

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



# **Plan d'urgence pour l'interruption de la circulation du poliovirus sauvage en RDC**

Deuxième Semestre 2012

## Table des matières

1.	INTRODUCTION .....	3
2.	BILAN DU PLAN D'URGENCE DU PREMIER SEMESTRE 2012 .....	4
2.1.	PEV de routine : .....	4
2.2.	Surveillance : .....	4
2.3.	AVS : .....	4
2.4.	Communication : .....	4
3.	ANALYSE DE LA SITUATION.....	5
3.1	Contexte sécuritaire et géographique .....	5
3.2.	Contexte épidémiologique de la poliomyélite.....	5
3.3.	Performances du système de surveillance.....	6
3.4.	Performances du PEV de routine .....	8
3.5.	Performances et qualité des AVS.....	9
3.6.	Analyse de la communication .....	10
3.7.	Risque de persistance de la circulation de PVS .....	12
4.	OBJECTIFS.....	12
4.1.	Objectif général .....	12
4.2.	Objectifs spécifiques .....	12
5.	AXES STRATEGIQUES .....	12
6.	STRATEGIES ET ACTIVITES.....	13
6.1.	AVS Polio .....	13
6.2.	PEV systématique .....	14
6.3.	Surveillance.....	14
6.4.	Communication .....	15
7.	SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE.....	15
8.	SYNTHESE DU BUDGET .....	16

## 1. INTRODUCTION

L'effort mondial d'éradication de la polio a permis de réduire le nombre de cas de poliovirus sauvages de 350 000 en 1988 à 650 à la fin de l'année 2011

En fin 2011, la Région Africaine compte un pays endémique (Nigeria) et trois pays à circulation rétablie (Angola, Tchad, République Démocratique du Congo).

Dans le nouveau plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite, les pays à circulation rétablie devaient arrêter la circulation du poliovirus sauvage (PVS) au 31 décembre 2010.

En fin décembre 2011, la RDC a notifié 93 cas de PVS et 13 cas de poliovirus dérivés du poliovirus vaccinal dans la communauté (cVDPV type 2). Au 30 juin 2012, le pays n'a enregistré aucun nouveau cas de PVS mais 17 cas de cVDPV ont été confirmés dans 7 zones de santé de la province du Katanga

Depuis le début de l'année 2012, le pays a organisé deux passages de JNV Polio dans l'ensemble des 515 zones de santé respectivement du 3 au 5 mai 2012 et du 7 au 9 juin 2012. Concernant les Journées locales de vaccination, il y a eu 3 passages en janvier, février et mars 2012, concentrées dans les zones de santé du Katanga, Maniema, Kasai Oriental, et Sud Kivu.

Le Comité indépendant de suivi de l'éradication de la polio (IMB) a dans son rapport de suivi à sa session du 15 au 17 mai 2012, reconnu que la RDC a fait de progrès énormes vers l'éradication de la poliomyélite mais reste confronté à la faiblesse de l'immunité de la population avec 640.000 enfants non vaccinés, la persistance des refus à la vaccination et l'inconnue en matière de surveillance dans les zones d'accès difficile.

L'analyse de la situation en fin mai 2012 montre les défis suivants:

- La couverture administrative montre l'existence d'un grand nombre d'enfants non vaccinés en PEV de routine (238.769 ) notamment dans les provinces de Bandundu, Equateur, Province Orientale et Kasai Oriental, qui n'ont pas atteint le minimum de 80% malgré la disponibilité des vaccins depuis le début de l'année. La couverture vaccinale VPO3 est de 80% en fin avril 2012 avec une complétude de 89% ;
- La persistance de la circulation du cVDPV dans les ZS de la province du Katanga, avec enregistrement de 17 cas dans 7 zones de santé ;
- La non atteinte des deux indicateurs majeurs de performance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) par les provinces du Katanga, Maniema, Nord Kivu et Sud Kivu , malgré un taux de PFA de 3 ,8 pour 100000 et 81% de selles recueillies dans les 14 jours au niveau national;
- la proportion des enfants non vaccinés lors des AVS, est actuellement de 5.8%,
- le rapport de l'Indépendant Monitoring Board (IMB) de juin 2012 fait état de 640 000 enfants non vaccinés en PEV de routine de janvier à avril 2012.

Depuis le 20 décembre 2011, cela fait plus de 6 mois que la RDC n'a pu enregistrer aucun cas de PVS. Tandis qu'il y a le VDPV continue à circuler dans l'antenne de Kabondo dianda, qui en 2011, avait enregistré 13 cas. En 2012, l'antenne a déjà enregistré déjà 17 cas dont le dernier remonte au 04 avril 2012.

- Le présent plan d'urgence fait suite à celui élaboré au premier semestre qui visait l'interruption de la circulation du poliovirus en RDC au 30 juin 2012. Il vise le maintien des résultats obtenus au premier semestre et arrêter la circulation du cVDPV dans le Pays d'ici fin décembre 2012.

## 2. BILAN DU PLAN D'URGENCE DU PREMIER SEMESTRE 2012

Le bilan du plan d'urgence du premier semestre a retenu les points de réalisation suivants :

### 2.1. PEV de routine :

- L'organisation de la revue externe du PEV et de l'enquête de couverture vaccinale
- L'organisation du cours MLM de formation de 43 formateurs nationaux ;

### 2.2. Surveillance :

- aucun cas de Poliovirus Sauvage (PVS) n'a été détecté du 20 décembre 2011 au 30 juin 2012;
- une revue documentaire organisée en février 2012 ;
- L'organisation de la revue rapide de surveillance six mois après le dernier poliovirus sauvage dans les provinces de Bandundu, Bas Congo, Katanga et Equateur.

### 2.3. AVS :

- 3 passages de riposte au PVS et 2 passages des JNV Polio ont été organisés avec un accent sur les mesures d'amélioration de la qualité dont l'application du LQAS dans les provinces du Maniema et du Katanga ;

### 2.4. Communication :

- Des résistances de nature religieuse ont continué à être réduites dans les provinces ;
- Le déploiement de 19 communicateurs dans les antennes et ZS à risque pour appuyer la microplanification et la MOSO ;
- le nombre absolu de refus a diminué dans l'ensemble du pays (1,1%) et le nombre d'enfants manqués se chiffre à 4,9% si on considère l'ensemble des raisons sociales.

L'analyse de l'atteinte des niveaux requis des indicateurs d'évaluation du plan d'urgence est faite dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°1 : Bilan du plan d'urgence du 1<sup>er</sup> semestre 2012

Domaines	Intitulés	Valeur en fin décembre 2011	Valeur en fin juin 2012
AVS Polio	Nombre de cas de PVS	93	0
	Nombre de cas cVDPV	13	16
	% enfants non vaccinés selon le Monitoring indépendant	9%	6%
PEV de routine	Couverture VPO3	84%	80%
	Taux d'abandon VPO1/3	14%	10%
	% de zones de santé avec une couverture VPO3 d'au moins 80%	53%	80%
Surveillance des PFA	Taux de PFA Non Polio	5,8	3,7
	% de selles adéquates	83	81
	% de provinces ayant atteint les deux indicateurs	91	55%
Communication	% de parents informés avant le début de la campagne	91%	91%
	% des enfants non vaccinés	9%	5,4%
	Proportion des refus parmi les non vaccinés	15%	20%

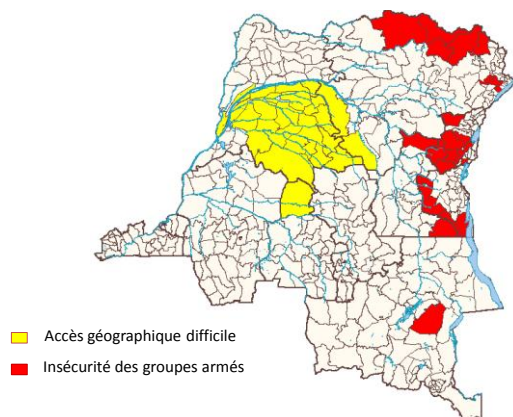
### 3. ANALYSE DE LA SITUATION

#### 3.1 Contexte sécuritaire et géographique

La RDC a une superficie de 2 345 000 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 74 727 506 dont 14 123 498 enfants âgés de 0-59 mois. L'existence de groupes armés actifs a pour conséquence l'insécurité et le déplacement des populations dans les provinces du Nord Kivu, Katanga, Sud Kivu, Province Orientale et Maniema. Plusieurs groupes de populations sont dans des zones d'accès difficile (voir carte). Les infrastructures de base demeurent dans un état de délabrement avancé.

Carte n° 1 : ZS d'accès difficile en 2010

#### Zones de santé difficile d'accès



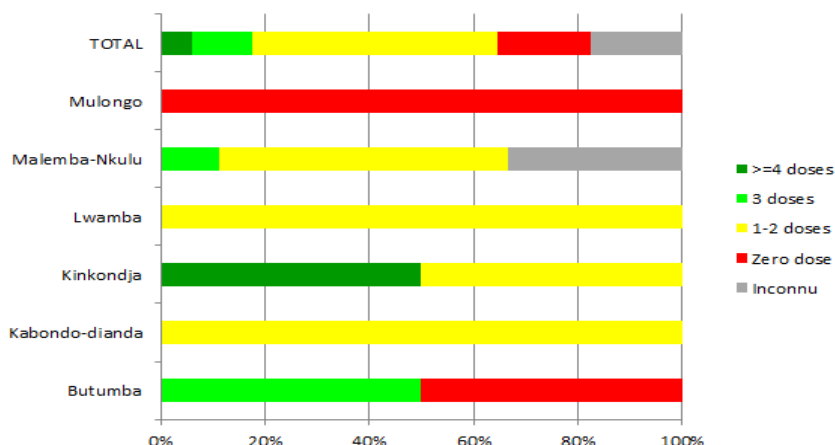
#### 3.2. Contexte épidémiologique de la poliomyélite

La RDC a notifié 93 cas de PVS de type 1 et 13 cas de poliovirus dérivés de vaccins (cVDPV type 2) en 2011.

Depuis le début de l'année 2012, le pays n'a pas encore enregistré de nouveaux cas de PVS, mais continue à enregistrer des cas de cVDPV, qui, au 30 juin 2012 sont au nombre de 17 notifiés dans 7 zones de santé de la province du Katanga, avec le 04 avril comme date de la notification du dernier cas.

Fig. 1: Statut vaccinal des cas de cVDPV isolés dans les zones de santé de l'antenne de Kabondo Dianda au premier semestre 2012

#### Statut vaccinal des cas de cVDPV isolés dans les zones de santé en 2012



Le statut vaccinal de ces cas se présente de la manière suivante : 3 cas (17%) sont zéro dose ; 8 cas (47%) ont une ou deux doses ; 2 cas (12%) ont eu 3 doses de VPO ; 1 cas (6%) a reçu plus de 4 doses tandis que 3 cas (18%) avec statut vaccinal inconnu.

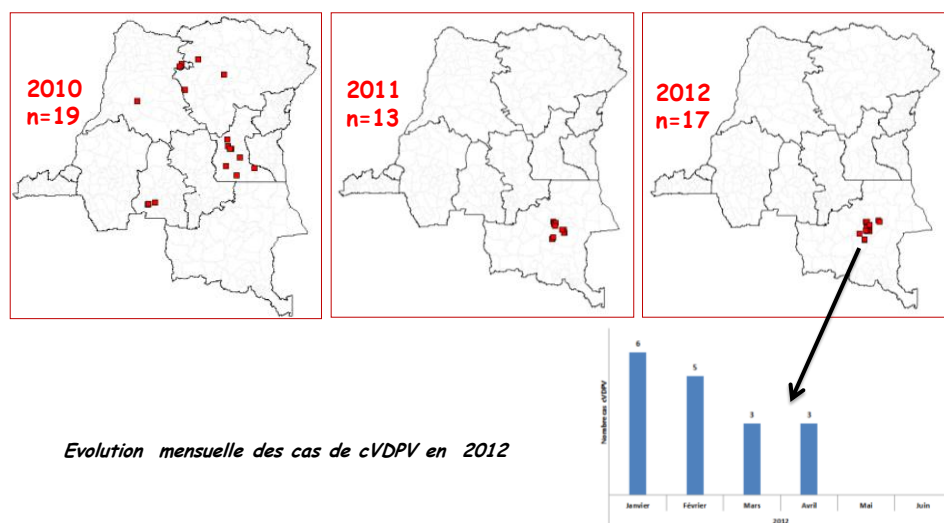
La moyenne d'âge des cas est de deux ans avec une répartition des cas comme suit : 94% ont moins de 5 ans et 6% ont 5 ans et plus.

Il est à noter que 100% des cas ont été détectés le long du fleuve Congo et de nombreux lacs qui l'entourent et où se concentre également la majorité de la population des 7 zones de santé ayant enregistré des cas. Il se trouve que d'autres zones des autres antennes PEV présentant la même caractéristique géoéconomique n'enregistrent pas de cas. Il est à noter également que les activités économiques des zones de santé touchées gravitent autour du commerce du poisson, facteurs favorisant le mouvement des populations. D'où la propagation du virus.

Cette épidémie est matérialisée par les cartes et graphique ci-dessous.

### Carte n°2 : Situation des cas de cVDPV de 2010 à 2012

#### Distribution des cas de VDPV notifiés dans les zones de santé, 2010 – 2012\*



\*1<sup>er</sup> janvier - 12 juillet 2012

### 3.3. Performances du système de surveillance

Le système de surveillance de PFA en RDC est resté depuis plusieurs années au niveau des standards de certification. A la fin de l'année 2011, le taux de PFA non polio au niveau national était de 5,8 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans, alors que la proportion des selles prélevées dans les 14 jours est à 83%. Pour le premier semestre de 2012, la surveillance enregistre un taux de PFA non Polio de 3,7 pour 100 000 avec 81% de selles adéquates.

Cependant les provinces du Katanga, Maniema, Nord Kivu n'ont pas pu atteindre le seuil de 80% des échantillons de selles prélevées dans les 14 jours après le début de la paralysie. La province du Nord Kivu soumise à une insécurité chronique depuis le début de l'année 2012, n'a obtenu qu'un taux de PFA non Polio de 1,7 contre 2 attendus.

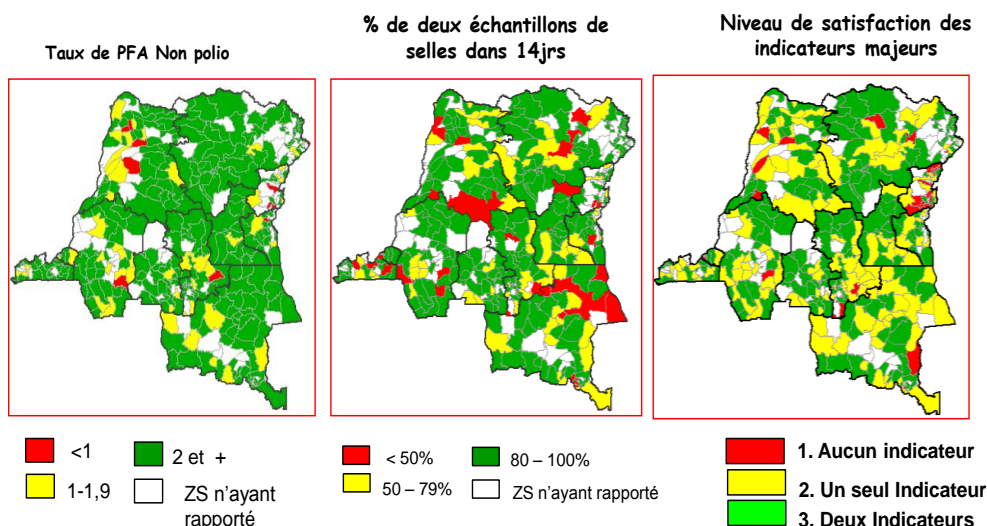
Les indicateurs de performance de la surveillance sont matérialisés dans les tableaux et carte ci-dessous.

**Tableau n°2 : Indicateurs de performance de la surveillance des PFA**

**Indicateurs de performance de la surveillance des PFA,  
1<sup>er</sup> janvier – 30 juin 2012**

Province	PFA attendus 2012	Total cas PFA notifiés	PFA <15 ans	Taux PFA NP annualisé pop<15ans	PFA avec 2 selles <=14	% Cas PFA adéquats	PFA investigués <=48h	Cas PFA avec 1 échantillon	PVS (n)	cVDPV (n)	Compatible (n)	Délai entre la collecte et l'arrivée des échantillons au labo	PFA avec résultats [n]	Taux Entero-NP	% ZS avec au moins 1 cas	% des cas inadéquats avec Résultats de suivi au 60ème jrs
					(%)	%	(%)								(%)	(%)
Bandundu	38	63	43	2,3	85,7%	84,1%	84,1%	0	0	0	0	7	57	1,8	40,4%	33%
Bas-congo	16	23	17	2,1	82,6%	73,9%	91,3%	0	0	0	0	8	19	10,5	45,2%	50%
Equateur	42	81	72	3,4	77,8%	76,5%	71,6%	0	0	0	0	13	75	22,7	56,5%	31%
Kasai-Occ	35	90	68	3,9	87,8%	85,6%	92,2%	0	0	0	0	7	73	16,4	72,7%	56%
Kasai-Or	44	72	60	2,7	84,7%	84,7%	90,3%	0	0	0	0	7	65	9,2	62,7%	33%
Katanga	54	170	143	5,3	75,9%	75,9%	92,4%	1	0	16	0	12	152	9,9	70,6%	24%
Kinshasa	35	44	37	2,1	86,4%	86,4%	95,5%	1	0	0	0	2	40	20,0	57,1%	60%
Maniema	10	30	24	4,9	76,7%	76,7%	86,7%	0	0	0	0	11	25	12,0	83,3%	80%
Nord-Kivu	31	23	23	1,5	82,6%	82,6%	100,0%	1	0	0	0	6	23	4,3	42,9%	50%
Orientale	46	124	102	4,4	81,5%	79,8%	96,0%	0	0	0	0	8	107	18,7	56,6%	35%
Sud-Kivu	24	66	57	4,8	78,8%	78,8%	87,9%	0	0	0	0	7	65	24,6	70,6%	54%
<b>RDC</b>	<b>374</b>	<b>786</b>	<b>646</b>	<b>3,5</b>	<b>81,2%</b>	<b>80,2%</b>	<b>89,7%</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>701</b>	<b>14,4</b>	<b>59,3%</b>	<b>38%</b>

**Taux de PFA non polio et proportion (%) de deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours au cours de 12 derniers mois  
1 Juillet 2011 – 30 juin 2012**



**Carte n°3 Taux de PFA non polio et proportion des échantillons prélevés endéans 14jours**

En général, le manque de personnel formé en surveillance au niveau opérationnel, l'insuffisance de supervision formative et de recherche active des cas dans les sites de notification, la vétusté des moyens

de transport dans les zones de santé et l'insuffisance des réunions de revue sont les principaux problèmes dans la mise en œuvre des activités de surveillance.

Une revue de la surveillance vient d'être menée dans les provinces du Katanga, Equateur, Bandundu et Bas Congo, dont les constats majeurs sont les suivants

- La surveillance active n'est pas opérationnelle notamment à l'Equateur
- Malgré les nombreuses AVS conduites l'immunité de la population reste insuffisante
- La présence des ZS peu performantes en surveillance contribue à l'incertitude concernant la circulation ou non du PVS en ce moment
- La surveillance n'est pas une activité de haute priorité dans plusieurs ZS
- Les ressources inadéquates empêchent le fonctionnement et l'efficacité de la surveillance (Financement, transport, communication)

La revue a également fait des recommandations suivantes, qui devraient être traduites en plan de renforcement de la surveillance

- Insister sur la systématisation de la surveillance à tous niveaux
  - Diffuser et mettre en œuvre le guide opérationnelle ainsi que les fiches techniques avec une formation ciblée à tous les niveaux le plus tôt possible
  - Effectuer la recherche active et des visites de supervision formative selon la planification et priorisation de tous les sites de notification
  - Intégration officielle et active des communautés, du secteur privé, des tradipraticiens, et des hôpitaux dans le réseau
  - Conduire des évaluations de surveillance selon les recommandations de la revue documentaire de la surveillance (février 2012)
- Développer un système d'archivage
- Assurer la disponibilité des ressources au niveau opérationnel
  - Mettre en œuvre le plan de renforcement de la chaîne du froid
- Selon la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé 2006 (AMS)
  - Les AVS de meilleure qualité doivent être conduites
  - Élaborer un plan de riposte pour chaque épidémie
- Les activités transfrontalières entre l'Angola et la RDC doivent être conduites, au niveau local, et sans délais
- Les micro plans doivent être raffinés pour prendre en compte les populations à risque et en mouvement
- L'urgence de l'IEP doit se sentir à tous les niveaux (AMS: «polio, une urgence globale de santé publique»)

L'envoi des échantillons de selles au laboratoire, malgré la révision des circuits, continue d'être long avec une durée moyenne de 9 jours sur le plan national et des extrêmes de 2 jours (Kinshasa) à 16 jours (Maniema).

### **3.4. Performances du PEV de routine**

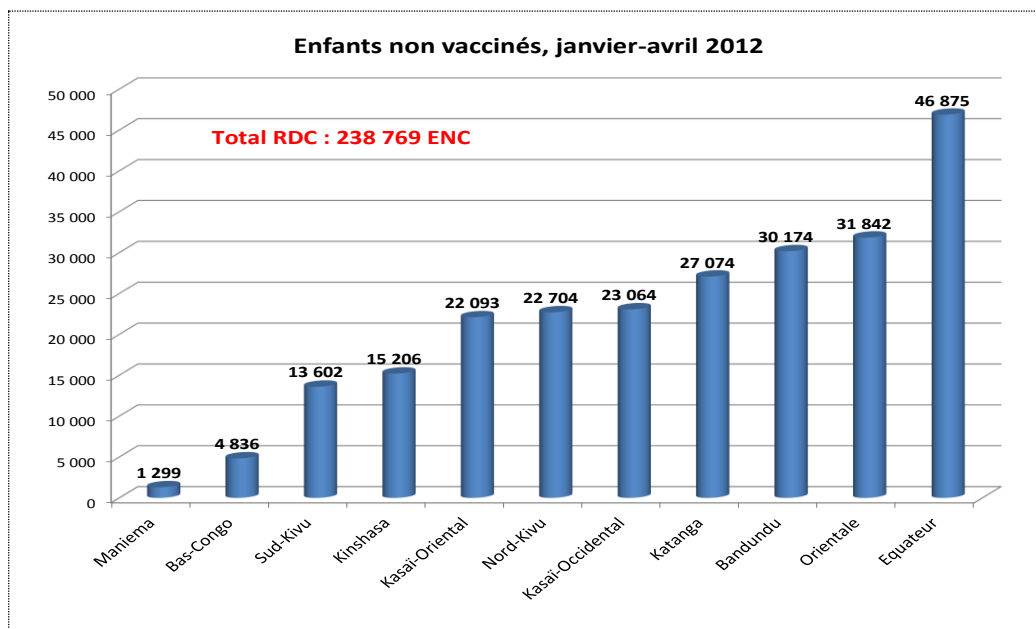
A la fin du mois d'avril 2012, la couverture vaccinale administrative de VPO3 est de 80% avec 238 769 enfants de moins d'un an non vaccinés, qui se concentrent dans les provinces de l'Equateur, Province Orientale, Bandundu, Katanga et Kasai Occidental. Par ailleurs cette couverture est



estimée sur la base d'une complétude de 88% des rapports des zones de santé sur la période de janvier à avril 2012.

Lors des AVS Polio les zones de santé ont profité pour vacciner les enfants de moins d'un an avec les autres antigènes dont le DTC-HepB-Hib et le VAR notamment.

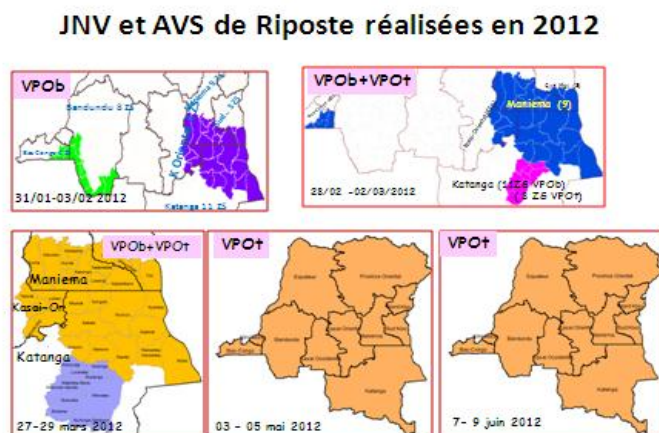
**Fig. 2 : Nombre d'enfants non vaccinés au VPO3 par province de janvier à avril 2012**



### 3.5. Performances et qualité des AVS

Depuis le début de l'année le pays a organisé deux passages de JNV Polio en mai et juin 2012 sur l'ensemble du territoire et des JLV Polio dans des zones à risque des provinces du Katanga, Maniema, Kasai Oriental, Sud Kivu. Ces différentes activités sont matérialisées par les cartes ci-dessous selon la période et le type de VPO utilisé.

**Carte n°4 : AVS Polio réalisées en 2012 en RDC**



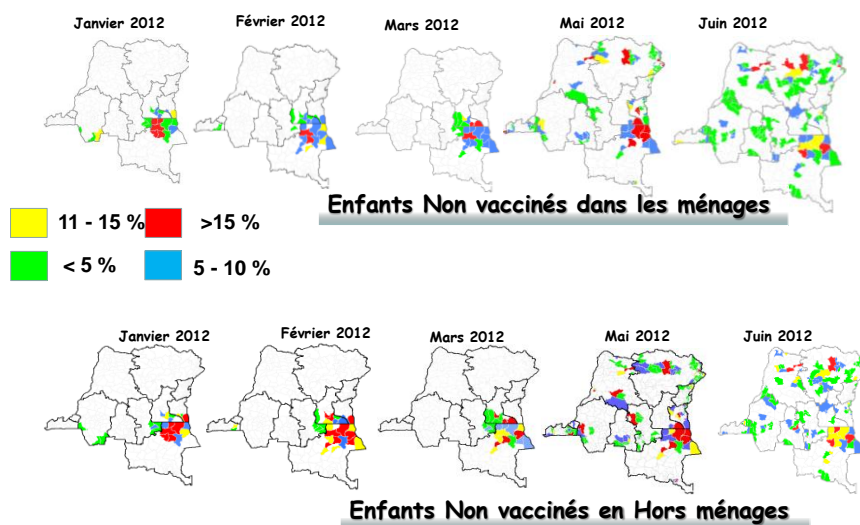
En outre le monitoring indépendant a été appliqué dans 196 zones de santé sur 204 planifiées lors des JNV Polio de juin 2012. Quant au Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) il a été appliqué dans 25 zones de santé des provinces du Maniema (6 ZS), Katanga (11 ZS de Kalemie et 8 ZS de Kabondo Dianda).

Pour le monitoring indépendant comme le montre les graphiques ci-dessous, le pourcentage d'enfants non vaccinés s'améliore passant de 9 % en janvier à 5,8% en juin 2012. Par ailleurs la proportion des ZS ayant des localités mal couvertes est passée de 37% au 1er passage des JNV 2012 à 25% au second passage.

En outre il ressort des résultats que les principales raisons de non vaccination en juin sont l'absence des enfants (41%), le refus des parents (19%), la non visite des maisons (18%). Le % de parents informés avant le début de la campagne varie de 93 à 91 selon le passage. La part du refus à la vaccination comme raison de non vaccination est en déclin, suite aux efforts déployés pour les activités interphases et l'accompagnement des zones de santé prioritaires pour préparer et mettre cette activité en œuvre.

### Carte n°5 : Pourcentage d'enfants non vaccinés par passage d'AVS Polio en 2012

#### Monitorage Indépendant : % d'enfants non vaccinés dans le ménage et Hors-ménage lors des AVS de riposte et JNV en 2012



La faible qualité des AVS reste liée à l'irrégularité et la faible qualité de la supervision de proximité (surtout dans les aires de santé éloignées des BCZS), le non respect du contenu des micros plans dans certaines zones sanitaires, notamment le non recrutement effectif de la totalité des vaccinateurs, des mobilisateurs ou des aidants

communautaires, la faible qualité de la communication avec les parents (peu personnalisée, peu d'écoute réelle et de dialogue).

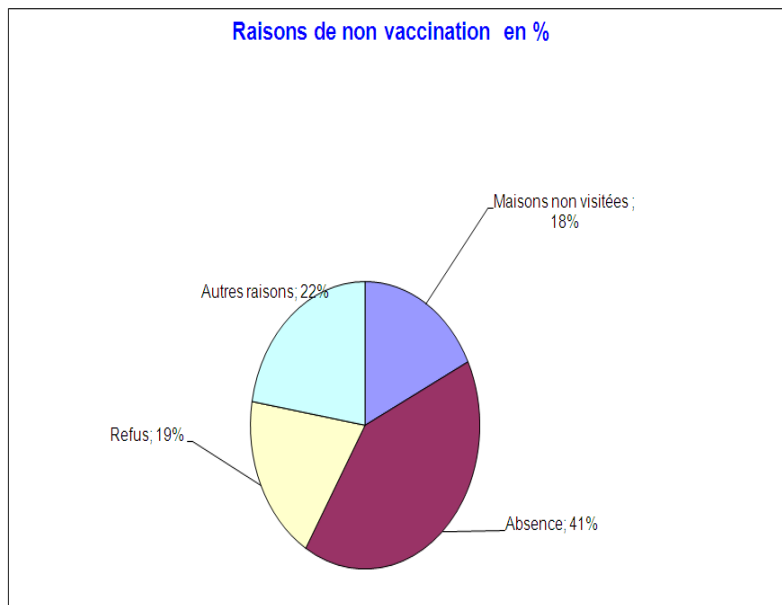
L'exercice de LQAS montre que la qualité des AVS Polio dans le Katanga reste faible car seulement 4 ZS sur les 19 zones qui l'ont appliquée ont eu un résultat satisfaisant. Cela confirme les insuffisances citées plus haut.

### 3.6. Analyse de la communication

Des efforts considérables continuent d'être entrepris dans le cadre de la communication par le Gouvernement et ses partenaires. Il s'agit notamment du lancement officiel national de chaque passage par le MSP et au niveau décentralisé par les Gouverneurs de provinces, les Ministres provinciaux de la santé, les Administrateurs de territoire et d'autres autorités. Il s'agit également du maintien du bon niveau d'information des parents qui est au dessus de 90% depuis le début de l'année 2012, de la diversification de canaux de communication, de l'augmentation de la perception du risque de la polio par l'implication des personnes -victimes de la polio dans la sensibilisation et de l'amélioration de la confiance au vaccin polio oral par la vaccination publique des autorités et des célébrités, par l'implication des leaders communautaires dans la recherche active des enfants non vaccinés lors des AVS.

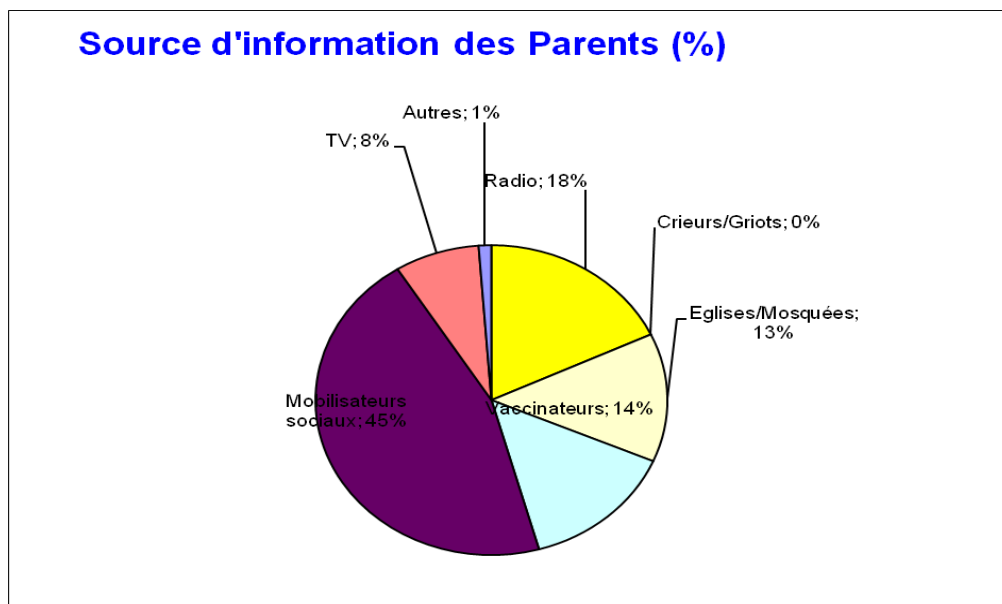
Par ailleurs, les efforts persistants pour impliquer les leaders religieux dans la communication se sont traduits par un plus grand rôle des confessions religieuses dans la sensibilisation des parents. Cependant, parmi les 5,8% d'enfants non vaccinés, il persiste toujours un pourcentage assez élevé d'enfants non vaccinés à cause des refus à la vaccination (19%).

### Graphique n°2 : Raisons de non vaccination: MI Juin 2012



Parmi les différents canaux de communication utilisés lors de ces AVS, les mobilisateurs sociaux (48%) sont les plus sollicités, suivis de la radio (18%), des églises/mosquées (14%) et des vaccinateurs (13%).

### Graphique 3 : Source d'information des parents : MI Juin 2012



Les principales activités menées dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'urgence du premier semestre de l'année en matière de communication sont listées ci-dessous :

- Des campagnes de communication en appui aux AVS ;

- Le plaidoyer auprès de grandes confessions religieuses ;
- La prévention des résistances auprès des sectes religieuses dans le Tanganyika ;
- L'appui à la microplanification basée sur les données sociales ;
- De nouveaux outils de communication (vidéos de témoignages, chansons par les personnes victimes de la polio, sketches)
- La finalisation de l'étude qualitative sur les raisons sociales de non vaccination, dont les résultats ont inspiré les nouvelles stratégies.

Cependant, force est de constater que la communication interpersonnelle de proximité reste de faible qualité, car elle est standardisée (un même message pour une multitude d'interlocuteurs) et à sens unique (pas de réelle écoute active), les agents de santé, communicateurs et vaccinateurs pas assez formés et finalement que la communauté et les réseaux locaux (associations, groupes, confessions et églises, etc.) ne sont pas suffisamment impliqués dans les décisions sur la vaccination.

### **3.7. Risque de persistance de la circulation de PVS**

La non notification de nouveaux cas de PVS depuis le 20 décembre 2011 donne l'espoir d'interrompre la transmission durant la première moitié de 2012. Cependant la détection de 16 cas de cVDPV depuis le début de l'année et dont le dernier en date est le 4 avril 2012 montre la précarité de la situation et rappelle que le risque n'est pas totalement écarté au vu notamment de faibles couvertures vaccinales dans certaines provinces prioritaires. Par ailleurs les problèmes d'insécurité et d'accès géographique difficile dans les provinces du Nord Kivu, Maniema et Katanga compliquent davantage la situation. Il en est de même pour la persistance de résistance à la vaccination au niveau de certaines sectes religieuses des provinces du Katanga (Kalemie et Kabondo-Dianda).

## **4. OBJECTIFS**

### **4.1. Objectif général**

Maintenir le statut d'interruption de la circulation du poliovirus sauvage et arrêter la circulation du VDPV en RDC d'ici fin décembre 2012.

### **4.2. Objectifs spécifiques**

- 1) Vacciner tous les enfants de moins de 5 ans avec le VPO approprié selon l'analyse du risque, lors des AVS polio ;
- 2) Réduire le nombre d'enfants non vaccinés au VPO3 de 640.000 **enfants non vaccinés** à 320 000, soit 50% de réduction d'ici la fin de 2012.
- 3) Maintenir les indicateurs de surveillance PFA à au moins de 2/100 000 pour le taux de PFA non polio et à au moins 80% pour le taux de selles prélevés dans les 14 jours dans toutes les provinces.
- 4) Réduire à moins de 5% le pourcentage d'enfants non vaccinés d'après les résultats des enquêtes de monitoring indépendant
- 5) Réduire les cas de refus à la vaccination à moins de 10% parmi les non atteints.

## **5. AXES STRATEGIQUES**

- 1) Mise en œuvre des AVS de qualité ;
- 2) Renforcement du PEV de routine ;

- 3) Renforcement de la Surveillance des PFA ;
- 4) Renforcement de la Communication.

## **6. STRATEGIES ET ACTIVITES**

### **6.1. AVS Polio**

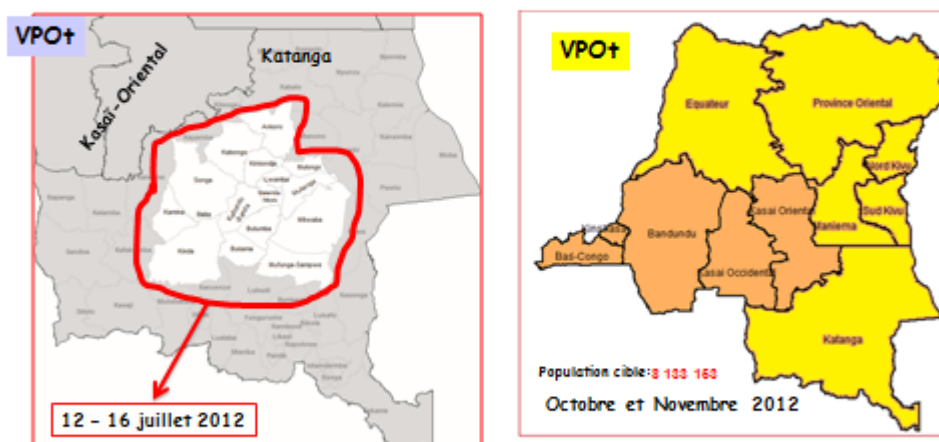
- Organiser une riposte aux cas de cVDPV dans les ZS touchées en juillet 2012 dans 18 zones de santé du Katanga;
- Organiser en octobre et novembre 2012 deux passages de JLV Polio:  
Tenant compte du risque de persistance du PVS, de la faible qualité des AVS selon le monitoring indépendant des JNV de juin 2012 qui fait état de 25% de zones de santé mal couvertes auxquels s'associe l'insuffisance de ressources mobilisables, au lieu des journées nationales de vaccination, deux Journées Locales de Vaccination contre la Polio seront organisées en octobre 2012 et en novembre pour 8 133 153 Enfants de moins de 5 ans avec le VPOt dans les Provinces de l'Equateur, du Katanga, du Maniema, du Nord kivu, Orientale et du Sud kivu .
- Organiser des ripostes aux nouveaux cas de PVS ou cVDPV confirmés dans les 14 jours.

Un accent particulier sera mis sur :

- o Un plaidoyer au plus haut niveau avec une implication du Chef de l'Etat ou de la Première Dame, du Premier ministre, des Gouverneurs des provinces, APA locales ;
- o Un plaidoyer pour le financement durable de la vaccination auprès du gouvernement, des parlementaires et des partenaires.
- o La micro planification de qualité faite à la base avec les APA et la communauté ;
- o Les supervisions de qualité avec envoi des superviseurs au moins 10 jours avant le début de chaque passage d'AVS Polio;
- o Le respect de la stratégie porte à porte avec l'utilisation effective des croquis et de la fiche de récupération des enfants manqués ;
- o L'amélioration de la vaccination des enfants dans les marchés et autres lieux de rassemblement et au niveau des frontières avec l'Angola et le Congo;
- o L'amélioration de la gestion des ressources par la mise en place des mécanismes de traçabilité et de redevabilité (affichage des listes des prestataires, participation des superviseurs à l'encadrement de la gestion des ressources, partage des micro plans...);
- o Le renforcement effectif du PEV systématique lors des AVS et des AVI pour rattraper le plus grand nombre d'enfants non vaccinés;
- o L'intégration des activités notamment la supplémentation en vitamine A, les MILD et le déparasitage au mebendazole ;
- o L'analyse et la validation des données par aire de vaccination au niveau de la ZS pour action ;
- o Le déploiement de tous les intrants et ressources au moins 1 semaine avant le lancement dans chaque ZS ;
- o L'organisation des activités synchronisées et transfrontalières avec l'Angola et le Congo ;
- o Le monitoring indépendant systématique dans les ZS à risque.
- o L'application du LQAS dans les zones à risque dont notamment les provinces du Katanga et du Maniema.

## Carte N°6 : Plan des AVS Polio du 2<sup>ème</sup> semestre 2012

JLV & AV 3 de riposte planifiés, 2012



**Lancement le**  
**12/07/2012 à**  
**Malemba Nkulu**

### 6.2. PEV systématique

Les stratégies suivantes et activités suivantes seront mises en œuvre pour renforcer le PEV de routine :

- Assurer le transport de vaccins des coordinations vers les zones de santé via les antennes ;
- Vacciner en stratégies fixes et fixes avancés les enfants non ou insuffisamment vaccinés ;
- Renforcer la communication pour le changement de comportement en faveur de la vaccination systématique.

### 6.3. Surveillance

Les principales stratégies et activités suivantes seront mises en œuvre pour renforcer la surveillance des PFA :

- Renforcement de la recherche active dans toutes les ZS avec un accent au niveau des zones silencieuses. Cela sera concrétisé par les actions suivantes :
  - Visiter régulièrement les sites de surveillance de haute et moyenne priorités
  - Réviser les sites de surveillance en tenant en compte le secteur privé, les praticiens et les salles de prière
  - Investiguer les cas suspects dans les meilleurs délais
  - Mener des analyses rapides sur les raisons de retard dans l'investigation des cas recueillis hors délais
  - Réviser les circuits d'acheminement des échantillons
  - Transporter les échantillons dans de bonnes conditions et dans les meilleurs délais aux laboratoires

- Renforcement de capacité du personnel en surveillance notamment dans les zones de santé à faible performance par
  - Organiser la formation du personnel des zones de santé et aires de santé des provinces de l'Équateur, Katanga, Maniema
  - Organiser les supervisions régulières des zones de santé et aires de santé
- Renforcement du monitoring des données:
  - Organiser des rencontres semestrielles décentralisées de retro-information avec le personnel impliqué dans la surveillance
  - Analyser systématiquement des indicateurs à tous les niveaux
  - Partager systématiquement des résultats de laboratoire avec les zones de santé et centres de santé
  - Partager les SITREP des différents niveaux
- Suivi des recommandations de la revue externe de la surveillance.
  - Diffuser les résultats de la revue externe de la surveillance de mai 2012
  - Organiser une revue rapide de la surveillance en province orientale
  - Assurer le suivi mensuel de la mise en œuvre des recommandations

#### **6.4. Communication**

Les stratégies et activités suivantes ont été retenues :

- Créer les bases d'un grand partenariat à l'échelle du pays pour impliquer les ONG nationales (Caritas, Croix Rouge, Association des Communicateurs en Santé , Réseau des journalistes pour la population etc.) et locales dans la mobilisation sociale et la supervision des campagnes ;
- Financer les relais communautaires et équipement en vélo dans les zones à haut risque pour conduire des activités en interphase
- Assurer la formation des communicateurs, des leaders d'opinion et leaders des confessions religieuses en communication pour la vaccination.
- Organiser une campagne de communication interpersonnelle et de dialogue avec les communautés.
- Organiser le plaidoyer au plus haut niveau pour obtenir le lancement officiel des AVS par le Chef de l'Etat
- Organiser le plaidoyer auprès des leaders de groupes résistants
- Produire de nouveaux supports de communication
- Utiliser les radios de proximité dans la promotion de la vaccination

#### **7. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE**

- 1) Tenir une réunion mensuelle de suivi de la mise en œuvre des activités du plan d'urgence par le MSP et les partenaires ;
- 2) Assurer le suivi du cadre de mise en œuvre de l'engagement des Gouverneurs
- 3) Organiser une évaluation finale de ce plan avec l'appui extérieur de l'IST ou AFRO.

**Tableau N°3 : Les indicateurs majeurs de suivi et évaluation du plan d'urgence**

Domaines	Intitulés	Valeur en fin décembre 2011	Valeur en fin juin 2012	Valeurs cibles Décembre 2012
AVS Polio	Nombre de cas de PVS	93	0	0
	Nombre de cas cVDPV	13	16	0
	% enfants non vaccinés selon le Monitoring indépendant	9%	6%	5%
PEV de routine	Couverture VPO3	84%	80%	90%
	Taux d'abandon VPO1/3	14%	10%	≤ 10%
	% de zones de santé avec une couverture VPO3 d'au moins 80%	53%	80%	80%
Surveillance des PFA	Taux de PFA Non Polio	5,8	3,7	2
	% de selles adéquates	83	81	80%
	% de provinces ayant atteint les deux indicateurs	91	55%	80%
Communication	% de parents informés avant le début de la campagne	91%	91%	95%
	% des enfants non vaccinés	9%	5,8%	≤5%
	Proportion des refus parmi les non vaccinés	15%	19%	≤10%

## 8. SYNTHÈSE DU BUDGET

**Tableau N°4 : Synthèse des budgets du plan d'urgence**

Rubriques	Montant total (en USD)	Source de financement probable					A mobiliser
		GVT	OMS	BM	UNICEF	Total disponible	
AVS Polio (Riposte Juillet)	1 531 310	0	881 344	0	649 966	1 531 310	0
AVS Polio (JLV Oct et Nov)	9 967 286	0	3 615 637	0	3 699 079	7 314 716	2 652 570
Surveillance des PFA	1 025 489	0	1 025 489	0	0	1 025 489	0
Renforcement de PEV Systématique	331 122	0	0	0	0	0	331 122
Communication routine	1 430 000	0	0	110 000	1 320 000	1 430 000	0
<b>Total</b>	<b>14 285 207</b>	<b>0</b>	<b>5 522 470</b>	<b>110 000</b>	<b>5 669 045</b>	<b>11301515</b>	<b>2 983 692</b>