'aire de santé

a. L'IT et l'équipe du CS :

- assurent l'utilisation des services de vaccination ;
- mettent en place un système de suivi des perdus de vue, basé sur les échéanciers,
- assurent le partenariat avec la Société Civile, les Églises et les Associations locales pour sensibiliser la population et résoudre les problèmes/barrières à la vaccination œuvre toutes les activités de communication,
- identifient les relais communautaires à travers les différentes structures de participation communautaire de son aire de santé (Comité de santé, cellules d'animation communautaires et organisations à assises communautaires),
- vulgarisent les supports et matériels de communication à travers les relais communautaires.

b. L'autorité politico-administrative :

- amène sa population à s'approprier de la vaccination
- s'implique dans la réalisation des activités de vaccination.

c. La communauté :

- participe aux activités de vaccination à travers les structures de participation communautaire, les relais communautaires, la croix rouge, ...

- répondez favorablement à la sensibilisation de la vaccination à travers les relais communautaires et les organisations de la société civile (églises et associations féminines),
- contribue à travers les relais communautaires à la réduction du nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés.

2) Au niveau de la ZS

a. L'Équipe Cadre de la ZS et les membres du bureau central de la ZS :

- élaborent et mettent en œuvre le plan de communication ;
- établissent un partenariat avec la Société Civile, les Églises et les Associations locales pour sensibiliser la population et résoudre les problèmes/barrières à la vaccination et Disposent d'une cartographie de différents partenaires ;
- identifient les différentes structures de participation communautaire de sa ZS (Comité de santé, cellules d'animation communautaires et organisations à assises communautaires) ;
- produisent et vulgarisent les supports et matériels de communication à travers les relais communautaires.

b. De la responsabilisation des partenaires

- Ils appuient la mise en œuvre du plan de communication de la ZS.

c. De l'autorité politico-administrative et de la communauté

- elles participent à la mise en œuvre et au suivi et évaluation du plan de communication ;
- elles disposent d'une cartographie de tous les partenaires de la ZS ;
- elles contribuent à la réduction du nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés.

1.3.4. Supervision formative

1) Au niveau de l'aire de santé

a. L'IT :

- élabore et met en œuvre le plan/calendrier de supervision en collaboration avec les membres du CS ;
- supervise les IT de postes de santé et des autres structures privées de son aire de santé une fois par mois ;
- supervise les agents de santé du CS ;
- supervise les relais communautaires de différentes structures communautaires ;
- exécute les recommandations des supervisions antérieures consignées dans le cahier de supervision du CS.

2) Au niveau de la ZS

a. L'Équipe Cadre de la ZS :

- élabore, partage et met en œuvre le plan/calendrier de supervision ;
- supervise les IT des centres de santé et des autres structures hospitalières de la ZS une fois par mois ;
- le MCZS supervise les agents du BCZS ;
- exécute les recommandations des supervisions antérieures consignées dans le cahier de supervision du BCZS.

NB : les ZS bénéficient de l'appui technique et financier des niveaux intermédiaire et central.

1.3.5. Monitoring pour action

1) Au niveau de l'aire de santé

a. L'IT et l'équipe du CS :

- organisent une réunion mensuelle avec les relais communautaires pour le traitement, l'analyse, la validation des données ainsi que le suivi des performances réalisées pour mener des actions correctrices éventuelles ;
- assurent la courbe de suivi des doses administrées par antigène de leur aire de santé ;
- veillent à l'élaboration et la transmission des données au niveau hiérarchique dans le délai après validation des données ;
- organisent l'archivage et le classement des données en ordre chronologique.

2) Au niveau de la ZS

a. L'Équipe Cadre de la ZS :

- organise une réunion mensuelle avec les IT et les membres de la communauté pour le traitement, l'analyse, la validation des données ainsi que le suivi des performances réalisées pour mener des actions correctrices éventuelles ;
- assure la courbe de suivi des doses administrées par antigène ;
- veille à l'élaboration et la transmission des données au niveau hiérarchique dans le délai après validation des données ;
- organise l'archivage et le classement des données en ordre chronologique après l'accusé de réception.

2. Stratégies avancées ciblées intégrées (SACI)

Depuis 1998, la République Démocratique du Congo a renouvelé son engagement du programme de lutte contre le tétanos maternel et néonatal avec pour objectif d'éliminer cette maladie comme problème de santé publique. L'élimination nationale est validée si l'incidence est à moins d'un cas de TNN pour 1000 naissances vivantes dans chaque ZS par an (référence !). Pour y parvenir une responsabilisation de chaque niveau de la pyramide était requise :

- Au niveau national, il s'agit du suivi de la mise en œuvre des recommandations dans les DPS et dans les ZS prioritaires, de l'analyse périodique des indicateurs TMN à travers des téléconférences, appels téléphoniques, des missions de terrain. Pour cela une sous-commission TMN regroupant la DLM, le PNSR, le PEV et partenaires a été mise en place pour la coordination des activités de l'élimination du TMN
- Au niveau provincial, il s'agit du suivi de la mise en œuvre des recommandations dans les ZS prioritaires, de la redynamisation de la cellule de surveillance en élargissant à toutes les parties prenantes à l'élimination du TMN, l'analyse hebdomadaire des indicateurs TMN à travers les appels téléphoniques et des missions de terrain.
- Au niveau ZS : Il s'agit de renforcer la surveillance de TMN par la systématisation de la notification, l'investigation, la confirmation et la riposte ; l'analyse de données et la remontée des données au niveau provincial ; l'amélioration du suivi prénatal et des accouchements propres, le renforcement des couvertures vaccinales chez les enfants et les femmes avec un accent particulier sur le monitoring afin d'identifier de manière trimestrielle les aires de santé/ localité mal couvertes et d'y organiser des stratégies avancées ciblées et intégrées.

Des orientations pour la micro-planification des activités de renforcement de vaccination de routine, y compris des stratégies avancées ciblées et intégrées ont été élaborées comme suit.

La micro-planification conditionne la réussite de toute activité de renforcement de la vaccination de routine.

Elle consiste en un exercice :

- d'estimation des populations et des besoins par localité, par aire de santé et par district,
- d'élaboration des circuits de vaccination et de supervision.

Pour mener à bien cette activité il faut une préparation par aire de santé puis une synthèse au niveau de la ZS.

La préparation est faite par chaque infirmier titulaire, responsable de la vaccination dans l'aire de santé de son ressort, en collaboration et avec la participation des acteurs communautaires (Président du Comité de Santé, Présidents des CAC, RECO, etc.) avec l'appui de la ZS. Elle utilise des données démographiques récentes, des populations par village ou quartier, de la cartographie des aires de santé et de l'inventaire des équipements de la chaîne du froid et de transport.

La synthèse et la validation de quoi ? se font au niveau du Bureau Central de la ZS, l'équipe-cadre, les points focaux et tous les responsables de vaccination des aires de santé accompagnés des Présidents du Comité de Santé (PRESICOSA), avec l'appui du niveau provincial et/ou central.

La micro-planification du renforcement de la vaccination de routine à travers l'organisation des stratégies avancées ciblées et intégrées au niveau de la ZS doit suivre plusieurs étapes :

3. Analyse de la situation, caractéristiques socio démographiques et cibles à vacciner

3.1. Identifier les localités/groupes de populations à caractère spécifique

Établir, par aire de santé, la liste des groupes de populations spéciales de toute nature et leurs localisations pour permettre à la ZS de concentrer les efforts requis à ces niveaux en vue d'une bonne couverture vaccinale. Choisir :

- L'aire de santé à faibles couvertures vaccinales ;
- L'aire de santé à densité de population élevée ;
- L'aire de santé avec insuffisance en infrastructures sanitaires et faible couverture en chaîne de froid ;
- Les zones frontalières : indiquer les limites et les frontières des aires de santé (internes et externe) ;
- L'aire de santé d'accès difficile : indiquer les localités /villages dont l'accès nécessite des moyens spéciaux (zones lacustres, autres difficultés à préciser) ;
- Les aires de santé avec des populations qui refusent la vaccination pour diverses raisons (religion, tabous, rumeurs, MAPI, etc....) ;
- Les sites ou lieux habituellement fréquentés par les enfants, par exemple les écoles, les aires de jeux, les « marchés » etc. ;
- Les aires de santé avec des camps de déplacés, réfugiés et retournés ;
- Les zones de sécurité volatile, les carrières minières, les campements et les champs.

3.2. Analyse des performances et identification de la cible

- A partir des données de couvertures vaccinales administratives (cf. DVD-MT, F1 et F2) classifier les aires de santé par catégorie de performance (Catégories 1,2, 3 et 4) ;
- Choisir les aires de santé de catégories 4, 3 et 2 ;
- Limiter le nombre d'aires de santé en fonction du nombre d'enfants et FAR non ou insuffisamment vaccinés ;
- Avec les IT, RECO et CAC parcourir les registres de vaccination, de CPS et CPN disponibles aux centres de santé, en les mettant à jour si nécessaire, afin de dresser une liste exhaustive des personnes (enfants de 0-23 mois et FAR) à vacciner ;
- Analyser ensuite les indicateurs liés aux accouchements assistés et aux consultations prénatales de juin 2015 à juin 2017, désagrégées par aire de santé, localité et ou village ;
- Cette deuxième analyse donne une indication supplémentaire pour trouver les régions abritant les personnes (enfants de 0 à 23 mois et FAR) qui ne fréquentent pas les CPN et les CPS et qu'on ne peut pas retrouver dans les registres ;

Ainsi les populations cibles des SACI pour la ZS seront identifiées. Il s'agit des enfants de 0 à 23 mois non ou insuffisamment vaccinés et des femmes en âge de reproduction non ou insuffisamment vaccinées, dans les aires de santé à faible performance.

4. Cartographie et circuits logistiques, de progression et de supervision (outils 3 et 4)

- Limitation de la ZS : faire une carte ou un croquis de la ZS indiquant les limites de celle-ci, en tenant compte des nouvelles localités, nouveaux ilot et hameaux ;
- Délimitation de l'aire de santé : faire une carte ou un croquis de l'aire de santé indiquant ses limites ;
- Élaborer les circuits d'approvisionnement, de ravitaillement, de progression des équipes et de supervision ;
- Identifier les sites de réapprovisionnement des équipes de vaccination.

4.1. Ressources humaines

4.1.1. Déterminer le nombre d'équipes et les circuits au niveau de la ZS

4.1.2. Le nombre d'équipes

Le nombre d'équipes tient compte des concentrations de population, les stratégies de vaccination fixe, avancée et mobile seront utilisées dans toutes les aires de santé avec un nombre de personnes à vacciner par stratégie, estimé à 100 enfants/FAR par jour et par équipe.

NB : Chaque équipe de vaccination sera ainsi constituée de 2 agents de santé vaccinateurs, 2 volontaires et 1 mobilisateur. Tous les volontaires seront recrutés sur place dans la communauté à vacciner.

4.1.3. Le circuit de chaque équipe

- Matérialiser sur une carte les zones d'intervention attribuées à chaque équipe durant toute la période ;
- Déterminer le circuit de progression par jour de chaque équipe.

4.1.4. Le nombre de superviseurs

Pour les SACI, il faut tenir compte d'un superviseur de proximité pour 2 équipes de vaccinateurs et 5 superviseurs d'axes pour toute la ZS.

Un superviseur provincial et central par ZS. Élaborer le circuit de progression de chaque superviseur durant toute la période.

4.1.5. Le nombre de coordonnateurs

Il s'agit d'un coordonnateur par province, qui sera désigné parmi les membres de l'équipe-cadre de la province.

4.2. Logistique et chaîne du froid

4.2.1. Estimer les besoins en vaccins, matériels de vaccination et de collecte de déchets.

Il s'agit d'une vaccination sélective pour rattraper les enfants de 0-23 mois et les femmes en âge de procréer qui ne sont pas à jour sur leur calendrier de vaccination de routine.

- Besoins en vaccin et consommables d'injection
- Besoin en antigène = Population cible pour chaque antigène X objectif X doses requises X facteur de perte ;
- Besoin en SAB d'injection = nombre de doses à utiliser ;
- Besoin en DIL= nombre de flacons à diluer ;
- Besoin en boîtes de sécurité (BS) = nombre de (SAB+DIL) / 100 (1 BS pour 100 seringues).

NB : La population cible est l'estimation des enfants de 0-23 mois et des femmes non ou insuffisamment vaccinées en routine.

- **Besoins en transport :** ces besoins sont planifiés :
 - Pour les approvisionnements, la distribution, le réapprovisionnement (en vaccin, SAB, BS et autres) ;
 - Pour la supervision.
- **Besoin en outils de gestion :** il couvre :
 - Fiches de pointage : 1 par équipe/ jour ;
 - Fiches de synthèse : 1 par équipe/ jour ;
 - Registre de vaccination du centre de santé ;
 - Fiches de supervision : 1 par équipe/ jour.

NB : Pour une séance de vaccination, chaque équipe de vaccination devra disposer de :

- 1) Plan ou croquis de la zone à couvrir par l'équipe avec la liste des personnes à vacciner par jour ;
- 2) Antigènes vaccin, SAB, DIL et BS en quantités suffisantes ;
- 3) Vitamine A 100 000 UI pour les enfants de 6 à 11 mois en quantités suffisantes ;
- 4) Vitamine A 200 000 UI pour les enfants de 12 à 59 mois en quantités suffisantes ;
- 5) Déparasitant en quantités suffisantes ;
- 6) Porte-vaccins avec accumulateurs à eau refroidie.

4.2.2. Besoins en matériels de la chaîne de froid

Faire l'inventaire de ce qui existe dans la zone et dans les aires de santé en matière de :

- Chaîne de froid : réfrigérateurs (Type et fonctionnalité), congélateurs pour les accumulateurs, glacières, porte-vaccins ;
- Autres ressources locales que l'on pourrait mobiliser.

4.2.3. Besoins en transport

Faire l'inventaire de ce qui existe comme moyen de transport dans la zone et dans les aires de santé : véhicules, motos, hors-bord, etc.

4.2.4. Déterminer les besoins en carburant

Pour l'approvisionnement, le ravitaillement, la vaccination, la supervision, la coordination et la collecte des déchets.

Les besoins en carburant sont estimés à partir des distances à parcourir pour :

- les circuits de vaccination (avancée, mobile, fixe) ;
- Les circuits de supervision et collecte des déchets ;
- L'approvisionnement : distance A/R de la ZS a l'aire de santé ;
- Le ravitaillement : les distances A/R des aires de santé a la ZS ;
- la supervision des axes.

4.2.5. Gestion des déchets

Cette étape comprend :

- Il faut s'assurer de l'existence du site pour la destruction des déchets ;
- La collecte des seringues usagés se feront par usage de boites de sécurités ;
- La destruction se fera par incinération soit dans un incinérateur, soit dans un trou à ordures sécurisé à la fin de chaque séance de vaccination ;
- L'estimation du nombre de boîtes de sécurité attendues = nombre de seringues estimées /100.

4.3. Communication et mobilisation sociale

4.3.1. Identification des personnes ressources

Elle se fait en se référant aux structures de participation communautaires (CAC, CODESA) et en faisant participer les autorités politico administratives de base, les responsables des ONG, les leaders d'opinion, les chefs traditionnels et les chefs religieux.

4.3.2. Élaboration d'un plan de Communication

- Élaborer des messages clairs y compris ceux en rapport avec le suivi prénatal, accouchement assisté, soins du cordon et notification communautaire de cas de TNN ;
- Choisir des thèmes pour les causeries éducatives dans les ménages ;
- Sensibilisation dans les lieux publics (gares ferroviaires et routières, ports, les marchés etc.) par les mobilisateurs ;
- Privilégier la communication interpersonnelle ou "bouche à oreille" pour convaincre les parents à faire sortir leurs enfants et les femmes insuffisamment vaccinés à venir compléter leur calendrier vaccinal ;
- Réaliser les visites à domicile par les mobilisateurs de proximité ;
- Rencontrer les autorités politico-administratives locales (administratives, religieuses, chefs de villages, les enseignants) ;

- Organiser les émissions dans les radios de proximité et autres médias de masse en vue d'assurer une large couverture médiatique.

4.4. Formation

Le guide de gestion du PEV à l'intention des prestataires sera utilisé pour la formation au niveau de la ZS. Il s'agira d'une formation pratique avec des jeux de rôle pour toutes les catégories superviseurs, vaccinateurs, volontaires, mobilisateurs.

4.5. Supervision / Monitoring / Evaluation

4.5.1. Monitoring/Évaluation

En vue de mettre en œuvre des SACI de qualité, il s'avère nécessaire, voire impératif, d'identifier et de trouver des solutions à tous les obstacles empêchant l'atteinte de tous les enfants et les femmes. Il s'agira de prendre en compte les aspects de qualité et de processus, sur la base des rapports de supervision et de l'analyse des listes de contrôle, mais aussi des couvertures quantitatives rapportées. Les outils de gestion utilisés durant les SACI (fiches de pointage, fiches de synthèse, rapports de supervision, fiches de monitoring...) seront compilés, et analysés quotidiennement puis après les SACI.

4.5.2. Pendant les SACI Enquête rapide

Dans les localités à haut risque, les superviseurs devront conduire le monitoring quotidien des activités par des enquêtes de convenance (enquête rapide) qui consisteront à visiter 10 ménages tirés au hasard 2 à 3 jours après le début des SACI pour identifier les poches non ou insuffisamment vaccinées, les raisons de non vaccination et les cas de MAPI. Les vaccinateurs retourneront dans les localités où plus d'un enfant ou d'une femme en âge de reproduction cible sur 10 ne sont pas vaccinés.

4.5.3. Suivi de la couverture administrative

A la fin de chaque journée, les superviseurs vont estimer les performances en consultant les fiches de pointage des équipes qu'ils supervisent, en comparant le nombre d'enfants/femmes vaccinés par rapport au nombre attendu.

- Suivi de la distribution et de l'utilisation des vaccins et de matériels d'injection :

Le suivi des ressources (vaccins, matériels d'injection, etc.) s'appuiera sur l'exploitation des outils de gestion élaborés à cet effet.

A la fin de chaque journée, chaque superviseur fera le point avec ses équipes de vaccinateurs sur la consommation, et le taux de perte des vaccins, SAB, seringues de dilution, boîtes de sécurité. Ces mêmes informations seront synthétisées au niveau de la ZS.

4.5.4. Après la mise en œuvre des SACI

L'évaluation des SACI sera une revue de la mise en œuvre de l'intervention au niveau ZS. Elle sera conduite par la zone avec l'appui de la province dans le mois qui suit la fin de l'activité et permettra de :

- Évaluer la mise en œuvre par rapport aux résultats attendus ;
- Comparer la proportion de la population cible vaccinée selon l'analyse des données brutes collectées lors de la micro-planification ;
- Apprécier la sécurité de la vaccination ;

- Définir le plan pour la prochaine édition des SACI et pour les séances de vaccination de routine.

Les Modalités retenues pour l'évaluation des SACI seront :

- L'analyse des différents documents en rapport avec cette mise en œuvre des SACI (rapports de mise en œuvre des SACI, des rapports des superviseurs, rapports de réunion etc.) ;
- La conduite d'une évaluation qualitative et quantitative.

Enfin, un rapport technique et financier sera élaboré et diffusé au plus tard trois mois après la fin de la mise en œuvre de des SACI.

4.5.5. Gestion des données et partage de l'information

Chaque aire de santé devra procéder à une analyse des données collectées auprès des équipes de vaccination afin de dégager les tendances et prendre les décisions appropriées.

Dans la dynamique du partage de l'information, la transmission des données se fera de façon régulière des aires de santé a la ZS avec une retro-information journalière pendant la mise en œuvre des SACI.

A la fin des SACI, la ZS transmettra à la province un rapport technique et financier ainsi que les pièces justificatives des financements reçus.

Ensuite, l'analyse mensuelle des principaux indicateurs devra se poursuivre et les informations partagées avec la province et la sous-commission TMN.

4.5.6. Liste des produits attendus de la zone de santé

Cette liste comprend :

- Analyse de la situation : caractéristiques sociodémographiques et cibles à vacciner par aire de santé ;
- Analyse de la situation : caractéristiques sociodémographiques et cibles à vacciner dans la ZS ;
- Cartographie des aires de santé, des postes de vaccination, des circuits logistiques et des circuits des équipes ;
- Besoins en vaccins, matériels de vaccination et de collecte des déchets ;
- Besoins en personnel de vaccination ;
- Circuit des équipes de vaccination et des superviseurs ;
- Inventaire de matériels de la chaîne de froid et des outils de gestion ;
- Besoins en transport ;
- Besoins en ressources financières par aire de santé ;
- Identification des personnes ressources pour la communication dans les aires de santé ;
- Chronogramme d'activités de la ZS ;
- Rapport synthèse des réunions de monitoring du planning et de la mise en œuvre.

II. METHODOLOGIE

1. Définition de quelques concepts-clés

Dans ce rapport, il faut entendre par :

- **Documentation** : une approche qui permet d'étudier en détails ce qui est fait et de réfléchir de manière critique sur les réalisations. Elle aide les concernés à voir différemment leur propre projet ou expérience et permet de valoriser et produire de la connaissance et du savoir-faire qui améliorera les pratiques [6].
- **Bonnes pratiques** : Le terme « bonnes pratiques » désigne, dans un milieu professionnel donné, un ensemble de comportements qui font consensus et qui sont considérés comme indispensables par la plupart des professionnels du domaine, qu'on peut trouver sous forme de guides de bonnes pratiques. C'est donc, une approche, initiative ou pratique qui, selon des critères définis, permet d'atteindre avec efficacité un objectif précis.
- **Innovation** : approche, technique, initiative ou action nouvelle dans un contexte précis, qui donne des premiers résultats positifs et peut être développée et évaluée plus en profondeur. Il ne s'agit pas nécessairement d'une invention ou de quelque chose de totalement inédit pour l'ensemble de l'organisation. Il peut simplement s'agir d'une technique ou d'une approche différente à tester pour améliorer un processus existant.
- **Échec** : difficulté, obstacle ou problème important rencontré sur le terrain, qu'il ait été surmonté ou non.

2. Principes directeurs de la documentation

La méthodologie qui a été utilisée pour la documentation a été conçue dans le but de tirer des leçons de l'expérience avec les parties prenantes, la recherche et synthèse des évidences et de réinjecter les conclusions dans les approches stratégiques de RPR et SACI [6].

L'approche méthodologique se base sur les principes clés suivants :

Principe 1 : Un processus rigoureux : clé pour la crédibilité de la documentation [6]:

- Une lecture en profondeur des documents pertinents ;
- Des entretiens avec le personnel du PEV (national, intermédiaire et périphérique) sur des questions opérationnelles et stratégiques ;
- Une approche participative qui a maximisé le temps passé sur le terrain. Cette approche était inclusive et multi acteurs consistant aussi dans l'opportunité de mobiliser les aptitudes particulières de chacun ;
- La triangulation et la vérification de l'information à différents niveaux ;
- Des conclusions et des recommandations basées sur les informations récoltées.

Principe 2 : Le dialogue et l'interaction : clés pour le processus d'apprentissage :

- La promotion d'un dialogue continu au sujet du processus de documentation et des résultats avec le commanditaire (UNICEF) ;
- La mise en place d'un processus interactif entre les experts du CCSC et des écoles de santé partenaire du CCSC, le personnel du PEV, des DPS et des Zones de santé et les équipes de terrain ;
- La restitution de résultats préliminaires à Lubumbashi, Kisangani et Kinshasa.

3. Principes d'analyse critique

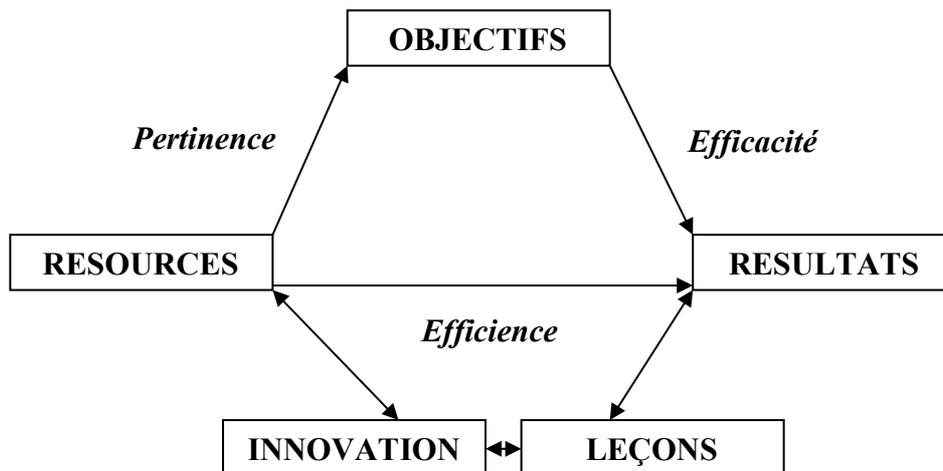
(Toujours dire ce que c'est) a permis de passer de la description pure à l'identification des éléments d'apprentissage. Il s'est agi à la fois de la synthèse et de l'examen critique des deux approches en se basant sur les critères de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). Ces critères mieux libellés à l'annexe 3 [7], comprennent :

- *La pertinence*
- *L'efficacité*
- *L'efficience*
- *La durabilité*
- *L'impact*

Pour étoffer et compléter ces critères dans l'analyse critique, nous nous sommes aussi inspirés de la grille d'analyse de [8]. Cette grille considère qu'une approche, une intervention, une politique ou une stratégie doit répondre à six dimensions pour sa **pérennité**. Ces six dimensions sont: **l'efficacité** (rapport résultats/objectifs), **le coût** représenté par l'efficience (rapport résultats/ressources), **l'équité** (proportionnalité de l'offre selon le besoin des bénéficiaires et la non-discrimination), **l'externalité** qui évoque aussi la pertinence (rapport ressources/objectifs et celui des effets inattendus positifs/négatifs), **la faisabilité** (disponibilité des compétences, programmes et ressources), **l'acceptabilité** (adhésion, coalition, consentement, enthousiasme, perception positive et synergie des acteurs).

Dans la présente étude, nous avons seulement considéré la **pertinence**, **l'efficacité**, **l'efficience**, et auxquelles tous les aspects restants ont été pris en charge dans les dimensions « innovations » et « leçons apprises ». Notre grille d'analyse devient ainsi résumée dans la figure 2.

Figure 2. Grille d'analyse de l'opérationnalisation de l'approche RPR et des SACI



Par ailleurs, l'analyse SEPO (Succès, Échecs, Potentialités (Opportunités) et Obstacles (Contraintes) [9] a été appliquée pour afin de déterminer les leçons apprises et les bonnes pratiques des deux stratégies. L'analyse sur le succès s'est basée sur les critères ci-après :

- *Soutenabilité*
- *Reproductibilité*
- *Promotion de la collaboration entre les parties prenantes concernées*
- *Implication des communautés,*
- *Appui des autorités nationales ou locales,*
- *Innovation*
- *Efficacité.*

4. Approche quantitative

4.1. Échantillonnage

4.1.1. Base de sondage

Pour l'approche Renforcement de PEV de routine, les zones de santé ont été réparties selon l'appui des partenaires :

- GAVI RSS2 : 138 ZS réparties dans 13 antennes (Mbandaka, Buta, Kabondo-Dianda, Kamina, Kabinda, Mwene-Ditu, Bumba, Lisala, Gemena, Kalemie, Boende, Likasi et Kikwit) ;
- UNICEF : 113 ZS de 8 antennes PEV (Lokutu, Kisangani, Aru, Bunia, Lubumbashi, Kinshasa Est, Kinshasa Ouest et Kinshasa Centre).

Afin d'accélérer l'élimination du tétanos néonatal avant la fin de l'année 2018, les SACI étaient mises en œuvre dans six ZS à haut risque et cinq ZS où le tétanos néonatal était actif : Lowa, Opala, Yabaondo, Lingomo, Kabalo, Yahisuli, Luambo, Kiambi, Bilomba, Nyunzu de Bominenge. Ces ZS sont situées dans les DPS de la Tshopo, du Kasai central, Tanganyika, Tshuapa et Sud Ubangi.

4.1.2. Échantillon

Le type d'échantillonnage a été réalisé sur base des recommandations de l'OMS et du Fonds Mondial indiqué pour ce type d'étude (référence). En pratique, nous avons procédé à

l'utilisation d'un **échantillonnage par choix raisonné** indiqué non seulement pour des petits échantillons mais aussi pour s'assurer de la mise en œuvre du ou de ce programme dans les services de santé et/ou dans les communautés [10–12]. Pour le RPR, se basant sur 10% de la population d'étude (ZS appuyées par Unicef = 113), le nombre minimal de ZS à investiguer a été donc estimé à 11. Comme nous avons 8 antennes, nous avons choisi 2 ZS par antenne (une ZS à haut risque et une autre à faible risque).

Une ZS à haut risque était définie dans le document des approches RPR selon les critères suivants :

- Faible CV en Penta3 et/ou VPO3 et/ou VAR ;
- Nombre élevé des enfants non ou insuffisamment vaccinés en Penta3 et/ou VPO3 ;
- Zone silencieuse ou moins performante en surveillance PFA ;
- Zone d'insécurité et/ou d'accès difficile.

Nous avons ajouté l'analyse exploratoire de données des 2 ZS appuyées par GAVI pour comparer la performance de mise en œuvre selon les partenaires.

Sur 11 ZS concernées par les SACI, nous avons analysé les données de six ZS à haut risque et deux ZS à problèmes pour le tétanos néonatal. En définitive, nous avons inclus 18 ZS pour le RPR et huit ZS pour la SACI.

5. Approche qualitative

Cette approche méthodologique a été utilisée pour comprendre et cerner les deux interventions dans les zones de santé. Elle a été basée sur les interviews dirigées des principaux acteurs impliqués dans la gestion de la vaccination dans le pays. Cette étape a permis un approfondissement du travail de l'analyse des deux approches par une description détaillée des activités menées. Il s'agit de toutes les actions entrant dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérience, les résultats atteints, mais aussi les effets inattendus. En outre, cette étape a abordé les difficultés, les contraintes et les obstacles rencontrés selon la grille développée en annexe 2 [4,10].

5.1. Collecte de données quantitatives ?

Pour la collecte des données quantitatives, nous avons consulté la base des données de la Direction Nationale de PEV et du Système de Gestion d'Information Sanitaire de District traduit de l'anglais *District Health Information System 2* (DHIS 2). Cette collecte s'est focalisée sur les années 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017. Pour besoin de qualité, nous avons procédé à la triangulation qui a consisté à confronter les données de la direction nationale avec celles collectées au niveau des antennes dans les provinces concernées dans notre étude. Les indicateurs ci-après étaient pris en compte dans notre analyse :

- Couvertures vaccinales par antigène
- Disponibilité des vaccins (Évolution du nombre de jours de rupture de stocks en vaccins)
- Évolution du nombre d'enfants non vaccinés au Penta3 et VPO3
- Évolution de la couverture en CPN1 et CPN4
- Évolution des accouchements assistés institutionnels

Pour la récolte des données qualitatives, nous avons organisées des interviews dirigées individuelles avec des principaux acteurs-clés. Les interviews ont été facilitées par un guide d'entretien élaboré et prétesté par l'équipe de recherche. Cette grille reprenait plusieurs

points notamment la pertinence, l'efficacité, l'efficience, et la pérennité des approches RPR et SACI.

La collecte des données tant qualitatives s'est déroulée à différents niveaux de la pyramide sanitaire (voir tableau 1) :

Tableau 1: Informateurs ciblés pour les entretiens approfondis sur l’approche RPR et/ou les SACI

Acteurs ciblés	Cible Niveau central	Cible Niveau intermédiaire	Cible Niveau opérationnel			Total
			RPR	SACI	RPR + SACI	
Secrétaire Général à la Santé	1					1
Directeur PEV	1					1
DGLM	1					1
Survie Unicef	1					1
Immunisation UNICEF	1					1
GAVI	1					1
KOICA	1					1
OMS	1					1
Consultant OMS	1					1
Consultant Unicef	1					1
Autres cadres du PEV	2					2
Ministre Provincial/Santé		5				5
Chef de Division		5				5
Coordonnateur PEV		5				5
EPP		5				5
Chef Bureau SURVEPI		5				5
Chefs d’antenne PEV		5				5
Consultant PEV		5				5
MEP/OMS		5				5
Médecins chefs de zones			17	5	1	23
Superviseurs de la zone PEV			17	5	1	23
Infirmiers titulaires			17	5	1	23
Relais communautaires			17	5	1	23
Leader d’opinions			17	5	1	23
CAC			17	5	1	23
CODESA			17	5	1	23
TOTAL	12	40	119	35	7	213

Les ZS ciblées ainsi que leur répartition par province sont reprises dans le tableau 2.

Tableau 2: ZS sélectionnées pour l'étude

Province	ZS/RPR	ZS/SACI
Haut-Katanga	<i>Katuba</i>	
	<i>Kowe</i>	
Kinshasa	<i>Kalamu 2</i>	
	<i>Ngaba</i>	
	<i>Maluku 2</i>	
	<i>Masina 1</i>	
	<i>Barumbu</i>	
	<i>Binza Météo</i>	
Ituri	<i>Adja</i>	
	<i>Angumu</i>	
	<i>Mambasa</i>	
	<i>Mangala</i>	
Tanganyika	<i>Kalemie</i>	<i>Kabalo</i>
	<i>Nyunzu</i>	<i>Nyunzu</i>
Tshopo	<i>Makiso</i>	<i>Lowa</i>
	<i>Mangobo</i>	<i>Opala</i>
	<i>Basali</i>	<i>Yahisuli</i>
	<i>Isangi</i>	<i>Yabaondo</i>

III. RESULTATS

1. Données qualitatives

1.1. Participation des informateurs ciblés aux entretiens approfondis

Pour les entretiens approfondis, nous avons identifié 213 informateurs répartis à tous les niveaux du système sanitaire à raison de 12 au niveau central, 40 au niveau intermédiaire et 161 au niveau périphérique. Au total, 119/213 (55,8%) ont effectivement participé à ces entretiens dont 4/12 (33,3%) au niveau central, 22/40 (55,0%) au niveau intermédiaire et 93/161 (57,7%) au niveau périphérique.

1.2. Planification à la base de la mise en œuvre de l'approche RPR et des SACI

En ce qui concerne ces deux stratégies, la plupart des informateurs ont déclaré que leur planification se fait de manière à ce que toutes les parties prenantes soient impliquées. Il s'agit d'une planification qui se fait au niveau des AS par l'IT et la communauté. Plus systématique, un des informateurs qui a accepté de nous entretenir à la fois sur le RPR et les SACI souligne la nécessité de planifier à partir de la base : « *Toute planification qui se respecte commence par la base* », a-t-il argué. Il reconnaît néanmoins que le processus de planification lui-même est déclenché au niveau central par la mise en place des politiques et des programmes de formation des formateurs. Les formateurs de formateurs viennent à leur tour former les acteurs des ZS, notamment les cadres des BCZ. Par la suite, vient « la formation en cascade » qui concerne les Infirmiers titulaires et les formateurs des CODESA. Après cette étape, on passe à la micro-planification à la base avec l'implication des CS et de la Communauté des AS.

En général, cette planification respecte les étapes suivantes :

- Production par le BCZ d'un canevas de planification à la base,
- Briefing des IT sur l'utilisation du canevas,
- Planification à la base par l'IT et toutes les couches de la communauté (autorités politico-administratives et religieuses, les RECO, les représentants des associations) avec un focus sur l'identification des informations complémentaires (accessibilité géographique : nombre d'îlots, de campement... ; données culturelles, ...), des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les activités, l'élaboration du plan de communication, la mise en place d'un chronogramme des activités et l'élaboration d'un cadre de redevabilité (indicateurs de suivi et évaluation) ;
- Défense du micro-plan ainsi produit au niveau de l'AS au BCZ ;
- Consolidation de tous les micros plans des AS par le BCZ pour l'élaboration du micro plan de la ZS.

Dans ce processus de micro planification à la base, les SACI présentent les particularités suivantes :

- Dénombrement des ménages par les Reco, visant les enfants de 0 à 11 mois.
- Identification des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes,
- Détermination de la qualité des vaccins et examen du processus de vaccination,
- Détermination par la communauté, les membres de la cellule d'animation communautaire et les agents de santé du lieu, du nombre d'enfants à vacciner, du nombre de jours et de séances.

« C'est, concluait-il, de cette façon que doit se dérouler la planification. Mais en réalité, a-t-il poursuivi, ça ne se passe pas toujours ainsi dans la pratique. Il arrive parfois que Kinshasa qui est le niveau central fasse une macro-planification et l'impose à la base sans en référer »

Ceci a été corroboré par un informateur-clé du niveau central qui a déclaré : *« ... ça peut marcher si chaque ZS dispose d'un plan, et que cette planification soit ascendante, de la communauté au niveau central. Mais, ceci n'est pas la réalité »*

1.3. Gestion du programme dans le cadre de RPR et SACI

La gestion du programme dans le cadre de RPR et des SACI a été examinée ici sous trois angles, à savoir la gestion financière, la gestion des ressources humaines et matérielles, ainsi que la gestion programmatique.

1.3.1. Gestion financière

En termes de gestion des fonds reçus par les DPS, les équipes ont déclaré avoir respecté la procédure de l'Unicef qui est, par ailleurs, conforme à la procédure de gestion des finances publiques de l'État.

Pratiquement la gestion s'est déroulée comment suit : formation des prestataires des ZS et du niveau intermédiaire sur les procédures de justification des fonds reçus (« spot check ») ; récupération des chèques par les gestionnaires des ZS avant d'aller eux-mêmes retirer l'argent à la banque ; mise en œuvre effective des activités ; transmission des pièces justificatives à l'UNICEF.

« On note néanmoins des retards dans le décaissement des fonds, en ce qui concerne surtout les SACI », ont déclaré quelques informateurs. Un informateur-clé du niveau central a même déclaré que « La gestion financière uniquement à la DPS a abîmé le RPR car le financement n'arrive pas à destination »

1.3.2. Gestion des ressources humaines et matérielles

Concernant les ressources humaines, la prime payée par l'Unicef, quoique modeste, a été jugée comme incitant à la motivation du personnel.

Les matériels alloués aux activités sont encore disponibles dans certaines zones de santé et contribuent à la mise en œuvre des activités du PEV de routine.

1.3.3. Gestion programmatique

Dans le cadre de deux approches sous examen, les activités étaient réalisées par les structures mises en place officiellement, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les activités de planification, de monitoring, de supervision formative et de revue ont constitué les axes essentiels de la gestion programmatique. Celle-ci s'est caractérisée essentiellement par la collecte d'informations et leur utilisation pour la prise de décision, facilitée par l'usage des logiciels de gestion de l'information sanitaire (DVD-MT). Le suivi hebdomadaire des activités PEV est reconnu comme une grande spécificité de l'approche RPR. Au niveau des ZS, les équipes-cadres renseignent chaque semaine sur les stocks disponibles au niveau de l'antenne PEV (sinon l'antenne descend directement dans la ZS pour une collecte active des stocks, une vérification du rapport stock-temps-population, pour chaque antigène dans un fichier approprié). Toutes les informations recueillies sont utilisées pour le monitoring et évaluation

des activités, l'amélioration de l'estimation des besoins en intrants, et l'amélioration de la couverture PEV des enfants dans la perspective ACZ. La conséquence de cette gestion était que le nombre de séances de vaccination programmées et réalisées avait sensiblement augmenté, à partir de la mise en œuvre de l'approche RPR.

1.4. Renforcement des capacités dans le cadre de RPR et SACI

Le renforcement des capacités devrait normalement se faire avant et pendant la mise en œuvre des activités de l'approche RPR et des SACI. Mais en pratique voici ce qui s'est passé :

L'approche RPR et les SACI ont permis d'identifier les personnels impliqués dans la vaccination qui devraient bénéficier d'une formation et les structures qui devraient être accompagnées par des supervisions formatives. Cette identification se faisait à deux niveaux :

- Au niveau du BCZ. C'est l'infirmier superviseur (IS) qui était considéré comme le point focal des activités du RPR et des SACI. Celui-ci en collaboration avec les membres du BCZ sélectionnait les IT devant suivre la formation.
- Ensuite au niveau de l'AS, les RECO étaient choisis par la communauté au cours d'une réunion officielle présidée par le CODEV.

Le renforcement de capacité de prestataires portait notamment sur (i) la planification des activités de vaccination de routine et de récupération des enfants non atteints, (ii) la procédure de commande des vaccins, (iii) le calcul des cibles à atteindre lors des activités du RPR et des SACI, (iv) les stratégies possibles à utiliser pour atteindre les cibles (stratégie fixe, mobile ou avancée), (v) comment organiser les sites de vaccination, (vi) les techniques de vaccination, (vii) la gestion des déchets de vaccination, (viii) la gestion des ressources financières, (ix) l'analyse des indicateurs.

Les aspects techniques de la formation étaient assurés par l'IS sous la supervision du MCZ et la logistique était l'apanage du partenaire à savoir l'UNICEF.

Il est à noter que dans la majorité des cas les capacités des participants n'étaient pas évaluées aussi bien avant qu'après la formation.

Néanmoins, cette capacitation dans ces différentes matières a permis d'améliorer la qualité des services offerts à la population lors de la vaccination.

Le renforcement des capacités tel que sus évoqué s'est déroulé dans les provinces de la Tshopo et d'ITURI, mais dans la province de Tanganyika la quasi-totalité des informateurs disent n'avoir pas été spécialement formés dans le cadre de ces deux approches. Dans la province du Haut- Katanga par contre, il y a eu une évaluation des besoins et des capacités des acteurs ; il y a eu également le système de supervisions-restitutions et évaluations-restitutions à chaud et à postériori ainsi que des multiples réunions, qui ont permis une amélioration significative des capacités des prestataires. Il n'y a pas eu d'atelier de formation à proprement parler.

1.5. Renforcement des liens avec la communauté dans le cadre de RPR et SACI

Le renforcement de liens avec la communauté se fait par l'implication de celle-ci à travers les Autorités Politico- Administratives (APA), les RECO, le CODEV aux activités de vaccination de la planification à la vaccination proprement dite.

1.5.1. Au niveau de la planification, mise en œuvre et évaluation

Lors de la planification à la base, la communauté s'est sentie impliquée dans les activités de SACI et RPR. C'est elle-même, avec l'aide de l'infirmier titulaire, qui a identifié les problèmes concernant la vaccination dans son milieu.

Cette planification à la base, avec l'implication des leaders communautaires (autorités politico-administratives et religieuses, représentants des associations...) a donc permis de casser les barrières socio-culturelles qui pouvaient empêcher de vacciner les enfants et les femmes en âge de procréation.

En effet, les activités de vaccination au niveau des AS sont planifiées, exécutées et évaluées dans une approche participative où on trouve aussi les prestataires des soins que les représentants de la communauté (RECO, CODEV...). Il en résulte une certaine appropriation des activités de vaccination par la communauté.

En outre la stratégie avancée renforce davantage ces liens par le déplacement des services vers la communauté.

Les liens avec les communautés se manifestent également à travers les mass-médias : « *Nous travaillons également avec les radios communautaires dont la plupart sont équipées, partiellement ou totalement par l'Unicef et ce dans le cadre du renforcement de la sensibilisation communautaire par les médias de masse* », a déclaré un informateur.

L'approche RPR a permis de promouvoir une bonne implication de la dynamique communautaire dans les activités sanitaires du PEV. Les Reco, au sein des cellules d'animation communautaire (CAC), puis des Comités de Santé (COSA) sont plus actifs dans la récupération des enfants perdus de vue. Ils vont rechercher et amener toutes les mères qui ne se sont pas présentées à la vaccination de leurs enfants, quelle que soit la raison, et leur facilitent l'accès moyennant des jetons de récupération bien spécifiques. En effet, ceci transparait dans la déclaration suivante d'un informateur : « *Avant une séance de vaccination, on a une cible, c'est-à-dire le nombre d'enfants à atteindre. Le jour de la vaccination, l'infirmier titulaire identifie les enfants qui n'ont pas répondu au rendez-vous et établit une liste sur laquelle figure les noms des enfants absents et celui du RECO dont dépend l'enfant. L'IT inscrit sur le jeton, le nom de l'enfant, son adresse et l'antigène que l'enfant a manqué et le jour du prochain rendez-vous fixé pour vacciner l'enfant. Le jeton est par la suite transmis au RECO du village où vit l'enfant pour qu'il le transmette dans la famille de l'enfant (...) A la veille de la vaccination, le RECO devra à nouveau repasser dans la famille de l'enfant pour rappeler le rendez-vous au responsable de la famille...* ». C'est donc au RECO que revient la responsabilité d'assurer les liens permanents avec les ménages et donc avec la communauté.

1.5.2. Au niveau de la motivation financière

Aussi, le fait de donner une prime aux Reco a permis de renforcer leur motivation, les poussant ainsi à renforcer la sensibilisation de la majorité de la population cible (sensibilisation par village et sensibilisation par ménage porte à porte).

1.6. Surveillance épidémiologique dans le cadre de RPR et SACI

La surveillance épidémiologique passe par la collecte et l'analyse des données en termes d'indicateurs clés suivis tout au long de la mise en œuvre de l'approche RPR et des SACI.

1.6.1. Collecte et analyse de données

Lors de la collecte des données on utilise les outils SNIS préétablis. Néanmoins les avis sont nuancés en ce qui concerne la collecte des données en rapport avec l'insuffisance de validation. En effet, lorsqu'on compare les données de vaccination se trouvant dans les registres à celles rapportées, il y a une discordance pour certains indicateurs. Cependant l'implication des consultants dans ce processus a été interprétée de différentes manières selon les acteurs. Certains pensent qu'ils ne collectent pas les données mais se servent juste des données déjà recueillies dans la ZS pour faire les analyses approfondies (et s'approprier du rapport). D'autres, notamment la majorité des MCZ, estiment que les consultants constituent une aide précieuse sur le plan technique et ont réellement contribué à la mise en œuvre des activités, à la collecte des données et à la mise en place d'une base des données commune. D'autres cadres de la ZS estiment que les rapports des consultants constituent un feedback et contribuent au renforcement des capacités des acteurs de la ZS particulièrement dans la tenue de certains outils comme le DVD-MT.

1.6.2. Surveillance proprement dite

1. Par les prestataires de soins

Dans le cadre du RPR et des SACI, la surveillance épidémiologique s'est réalisée d'abord par l'identification au niveau de la ZS des sites de surveillance et ensuite par leur catégorisation en termes d'importance en site de plus haute priorité, de haute priorité, de priorité moyenne et de basse priorité. Cette surveillance a consisté pour les acteurs à analyser les documents ressources (Registres des consultations, fiches des malades) en se focalisant sur les maladies évitables par la vaccination. Il fallait non seulement analyser les documents, mais aussi s'entretenir avec les personnes ressources afin de détecter les malades qui n'ont pas été notifiés.

2. La surveillance dite à base communautaire

Pour apprécier cette dimension, il s'est agi de s'entretenir avec certains acteurs de la communauté appelés à être en contact avec les cas de maladies au sein de la communauté. Il s'agit notamment des tradipraticiens et des leaders religieux. En effet, les RECO font la recherche active dans les ménages. Une fois des cas suspects identifiés, les RECO transmettent la situation à l'IT qui, à son tour, transmet à l'antenne. Au niveau de l'antenne on désigne un agent pour aller faire les prélèvements sur les cas identifiés. Ces prélèvements se font deux fois dans l'intervalle de 12 heures et doivent parvenir à l'antenne au plus tard dans les 48 heures de leur prélèvement.

Chaque fois que l'agent commis à la surveillance arrive dans l'une des structures visées, il accède au registre des malades pour voir s'il y a des cas de maladies sous surveillance. L'agent est muni d'une « feuille logistique », qui est au fait un outil de travail qui permet de marquer la traçabilité de différentes visites effectuées dans les structures et officines. Dans certains cas, l'agent laisse un cahier chez les tradipraticiens pour enregistrer les différents cas venus consulter.

3. E-surveillance

Avec l'évolution de la science, la surveillance épidémiologique s'effectue aujourd'hui grâce aux moyens électroniques à travers le logiciel ODK. Elle s'appuie désormais sur le système DHIS2 qui est venue la , surtout pour la transmission des données.

Enfin, il faut noter également que dans le cadre de la surveillance épidémiologique, l'antenne organise les évaluations pour assurer le suivi des indicateurs de PFA. Entre autres indicateurs suivis, figurent notamment, le nombre de centres de santé silencieux (ceux dans lesquels on n'a notifié aucun cas pendant une certaine période, le nombre d'entérovirus, etc.

2. Évaluation générale de l'approche RPR et des SACI selon les critères de l'OCDE

Dans cette partie, nous abordons des concepts plus généraux, à savoir la pertinence, l'efficacité et l'efficacité des deux approches étudiées.

2.1. Pertinence

La pertinence de ces approches ne fait aucun doute dans la mesure où les stratégies mises en place sont appropriées à la problématique. Ceci transparaît bien dans les lignes qui suivent où

on note une cohérence entre la problématique, les objectifs, la mise en œuvre et les résultats obtenus pour ces deux approches. Cela transparaît également dans les déclarations de certains informateurs rencontrés.

Concernant le RPR, la problématique à aborder était l'existence d'un grand nombre d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés, alors que pour les SACI, il s'agissait de l'incidence de plus d'un cas de tétanos pour mille naissances vivantes dans certaines zones de santé.

Un informateur a su poser la problématique en ces termes : *« On a observé que les programmes antérieurs n'ont pas été en mesure de mettre fin à certaines infections qui sont demeurées actives dans certaines contrées. En plus, on s'est rendu compte que les statistiques des enfants vaccinés étaient souvent gonflées, surestimées et ne reflétaient pas la réalité de la situation sur le terrain. Voilà pourquoi on a mis en place ces approches afin de s'approcher le plus possible de la réalité de terrain de la couverture vaccinale effective. »*

D'où la fixation des objectifs suivants : (i) renforcer la vaccination de routine via l'approche ACZ (atteinte de chaque enfant) à travers ses cinq composantes : la planification, l'atteinte de chaque cible par certaines stratégies (fixe, mobile, avancée), le monitoring pour action, la supervision formative et le renforcement des liens avec la communauté (par des visites à domicile, la participation dans le micro plan, les causeries éducatives...) et (ii) renforcer la vaccination, la surveillance contre le tétanos et la sensibilisation de la population sur les accouchements assistés.

Par ailleurs, ces approches sont en harmonie avec le PNDS 2016-2020. Elles sont inscrites dans les stratégies nationales visant à diminuer la morbi-mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination, à en croire un informateur qui s'est exprimé en ces termes : *« Ces approches sont en phase avec le Plan Mashako qui vise le redressement du PEV de routine » a déclaré un informateur.*

Un autre élément de la pertinence de ces approches, était qu'elles se sont révélées complémentaires à d'autres interventions et étaient une occasion pour mener d'autres activités connexes, telles que la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au mébendazole, l'identification des enfants à l'état civil, le suivi du succès de la vaccination en termes d'identification d'autres maladies évitables par la vaccination, une amélioration de la qualité du SNIS par les données de la vaccination.

« Les SACI ont permis à certaines zones de santé, a dit le MCZ de Kiambi dans la province de Tanganyika, d'atteindre les aires de santé à faible couverture vaccinale et de récupérer les enfants de 0 à 11 mois qui étaient en conflit avec le calendrier vaccinal. ... Là où les SACI ont été opérationnelles, on a enregistré une réduction sensible des cas des maladies évitables par la vaccination ».

2.2. Efficacité

L'efficacité des deux approches a été appréciée à travers les éléments suivants : évolution des couvertures vaccinales des antigènes concernés par le RPR et les SACI, la disponibilité des vaccins, l'évolution du nombre d'enfants non vaccinés au Penta3 et VPO3, évolution de la couverture en CPN1 et CPN4, évolution des accouchements assistés institutionnels.

D'une manière générale, les informateurs estiment que les deux approches ont été efficaces d'autant plus qu'il y a eu une amélioration des indicateurs précités par rapport au début de la mise en œuvre.

2.2.1. Couvertures vaccinales dans les ZS d'étude

Le tableau 3 montre que 50 % des ZS de notre échantillon ont une CV inférieure à la CV cible (au moins 80%) de VAT2+ en 2013. Nous notons cinq ZS avec une CV inférieure à 50%. En 2014, 42% des ZS avaient une faible performance mais en 2015 les ZS s à faible performance sont passées de 54% en 2016 à 50% en 2017 -et à 30% en 2018. . En analysant l'évolution générale de la CV de VAT2+ de 2013 à 2018, nous remarquons que les ZS moins performantes sont passées de 50% en 2013 à 30% en 2018. Il est à noter qu'en 2017 les CV de plus de 100% voire même de plus de 300% ont été décelées dans ZS surtout celles visitées dans la province de la Tshopo. Alors qu'en 2018 dans chaque province au moins une ZS a présenté une CV de plus de 100%. ,

Tableau 3: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VAT2+ par ZS visitée, de 2013-2018

DPS	Zones de santé	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tanganyika	Kabalo	86,0%	91,0%	77,0%	78,6%	85,5%	89,5%
	Kalemie	100,0%	90,0%	103,0%	86,4%	74,7%	101,7%
	Kiambi	39,0%	82,0%	74,0%	98,7%	96,8%	70,8%
	Nyunzu	80,0%	85,0%	87,0%	98,3%	82,8%	76,2%
Haut-Katanga	Katuba	41,0%	34,0%	59,0%	78,6%	92,4%	104,5%
	Kowe	43,0%	33,0%	51,0%	25,4%	35,3%	140,4%
Kinshasa	Kalamu II	85,0%	85,0%	88,0%	84,8%	90,9%	93,5%
	Ngaba	40,0%	58,0%	72,0%	83,1%	93,3%	90,7%
	Maluku II	89,0%	84,0%	95,0%	92,6%	103,9%	103,4%
	Masina I	58,0%	65,0%	72,0%	78,7%	98,4%	88,5%
	Barumbu	49,0%	49,0%	50,0%	51,0%	56,1%	67,3%
	Binza-Meteo	80,0%	79,0%	162,0%	107,4%	86,4%	96,9%
Ituri	Adja	112,0%	99,0%	116,0%	119,5%	146,0%	108,3%
	Angumu	183,0%	128,0%	140,0%	148,3%	139,6%	128,1%
	Mambasa	65,0%	76,0%	112,0%	104,1%	128,2%	134,9%
	Mangala	76,0%	50,0%	68,0%	84,2%	158,1%	84,8%
Tshopo	Lowa	92,0%	100,0%	92,0%	92,6%	98,2%	102,8%
	Makiso-Kisangani	129,0%	135,0%	137,0%	109,7%	152,4%	141,5%
	Mangobo	115,0%	95,0%	78,0%	79,5%	87,9%	89,8%
	Opala	78,0%	85,0%	109,0%	78,5%	112,4%	291,3%
	Yahisuli	91,0%	109,0%	111,0%	90,9%	98,5%	116,6%
	Basali	66,0%	77,0%	93,0%	94,7%	165,3%	121,1%
	Isangi	58,0%	84,0%	84,0%	77,2%	141,2%	150,0%
	Yabaondo	69,0%	75,0%	68,0%	89,3%	341,4%	143,4%

Au total, en 2018, 3 ZS sur les 24 enquêtées (soit 12,5%) ont eu des CV en VAT2+ en dessous de 80% contre 12 sur 24 (50%) en 2013. La ZS de Barumbu à Kinshasa et celle de Kowe dans le Haut Katanga, de 2013-2017, n'ont pas franchi le seuil de 80% de CV. En 2018, on note une nette augmentation de la CV pour la ZS de Kowe (CV>100%) alors que Barumbu demeure en dessous du seuil. Dans le Tanganyika, la CV de la ZS de Kalemie est bonne durant toutes les années excepté en 2017 où on note une baisse à 75%.

Tableau 4: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VPO3 par ZS visitée, de 2013-2018

DPS	Zones de santé	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tanganyika	Kabalo	84%	113%	77%	81,7%	93,9%	85,3%
	Kalemie	102%	100%	103%	92,8%	96,3%	110,8%
	Kiambi	28%	79%	74%	94,2%	84,1%	60,8%
	Nyunzu	77%	85%	87%	84,3%	77,3%	67,9%
Hau-Katanga	Katuba	61%	47%	59%	88,2%	106,9%	105,4%
	Kowe	133%	124%	51%	76,9%	55,2%	541,4%
Kinshasa	Kalamu II	88%	87%	88%	101,6%	92,4%	93,8%
	Ngaba	74%	70%	72%	93,6%	93,1%	91,2%
	Maluku II	92%	87%	95%	102,5%	112,1%	111,9%
	Masina I	77%	66%	72%	96,0%	100,2%	97,2%
	Barumbu	74%	79%	50%	84,20%	95,8%	104,8%
	Binza-Meteo	84%	96%	162%	92,6%	91,9%	94,7%
Ituri	Adja	92%	111%	116%	87,1%	105,1%	94,2%
	Angumu	101%	93%	140%	85,2%	94,1%	92,3%
	Mambasa	72%	78%	112%	79,2%	120,6%	81,9%
	Mangala	69%	66%	68%	75,7%	143,2%	66,8%
Tshopo	Lowa	86%	93%	92%	105,6%	89,1%	85,7%
	Makiso-Kisangani	100%	110%	137%	87,4%	104,1%	106,5%
	Mangobo	104%	104%	78%	96,2%	97,9%	89,7%
	Opala	91%	91%	109%	94,4%	104,8%	102,5%
	Yahisuli	85%	98%	111%	90,9%	99,7%	104,5%
	Basali	53%	84%	93%	90,5%	97,5%	84,0%
	Isangi	67%	98%	84%	84,8%	94,6%	97,0%
	Yabaondo	82%	92%	68%	93,5%	87,8%	97,7%

Pour la CV de VPO3, l'évolution de proportions de ZS qui n'ont pas atteint le seuil optimal par année se présente comme suit : 10, 8, 12,11, 5 et 6 ZS représentant 42%, 33%, 50%, 46%, 21% et 25% de ZS moins performantes respectivement en 2013, 2014, 2015, 2016,2017 et 2018. La ZS de Kowe qui a commencé avec de bonnes performances (>100% de CV) en 2013 et 2014 a régressé en 2015(51%) et en 2017(55%). En 2018, même si 25% des ZS n'ont pas atteint le seuil optimal de CV , la ZS de Kowe signale une CV de 541% .

Globalement, 3 ZS sur les 24 enquêtées (soit 12,5%) ont en 2018 des CV en VPO3 de moins de 80% contre 10 sur 24 (41,6%) en 2013.

Tableau 5: Évolution annuelle de la couverture vaccinale DTC-Hep-Hib3 par ZS visitée, de 2013-2018

DPS	Zones de santé	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Haut-Katanga	Katuba	126,0%	107,3%	88,90%	58%	46%	60%
	Kowe	120,1%	56,4%	76,90%	132%	124%	133%
Ituri	Adja	100,3%	97,3%	97,80%	98%	107%	108%
	Angumu	106,0%	102,4%	105,10%	109%	95%	105%
	Mambasa	92,4%	121,7%	89,20%	92%	79%	76%
	Mangala	82,3%	144,2%	93,80%	83%	80%	84%
Kinshasa	Kalamu II	93,8%	92,4%	101,60%	87%	87%	88%
	Ngaba	91,2%	93,3%	93,60%	90%	70%	74%
	Maluku II	111,9%	112,0%	102,50%	106%	89%	92%
	Masina I	97,2%	100,2%	96,20%	95%	71%	77%
	Barumbu	104,8%	96,7%	76,70%	85%	80%	74%
	Binza-Meteo	94,7%	92,9%	84,80%	107%	97%	84%
Tanganyika	Kabalo	88,0%	94,6%	89,00%	93%	117%	99%
	Kalemie	112,3%	96,5%	96,50%	106%	100%	102%
	Kiambi	61,9%	91,5%	94,10%	63%	77%	28%
	Nyunzu	69,6%	74,9%	81,40%	81%	87%	74%
Tshopo	Lowa	85,5%	91,0%	98,20%	73%	93%	83%
	Makiso-Kisangani	197,2%	104,6%	88,30%	110%	110%	102%
	Mangobo	100,3%	99,2%	95,00%	97%	104%	104%
	Opala	102,4%	104,8%	94,40%	97%	91%	90%
	Yahisuli	103,7%	99,8%	90,90%	100%	98%	90%
	Basali	92,5%	102,3%	83,70%	75%	91%	55%
	Isangi	97,0%	94,5%	84,50%	86%	100%	72%
	Yabaondo	97,7%	96,30%	95,40%	88%	92%	73%

Concernant la CV de Penta3 (DTC-Hep-Hib3) (Tableau 5), l'évolution générale de proportions des ZS moins performantes semble être bonne car elle est passée de 54% en 2013 et à 21 % en 2018. Néanmoins, on note une stagnation dans la ZS de Nyunzu dans la province de Tanganyika car en 2013, la CV était à 74% et en 2018 elle environnait 70%. Alors que la ZS de Kowe a eu une bonne CV (>100%) en 2013 mais qui a baissée légèrement à 77% entre 2016-2017 et remontée en 2018 (>100%).

Au total, 2 ZS sur les 24 enquêtées (soit 8,3%) ont eu en 2018 des CV en DTC-Hep-Hib3 de moins de 80% contre 10 sur 24 (41,6%) en 2013.

Tableau 6: Évolution annuelle de la couverture vaccinale de VAR par ZS visitée, de 2013-2018

DPS	Zones de santé	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Haut Katanga	Katuba	126,1%	108,6%	89,8%	58%	39%	69%
	Kowe	106,7%	62,3%	75,8%	148%	124%	137%
Ituri	Adja	92,7%	98,5%	89,7%	92%	98%	90%
	Angumu	103,2%	108,3%	107,7%	102%	114%	121%
	Mambasa	93,1%	115,7%	89,9%	79%	80%	76%
	Mangala	84,6%	150,9%	78,8%	78%	76%	83%
Kinshasa	Kalamu II	91,7%	90,1%	85,6%	86%	86%	87%
	Ngaba	90,4%	91,9%	92,6%	87%	72%	68%
	Maluku II	110,0%	110,6%	97,7%	101%	86%	85%
	Masina I	92,9%	100,8%	89,7%	85%	70%	73%
	Barumbu	99,4%	81,7%	65,8%	72%	64%	56%
	Binza-Meteo	95,5%	86,5%	90,3%	102%	83%	74%
Tanganyika	Kabalo	89,3%	89,2%	86,5%	92%	105%	102%
	Kalemie	98,6%	83,9%	83,2%	99%	86%	89%
	Kiambi	58,8%	95,7%	95,9%	66%	81%	35%
	Nyunzu	72,2%	79,4%	96,0%	96%	91%	84%
Tshopo	Lowa	90,5%	95,0%	106,8%	74%	95%	106%
	Makiso-Kisangani	183,0%	93,5%	73,0%	87%	85%	74%
	Mangobo	93,6%	96,1%	87,4%	88%	87%	82%
	Opala	98,5%	100,9%	95,0%	95%	82%	81%
	Yahisuli	103,7%	102,5%	92,8%	102%	108%	78%
	Basali	89,9%	92,7%	76,7%	58%	71%	66%
	Isangi	93,4%	81,6%	71,3%	71%	94%	65%
	Yabaondo	96,6%	83,7%	87,0%	83%	85%	70%

Comme le montre le tableau 6 ci-haut, de 2013 à 2018, respectivement 50%, 62,5%, 58%, 62,5% ,33% et 12,5% de ZS avaient une CV en VAR inférieure à la cible. L'évolution de la couverture en VAR de la ZS de Kowe n'est pas régulière, elle a dépassé la cible en 2013-2015 pour régresser en dessous de la cible en 2016 -2017 puis remonté à 107% en en 2018. Alors que la CV en Var dans ZS de Barumbu était à la hausse passant de 56% en 2013 à 99% en 2018. Il en est de même de la ZS de Yabaondo dont la couverture en VAR est passée de 70% en 2013 à 96% en 2018.

En fin de compte, 2 ZS sur les 24 enquêtées (soit 8,3%) ont eu en 2018 des CV de VAR de moins de 80% contre 12 sur 24 (50%) en 2013.

2.2.2. Disponibilité des vaccins dans les provinces ou antennes d'étude

Au niveau de zones de santé visitées aucune n'a maintenu 100% de disponibilité des vaccins durant toute la durée de l'évaluation. Au niveau de dépôt des antennes de chaque ancienne province, nous constatons que la Province Orientale a eu une bonne disponibilité du vaccin

BCG. Au Katanga les vaccins VAA et PCV-13 n'avaient pas une disponibilité acceptable alors qu'à Kinshasa le VAR et le BCG avaient une disponibilité acceptable.

L'analyse des figures 3 – 8 montre des ruptures de stocks (disponibilité des vaccins inférieure à 100%) ont été enregistrées pour chaque antigène pendant au moins une année, de 2013 à 2018.

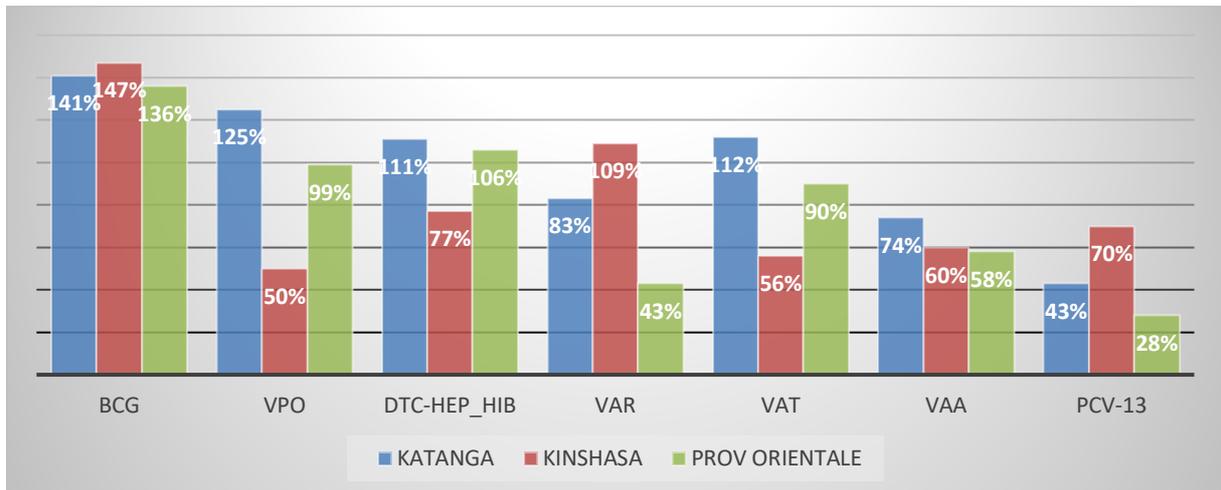


Figure 3: Situation de la disponibilité des vaccins en 2013

La rupture de stocks en antigènes à Kinshasa (Figure 3) est vraiment préoccupante, particulièrement pour le VPO, et en VAT.

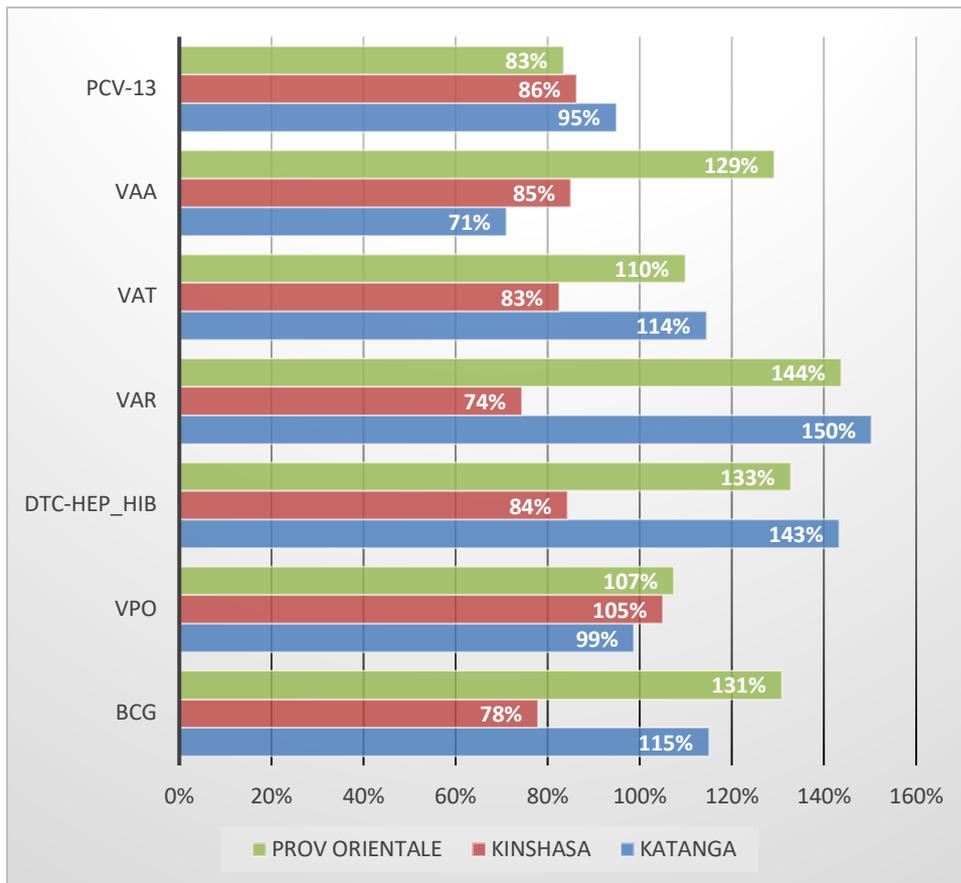


Figure 4: Situation de la disponibilité des vaccins en 2014

On a connu une rupture de stock de vaccins en 2014, davantage pour la ville de Kinshasa (Figure 4). Ceci peut être expliqué par un taux faible de disponibilité de vaccins : la province Orientale, excepté PCV-13, avait un stock suffisant de tous les antigènes. La province de Kinshasa, excepté le VPO qui était en stock, la disponibilité des autres antigènes était en dessous de la cible. Au Katanga, par contre, trois de ces antigènes, à savoir le Penta, le VAR et le BCG, avaient une disponibilité au-dessus de la cible alors que les antigènes de PCV-13, VAA, et VPO avaient une disponibilité en dessous de la norme.

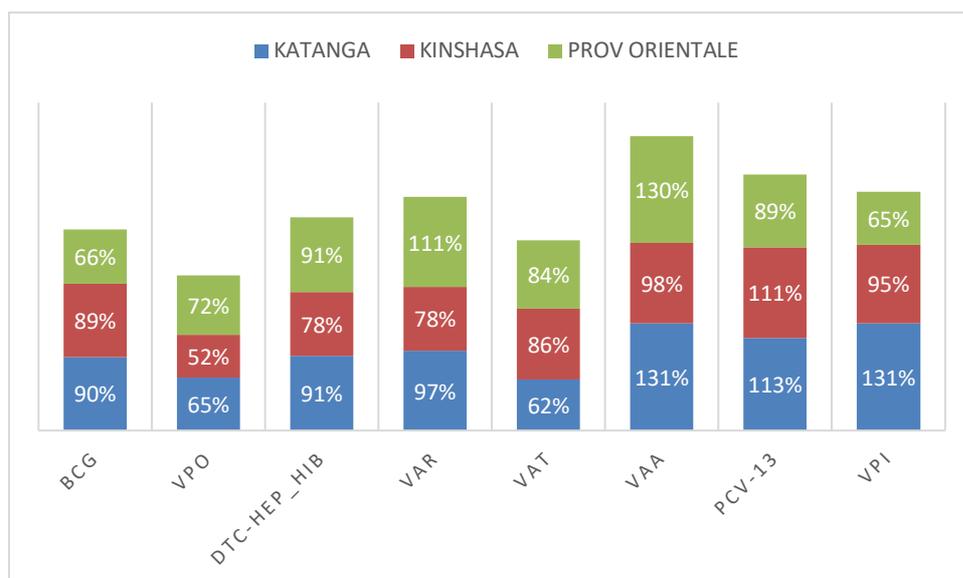


Figure 5: Situation de la disponibilité des vaccins en 2015

Les ruptures de stock de vaccins ont été aussi observées en 2015. Dans la province de Katanga trois antigènes (VAA, PCV-13 et VPI) étaient disponibles selon les normes tandis que les autres étaient en dessous des normes. A Kinshasa, encore une fois, la situation était moins bonne car sur 8 antigènes un seul (PCV-13) était en dessous du stock de réserve quoique présentant une disponibilité à la limite de la normale. La province Orientale n'avait que deux antigènes avec un stock normal (VAR et VAA).

Tableau 7: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2016

	BCG	bVPO	tVPO	DTC-Hep-Hib	PCV-13	VPI	VAR	VAA	VAT	Td
KATANGA	151%	101%	41%	110%	101%	88%	100%	76%	39%	53%
KALEMIE	160%	111%	53%	135%	140%	107%	114%	108%	46%	67%
KINSHASA	115%	89%	52%	85%	98%	61%	75%	79%	33%	46%
PROVINCE ORIENTALE	135%	104%	57%	130%	137%	39%	92%	76%	26%	95%
ISIRO	111%	84%	43%	117%	126%	42%	127%	80%	57%	45%
ARU	126%	112%	57%	138%	139%	61%	105%	83%	27%	90%
BUNIA	112%	71%	49%	119%	104%	36%	115%	113%	43%	60%

Au cours de l'année 2016 (Tableau 7), les antigènes étaient disponibles pouvant couvrir le premier trimestre, sauf pour le BCG et le VPOt qui ont tous deux connu une rupture de cinq jours. Cependant, le programme a évolué avec les stocks des différents antigènes dont les jours de stocks étaient inférieurs au stock de réserve (avec des périodes variant de 0 jour pour le VAR à 229 jours pour le VPI).

Tableau 8: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2017

	BCG	bVPO	DTC- Hep_HiB	PCV-13	VPI	VAR	VAA	Td
HAUT KATANGA	266%	185%	212%	253%	246%	165%	259%	198%
ITURI	133%	91%	132%	125%	118%	161%	123%	104%
KINSHASA	136%	88%	105%	117%	109%	103%	124%	92%
TANGANYIKA	145%	90%	134%	138%	114%	72%	138%	113%
TSHOPO	175%	136%	211%	177%	130%	185%	204%	150%

A part le BCG dont la disponibilité du vaccin dans toutes les provinces était garantie, les autres antigènes ont connu des ruptures de stocks dans les provinces d'Ituri, Kinshasa et Tanganyika. Les provinces du Haut-Katanga et de la Tshopo ont eu un stock suffisant. Dans la province de Kinshasa, excepté le BCG, les autres antigènes étaient en dessous du stock de réserve (Tableau 8).

Tableau 9: Disponibilité de vaccins dans les antennes en 2018

	BCG	bVPO	DTC- Hep_HiB	PCV-13	VPI	VAR	VAA	Td
HAUT KATANGA	188%	56%	106%	98%	179%	262%	180%	79%
ITURI	99%	66%	77%	78%	90%	84%	85%	66%
KINSHASA	117%	78%	83%	92%	102%	97%	114%	91%
TANGANYIKA	165%	11%	140%	163%	177%	182%	157%	130%
TSHOPO	156%	103%	72%	145%	161%	180%	147%	115%

En 2018, au moins un antigène a connu soit une rupture de stocks, soit atteint un niveau inférieur au stock de réserve dans au moins une province. Mais, cette situation concerne tous les antigènes dans la ville de Kinshasa (Tableau 9).

2.2.3. Enfants non vaccinés dans les ZS d'étude

Tableau 10: Évolution de nombre d'enfants non vaccinés par le DTC-HepB-Hib3 dans les ZS visitées, de 2013-2018

DPS	ZS	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Haut Katanga	Katuba	1 423	381	558	1 051	830	1 314
	Kowe	389	863	444	45	108	69
Ituri	Adja	1 007	131	107	325	225	237
	Angumu	1 059	151	306	200	487	790
	Mambasa	371	828	399	589	846	710
	Mangala	480	1 456	198	563	90	39
Kinshasa	Kalamu II	131	406	84	400	232	214
	Ngaba	472	474	437	185	622	165
	Maluku II	406	324	66	143	162	125
	Masina I	715	24	499	518	716	521
	Barumbu	1 062	203	1 410	149	77	93
	Binza-Meteo	1 719	1 165	2 424	165	112	770
Tanganyika	Kabalo	3 201	485	957	641	276	689
	Kalemie	1 068	424	411	619	573	815
	Kiambi	353	510	339	477	408	961
	Nyunzu	2 257	2 275	1 635	1 271	400	306
Tshopo	Lowa	263	433	83	333	260	40
	Makiso-Kisangani	715	538	1 341	956	659	329
	Mangobo	66	63	374	646	449	273
	Opala	75	233	263	464	430	357
	Yahisuli	27	6	305	171	381	191
	Basali	212	79	547	200	193	386
	Isangi	539	331	904	512	474	337
	Yabaondo	392	222	272	274	367	908

La logique voudrait que le nombre d'enfants non vaccinés au Penta3 diminue progressivement de 2013 à 2018. On note des disparités, parfois de tendance à la hausse du nombre d'enfants non vaccinés, dans les ZS de Katuba, Lowa, Barumbu, Maluku II, Ngaba, Binza-Météo, Mangala, Kalemie, Nyunzu et Kabalo parfois de tendance à la baisse observée dans les ZS de Yabaondo, Kiambi, Yahisuli, Opala et Mangobo.

Globalement, en considérant les deux années extrêmes 2013 et 2018, seules 8 ZS sur 24 (33,3%) ont vu le nombre d'enfants non vaccinés diminuer alors qu'il a augmenté dans 16 sur 24 autres ZS soit 66,6%.

2.2.4. Taux d'abandon

Tableau 11: Évolution du taux d'abandon de Penta1/penta 3 dans les zones de santé visitées, de 2013 à 2018

DPS	Zones de santé	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Haut-Katanga	Katuba	5,9%	8,80%	18,90%	17,80%	18,00%	21,70%
	Kowe	0,3%	14,40%	5,60%	3,30%	8,10%	5,10%
Ituri	Adja	3,3%	5,30%	4,10%	7,20%	4,80%	5,10%
	Angumu	4,5%	5,20%	5,20%	3,10%	8,40%	12,20%
	Mambasa	10,4%	10,30%	19,00%	15,90%	24,70%	22,70%
	Mangala	8,8%	7,10%	14,10%	17,30%	3,40%	1,50%
Kinshasa	Kalamu II	4,9%	5,30%	-8,90%	8,50%	5,30%	5,00%
	Ngaba	1,9%	1,60%	0,90%	2,90%	11,70%	3,30%
	Maluku II	3,1%	4,40%	3,80%	5,20%	7,00%	5,50%
	Masina I	7,1%	5,30%	2,30%	4,10%	7,60%	5,40%
	Barumbu	5,5%	9,90%	12,80%	3,00%	1,70%	2,30%
	Binza-Meteo	1,0%	0,30%	12,10%	1,00%	0,80%	6,10%
Tanganyika	Kabalo	8,3%	4,40%	6,00%	7,40%	2,70%	7,80%
	Kalemie	3,4%	4,90%	4,10%	4,90%	4,90%	6,90%
	Kiambi	8,8%	6,90%	7,50%	11,80%	8,70%	38,80%
	Nyunzu	11,0%	10,40%	14,80%	15,00%	5,10%	4,70%
Tshopo	Lowa	10,0%	7,50%	11,00%	9,30%	6,00%	-1,20%
	Makiso-Kisangani	8,9%	7,50%	7,90%	11,40%	8,40%	4,80%
	Mangobo	6,1%	6,20%	8,40%	9,00%	6,20%	3,90%
	Opala	7,2%	1,40%	9,30%	10,00%	10,10%	8,80%
	Yahisuli	6,1%	6,10%	7,80%	5,50%	12,00%	7,10%
	Basali	6,2%	9,60%	12,30%	8,20%	6,90%	20,20%
	Isangi	4,6%	3,50%	11,00%	9,80%	8,20%	8,30%
	Yabaondo	7,6%	7,90%	6,80%	5,10%	6,70%	18,80%

La ZS de Mambasa dans la province d'Ituri a enregistré un taux d'abandon Penta1/penta3, même s'il est resté $\geq 10\%$ durant toutes les années de l'évaluation (2013-2018), a une tendance à la baisse (Tableau 11). Cette tendance à la baisse a été confirmée dans la cohorte des ZS enquêtées, passant de 6 ZS sur 24 (25%) en 2013 à 2 sur 24 (8,3%) en 2018.

Tableau 12: Évolution du taux d'abandon de VPO1/VPO 3 dans les zones de santé visitées, de 2016 à 2018

DPS	ZS	2018	2017	2016
Haut Katanga	Katuba	2,0%	8,9%	19,6%
	Kowe	12,9%	14,7%	5,6%
Ituri	Adja	2,7%	-0,8%	4,0%
	Angumu	7,8%	7,3%	12,5%
	Mambasa	10,7%	10,1%	21,3%
	Mangala	12,3%	4,1%	6,4%
Kinshasa	Kalamu II	4,9%	5,3%	-8,9%
	Ngaba	1,9%	1,8%	0,9%
	Maluku II	3,1%	4,4%	3,8%
	Masina I	7,1%	5,5%	2,5%
	Barumbu	5,5%	8,8%	3,8%
	Binza-Meteo	1,0%	2,2%	4,2%
Tanganyika	Kabalo	7,2%	5,2%	10,0%
	Kalemie	3,5%	5,0%	4,6%
	Kiambi	8,8%	6,7%	7,3%
	Nyunzu	13,0%	9,3%	10,7%
Tshopo	Lowa	10,6%	9,4%	6,0%
	Makiso-Kisangani	7,6%	7,8%	7,2%
	Mangobo	17,2%	6,9%	7,8%
	Opala	7,1%	1,4%	9,3%
	Yahisuli	40,8%	6,2%	7,8%
	Basali	6,7%	6,6%	8,9%
	Isangi	4,6%	5,0%	11,0%
	Yabaondo	7,6%	7,8%	-0,6%

En ce qui concerne le taux d'abandon VPO1/VPO 3 dans les ZS enquêtées, seules les données de 2016 à 2018 sont disponibles (Tableau 12). Le constat global est qu'il y a une légère augmentation de nombre de ZS avec un taux d'abandon de plus de 10% qui est passé de 5 ZS sur 24 (20,8%) en 2016 à 7 ZS sur 24 (29,1%) en 2018.

2.2.5. Couverture en CPN dans les ZS d'étude

Tableau 13: Évolution de la couverture en CPN1 et CPN4 dans les ZS d'étude, de 2017-2018

DPS	ZS	CPN1		CPN4	
		2017	2018	2017	2018
Haut- Katanga	Katuba	98,4	89,9	44,3	40,9
	Kowe	47,1	69,4	10,6	28,1
Ituri	Adja	79,7	80,9	20,8	28,3
	Angumu	111,2	115,5	56,3	49,4
	Mambasa	125,2	117,4	76,3	81,3
	Mangala	66,9	52,3	24,0	17,2
Kinshasa	Binza Météo	56,5	47,8	29,5	26,4
	Kalamu 2	19,8	21,0	4,20	4,6
	Maluku 2	93,8	72,0	56,9	45,3
	Ngaba	42,6	52,0	15,9	21,0
	Masina 1	53,4	49,3	21,3	23,3
	Barumbu	35,5	36,1	12,5	15,6
Tanganyika	Nyunzu	66,4	74,1	19,5	23,4
	Kabalo	59,5	27,1	25,7	12,7
	Kalemie	75,2	94,7	22,1	35,0
	Kiambi	60,1	58,5	21,8	26,8
TSHOPO	Lowa	92,6	71,2	41,9	39,0
	Yahisuli	70,4	48,3	38,2	28,6
	Yabaondo	93,5	87,7	40,4	36,7
	Makiso	99,5	118,6	62,2	80,8
	Isangi	97,2	95,0	48,0	56,6
	Basali	77,2	89,1	36,9	48,8
	Opala	92,9	94,4	34,5	33,2
	Mangobo	90,1	90,9	55,5	59,2

Les ZS de Kowe, Adja, Mangala, Binza, Kalamu2, Ngaba, Masina 1, Barumbu et toutes les zones de Tanganyika, Yahisuli et Basali avaient une couverture de CPN1 en dessous de 91%, pour chacune des deux années. La ZS de Kalamu2 avait une couverture médiocre en 2017 et 2018 avec respectivement 19,8% et 21%. Deux ZS ont eu plus de 100% (Angumu et Mambasa) en 2017. Hormis ces deux ZS, en 2018, la ZS de Makiso avait aussi une CV de plus de 100% (voir Tableau 13).

Pour la CPN4, la ZS de Makiso présente une bonne couverture avec 62% en 2017 tandis que la ZS de Mambasa présente une meilleure couverture avec 81% en 2018.

En termes d'évolution, la moitié des zones de santé ont vu leur couverture en CPN1 diminuer entre 2017 et 2018, alors que l'autre moitié des zones de santé a enregistré un accroissement de couverture en CPN1 durant la même période. En ce qui concerne la CPN4, 9 zones de santé sur 24 (37,5%) ont enregistré une baisse de couverture contre 15 zones de santé sur 24 (62,5%) qui ont vu leur couverture en CPN4 augmenter entre 2017 et 2018.

2.2.6. Accouchements assistés institutionnels dans les ZS d'étude

Tableau 14: Évolution annuelle des accouchements assistés institutionnels dans les ZS d'étude

DPS	ZS	Taux de couverture en accouchement assisté	
		2017	2018
Haut- Katanga	Katuba	104,0	113,6
	Kowe	29,1	30,7
Ituri	Adja	45,5	55,9
	Angumu	59,9	56,5
	Mambasa	81,0	85,5
	Mangala	45,8	38,5
Kinshasa	Binza Météo	41,0	39,0
	Kalamu 2	14,9	13,1
	Maluku 2	53,0	41,0
	Ngaba	24,9	36,8
	Masina 1	48,0	45,5
	Barumbu	24,0	24,1
Tanganyika	Nyunzu	13,4	18,8
	Kabalo	17,7	9,6
	Kalemie	35,1	47,4
	Kiambi	21,8	25,5
TSHOPO	Lowa	54,4	42,2
	Yahisuli	45,9	35,6
	Yabaondo	68,8	60,0
	Makiso	83,1	100,5
	Isangi	70,7	74,1
	Basali	56,9	74,9
	Opala	65,7	54,5
	Mangobo	68,3	67,7

Le tableau 14 montre que trois zones de santé, Mambasa, Katuba et Makiso, ont un taux d'accouchement assisté supérieur à la cible en 2018 (80%).

Entre 2017 et 2018, la moitié des ZS ont augmenté leur taux d'accouchements assistés, tandis que l'autre moitié des ZS ont enregistré une diminution.

2.2.7. Situation des épidémies dans les zones de santé enquêtées

Nature des épidémies ayant sévi dans les zones de santé enquêtées, de 2014-2018

Tableau 15: Répartition par ZS des épidémies survenues de 2014-2018

DPS	ZS	2014	2015	2016	2017	2018
Haut- Katanga	Katuba					Rougeole
	Kowe					
Ituri	Adja					
	Angumu	Rougeole				
	Mambasa					Rougeole
	Mangala					
Kinshasa	Binza Météo	Rougeole				
	Kalamu 2	Rougeole				
	Maluku 2	Rougeole				Rougeole
	Ngaba			Fièvre jaune		
	Masina 1			Fièvre jaune		Rougeole
	Barumbu	Rougeole				
Tanganyika	Nyunzu		Rougeole	Rougeole		
	Kabalo		Rougeole	Rougeole	aVDPV2	1. Rougeole 2. cVDPV2
	Kalemie	Rougeole		Rougeole	Rougeole	
	Kiambi		Rougeole	Rougeole	Rougeole	
Tshopo	Lowa				Rougeole	
	Yahisuli					
	Yabaondo					
	Makiso					Rougeole
	Isangi					Rougeole
	Basali					
	Opala					
	Mangobo					

Au cours de la mise en œuvre des approches RPR et SACI dans les ZS enquêtées, des épidémies sont survenues (Tableau 15). Il s'agit essentiellement des épidémies de rougeole qui ont sévi dans 10 ZS sur 24 (41,6%). En 5 ans, les ZS de Maluku 2, Nyunzu, Kabalo, Kalemie et Kiambi ont connu au moins deux épidémies de rougeole. Les autres épidémies sont celles de la Fièvre jaune qui ont sévi dans les ZS de Ngaba et Masina 1 en 2016 et celles de Poliovirus dérivé du vaccin (VDPV) qui ont frappé la ZS de Kabalo au cours des deux années consécutives, 2017 et 2018. Il convient de noter l'absence d'épidémie de rougeole dans les ZS de la DPS Tshopo jusqu'en 2017 et son apparition en 2018 dans les ZS de Makiso et Isangi.

Aussi, 5 ZS sur 7 qui ont connu une épidémie de rougeole en 2018 n'en avaient pas connu au cours des 4 dernières années au moins. En outre, 8 ZS sur 24 (33,3%) n'ont connu aucune épidémie entre 2014 et 2018.

2.2.7.1. Épidémies de rougeole et couvertures vaccinales en VAR

En se référant à la figure 6, il s'avère qu'à l'exception des ZS de Barumbu en 2014 et Kiambi en 2015, les ZS ayant connu une épidémie au cours de la période 2014-2018, ont enregistré des couvertures vaccinales en VAR d'au moins 80%, parmi lesquelles paradoxalement 4 présentent une couverture VAR de plus de 100%.

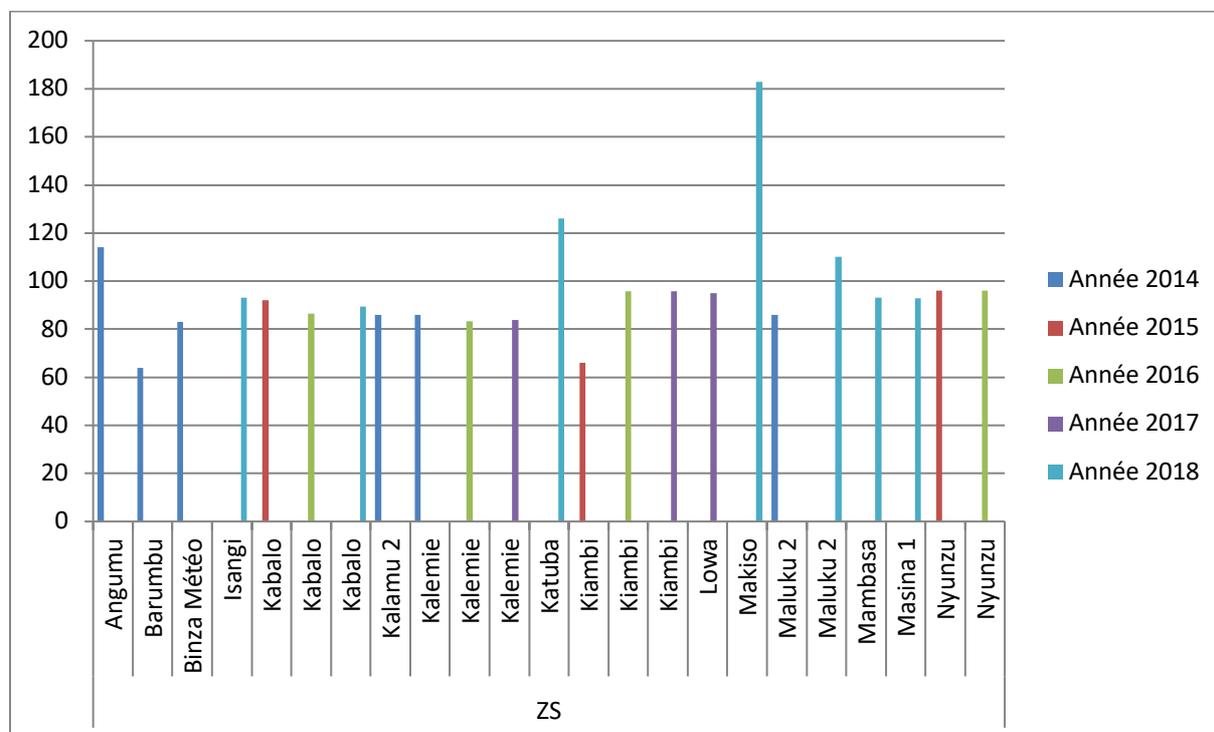


Figure 6: Couvertures vaccinales en VAR dans les ZS ayant connu des épidémies de rougeole, 2014-2018

2.3. Efficience

En rapport avec l'efficience, les informateurs se sont prononcés sur la budgétisation et le financement des activités envisagées dans le cadre du RPR et des SACI ainsi que sur la conformité ou non des modes d'utilisation des ressources financières avec la politique de gestion et de transparence de l'UNICEF et aux dispositions de la procédure nationale de gestion des finances publiques. Il était aussi question sous cet aspect, de questionner la disponibilité/décaissement ou non des fonds prévus pour les activités de l'approche antenne et voir si ceux-ci ont été adaptés au regard des aléas et contraintes rencontrés.

Par ailleurs, on devrait examiner si les différentes activités de l'approche antenne ont, dans leur évolution, capitalisé les succès et les échecs des étapes précédentes et quelles sont les raisons des éventuels retards dans l'exécution de cette approche.

Voici ce qu'ont déclaré certains informateurs à propos :

« Toutes les activités ont été financées ; de ce point de vue, l'UNICEF a toujours honoré ses engagements. L'utilisation des fonds a été optimale bien que quelques facteurs ont perturbé la mise en œuvre des programmes. Les coûts sont conformes, car ils sont fonction de ce qui est planifié dans les fiches techniques ».

« L'approche apporte une valeur ajoutée évidente : la transmission des données se fait en temps réel grâce au logiciel DHS2, la surveillance épidémiologique est renforcée (des cas suspects sont transmis aussitôt à l'INRB à Kinshasa), les intrants arrivent à temps et leur conservation est assurée grâce à l'acquisition des réfrigérateurs solaires) ».

« L'approche est innovante, elle a doté la ZS de Kalemie de 14 frigos solaires, 3 congélateurs, 4 frigos à pétrole et d'un frigo électrique, malheureusement en panne. En plus, le programme a pensé quand même à motiver les prestataires en leur donnant 3,5 \$US /jour. Les autres partenaires ne donnaient rien » a dit un interlocuteur ».

« Les activités planifiées dans le cadre de ces deux approches ont été réellement financées mais pas totalement à cause des retards dans le décaissement des fonds. Aussi, les fonds reçus n'ont pas été satisfaisants selon certains infirmiers ? interviewés, car le montant décaissé n'était pas à la hauteur de la planification de base faite au départ. ».

Signalons quand même que la majorité des répondants pensent que les fonds reçus étaient d'une aide précieuse pour la réalisation des activités planifiées et ont émis le souhait de voir l'État congolais et d'autres partenaires financiers s'impliquer dans la mise en œuvre de ces activités afin de vacciner le maximum des gens.

L'on note quelques facteurs qui pourraient justifier le taux d'utilisation des fonds reçus par les ZS : l'accessibilité géographique aux ZS, le leadership du niveau intermédiaire, la répartition des fonds selon les lignes budgétaires (planification, supervision, stratégies avancées, l'évaluation des activités). Certains interviewés estiment, cependant, que le principe de l'équité, en fonction du contexte géographique des ZS, n'a pas été respecté lorsqu'on a alloué les fonds (p.ex. : une ZS dont une grande partie de couverture est fluviale recevait la même quantité de carburant que celle qui n'a qu'une couverture terrestre).

La mise en œuvre de ces approches a été réalisée en capitalisant les succès et échecs des étapes précédentes, en l'adaptant chaque fois par rapport aux aléas trouvés sur terrain. C'est ce que les informateurs ont appelé « *recadrage* », en fonction du budget, qui se fait semestriellement afin d'atteindre les résultats escomptés.

2.4. Durabilité

Plusieurs facteurs ont été mentionnés par les informateurs clés comme étant des barrières à la durabilité de ces approches. Les facteurs les plus fréquemment cités sont : (i) la moindre performance du personnel de santé au niveau des aires de santé, (ii) l'accessibilité géographique difficile à certaines zones de santé, (iii) les mouvements des populations occasionnés par des situations d'insécurité à répétition et (iv) le manque d'appropriation de ces approches par la communauté et les autorités politico-administratives.

D'autres facteurs ont été cités, notamment la présence de certaines sectes réfractaires à la vaccination, la démotivation des prestataires lorsqu'ils n'ont pas encore reçu la prime venant du partenaire, etc.

Sur le terrain, la mise en œuvre des activités s'est heurtée à un certain nombre de difficultés : la rupture de stock des vaccins et des outils de gestion, la faible couverture en matériels de chaîne de froid et la faible sensibilisation de la communauté par rapport au respect du calendrier vaccinal.

Selon les informateurs clés, la durabilité de ces approches tient compte des certaines conditions, à savoir : (i) appuyer au maximum les activités de PEV de routine, (ii) sensibiliser la communauté pour qu'elle s'approprie les activités de vaccination, (iii) assurer le financement des activités de vaccination par le gouvernement congolais, (iv) faire bon usage des matériels acquis lors de ces projets.

3. Analyse SEPO

A ce niveau, partant de tous les éléments recueillis, nous procédons à une analyse de succès, des échecs, les obstacles (contraintes) et les potentialités (opportunités) à capitaliser.

Cette démarche permet de ressortir les bonnes pratiques et les leçons apprises au cours de la mise en œuvre de ces deux approches.

3.1. Succès : (y compris les bonnes pratiques, leçons apprises)

La plupart des interviewés pensent que ces approches ont apporté plu valu au PEV de routine et cela sur plusieurs plans :

- **Sur le plan contextuel.** Du fait, le financement des activités de routine pose souvent problème, SACI et RPR ont été innovantes en ce sens qu'ils ont apporté les moyens nécessaires pour mettre en œuvre les activités de vaccination.
- **Sur le plan conceptuel.** Ces approches font parties de vrais problèmes identifiés au sein de la communauté (enfants non ou insuffisamment vaccinés, persistance du tétanos néonatal). Ainsi, les objectifs ont été fixés en fonction de ces problèmes avec des indicateurs clés à suivre. Aussi, ces approches ont pris en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon leurs rôles : le niveau intermédiaire qui appuie techniquement le niveau opérationnel dans la mise en œuvre des activités avec l'implication de la communauté (Engagement des communautés dans l'installation des CAC dans certains villages avec collecte active des enfants vaccinés et insuffisamment vaccinés lors des visites à domicile des RECOs. Intégration de jetons de récupération des enfants, au bénéfice des RECOs. Récupération des enfants non ou insuffisamment vaccinés dans une dynamique communautaire).
- **Sur la planification et gestion des ressources.** Ces approches ont amélioré le système de santé dans :
 - la coordination des ressources techniques et financières nécessaires pour atteindre chaque communauté dans chaque district,
 - La gestion des approvisionnements de l'antenne vers les ZS et des ZS vers les AS,
 - La capacitation des EPP pour accompagner (les EPP sont capables de faire des supervisions formatives, on a conçu pour ce faire une fiche signalétique de L'EPP dans sa ZS. Initiation des réunions mensuelles avec les EPP pour restitution des missions de terrain),
 - La capacitation des ECZ, et des prestataires,
 - L'accompagnement rapproché.

La planification à la base avec l'implication de la communauté a permis que la population ressorte ses vrais besoins concernant ses problèmes.

- **Sur le plan stratégie de mise en œuvre.** On a mis en place plusieurs stratégies afin d'atteindre toute la cible en allant rechercher et sensibiliser les concernés dans la communauté (avancée, mobile voire fluviale). Aussi, la cible a été élargie grâce à ces approches : on a pris en compte les femmes enceintes et en âge de procréer contrairement au PEV de routine qui ne prend que les femmes enceintes ; et on a considéré les enfants de 0 à 23 mois tandis que le PEV de routine ne prend que ceux de 0 à 11 mois et considère que vacciner ceux de plus de 1 an c'est une perte. En termes de durée, il y a aussi eu une innovation parce que, p.ex. lors des SACI, on vaccine les gens pendant 5 jours de façon continue, ce qui n'est pas fait en PEV de routine.

Ces approches ont été aussi une occasion pour revoir le statut vaccinal des enfants afin de le compléter. Dans la mise en œuvre, certains faits saillants suivants ont été notés :

- Signature du contrat unique ;
 - La tenue des réunions des organes de coordinations et des décisions (CCIA...) ;
 - Point de commande à 8 semaines de disponibilité et commande pour atteindre 16 semaines de disponibilité ;
 - La complémentarité des interventions aboutissant à l'amélioration de la qualité des prestations ;
 - L'implication de la communauté dans les activités ;
 - L'augmentation du nombre de séances de vaccination en stratégie fixe et avancée ;
 - La régularité des supervisions à tous les niveaux ;
 - La réalisation des réunions de monitoring à tous les niveaux (AS, BCZ, coordination PEV) ;
 - Monitoring pour action : Suivi et utilisation des données pour l'action (Suivi des indicateurs de performance à tous les niveaux et remontée mensuelle des indicateurs pour action, Correction des actions en cours de leur mise en œuvre sur le terrain, Inclusion des acteurs dans le processus de suivi et évaluation, Prise de décision concertée et partagée, Surveillance des maladies évitables par la vaccination).
- **Sur le plan de résultats de la vaccination et du système de santé**
 - La prise de conscience des acteurs de l'importance de la vaccination ;
 - L'amélioration de la couverture vaccinale au niveau de chaque AS ;
 - La baisse de taux des perdus de vue ;
 - La baisse de taux des enfants non vaccinés ;
 - La fonctionnalité de la chaîne de froid (apport en carburant au niveau des antennes et coordination PEV, dotation en réfrigérateur solaire au niveau des BCZ et AS) ;
 - L'amélioration de la couverture en matériel de la chaîne du froid ;
 - L'augmentation du nombre de séances de vaccination ;
 - L'augmentation du nombre d'enfants récupérés par mois
 - La baisse du nombre de jours de rupture de stock

- **Sur l'Impact sur la vaccination et le système de santé**
 - Réduction sensible des enfants non vaccinés

Les approches antennes ont été mises sur pied pour pallier les insuffisances des stratégies PEV traditionnelles, devenues peu efficaces.

La SACI a permis de porter, dans les fins fonds des villages, le message selon lequel « vacciner son enfant c'est le protéger ». Il a permis de débusquer les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal. Elle innove dans la manière de rechercher les enfants et femmes concernés par la vaccination. Elle a permis la multiplication de la sensibilisation dans les communautés. « Avec la SACI, la sensibilisation se fait de porte à porte » et de ce fait, elle touche le plus grand nombre.

Un informateur clé plus systématique et détaillé décline comme suit les innovations de la SACI par rapport aux stratégies PEV traditionnelles :

- La formation de l'équipe-cadre de la ZS, de l'unité fonctionnelle et des Relais Communautaires en vue de rechercher, mobiliser les parents des enfants et les femmes,
- Rechercher et identifier les enfants et femmes non ou insuffisamment vaccinés,
- le superviseur se renseigne si les enfants et les femmes étaient vaccinés et si les séances s'étaient déroulées dans les endroits mal couverts,
- lors de la micro-planification, le Relais Communautaire sensibilise la communauté et fixe le rendez-vous des séances de vaccination,
- on effectue les visites à domiciles pour rechercher les PFA, la rougeole et le tétanos,
- Seuls les infirmiers formés sont impliqués dans l'activité,
- On assure la formation des Infirmiers Titulaires.

3.2. Échecs /Points à améliorer

Néanmoins, certains points à améliorer ont été relevés, tels que :

- le retard dans le financement des activités planifiées ;
- le mauvais état des maternités ;
- la persistance des accouchements à domicile et certains us et coutumes (p.ex. la section de cordon ombilical au couteau) ;
- la mauvaise qualité des données suite à la rupture des outils de gestion ;
- les ruptures de stock de vaccins par moment pour certains antigènes ;
- l'insuffisance dans le mauvais suivi des activités à tous les niveaux ;
- le nombre de revues est insuffisant. Il devrait passer d'une à quatre ;
- absence de recyclage des prestataires ;
- le rythme de contrôle de qualité est insuffisant ;
- on observe une modicité de fonds alloués aux RECO ;
- la quasi-totalité des informateurs clés disent n'avoir reçu aucune formation avant et après la mise en place de la stratégie SACI ;
- les consultants engagés par l'UNICEF ont rencontré beaucoup de difficultés d'ordre sécuritaire au cours de leurs activités dans le Tanganyika. Plusieurs villages n'ont pu être investigués à cause de l'insécurité, des conflits intercommunautaires et des déplacements massifs des populations du fait de ces conflits.
- la motivation des prestataires n'est pas conséquente. « *On finance la vaccination, mais on ne finance pas les moyens qui rendent possibles cette vaccination, comme le transport*

de ceux qui vont vacciner ou le transport des réfrigérateurs qui servent à la conservation des vaccins ».

- logistique et transports défaillants et trop coûteux *« la plupart des matériels et même le vaccin sont transportés par avion à des prix faramineux »* ;
- les partenaires ne financent qu'en partie les activités. *« Les budgets alloués sont insuffisants : ils donnent les vaccins mais ne prévoient pas des moyens pour acheter le carburant à mettre dans le générateur devant faire fonctionner les réfrigérateurs qui conservent les vaccins ».*
- la grande partie des fonds du RPR est dépensée au niveau stratégique à Kinshasa par les partenaires, mais au niveau opérationnel, il y a des Zones de Santé qui ne reçoivent rien du tout. *« Tout l'argent est gaspillé à Kinshasa dans des per diem. Par exemple, pour les gens de l'UNICEF qui viennent en mission on prévoit 100\$US/jour, mais à ceux qui descendent sur le terrain on donne 3,5\$US... ».*
- dans le Tanganyika, les fonds ont été mal utilisés. C'est ce que souligne l'un des informateurs clé: *« Leur utilisation n'a pas été conforme à la politique de gestion de l'Unicef, ni encore moins, de la procédure nationale de gestion des finances publiques... En tout cas, il y a eu des abus dans le Tanganyika et le cas le plus frappant est celui du Dr X, médecin chef de division provinciale levé de ses fonctions en 2017 pour malversation financière. Je me souviens également qu'un AG de Kiambi avait détourné 6000\$US destinés aux activités de vaccination après les avoir retirés à l'agence Soficom de Kiambi. ».*
- abondant dans le même sens, un autre informateur souligne ce qui suit en réponse à la question relative à l'utilisation des fonds *« Ah, Ah, Ah... Bon. Selon les auditeurs qui sont passés à Kalemie, au niveau de notre Province nous avons failli être radiés du financement des partenaires. C'est ce qui est à la base du départ de l'ancien chef de division. Mais actuellement, les choses évoluent positivement »,* a-t-il conclu. *A ce problème des détournements et des malversations financières « s'ajoute celui des retards dans la production des pièces justificatives. C'est ce qui a coûté au Chef de division son poste... Il justifiait les dépenses avec plusieurs mois de retard. »*
- l'insuffisance des effectifs de Relais Communautaires devant sensibiliser les populations sur la vaccination
- insuffisance des frigos
- indisponibilité des vaccins en temps voulu
- ruptures fréquentes de la chaîne de froid qui remet en question la qualité des vaccins utilisés
- perte des matériels de vaccination
- faible motivation (financière) des prestataires
- le nombre insuffisant de revue (passer d'une à quatre)
- le rythme insuffisant de contrôle de qualité
- instabilité des RH
- retard dans la justification des fonds reçus par les zones de santé et dans le décaissement des fonds par le partenaire.

Il faut souligner par ailleurs qu'on n'a pas réellement évalué les capacités des bénéficiaires opérationnels avant et après la mise en place de ces approches.

Néanmoins, même si on a renforcé les capacités des prestataires, il y a eu par moment des mutations de certains personnels formés dans ces approches, d'où il persiste toujours un

besoin de capacitation pour continuer la mise en œuvre de ces programmes. Aussi, une catégorie de personnel n'a pas été formée au départ. C'est le cas de la plupart des RECO, par exemple.

3.3. Potentialités (opportunités)

Les consultants engagés par l'UNICEF ont bien fait leur travail et les données, de très bonne qualité, qu'ils ont produites ont largement contribué à l'élaboration du Plan Mashako.

La collaboration entre les consultants et les différentes administrations a été bonne. Bien plus, les informations rapportées par les consultants ont été complémentaires car depuis lors, *« la transmission des données se fait en temps réel et la micro-planification permet désormais un dénombrement précis des ménages à couvrir et donc de rendre disponible les intrants en fonction des besoins réels de vaccination identifiés »*.

L'apport des consultants dans la formation dans certaines zones de santé, le suivi et l'analyse des résultats obtenus était d'une grande importance.

Des supervisions sur terrain de la part de l'Unicef et de la DPS.

3.4. Obstacles (contraintes)

Certaines causes des éventuels retards dans l'exécution de ces approches ont été soulevées :

- Le chevauchement des activités dans les zones de santé ;
- La survenue des urgences sanitaires dans la région (par exemple. il y a eu une riposte de Polio qui a fait à ce qu'il y ait un retard dans le financement de la deuxième phase de SACI à Tshopo) ;
- Trop de bureaucratie dans le décaissement des fonds du côté des partenaires. C'est qui a fait dire à un enquêteur que *« les fonds arrivent parfois en retard. Ils ne sont pas disponibles au moment voulu »* Dans le même ordre d'idées, en colère un autre s'est exprimé en ces termes : *« Ces gens nous ont autorisé de nous engager à prendre des crédits en cas de retard de décaissement pour couvrir la vaccination des zones de santé que compte la ville de Kalemie. Nous avons pris des crédits, ils sont incapables de rembourser ; ils nous demandent de contacter Kinshasa et les gens de Kinshasa nous répondent qu'eux non plus, ils ne sont pas financés car le budget n'est pas prêt. »*
- La faible appropriation des programmes par les autorités provinciales qui n'allouent pas un budget conséquent aux programmes de vaccination ;
- Les conflits intercommunautaires récurrents dans plusieurs ZS et les déplacements massifs des populations ;
- La réfraction de certaines églises traditionnelles très hostiles à la vaccination, notamment à Kiambi et Kabalo.

IV. DISCUSSION

L'enquête a révélé que les deux approches sont bien connues à tous les niveaux du système sanitaire, du moins théoriquement. Cependant, leur mise en œuvre, les résultats tels que perçus par les parties prenantes (déclaration des informateurs) et les résultats quantitatifs présentent parfois des décalages. Les résultats quantitatifs présentés manquent généralement de corrélation et ceci est susceptible de remettre en question leur validité. En dépit de cela, les deux approches présentent des potentialités certaines dans le sens d'améliorer le PEV de routine et de contribuer à l'élimination du tétanos néonatal. De leur mise en œuvre actuelle, des leçons peuvent bien en être tirées dans la perspective de leur capitalisation, et ceci ressort bien dans les commentaires faits sur l'analyse SEPO.

1. A propos des composantes des deux approches (RPR et SACI)

1.1. Planification à la base de la mise en œuvre de l'approche RPR et des SACI

En ce qui concerne la planification à la base, les informateurs distinguent clairement ce qui devrait se faire (planification ascendante) tel que préconisé par les deux approches de ce qui se fait régulièrement en pratique (planification descendante). Dans la formulation du programme Renforcement Institutionnel des Politiques de Santé bas »es sur les évidences au Congo (RIPSEC), les auteurs faisaient également le constat selon lequel le niveau opérationnel du système de santé jouait essentiellement le rôle d'exécutant d'instructions et de programmes verticaux venant du niveau central au lieu d'être un acteur à part entière dans la planification de bas en haut¹. Le niveau central devrait laisser au niveau opérationnel la latitude de planifier les activités en fonction de la situation locale et renforcer ainsi le leadership à ce niveau. C'est ici qu'une équipe cadre, qui fonctionne comme interface entre niveau communautaire (micro) et niveau DPS/central (macro), et qui, en principe fait la synthèse entre planification de bas-en-haut et celle de haut-en-bas trouve tout le sens de son existence.

1.2. Gestion financière, des ressources humaines et programmatique dans le cadre de RPR et SACI

Il est intéressant de noter que la mise en œuvre de ces deux approches n'a pas introduit de nouvelles procédures concernant la gestion financière, ni recruté de nouvelles unités y affectées spécifiquement, et le matériel acquis dans ce cadre a servi et continue de servir réellement au renforcement du PEV de routine. Cette façon de faire contribue à la pérennisation des acquis de ces approches dans les zones de santé où elles sont mises en œuvre. Mais, la prime donnée par l'UNICEF aux prestataires l'étant pour les activités du PEV, il y a lieu de craindre que ces prestataires privilégient celles-ci au détriment des autres, avec un impact négatif sur le renforcement du système de santé. A cet égard, le Ministère de la Santé et ses PTF devraient penser à mettre progressivement en place le contrat unique à tous les niveaux, et en tenant compte des spécificités de chacun. Fritzen (2007) [13], dans une revue de la littérature sur le personnel de santé dans les pays en développement, écrit que « la culture organisationnelle peut être aussi essentielle que les incitations financières directes du personnel. Bien que les salaires et la sécurité de l'emploi soient clairement des facteurs déterminants du moral, de nombreuses organisations des pays en développement ont été en mesure d'améliorer considérablement leurs performances en instaurant une culture

¹ RIPSEC, 2015

participative, ouverte et axée sur les performances dans laquelle la main-d'œuvre est déployée ». Il convient de rappeler que ladite prime a été jugée modique par certains acteurs de terrain, notamment les RECO (3.5\$/mois) et ceci a été confirmé par un acteur de niveau central qui a indiqué que le montant planifié a été de 20\$/mois par aire de santé. L'on peut donc logiquement conclure qu'il n'y a pas eu en général de déperdition des montants pendant le trajet. La motivation financière étant très déterminante dans la performance des prestataires dans le contexte de la RDC où bon nombre d'agents n'ont pas de salaire et/ou de prime, mérite une attention particulière de la part du Gouvernement et des PTF dans une approche globale tel que le contrat unique. Closser et al. 2017[14], étudient le paiement des primes pour les RECO dans les campagnes des masses contre la polio en Asie comme en Afrique. Même si légèrement élevée (1,50 et 2,40 \$ par jour) par rapport à ce qui a été proposé aux RECO en RDC, ce paiement n'est pas bien perçu par un groupe d'opinions des bailleurs alors que certains responsables internationaux estiment que ces rétributions sont nécessaires pour couvrir les dépenses engagées par les RECO pendant les campagnes. Toutefois, dans de nombreux pays, les hauts fonctionnaires des ministères de la santé craignaient que même les plus petites primes ne soient pas durables. En revanche, les RECO considèrent ces primes comme un salaire ; et le plus petit de taux payé est perçu comme étant injuste et inéquitable. Considère les points de vue des RECO déplacerait la discussion sur les primes vers des questions fondamentales de droits du travail et de justice dans les organisations mondiales de santé [14].

1.3. Renforcement des capacités dans le cadre de RPR et SACI

Le renforcement de capacités a été l'un des volets importants de deux approches afin de disposer du personnel capable de travailler avec des compétences requises pour l'atteinte des objectifs assignés. Alors que ce renforcement de capacité devrait normalement se faire avant et pendant la mise en œuvre des activités de l'approche RPR et des SACI, les bénéficiaires ont plus à l'esprit les ateliers de formation organisés avant la mise en œuvre. Les supervisions dont ils auraient bénéficié et qui sont des opportunités intéressantes d'apprendre en faisant (*learning by doing*) les ont moins marqués. Ceci plaide sans doute pour un changement dans l'approche de supervision qui doit devenir par essence formative.

1.4. Renforcement des liens avec la communauté dans le cadre de RPR et SACI

Dans la mise en œuvre des approches sous étude, l'implication de la communauté, de la planification aux activités vaccinales proprement dites, a été bien appréciée. Mais il convient de noter que l'action communautaire est un combat de longue haleine, et renforcer la confiance entre les communautés et les prestataires des soins dans les structures de santé est un impératif² L'implication de la communauté doit être vue dans le contexte d'offre et d'utilisation des services de santé, mais aussi comme un facteur clé des déterminants sociaux de la santé et de la santé comme un droit [15]. L'approche communautaire permet ainsi l'appropriation des actions sanitaires par les acteurs au niveau de la base, ce qui est un gage de la durabilité des acquis. La manière dont les séances de vaccination sont organisées dans les services de santé exerce une sorte de pression sociale sur les femmes : dans les milieux ruraux, la communauté sait qui a participé ou non à la séance de vaccination. Bien qu'il n'y ait pas de « punition » si une mère ne se présente pas avec son enfant pour la vaccination, le

² (<http://blogs.worldbank.org/health/fr/lutte-contre-ebola-impliquer-la-communaut-repr-sente-la-cl-du-succ-s>).

système de recherche des mères absentes dans le village (les visites des domiciles des mères absentes par les équipes de RECO) permet donc d'améliorer la couverture [16].

1.5. Surveillance épidémiologique dans le cadre de RPR et SACI

Notons, d'entrée de jeu, que les couvertures vaccinales ou de CPN dépassant 100% sont difficiles à interpréter.

Le renforcement au niveau des structures de soins et au niveau communautaire (tradipraticiens, leaders religieux, RECO) de la surveillance des maladies évitables par la vaccination s'est fait de manière intégrée en utilisant les mêmes outils (Registres des consultations, fiches des malades, formulaire SNIS).

La surveillance épidémiologique reste un pilier important dans la lutte contre la maladie ; elle permet de disposer des informations utiles pour la prise de décisions. Au Burkina Faso, les études réalisées sur terrain indiquent que la plupart des femmes connaissent les maladies cibles du PEV. Les maladies sont expliquées en langues locales lors de la séance de vaccination. Cependant, celles qui n'ont pas une connaissance complète de ces maladies sont souvent des jeunes mères. Les mères analphabètes ignorent souvent le programme de vaccination or, la connaissance des dates et lieux des séances de vaccination est cruciale. Les professionnels de santé doivent donc rappeler aux mères chaque rendez-vous afin qu'elles puissent amener leurs enfants à la vaccination [16].

Dans le cadre de RPR et de SACI, les parties prenantes expliquent correctement comment ces stratégies se réalisent sur terrain, et ceci correspond grosso modo à ce qui devrait se faire. Toutefois, certains travaux indiquent que l'utilisation du système de rappel (y compris les visites à domicile) peut avoir une incidence positive sur les couvertures [17–19].

2. A propos de l'efficacité des approches RPR et SACI

Rappelons que les approches étudiées visaient l'amélioration de la couverture vaccinale de routine en assurant la disponibilité de vaccins et autres intrants du PEV à 100%. Concernant le RPR, il s'agissait aussi de réduire le nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 et VPO3 ainsi que le taux d'abandon Penta1/Penta3 et VPO1/VPO3 à moins de 10% dans les ZS ciblées. Les SACI visaient aussi à améliorer les couvertures en CPN et le taux d'accouchements assistés.

Les analyses montrent que les CV se sont nettement améliorées entre 2013 et 2018 pour l'ensemble des antigènes. Cela ressort clairement dans le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 qui fait état de la diminution significative de seuil de CV (<80%) dans la majorité de ZS [20]. Parfois des couvertures de plus de 100% sont atteintes dans certaines zones de santé, évoquant clairement un problème de fiabilité de dénominateurs utilisés, soient-ils le résultat du dénombrement ou de l'extrapolation à partir du taux d'accroissement naturel.

Cependant, ces couvertures semblent ne pas refléter la disponibilité des vaccins, des ruptures de stocks ayant été enregistrées pour chaque antigène, presque chaque année dans au moins une des provinces ou antennes ciblées. La disponibilité des vaccins à 100% a finalement été un défi qui a été difficilement surmontable.

Par ailleurs, l'on a noté un nombre élevé de zones de santé (66,6%) dont le nombre d'enfants non vaccinés a augmenté entre 2013 et 2018. De même, le nombre de zones de santé avec un taux d'abandon VPO1/VPO3 de moins de 10% a augmenté entre 2016 et 2018. Ces résultats, encore une fois, remettent en cause les couvertures vaccinales et leur évolution telles que rapportées. Le taux élevé d'abandon signifie que des difficultés persistent dans l'utilisation du programme de vaccination, en particulier le suivi des enfants tout au long du calendrier de vaccination. Il faudrait donc promouvoir le genre, car les femmes sont plus sensibles et plus préoccupées par l'état de santé de leurs enfants que les hommes ; il est donc nécessaire d'améliorer la capacité décisionnelle et le pouvoir économique des femmes dans de nombreuses communautés africaines [21], où la décision d'utiliser les services de santé est entièrement dévolue aux hommes [16]. Il ne faut, cependant pas négliger complètement l'appui et l'accompagnement des papas, dont l'implication est vraiment capitale pour qu'un enfant soit complètement vacciné (13).

Les résultats en rapport avec les CPN et les accouchements assistés restent tout aussi mitigés. Quasiment autant de zones de santé ont vu ces indicateurs s'améliorer et autant d'autres les ont vus se détériorer.

En définitive, l'efficacité des approches RPR et SACI soulève la question de la fiabilité du système d'information sanitaire utilisé et/ou des acteurs impliqués ; bref de la qualité de tout le système de vaccination. La survenue récurrente des épidémies de rougeole dans des zones de santé avec des couvertures vaccinales au VAR de plus de 80% est éloquent à ce sujet. Ceci veut dire qu'en dépit de ces couvertures vaccinales, le nombre d'individus susceptibles (non vaccinés) dans ces zones de santé reste important jusqu'à atteindre un seuil critique permettant la survenue des épidémies. Ce constat a également été fait au Sénégal et au Burkina Faso où avec des couvertures vaccinales en VAR respectivement de plus de 80% et proches de 100%, cela n'a pas empêché l'éclosion d'épidémies de rougeole dans ces pays [22,23].

Cette question de qualité du système vaccinal mérite bien une attention particulière de la part des autorités et acteurs sanitaires à tous les niveaux, afin d'améliorer cet état des choses et disposer ainsi des données probantes de qualité pour une prise de décisions bien informées.

3. A propos de l'analyse Succès Échecs Potentialités et obstacles (SEPO)

a. Succès et échecs

Il est vrai que les approches antennes du PEV financées par les partenaires (dont l'UNICEF) ont été mises sur pied pour remédier aux insuffisances des stratégies PEV traditionnelles devenues peu efficaces. Au cours de la mise en œuvre de ces approches, un certain nombre d'activités ont été identifiées comme bonnes pratiques. L'idéal aurait été que ces bonnes pratiques conduisent aux résultats qui améliorent le nombre d'enfants complètement vaccinés dans l'ensemble mais les données de 2017 fournissent un pourcentage de 34% d'enfants complètement vaccinés [4]. Pour cet indicateur les données 2018 de l'OMS place la RDC derrière la Tanzanie, le Burundi et Rwanda [5].

Parmi les succès identifiés par les interlocuteurs, nous citons la baisse de perdus de vue, la baisse de taux des enfants non vaccinés ... et la baisse du nombre de jours de rupture de stocks de vaccins alors que les données recueillies auprès d'antennes PEV, signalent que la disponibilité de vaccins n'était pas au seuil attendu et que dans certaines zones de santé au

lieu d'une diminution de nombre d'enfants non vaccinés, on a remarqué une augmentation du nombre de ces enfants (non vaccinés). La raison de non atteinte de toutes les cibles dans ces deux approches se traduisent par les échecs encaissés et identifiés par les parties prenantes lors de la mise en œuvre parmi lesquels les plus fréquemment cités sont les ruptures de stock de vaccins et le retard dans le financement d'activités ou l'insuffisance du financement. A propos de financement, les prestataires reconnaissent que les deux approches ont amené les fonds pour appuyer les aires et les zones de santé tout en indiquant leur insuffisance compte tenu de la modicité du salaire et/ou autres primes de l'État. Dans cet aspect de financement il y a aussi une contradiction dans le sens que les parties prenantes ont rapporté qu'il y a eu une formation sur les procédures de gestion de l'UNICEF mais certains responsables de ZS et d'antennes PEV n'ont pas respecté toutes les procédures. Le non-respect des procédures, le retard de justification de fonds reçus antérieurement sont parfois des causes de retard, voire de suspension de financement d'autres activités. En plus il y a eu des contrées où les fonds alloués aux activités étaient carrément détournés par certains responsables sanitaires.

Parmi les succès réalisés, il y a la prise de conscience des acteurs de l'importance de la vaccination. Dans plusieurs pays subsahariens, on a constaté que divers facteurs individuels et contextuels étaient associés à l'immunisation complète des enfants [16,24–27]. Mais les auteurs signalent que malgré que l'individu soit convaincu de la vaccination, les pesanteurs communautaires influent sur le choix des options à prendre. Ce constat est similaire à notre travail. En effet, malgré la sensibilisation des mères, quelques communautés sont restées résistantes aux messages transmis à cause probablement de certaines valeurs, épinglées dans plusieurs pays subsahariens dont la religion, le lieu de résidence, le sexe du chef de ménage, les personnes vivant en couple, le niveau d'instruction de la mère, et niveau socioéconomique, la distance entre le domicile et les services de santé, les horaires de travail, l'inquiétude sur les effets indésirables de la vaccination, etc....[16,24–27].

Le fait que la CV soit faible dans certaines communes de la capitale où réside une forte communauté musulmane plaide pour cet argument. En effet, une revue systématique intégrant les études d'interventions vaccinales dans les milieux urbains suggère que les zones urbaines où la cohésion de la communauté peut être inférieure à celle des zones rurales, une augmentation de la participation à la vaccination peut être possible en faisant appel à des RECO dans la mise en œuvre des interventions telles que l'éducation, l'enregistrement des adresses et le plaidoyer vaccination. La densité de population élevée rend l'éducation à domicile possible, en particulier si elle est réalisée par le RECO [28].

Il est important de signaler que la réussite de vaccination est le résultat de l'effet simultané de facteurs individuels et contextuels. Ceci pourrait aider les planificateurs et les décideurs à mettre l'accent sur les deux : les individus et les communautés dans lesquelles ils vivent. Ceci devait être résolu par la mise en œuvre de ces deux approches car les micro-planifications devraient être réalisées avec la participation de la communauté. Malheureusement à la Tshopo, il a été remarqué que les micro-plans des ZS ne reflétaient pas les souhaits de la communauté à cause d'abord de la faible participation de celle-ci dans leur élaboration ou de la difficulté de ces membres à maîtriser tous les méandres des réalités des interventions de la santé.

Aussi beaucoup d'indicateurs devaient être améliorés par ces deux approches parce que les communautés à travers les organes de participation communautaires (CAC ; CODESA ; etc.)

étaient censés être engagés dans la réalisation des visites à domicile pour la sensibilisation, le dénombrement de la population et la communication interpersonnelle pour la récupération des enfants et femmes enceintes dans le système de vaccination et ce en collaboration avec les structures organisatrices des séances de vaccination. Mais certaines raisons peuvent être évoquées pour expliquer l'inefficacité de l'implication de la communauté comme : la planification calquée sur les maquettes de budgétisation imposée par la hiérarchie ne respectant pas les stratégies spécifiques et adaptées à chaque entité souvent non compréhensible par la communauté, les difficultés des CAC à identifier les goulots d'étranglement du PEV dans leurs plans d'action communautaire par manque d'accompagnement par les IT et ECZS et la non réalisation de toutes les visites à domicile planifiées suite à certaines contraintes tels que les catastrophes naturelles (inondations), le déplacement des populations suite à l'insécurité [29].

Les convictions religieuses sont des éléments de résistance à beaucoup d'interventions de santé, y compris la vaccination. Dans une étude au Cameroun en dehors de la conviction religieuse comme raisons de non vaccination d'enfants, le manque d'information sur la vaccination (65,3%), les heures de vaccination inadaptées à la mère ou à la gardienne d'enfants (45,3%) et l'indisponibilité de la mère ou la gardienne (28,0%) étaient les trois raisons les plus évoquées [30]. Il est à noter que malgré la déclaration de nos interlocuteurs sur l'implication de la communauté dans tout le processus de mise en œuvre de ces deux approches RPR et SAC, le doute est de mise devant les résultats et ceci nous poussant à émettre l'hypothèse qu'il y a un grand problème de communication ou d'information des communautés ou des parents sur beaucoup d'aspects en lien avec la vaccination. D'autres auteurs ont déjà évoqué cette insuffisance d'informations dans les pays d'Afrique subsaharienne [25,27,31,32]. Mais au Kenya, une expérience de contrôle de rougeole a démontré que l'utilisation parfois de personnel volontaire de la Croix rouge avec un programme de passage de maison à maison a vaincu certaines barrières : dans chaque foyer, le volontaire de la Croix-Rouge livrait l'information concernant la vaccination et effectuait un décompte des enfants ciblés dans le ménage afin d'obtenir des estimations démographiques. Les volontaires étaient formés et pouvaient répondre aux questions sur la vaccination contre la rougeole et la rubéole [33].

Le succès d'un programme de vaccination dépend de nombreux paramètres, parmi lesquels la connaissance et les compétences des prestataires de services de vaccination [18]. Or, dans la mise en œuvre de ces deux approches, il y a des antennes (Haut Katanga) qui n'ont pas bénéficié de formations formelles. Ailleurs il n'y a pas eu de recyclages de personnels. Le problème de la disponibilité et de la répartition des personnels se pose. On note une forte concentration du personnel de la santé (toutes professions confondues) dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. Par ailleurs, on note une instabilité du personnel à tous les niveaux mais surtout au niveau opérationnel due à une faible motivation des agents et des permutations intempestives. Or les formations en cascade impliquant les IT, les relais communautaires semblent montrer leur inefficacité [34,35].

Les RPR et SACI sont des initiatives qui contribuent directement et indirectement à la réduction de la morbidité et la mortalité chez les enfants contre les maladies les plus courantes évitables par la vaccination. Ces approches rencontrent le souci de la stratégie mondiale qui visent à prévenir des millions de décès grâce à un accès plus équitable aux vaccins [36]. En accord avec cet objectif mondial, la RDC, par le biais de son plan pluriannuel complet, vise à vacciner au moins 90% de la population non satisfaite [4]. Cela nécessite une

compréhension approfondie des besoins en programmes et services du PEV sur le terrain et la promotion de mécanismes permettant d'intervenir efficacement et de maintenir des résultats prometteurs.

Cette étude a montré que la connaissance ou la maîtrise de micro planification au niveau des aires de santé, puis les macro-planifications au niveau intermédiaire et national est limitée dans de nombreuses zones de santé d'étude. Car, les points à améliorer (échecs relevés) touchent toutes les composantes de PEV (à partir de la planification, passant par la logistique et la supervision). Il est à noter que l'analyse de l'efficacité du PEV doit permettre aux gouvernements provinciaux, à l'équipe de la ZS, à l'équipe de l'aire de santé et la communauté d'avoir le sentiment de responsabilité et de la propriété partagée des résultats. Les entretiens de différents groupes semblent donner l'impression que les uns jettent la responsabilité aux autres devant certains résultats négatifs.

b. Opportunités et contraintes

Les facteurs de succès de l'amélioration de la couverture en Afrique ont été attribués à la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque ZS » (ACZ), par le soutien des partenaires mondiaux, à l'utilisation d'agents de santé communautaires et à l'expansion de l'infrastructure de santé et du système de santé [26].

Tous les interlocuteurs de notre étude ont témoigné que l'apport de l'Unicef était remarquable, en termes d'appui financier d'abord, quoi que jugé par certains comme insuffisant ; en termes d'appui technique ensuite, par le recrutement des consultants qui accompagnaient les antennes et les zones de santé. L'apport des consultants était considérable dans le sens qu'il y a eu une amélioration de la collecte de données de qualité. En plus certains experts de l'Unicef ont effectué des missions au début de la mise en œuvre des RPR/SACI par la formation des formateurs et en cours de mise en œuvre par des supervisions afin de palper la réalité de terrain. Mais cette impression de l'apport de l'Unicef dans l'atteinte des résultats de RPR/SACI semble ne pas trouver une approbation des cadres du niveau national qui se plaignent que l'UNICEF traite plus avec le niveau intermédiaire, voire le niveau périphérique sans concertation avec le niveau national. Et pourtant, le niveau périphérique trouve aussi à se plaindre de l'UNICEF. Il nous a été reporté au niveau périphérique que « Tout l'argent est gaspillé à Kinshasa dans des per diem. Par exemple, pour les gens de l'UNICEF qui viennent en mission on prévoit 100\$US/jour, mais à ceux (de la ZS ou de l'aire de santé) qui descendent sur le terrain on donne 3,5\$US... ».

En analysant la problématique de non concertation avec différents niveaux de la pyramide sanitaire, nous pouvons dégager les conséquences de cette problématique par le chevauchement de certaines activités dans les zones de santé qui frisent une incoordination d'activités. D'ailleurs, parfois certaines activités n'étaient pas réalisées par manque de concertation ou de coordination, voire simplement par une coexistence avec certaines urgences sanitaires comme le cholera ou d'autres épidémies.

A propos d'épidémies signalons que depuis la mise en place de RPR en 2013, au niveau national, le nombre des ZS présentant les épidémies de rougeole par exemple a baissé de 77 en 2013, à 45 en 2015 et à 37 en 2016 ; sauf en 2014 où 99 zones de santé étaient atteintes [37] et en novembre 2018, 49 zones de santé étaient en épidémie. Comme relevé plus haut, ceci est en contradiction avec les couvertures vaccinales parfois dépassant 100% dans un bon nombre de zones de santé visitées dans le cadre de cette étude.

Parmi les raisons évoquées pour ces couvertures dépassant 100%, nous pouvons mentionner :

- La non maîtrise du dénominateur dans les zones de santé, entraînant la non-atteinte de toute la cible, et pourtant le RPR est venu corriger cela avec la micro planification à la base.
- La persistance des groupes réfractaires à la vaccination regorgeant un grand nombre d'enfants de 12-59 mois avec zéro dose reçue et pourtant les stratégies RPR avaient été mises en œuvre avec un accès sur le lien de communauté avec les prestataires ;
- Le faible accompagnement des Zones de Santé par les DPS ;
- La rupture fréquente du vaccin contre la rougeole dans les zones de santé et dans les aires de santé....

Aschalew et al [26] ont souligné l'appui des partenaires mondiaux pour la réussite de la vaccination. Cela sous-entend que le gouvernement du pays met les moyens nécessaires, lesquels sont renforcés par les partenaires techniques et financiers afin d'atteindre les résultats recherchés.

Toutefois, notre étude a fait le constat d'une faible appropriation des programmes par les autorités provinciales qui n'allouent pas un budget conséquent aux programmes de vaccination. Cette attitude n'encourage pas les partenaires qui se dépensent plus pour la population que le premier responsable de la population. Si l'appui financier semble être difficile pour les autorités provinciales ou nationales, les partenaires voudraient voir leur action dans les sanctions contre les responsables de zones de santé qui détournent les fonds ou dans les démarches de la pacification des contrées (barrière dans certaines provinces pour atteindre les enfants non vaccinés) ou dans la sensibilisation des communautés et la régulation, contrôle de certaines religions hostiles aux interventions de santé.

4. Limites de l'étude et difficultés rencontrées

L'absence des données de la situation de la vaccination ne nous a pas permis de comparer la situation avant-après les interventions. Dans ce cas il aurait fallu mettre en place un design des études quasi-expérimentales qui générerait de meilleures données factuelles. Outre le manque des données de base, notre enquête s'est limitée aux principaux acteurs, même si les leaders communautaires ont été interviewés leurs opinions ne traduisaient pas ce que ressentent les mères, premières responsables de la santé de leurs enfants. Nous avons raté quelques informations, mais le fait que certains fassent partie du groupe des leaders amenuisent quelque peu cette faiblesse.

Notre équipe n'a pas eu accès aux données financières, ce qui ne nous a pas permis de déduire l'efficacité des interventions. Lors de la récolte des informations, certaines zones n'ont pas été atteintes à cause des troubles sociaux. En plus, nous n'avons pas obtenu la base des données des zones de santé, ce qui n'a pas facilité la comparaison entre les données du niveau central et celles du niveau périphérique, quand bien même nous avons reporté de fortes discordances entre les données rapportées par le PEV et celles du DHIS2. En outre le changement de configuration des provinces, de 11 à 26 n'a pas facilité la triangulation. Le caractère nouveau de certaines équipes dans les zones de santé rurales qui souvent ne connaissaient pas les interventions du PEV réalisées dans leurs milieux, n'a pas facilité la récolte des données qualitatives. La faible couverture des zones de santé en réseau téléphonique et/ou internet a entravé la récolte des données. Enfin, l'évaluation finale des nouvelles stratégies, quoique indispensable et pertinente, devrait être faite de manière

prospective par une équipe d'experts qui pourrait non seulement procéder au recadrage de la mise en œuvre des interventions mais aussi faciliter l'analyse finale des principales retombées.

V. CONCLUSION

Cette étude est la première qui documente les deux approches, RPR et SACI, utilisées par le PEV, appuyé par l'Unicef, pour améliorer ses performances en termes de contribution à la réduction de la morbidité et mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. Elle permet ainsi de conceptualiser, de comprendre le processus d'opérationnalisation des deux approches à partir des informations recueillies.

Le processus d'étude a été participatif depuis le début, avec la participation des autorités sanitaires et autres parties prenantes au niveau central, provincial et local, afin de renforcer l'appropriation de l'étude et de ses résultats.

Les innovations importantes introduites par les deux approches sont notamment (i) l'élargissement de la cible : 0-23 mois pour les enfants et femmes en âge de procréer ; (ii) l'implication de la communauté dans la micro-planification ; (iii) la recherche active par les Reco des enfants non vaccinés ; (iv) le suivi hebdomadaire des activités du PEV ; (v) l'augmentation du nombre de séances de vaccination en stratégie fixe et avancée.

Les résultats obtenus restent, jusque-là mitigés, comme en témoignent une amélioration globale des couvertures vaccinales par antigène qui ne sont pas en lien avec les ruptures de stocks observées chaque année, une augmentation du nombre d'enfants non vaccinés et partant la survenue parfois récurrente des épidémies, en particulier celles de rougeole dans les zones de santé où ont été mises en œuvre ces deux approches. Par ailleurs, les couvertures vaccinales qui dépassent parfois les 100% reflètent la non-maîtrise du dénominateur qui est la base de toute planification, posant un sérieux problème de fiabilité des résultats.

Cette étude renseigne que les approches RPR et SACI sont liées et synergiques. D'autre part, elles présentent de réelles potentialités en termes d'amélioration de la performance globale du PEV et elles sont positivement perçues par les acteurs à tous les niveaux. Mais, à ce jour, elles n'ont pas encore montré leur efficacité escomptée sur le terrain. Pour y parvenir, on a besoin d'un personnel de santé qualifié, compétent et motivé ; un système d'approvisionnement qui fonctionne de manière satisfaisante et fiable ; des ressources financières suffisantes et disponibles, ainsi qu'une implication de la communauté.

Toutefois, les effets de la mise en œuvre de ces approches sur le système de santé en général sont perçus comme positifs par la plupart des acteurs. En effet, les formations, les supervisions, le matériel reçus ainsi que les consultants sont des éléments d'appui liés aux deux approches, mais qui bénéficient à l'ensemble du système, au-delà du seul PEV.

VI. RECOMMANDATIONS

De ce qui précède, les recommandations spécifiques suivantes sont adressées au Ministère de la Santé et à ses partenaires techniques et financiers.

Au Ministère de la Santé

- Améliorer la redevabilité des acteurs à tous les niveaux du système pour les rendre plus réflexifs par rapport à leurs propres résultats ;

- Renforcer la capacité d'analyse de données de vaccination et de prise de décision au niveau opérationnel (communauté, structures de soins, équipes cadres de zones) ;
- Organiser annuellement des enquêtes de couvertures dans chaque ZS en vue de se faire une idée exacte de couvertures vaccinales adéquates et effectives ; les couvertures vaccinales administratives ne pouvant plus, jusqu'à preuve du contraire, être considérées comme un indicateur de performance ;
- Améliorer la fiabilité du système d'information sanitaire par son informatisation afin de permettre un rapportage en temps réel de données collectées sur le terrain et de disposer ipso facto d'une information fiable pour la prise de décisions ;

Aux partenaires techniques et financiers

- Contribuer au financement des enquêtes de couvertures et de l'informatisation du système d'information sanitaire ;
- Continuer à mettre à disposition du PEV des consultants compétents et motivés ;
- Organiser et financer la documentation systématique des expériences pilotes en général, et des deux approches sous étude en particulier, d'une manière prospective en collaboration avec les institutions de recherche telles que les Ecoles de Santé Publique, ceci en vue d'améliorer l'efficacité des expériences et la fiabilité de données recueillies sur terrain ;
- Diligenter une évaluation cout-efficacité des deux approches étudiées pour décider si oui ou non elles doivent être poursuivies.

REFERENCES

1. Kabinda J, Mitashi P, Chenge F, Djigumde AP, Youkoud A (2019) Documentation des progrès de la couverture sanitaire universelle sanitaire en République Démocratique du Congo 2016-2018. Organisation Mondiale de la Santé/Bureau de représentation-RDC, Kinshasa, RDC.
2. Messeret ES, Masresha B, Yakubu A, Daniel F, Mihigo R, Nshimirimana D, Okeibunor J, Akanmori B (2018) Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) in The WHO African Region. J Immunol Sci Suppl: 103-107.
3. Demicheli V, Barale A, Rivetti A (2015) Vaccines for women for preventing neonatal tetanus. Cochrane Database Syst Rev CD002959. 10.1002/14651858.CD002959.pub4 [doi].
4. Ministère de la Santé (2016) Plan Pluriannuel. Programme 2016-2019. Elargi de Vaccination.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2018) Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales. Geneve, Suisse, https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/fr/, Consulté le 10 Mars 2019.
6. Handicap International (2014) Mener une capitalisation d'expérience. Guide Méthodologique. Accessed, June 7, 2018, by: http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/MenerCapitalisationDexperien ce.pdf.
7. Organisation de Coopération et de Développement Economique (2010) Les Normes de qualité pour l'évaluation du développement. Deuxième Edition, 2010. Accessed by: <http://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/49898837.pdf>.
8. Morestin F, Gauvin FP, Hogue MC (2012) Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique, Québec, Canada. http://www.ccnpps.ca/docs/Guide_cadre_d%27analyse_politiques_Fr_pdf .consulté le 31 janvier 2019.
9. KEK-CDC Consultants (2015) SEPO - Auto-Évaluation basé sur l'appréciation des Succès, Echecs, Potentialités et Obstacles. 2015. Accessed by: http://www.kek.ch/files/media/FR-SEPO-A4_v01.pdf.
10. OMS (2015) Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA). Accessed on June, 7, 2018, by : http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Implementation_Guide_Chapter2_fr.pdf.

11. The GlobalFunds (2016) Échantillonnage pour les évaluations des établissements de santé - les méthodes appropriées pour les petits échantillons. Accessed on June, 7, 2018 by: https://www.theglobalfund.org/media/6326/lfa_2016-02-metraininghealthfacilityassessmentsampling_presentation_fr.pdf?u=636488964190000000).
12. Valerio MA, Rodriguez N, Winkler P, Lopez J, Dennison M, Liang Y, Turner BJ (2016) Comparing two sampling methods to engage hard-to-reach communities in research priority setting. *BMC Med Res Methodol* 16: 146. 10.1186/s12874-016-0242-z [doi];10.1186/s12874-016-0242-z [pii].
13. Fritzen SA (2007) Reorienting Health Ministry roles in transition settings: capacity and strategy gaps. *Health Policy* 83: 73-83. S0168-8510(06)00265-X [pii];10.1016/j.healthpol.2006.11.009 [doi].
14. Closser S, Rosenthal A, Justice J, Maes K, Sultan M, Banerji S, Amaha HB, Gopinath R, Omidian P, Nyirazinyoye L (2017) Per Diems in Polio Eradication: Perspectives From Community Health Workers and Officials. *Am J Public Health* 107: 1470-1476. 10.2105/AJPH.2017.303886 [doi].
15. Rifkin SB (2014) Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan* 29 Suppl 2: ii98-106. czu076 [pii];10.1093/heapol/czu076 [doi].
16. Kagone M, Ye M, Nebie E, Sie A, Muller O, Beiersmann C (2018) Community perception regarding childhood vaccinations and its implications for effectiveness: a qualitative study in rural Burkina Faso. *BMC Public Health* 18: 324. 10.1186/s12889-018-5244-9 [doi];10.1186/s12889-018-5244-9 [pii].
17. Fritzen SA (2007) Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? *Hum Resour Health* 5: 4. 1478-4491-5-4 [pii];10.1186/1478-4491-5-4 [doi].

18. Manyazewal T, Mekonnen A, Demelew T, Mengestu S, Abdu Y, Mammo D, Abebe W, Haffa B, Zenebe D, Worku B, Aman A, Tigabu S (2018) Improving immunization capacity in Ethiopia through continuous quality improvement interventions: a prospective quasi-experimental study. *Infect Dis Poverty* 7: 119. 10.1186/s40249-018-0502-8 [doi];10.1186/s40249-018-0502-8 [pii].
19. Nelson KN, Wallace AS, Sodha SV, Daniels D, Dietz V (2016) Assessing strategies for increasing urban routine immunization coverage of childhood vaccines in low and middle-income countries: A systematic review of peer-reviewed literature. *Vaccine* 34: 5495-5503. S0264-410X(16)30851-9 [pii];10.1016/j.vaccine.2016.09.038 [doi].
20. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2019) Plan Mondial pour la Vaccination 2011-2020.
21. Mapatano MA, Kayembe PK, Piripiri L, Nyandwe K (2008) Immunisation-related knowledge, attitudes and practices of mothers in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *South Africa Family Practice* 50: 61-61e.
22. Mulders MN, Nebie YK, Fack F, Kapitanyuk T, Sanou O, Valea DC, Muyembe-Tamfum JJ, Ammerlaan W, Muller CP (2003) Limited diversity of measles field isolates after a national immunization day in Burkina Faso: progress from endemic to epidemic transmission? *J Infect Dis* 187 Suppl 1: S277-S282. JID020968 [pii];10.1086/368036 [doi].
23. Seck I, Faye A, Leye M, Bathily A, Diagne-Camara M, Ndiaye P (2012) Epidémie de rougeole et de sa riposte en 2009, dans la région de Dakar, Sénégal. *Santé Publique* 24: 121-132.
24. Abadura SA, Lerebo WT, Kulkarni U, Mekonnen ZA (2015) Individual and community level determinants of childhood full immunization in Ethiopia: a multilevel analysis. *BMC Public Health* 15: 972. 10.1186/s12889-015-2315-z [doi];10.1186/s12889-015-2315-z [pii].
25. Abdulraheem I OAJAaOA (2011) Reasons for incomplete vaccination and factors for missed opportunities among rural Nigerian children. *Journal of Public Health And Epidemiology* 3: 194-203.
26. Bekele AT, Fiona B, Thomas K, Kassahun A, Kathleen G, Nsubuga P, Ababu Y, Lemlem A (2017) Factors contributing to routine immunization performance in Ethiopia, 2014. *Pan Afr Med J* 27: 5. 10.11604/pamj.supp.2017.27.2.10470 [doi];PAMJ-SUPP-27-2-05 [pii].

27. Belachew Etana (2019) Factors affecting immunization status of children aged 12-23 months in Ambo Woreda, West Shewa Zone of Oromia Regional State Ethiopia 2011. These master in Public Health, School Of Public Health. Addis Abeba University 2011.
28. Nelson KN, Wallace AS, Sodha SV, Daniels D, Dietz V (2016) Assessing strategies for increasing urban routine immunization coverage of childhood vaccines in low and middle-income countries: A systematic review of peer-reviewed literature. *Vaccine* 34: 5495-5503. S0264-410X(16)30851-9 [pii];10.1016/j.vaccine.2016.09.038 [doi].
29. GAVI (2018) Rapport de l'évaluation conjointe (JA) 2018. <https://www.gavi.org/soutien/processus/evaluation-conjointe/> , consulté le 10 Février 2019.
30. Ba Pouth SF, Kazambu D, Delissaint D, Kobela M (2014) [Immunization coverage and factors associated with drop-out in children 12 to 23 months in Djoungolo-Cameroon Health District in 2012]. *Pan Afr Med J* 17: 91. 10.11604/pamj.2014.17.91.2792 [doi];PAMJ-17-91 [pii].
31. Ndèye M, Ndiaye PN, Abdoulaye D, Abdou Salam G (2009) Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo au Sénégal en 2005. *Cahiers Santé* 19.
32. Odusanya OO, Alufohai EF, Meurice FP, Ahonkhai VI (2008) Determinants of vaccination coverage in rural Nigeria. *BMC Public Health* 8: 381. 1471-2458-8-381 [pii];10.1186/1471-2458-8-381 [doi].
33. Manakongtreecheep K, Davis R (2017) A review of measles control in Kenya, with focus on recent innovations. *Pan Afr Med J* 27: 15. 10.11604/pamj.suppl.2017.27.3.12118 [doi];PAMJ-SUPP-27-3-15 [pii].
34. Brown AN, Prosser W, Zwinkels D (2017) Who is preparing the next generation of immunization supply chain professionals? *Vaccine* 35: 2229-2232. S0264-410X(17)30060-9 [pii];10.1016/j.vaccine.2016.12.076 [doi].
35. Uskun E, Uskun SB, Uysalgenc M, Yagiz M (2008) Effectiveness of a training intervention on immunization to increase knowledge of primary healthcare workers and vaccination coverage rates. *Public Health* 122: 949-958. S0033-3506(07)00328-9 [pii];10.1016/j.puhe.2007.10.005 [doi].
36. World Health Organization (WHO) (2013) Global vaccine action plan. Geneva : Switzerland.
37. Ministère de la Santé (2018) Rapport du programme national de vaccination. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

ANNEXES

**ANNEXE 1. GRILLE DE DOCUMENTATION DE L'APPROCHE RENFORCEMENT DE PEV DE ROUTINE (RPR) :
 ANTENNE.....ZS.....
 PERIODE : (APPUI UNICEF)**

Composantes	Activités	Procédés techniques /organisationnels	Résultat/réalisation	Difficultés rencontrées	Effets imprévus (positif ou négatif)
Planification et gestion des ressources					
Atteindre des populations cibles					
Liens entre les services et la communauté					
Supervision formative					
Monitoring pour action					

ANNEXE 2. GRILLE DE DOCUMENTATION DE L'APPROCHE STRATEGIES AVANCEES CIBLEES INTEGREES (SACI)
ANTENNE.....ZS.....
PERIODE : (APPUI UNICEF)

Composantes	Activités	Procédés techniques /organisationnels	Résultat/réalisation	Difficultés rencontrées	Effets imprévus (positif ou négatif)
Planification et gestion des ressources					
Atteindre des populations cibles					
Liens entre les services et la communauté					
Supervision formative					
Monitoring pour action					
Identification des cas de TNN					
Notification des cas					
Investigation					
Riposte					
Suivi des CPN					
Accouchements assistés					
Soins du cordon					

ANNEXE 3. GUIDE D'ENTRETIEN - RPR

- Cible : Acteurs du niveau **central ou intermédiaire ou périphérique ou PTFs**
- Service :
- Nom de l'informateur : _____ Adresse : _____ Titre et fonction : _____
- Date de l'entretien : _____ Début : _____
- Fin : _____
- Nom de l'enquêteur :

Vous avez, depuis 2013, participé au processus de conception et/ou d'élaboration et/ou de (suivi de) mise en œuvre de la stratégie de renforcement du PEV de routine (RPR) dans certaines antennes avec l'appui de l'Unicef.

PERTICENCE

1. Pouvez-vous nous décrire brièvement en quoi consistait la stratégie RPR?
2. Quels sont les problèmes que cette stratégie RPR visait à résoudre ?
3. Comment a-t-on identifié les publics cibles bénéficiaires opérationnels des activités de renforcement de capacités ?
4. En quoi l'approche RPR est-elle inscrite dans les stratégies nationales ?
5. Comment est-ce que les activités de RPR sont-elles en cohérence avec la stratégie de PEV et de l'Unicef?
6. Avez-vous vu le document de projet de l'approche RPR? si oui est-ce qu'il existe une cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs, entre les inputs et les outputs de chaque résultat intermédiaire et entre les différents résultats intermédiaires ?
7. Comment est-ce que l'approche RPR entre dans le système de suivi-évaluation et dispositif organisationnel mis en place par l'Unicef et PEV ?
8. Pensez-vous que la stratégie RPR était appropriée pour résoudre ces problèmes ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
9. Quelles sont, sur le plan conceptuel de RPR, les points à améliorer après autant d'années de sa mise en œuvre ?
10. En quoi l'approche RPR est-elle innovante ?
11. En quoi a-t-elle été complémentaire à d'autres interventions existantes ?

EFFICACITE

12. Les capacités des bénéficiaires opérationnels ont-elles été évaluées avant et après l'activité de l'approche RPR ?
13. Comment jugez-vous l'apport de la collecte des données assurée par les consultants : niveau de qualité, difficultés rencontrées, niveau de collaboration avec les autorités administratives et/ou certains soignants ?
14. En quoi les informations obtenues ont été complémentaires des services de reporting existants ? (service national d'information sanitaire)
15. Quels sont précisément les indicateurs clés qualitatifs et quantitatifs déterminés au début de l'approche antenne ?
16. Ces indicateurs sont-ils adaptés aux besoins d'informations et à l'analyse de celles-ci en vue d'un suivi efficace des programmes ?

EFFICIENCE

17. Est-ce que les activités budgétisées ont été financées ?
18. Quels sont les facteurs contextuels qui pourraient expliquer le taux d'utilisation des fonds reçus ?
19. Pensez-vous que les ressources financières ont été utilisées conformément à la politique de gestion et de transparence de l'UNICEF et aux dispositions de la procédure nationale de gestion des finances publiques ?

20. Y a-t-il eu des problèmes dans la disponibilité/décaissement des fonds ? Si oui, à quels niveaux?
21. Les coûts de l'approche antenne sont-ils satisfaisants au regard des résultats obtenus ?
22. Les différentes activités de l'approche antenne ont-t-elles été adaptées en fonction des aléas et contraintes rencontrées ?
23. Les différentes activités de l'approche antenne ont-t-elles évolué en capitalisant sur les succès et les échecs des étapes précédentes ?
24. Quelles sont les raisons des éventuels retards dans l'exécution de l'approche RPR ?

PERENNITE

25. Quels sont les facteurs environnementaux qui favorisent ou qui empêchent la durabilité des résultats ?
26. Sous quelles conditions cette stratégie RPR peut-elle être maintenue dans la durée ?
27. Quelle est la valeur ajoutée de cette stratégie RPR par rapport aux autres approches utilisées dans le PEV ?
28. Quelles sont les difficultés rencontrées ? Quels ont été les actions entreprises pour les corriger ?
29. Décrivez brièvement comment se réalisait la planification à la base avec implication de la communauté ?

A. Questions spécifiques au RPR

30. Quels ont été les mécanismes mis en place pour augmenter la disponibilité des vaccins et autres intrants du PEV dans les ZS
31. Quelles sont les activités-clé réalisées pour réduire à moins de 10% le nombre d'enfants non vaccinés au VPO3 et au Penta3
32. Décrivez brièvement l'innovation apportée par le RPR dans :
 - a. La gestion du PEV
 - b. La prestation des services
 - c. Le monitoring et l'évaluation
 - d. Dans la communication
 - e. La surveillance des maladies évitables par la vaccination
 - f. La qualité technique
 - g. Le renforcement des capacités des prestataires

B. Leçons apprises

33. Quelles sont les leçons qui peuvent être tirées d'une manière générale de la mise en œuvre des approches RPR?
34. Quelles sont les leçons importantes qui peuvent être tirées pour permettre :
 1. Une meilleure conception et mise en œuvre du prochain RPR (points forts, points à améliorer) ;
 2. Une meilleure procédure de gestion administrative et financière (points forts, points à améliorer) ;
 3. Une révision de la conception, du suivi et de l'évaluation des RPR (points forts, points à améliorer)
35. Autres commentaires ou autres informations jugées pertinentes par le répondant ?

ANNEXE 4. GUIDE D'ENTRETIEN - SACI

- Cible : Acteurs du niveau **central ou intermédiaire ou périphérique ou PTFs**
- Service :
- Nom de l'informateur : _____ Titre et fonction : _____
- Adresse : _____
- Date de l'entretien : _____ Début : _____
- Fin : _____
- Nom de l'enquêteur :

Vous avez, depuis 2013, participé au processus de conception et/ou d'élaboration et/ou de (suivi de) mise en œuvre des stratégies avancées ciblées intégrées (SACI) dans certaines antennes avec l'appui de l'Unicef.

PERTICENCE

1. Pouvez-vous nous décrire brièvement en quoi consistait la stratégie SACI ?
2. Quels sont les problèmes que cette stratégie SACI visait à résoudre ?
3. Comment a-t-on identifié les publics cibles bénéficiaires opérationnels des activités de renforcement de capacités ?
4. En quoi l'approche SACI sont-elles inscrites dans les stratégies nationales ?
5. Comment est-ce que les activités de SACI sont-elles en cohérence avec la stratégie de PEV et de l'Unicef ?
6. Avez-vous vu le document de projet de l'approche SACI ? si oui est ce qu'il existe une cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs, entre les inputs et les outputs de chaque résultat intermédiaire et entre les différents résultats intermédiaires ?
7. Comment est-ce que l'approche SACI entre dans le système de suivi-évaluation et dispositif organisationnel mis en place par l'Unicef et PEV ?
8. Pensez-vous que la stratégie SACI était appropriée pour résoudre ces problèmes ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
9. Quelles sont, sur le plan conceptuel de SACI, les points à améliorer après autant d'années de sa mise en œuvre ?
10. En quoi l'approche SACI est-elle innovante ?
11. En quoi a-t-elle été complémentaire à d'autres interventions existantes ?

EFFICACITE

12. Les capacités des bénéficiaires opérationnels ont-elles été évaluées avant et après l'activité de l'approche SACI ?
13. Comment jugez-vous l'apport de la collecte des données assurée par les consultants : niveau de qualité, difficultés rencontrées, niveau de collaboration avec les autorités administratives et/ou certains soignants ?
14. En quoi les informations obtenues ont été complémentaires des services de reporting existants ? (service national d'information sanitaire)
15. Quels sont précisément les indicateurs clés qualitatifs et quantitatifs déterminés au début de l'approche antenne ?
16. Ces indicateurs sont-ils adaptés aux besoins d'informations et à l'analyse de celles-ci en vue d'un suivi efficace des programmes ?

EFFICIENCE

17. Est-ce que les activités budgétisées ont été financées ?
18. Quels sont les facteurs contextuels qui pourraient expliquer le taux d'utilisation des fonds reçus ?
19. Pensez-vous que les ressources financières ont été utilisées conformément à politique de gestion et de transparence de l'UNICEF et aux dispositions de la procédure nationale de gestion des finances publiques ?

20. Y a-t-il eu des problèmes dans la disponibilité/décaissement des fonds ? Si oui, à quels niveaux?
21. Les coûts de l'approche antenne sont-ils satisfaisants au regard des résultats obtenus ?
22. Les différentes activités de l'approche antenne ont-t-elles été adaptées en fonction des aléas et contraintes rencontrées ?
23. Les différentes activités de l'approche antenne ont-t-elles évolué en capitalisant sur les succès et les échecs des étapes précédentes ?
24. Quelles sont les raisons des éventuels retards dans l'exécution de l'approche SACI ?

PERENNITE

25. Quels sont les facteurs environnementaux qui favorisent ou qui empêchent la durabilité des résultats ?
26. Sous quelles conditions cette stratégie SACI peut-elle être maintenue dans la durée ?
27. Quelle est la valeur ajoutée de cette stratégie SACI par rapport aux autres approches utilisées dans le PEV ?
28. Quelles sont les difficultés rencontrées ? Quels ont été les actions entreprises pour les corriger ?
29. Décrivez brièvement comment se réalisait la planification à la base avec implication de la communauté ?

C. Questions spécifiques aux SACI

30. En quoi a consisté le renforcement des prestations de vaccination dans la mise en œuvre des SACI ?
31. Quelles étaient les innovations apportées dans la communication dans la cadre des SACI ?

D. Leçons apprises

32. Quelles sont les leçons qui peuvent être tirées d'une manière générale de la mise en œuvre des approches SACI?
33. Quelles sont les leçons importantes qui peuvent être tirées pour permettre :
 4. Une meilleure conception et mise en œuvre du prochain SACI (points forts, points à améliorer) ;
 5. Une meilleure procédure de gestion administrative et financière (points forts, points à améliorer) ;
 6. Une révision de la conception, du suivi et de l'évaluation des SACI (points forts, points à améliorer)
34. Autres commentaires ou autres informations jugées pertinentes par le répondant ?

ANNEXE 5. CONSENTEMENT ECLAIRE

(A obtenir avant le démarrage de l'entretien avec le répondant et à adapter selon qu'on doit enquêter sur une ou les deux approches RPRSACI)

Lieu et date de l'entretien :

Bonjour / bonsoir , mon nom est _____ Le Ministère de la santé de la RDC, à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV), avec l'appui de l'UNICEF, a développé et mis en œuvre depuis quelques années deux approches innovantes, à savoir le Renforcement du PEV de routine (RPR) et les Stratégies avancées ciblées intégrées (SACI) en vue de :

- accroître la couverture vaccinale;
- finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus;
- éliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole ;
- éliminer ou contrôler d'autres maladies évitables par la vaccination dont le tétanos néonatal.

Je travaille pour l'Association sans but lucratif « Centre de Connaissances en Santé en RDC (CCSC-asbl) chargé par l'UNICEF de documenter ces deux approches. Nous avons été recruté pour collecter des informations sur la mise en œuvre de ces deux approches auprès de certains acteurs-clés que vous êtes. Les informations que vous fournirez aideront les autorités sanitaires et les partenaires à tirer des leçons pour une éventuelle décision de mise à l'échelle de ces approches. L'entretien va prendre environ 30-45 minutes.

Nous sommes très reconnaissant de votre participation à cette enquête. Quelles que soient les informations que vous fournirez, elles seront tenues confidentielles et ne seront pas divulguées.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez choisir de ne pas répondre à toute ou une partie de questions. Cependant, nous espérons que vous participerez, car votre point de vue est important.

Acceptez-vous de participer à cette enquête?

Noms, fonction et signature