



République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale

Province du Haut Katanga

Division Provinciale de la Santé

Zone de Santé de Lubumbashi



RAPPORT NARRATIF DES JOURNALES LOCALES DE VACCINATION CONTRE LA POLIO/ PHASE I

Du 23 au 25 Janvier 2025

Par l'ECZS Lubumbashi



LISTE DES ABREVIATIONS

AC	:	Animateur Communautaire
APA	:	Autorité Politico-Administrative
AS	:	Aire de Santé
BCZS :	:	Bureau Central de la Zone de Santé
CD	:	Chef de Division
CLC	:	Comité Local de Coordination
COVID-19	:	Corona Virus Disease 2019
CV	:	Couverture Vaccinale
DPS	:	Division Provinciale de la Santé
ECZS	:	Equipe Cadre de la Zone de Santé
GAVI	:	Global Alliance Vaccin Immunisation
FJ	:	Fièvre Jaune
FOSA	:	Formation Sanitaire
IgM	:	Immunoglobuline-M
JLV	:	Journée Locale de Vaccination
MPV	:	Maladies à prévention vaccinales
MAPI	:	Manifestation Adverse Post-Immunisation
MCZS	:	Médecin Chef de Zone de Santé
MORES	:	Mobilisations des Ressources
ODK	:	Open Data Kit
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PCI	:	Prévention Contrôle de l'Infection
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Flasque Aiguë
RDC	:	République Démocratique du Congo
RECO	:	Relais Communautaires
TNN	:	Tétanos Néonatal
UNICEF	:	Fonds des nations unies pour l'enfance
VPI	:	Vaccin antipolio inactivé
VPO	:	Vaccin Polio Oral
VAA	:	Vaccin Anti Amaril
VAR	:	Vaccin Anti-Rougeoleux
ZS	:	Zone de Santé

I. INTRODUCTION

La région africaine a été officiellement déclarée exempte du poliovirus sauvage (PVS) depuis le 25 août 2020, tandis que la République Démocratique du Congo (RDC) avait déjà été reconnue comme étant libre de circulation de ce virus en novembre 2015. Cependant, une épidémie de poliovirus variants de type 2 sévit encore dans plusieurs pays africains, y compris en RDC. Cette épidémie, qui a débuté le 8 mai 2017, se poursuit à ce jour, avec un total de 805 cas de cVDPV signalés, dont 748 provenant de la paralysie flasque aiguë (PFA) et 57 identifiés dans des échantillons environnementaux.

En 2022, 394 cas de poliovirus variants de type 2 (383 issus de la PFA et 11 dans l'environnement) ont été confirmés dans les provinces de Maniema, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Haut-Katanga, Haut-Lomami, Tanganyika, Lualaba, Tshopo, Kasaï Oriental, Ituri, Nord Ubangi, Haut-Uele, Mongala, et Bas-Uele. De plus, 145 cas de cVDPV1 ont été recensés dans le Tanganyika (23), Haut-Lomami (104), Haut-Katanga (17), et Bas-Uele (1). La RDC à elle seule a rapporté plus de la moitié des cas de poliovirus variants dans toute la région africaine. Les poliovirus issus de la RDC ont même été exportés vers des pays voisins tels que le Congo-Brazzaville, la République Centrafricaine, le Burundi, la Zambie, le Botswana et la Tanzanie.

Bien que le nombre de cas de poliovirus variants ait été réduit de moitié par rapport à 2022, la situation reste préoccupante. En 2023, 177 cas de poliovirus variants de type 2, 108 cas de type 1, et un cas de VDPV3 (signalé dans la zone de santé de Lowa, province de la Tshopo, en attente de classification finale) ont été recensés.

Pour mettre fin à la circulation de ces poliovirus variants dans le pays, il est recommandé d'organiser une campagne de vaccination ciblant les enfants de 0 à 59 mois. Cette campagne utiliserait le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2) ou le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb), et son succès dépendra de la qualité de sa mise en œuvre.

Une campagne de vaccination efficace nécessite un engagement politique fort au plus haut niveau de l'État, une coordination solide, ainsi que des ressources humaines, financières et logistiques adéquates. La gestion efficace des ressources, depuis les provinces jusqu'aux zones et aires de santé, est également cruciale, tout comme le respect du cadre de redevabilité à tous les échelons.

Face à cette situation, la RDC, avec l'appui de ses partenaires de l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP), continue de mettre en œuvre son plan de riposte. C'est dans ce contexte que cette campagne de vaccination contre la poliomyélite a été organisée dans toutes les zones de santé du Haut-Katanga, particulièrement la ZS de Lubumbashi.

II. Objectif

2.1. Objectif général

L'objectif général était d'apporter un appui technique, logistique et communicationnel efficace pour la mise en œuvre de la campagne de vaccination contre la poliomyélite.

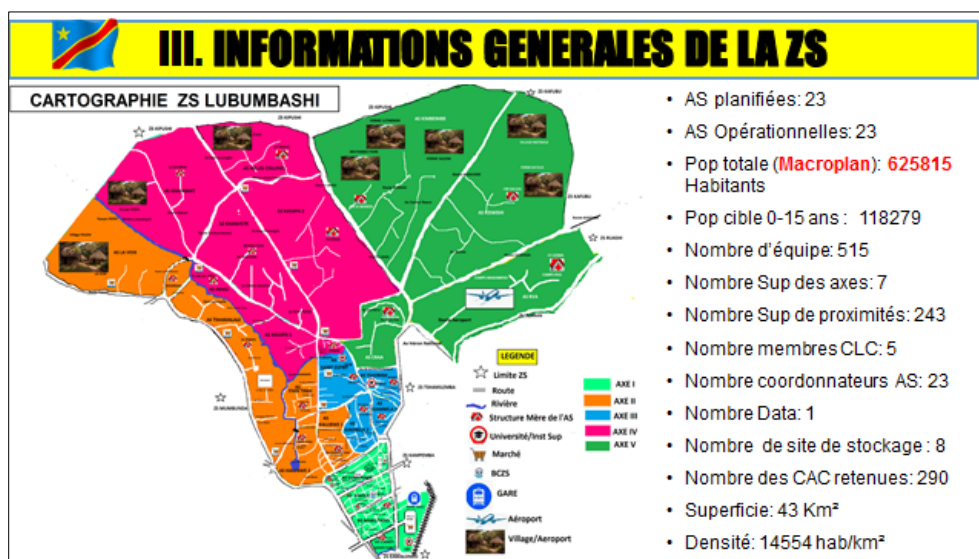
2.2. Objectifs spécifiques

1. Vacciner tous les enfants de 0 à 15 ans contre la poliomyélite.
2. Récupérer tous les enfants et femmes enceintes qui n'avaient pas achevé leur calendrier vaccinal.
3. Renforcer la recherche active des cas suspects de maladies à prévention vaccinale (PFA, rougeole, tétanos néonatal, fièvre jaune, etc.).

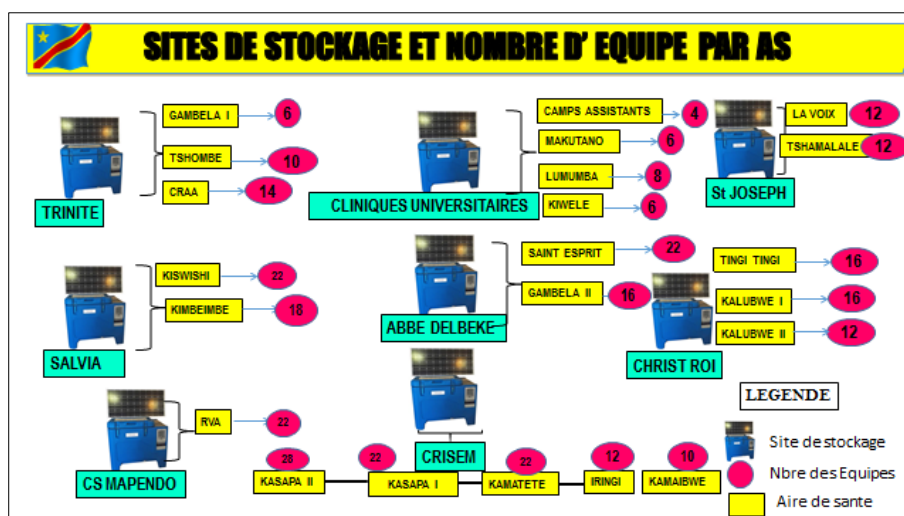
III. Méthodologie

- Contact avec l'équipe cadre de la ZS, le CLC et ses commissions (Technique, logistique, communication, Finances et MORES) ;
- Participation aux réunions de coordination ;
- Travail en commun sur les inventaires de matériels de la chaîne du froid et Vérifications des livrables (Chronogramme d'activités, différents plans existants, compte rendu des réunions, listes de présence, utilisation des outils digitalisés sur ODK, etc.) ;
- Descente sur terrain (supervision proprement dit pour le suivi de la vaccination effective des personnes-cibles) ;
- Réalisation des enquêtes rapides de convenance (ménages et hors ménages).

IV. Informations générales de la Zone de Santé de Lubumbashi



V. Sites de stockage



Commentaires : pour bien mener l'activité, huit sites de stockage ont été utilisés pour cette campagne pour couvrir 23 aires de santé et 513 équipes ont été déployés pour cette JLV Aout 2024.

VI. Populations cibles par tranche d'âge par AS / JNV PHASE I

N°	AIRE DE SANTE	POPULATION TOTALE	Populations par tranche d'âge				
			0-11 mois	12-59 mois	0-59 mois	0-23 mois	0-15 ans
1	CRAA	22813	913	3399	4312	1588	10 950
2	CAMP ASSISTANT	5012	200	747	947	349	2 406
3	GAMBELA I	9434	377	1406	1783	657	4 528
4	GAMBELA II	26939	1078	4014	5091	1875	12 931
5	IRINGI	17932	717	2672	3389	1248	8 607
6	KALUBWE I	23446	938	3493	4431	1632	11 254
7	KALUBWE II	12407	496	1849	2345	864	5 955
8	KAMAIBWE	6716	269	1001	1269	467	3 224
9	KAMATETE	63653	2546	9484	12030	4430	30 553
10	KASAPA I	76938	3078	11464	14541	5355	36 930
11	KASAPA II	100234	4009	14935	18944	6976	48 112
12	KIMBEIMBE	22102	884	3293	4177	1538	10 609
13	KISWISHI	49982	1999	7447	9447	3479	23 991
14	KIWELE	6794	272	1012	1284	473	3 261
15	LA VOIX	8823	353	1315	1668	614	4 235
16	LUMUMBA	11022	441	1642	2083	767	5 291
17	MAKUTANO	6459	258	962	1221	450	3 100
18	MILLE COLLINES	32538	1302	4848	6150	2265	15 618
19	RVA	44077	1763	6567	8331	3068	21 157
20	SAINT ESPRIT	29357	1174	4374	5548	2043	14 091
21	TINGI TINGI	24353	974	3629	4603	1695	11 689
22	TSHAMALALE	12542	502	1869	2370	873	6 020
23	TSHOMBE	12242	490	1824	2314	852	5 876
TOTAL ZS		625815	25033	93246	118279	43557	300394

VII. Ressources humaines

N°	CATEGORIE	NOMBRE
1	Membres CLC	5
2	Coordonnateur Zone de Santé	1
3	Superviseurs des axes	7
4	Superviseurs de proximité	243
5	Coordonneurs aires de santé	23
6	Vaccinateurs	515
7	Pointeurs	515
8	CAC	290
9	Personnel site de stockage	8
10	Data Manager	1
11	PEV Systématique	46
12	AC	1
TOTAL		1655

VIII. Synthèse des résultats Obtenus

- 1) Tous les acteurs impliqués dans les activités sont mobilisés et formés ;
- 2) La campagne de vaccination de qualité contre et la rougeole est bien préparée ;
- 3) La campagne de qualité contre et la rougeole est bien organisée ;
- 4) Le CLC comités de coordination ont trouvé des solutions aux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités de vaccination ;
- 5) Le débriefing de la mission est réalisé avec l'équipe du Comité Local de Coordination et le poste de commandement de l'Antenne ;
- 6) Participation à l'évaluation au niveau de la ZS ;
- 7) Rédaction du rapport de campagne à transmettre à la hiérarchie.

7.1. COORDINATION

- 10 réunions de CLC tenues avec les comptes rendus présidés par l'APA;
- Fonctionnalité des sous commissions;
- Mise à jour de DASHBORD (tableau de bord);
- Mobilisation des ressources locales sous la supervision de l'APA;
- Tenue des réunions de sous-commission avec comptes rendu disponible;
- Vulgarisation des directives JLV 1 et du micro plan

7.2. TECHNIQUE

- Elaboration du micro plan, du chronogramme et du plan de supervision;
- Recrutement et enregistrement des prestataires dans Commcare;
- Briefing en cascade des acteurs (Superviseurs d'axes, Superviseurs de proximité, Pointeurs, Vaccinateurs, Vaccinateur PEV systématique, membre de CAC et coordonnateurs des AS);
- Déploiement des superviseurs d'axes et des proximités;
- Élaboration des listes des enfants à récupérer zéro dose et sous vaccinés;
- Elaboration du Plan de distribution des intrants;
- Briefing sur l'outil de suivi (ODK)
- Encodage des acteurs dans la base des données en Excel.

7.3. LOGISTIQUE

- Inventaire des matériels de la chaîne de froid;
- La distribution des outils de collecte et gestion des données;
- Recyclage des accumulateurs dans toutes les aires de santé;
- Réception des vaccins, des intrants et des imprimés;
- Elaboration du plan de distribution des vaccins;
- Elaboration du PV de réception des vaccins et autres intrants
- Déploiement des intrants dans les sites de stockage;

7.4. COMMUNICATION

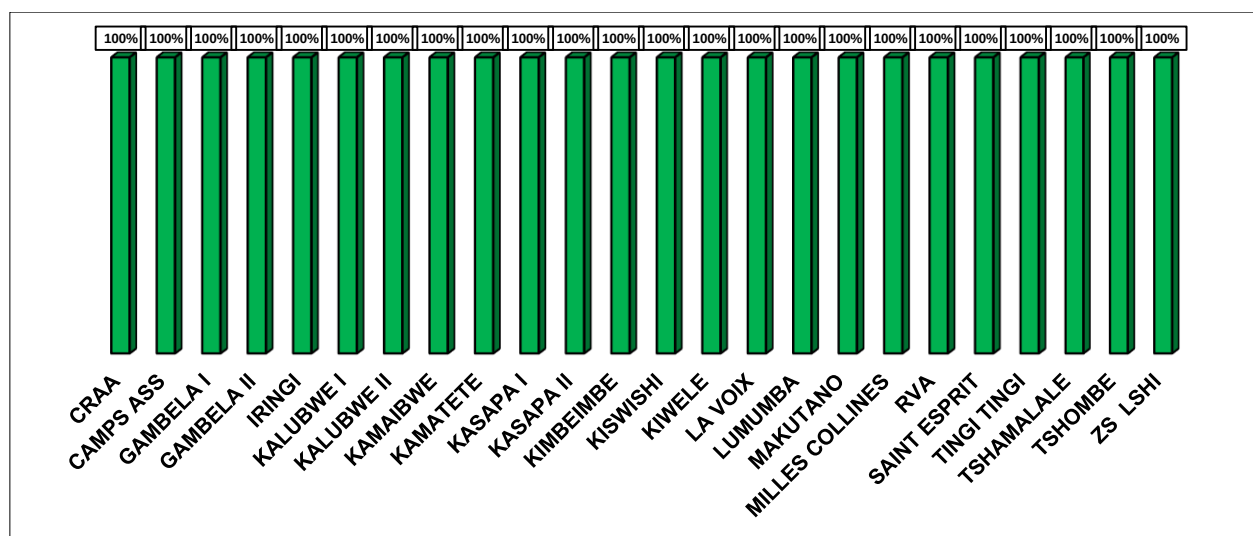
- Elaboration du plan de communication;
- Elaboration de la cartographie des refus
- Briefing des membres de CAC sur la récupération des enfants zéro dose et sous vaccinés;
- Distribution des messages dans les églises;
- Identification des sites de vaccination de la population spéciale;
- Inventaire des outils de communication.

IX. Evaluation du plan de redressement de JNV1 (DEC 2025)

PROBLÈMES	RESPONSABLE	NIVEAU DE MOE	OBSERVATION
Insuffisance des fiches de pointage (840 fiches reçues sur 4056 dont le GAP est 3216 Fiches)	Log / PEV	100%	Réception des outils complets pour JLV 1 AOUT 2024
Insuffisance des BI normées (77)	MCZS	100%	Réception des 563 Thermos
Faible communication en faveur des activités de vaccination	ANTENNE/PTF	100%	Financement à temps des activités
Préfinancement des activités de la campagne	PTF	50%	

X. Présentation des résultats

10.1. Populations cibles par tranche d'âge par AS / JLV 1 2025



Commentaires : La réception complète des 3090 rapports attendus pour la durée de la campagne, à 100%, démontre une excellente coordination et un suivi rigoureux au niveau des aires de santé. Cela reflète une bonne gestion administrative et une grande réactivité des équipes sur le terrain. Cette performance est cruciale pour assurer une évaluation précise de la campagne et pour identifier les zones d'amélioration éventuelles. Toutefois, il était utile de vérifier la qualité des données transmises pour garantir qu'elles reflètent fidèlement les réalités de terrain.

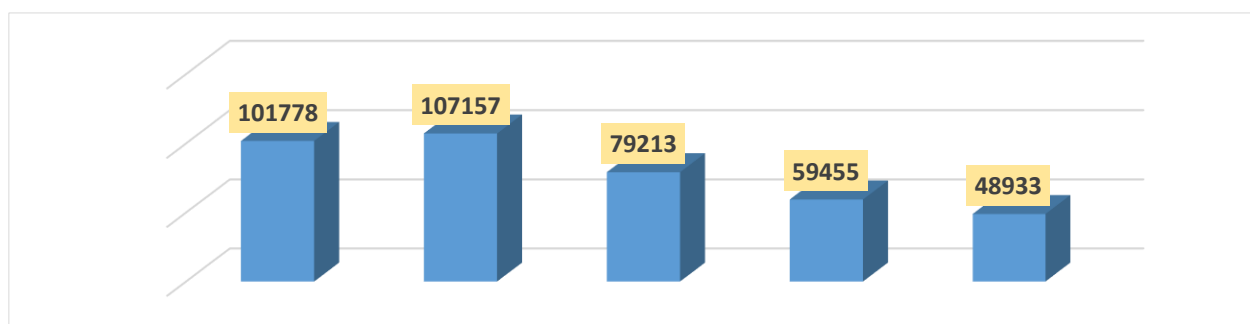
10.2. Résultats synthèse campagne riposte VPOb/JLV1

CIBLE 0-15 Mois	0-11 mois							12-59 mois						
	Zéro Dose		1 dose et plus		Total			Zéro Dose		1 dose et plus		Total		
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Zéro Dose	1 dose et plus	Total	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Zéro Dose	1 dose et plus	Total
300394	659	599	38569	41004	1258	79573	80831	0	0	48924	51624	0	100548	100548

Cible mois	0-59	Cible ans	5-15	Total 0-59 mois			CV (0-59 mois)	Vaccinés 5-15 ans			CV(0-15 ans)
18,9%		29,1%		Garçons	Filles	Total		Garçons	Filles	Total	
118279		182112		88211	93275	181486	153%	100076	114974	215050	118%

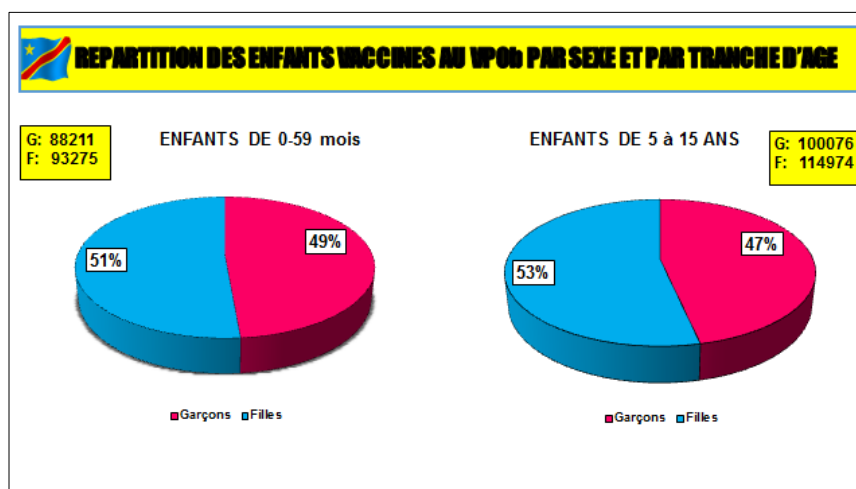
Commentaires : le premier tableau : au cours de la campagne VPOb/JLV1, 100 549 enfants âgés de 12 à 59 mois et 41 004 enfants âgés de 0 à 11 mois ont été vaccinés. Le second tableau : un total de 215 050 enfants ont été vaccinés lors de la campagne de vaccination, soit 118 % de la population cible des enfants âgés de 0 à 15 ans.

10.3. Total d'enfants vaccinés par jour



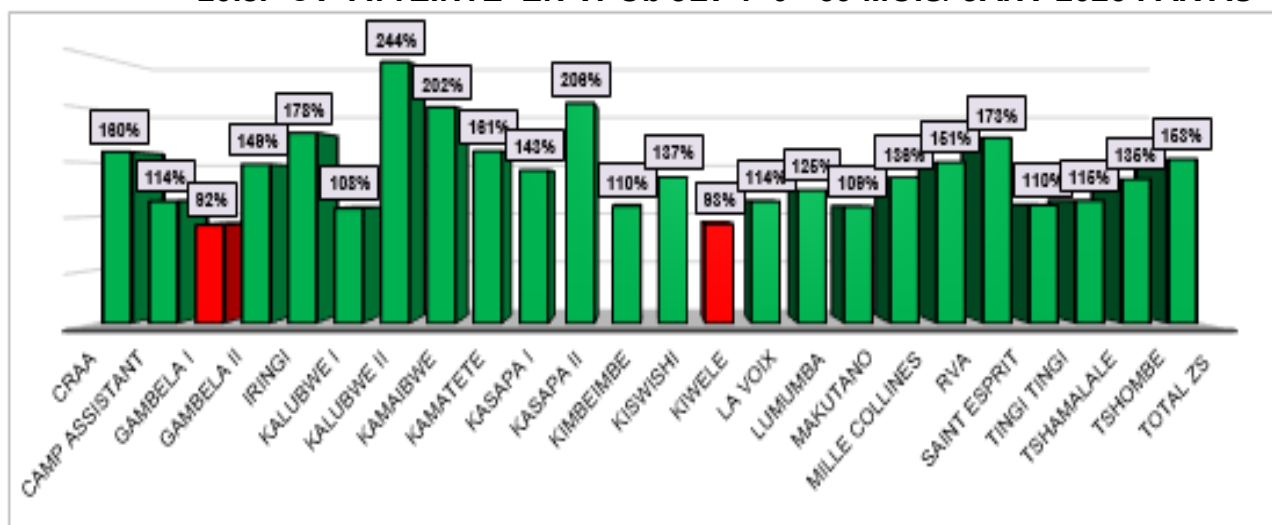
Commentaires : Au cours des trois premiers jours de la campagne de vaccination, la zone a réussi à vacciner 72 % des enfants cibles, ce qui témoigne d'un bon démarrage et d'une efficacité notable dans la couverture vaccinale. Ce résultat démontre une mobilisation rapide et une logistique bien coordonnée. Cependant, il reste un pourcentage important d'enfants à atteindre pour assurer une couverture complète, nécessitant une intensification des efforts dans les jours suivants, notamment dans les zones moins accessibles ou plus reculées.

10.4. Répartition des enfants vaccinés au VPOb par sexe et par tranche d'âge



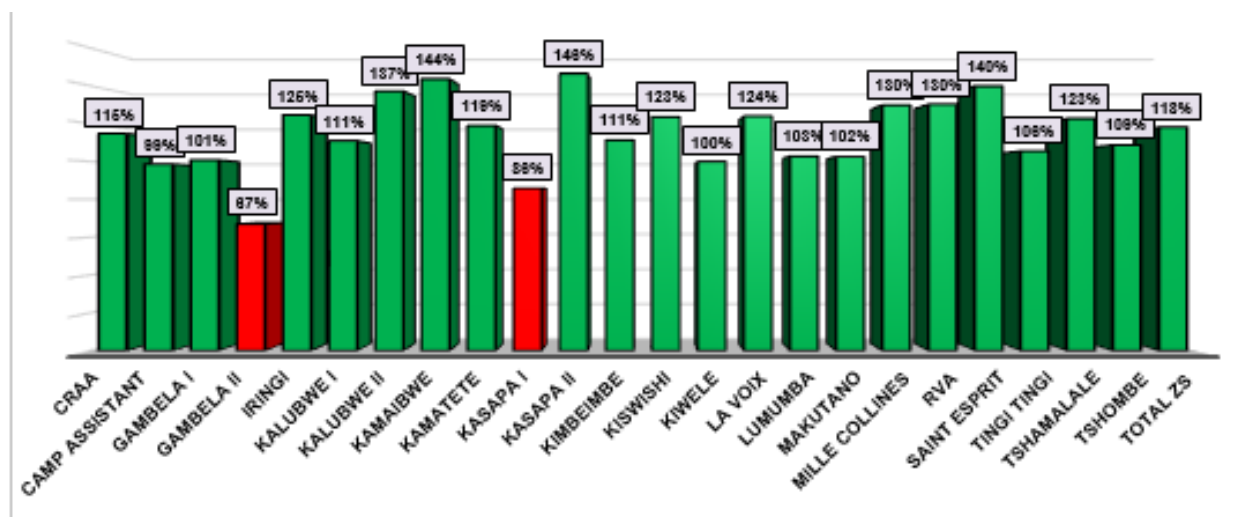
Commentaires : Parmi les enfants vaccinés, 51 % des enfants âgés de 0 à 59 mois étaient de sexe masculin, tandis que 53 % des enfants de 5 à 15 ans étaient également de sexe masculin. Cela montre une légère prédominance des garçons dans les deux groupes d'âge, ce qui pourrait refléter une répartition équilibrée entre les sexes ou une légère variation dans l'accès à la vaccination.

10.5. CV ATTEINTE EN VPOb JLV 1 0 - 59 MOIS/ JANV 2025 PAR AS



Les deux aires de santé, Kiwele (92%) et Gambela 1 (93%), ont enregistré des couvertures vaccinales inférieures à la moyenne attendue pour la tranche d'âge 0-59 mois lors de la campagne VPOb/JLV 1 en Janvier 2025. Cela indique des défis spécifiques liés à la mobilisation communautaire, à l'accessibilité des zones ou à des problèmes logistiques. Il est essentiel d'identifier les causes précises de ces faibles performances afin de mettre en place des stratégies de rattrapage, telles que des campagnes de communication intensifiée ou un renforcement des équipes sur le terrain. Un suivi de proximité peut également être nécessaire pour améliorer la couverture dans ces aires.

10.6. CV ATTEINTE EN VPOb JLV 1 5 - 15 ANS /JANV 2025 PAR AS



Pour la tranche d'âge 5-15 ans, la couverture vaccinale (CV) atteinte lors de la campagne VPOb/JLV 1 en Janvier 2025 a également été en deçà des attentes dans les aires de santé de Kiwele (67%) et Gambela 1 (86%). Ces résultats révèlent des difficultés persistantes dans la vaccination des enfants plus âgés, possiblement en raison de la faible mobilisation ou d'un accès difficile à ces zones. Il serait pertinent de renforcer les efforts de sensibilisation et

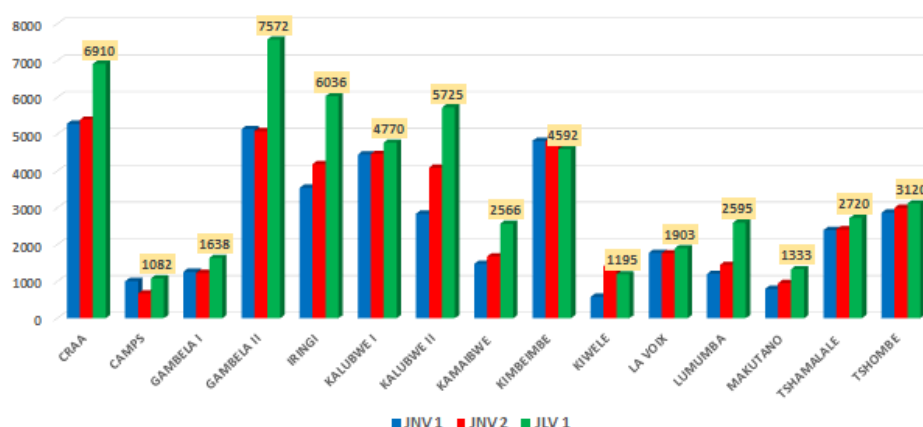
d'assurer une meilleure organisation logistique pour atteindre cette tranche d'âge, tout en réalisant des évaluations spécifiques pour comprendre et corriger les faiblesses rencontrées.

10.7. GAIN /PERTE ENFANTS VACCINES JNV1, JNV2 ET JLV1 EN 2025

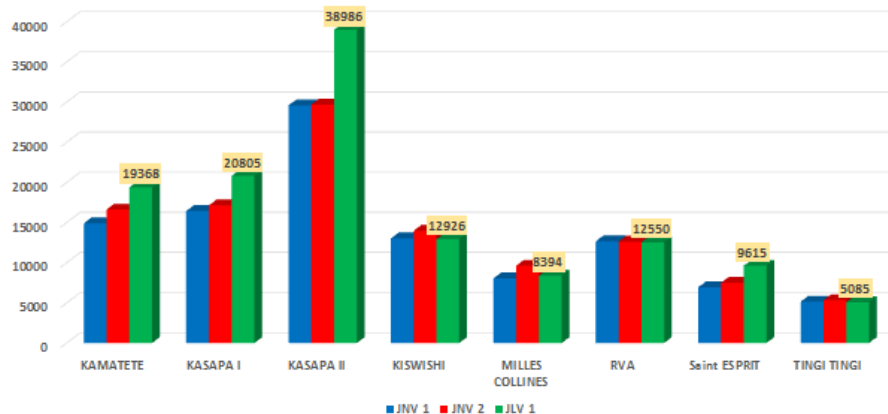
AIRES DE SANTE	JNV 1	JNV 2	JLV 1	ECART JLV1- JNV2
CRAA	5282	5394	6910	1516
CAMPS	1006	675	1082	407
GAMBELA I	1261	1229	1638	409
GAMBELA II	5140	5083	7572	2489
IRINGI	3550	4188	6036	1848
KALUBWE I	4451	4462	4770	308
KALUBWE II	2840	4090	5725	1635
KAMABWE	1481	1680	2566	886
KAMATETE	14898	16612	19368	2756
KASAPA I	16429	17136	20805	3669
KASAPA II	29600	29692	38986	9294
KIMBEMBE	4819	4816	4592	-224
KISWISHI	13029	13980	12926	-1054
KIWELE	586	1415	1195	-220
LA VOIX	1775	1765	1903	138
LUMUMBA	1205	1449	2595	1146
MAKUTANO	800	954	1333	379
MILLES COLLINES	8042	9621	8394	-1227
RVA	12669	12630	12550	-80
Saint ESPRIT	6932	7497	9615	2118
TINGI TINGI	5151	5334	5085	-249
TSHAMALALE	2395	2414	2720	306
TSHOMBE	2872	3000	3120	120
TOTAL	146213	155116	181486	26370

Un écart négatif observé entre les campagnes JLV1 et JNV2 dans les 6 aires de santé de KIMBEMBE, KISWISHI, KIWELE, RVA, TSHAMALALE, et MILLE COLLINES, sur les 23 aires de santé, indique une baisse du nombre d'enfants vaccinés dans ces zones. Cela pourrait être dû à plusieurs facteurs, tels qu'une baisse de la mobilisation communautaire, des problèmes logistiques, ou des obstacles à l'accès aux zones ciblées. Il est essentiel d'analyser les causes spécifiques de cette baisse pour ajuster les stratégies de sensibilisation, renforcer les ressources locales, et améliorer la coordination lors des futures campagnes de vaccination afin d'éviter de nouvelles pertes.

10.8. Nombre d'enfants vaccinés 0-59 mois / AS JNV1_JNV2 ET JLV1 25

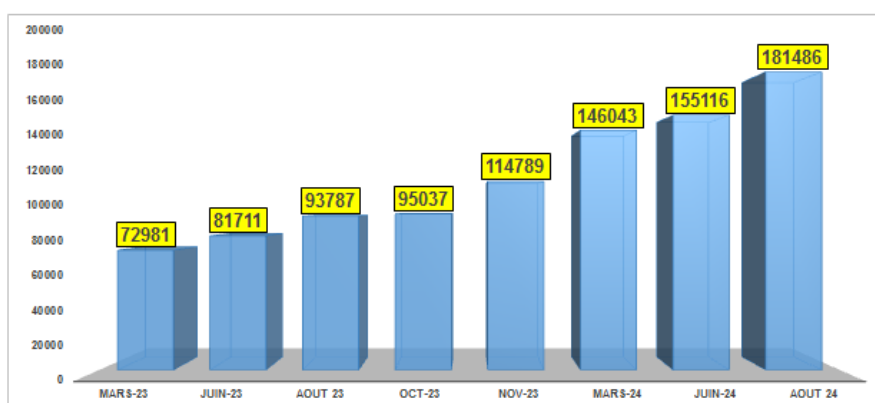


Comparativement aux phases précédentes des journées de vaccination, un nombre significativement plus élevé d'enfants âgés de 0 à 59 mois a été vacciné lors de la phase JLV1 d'août 2024. Cette augmentation est le résultat d'une meilleure organisation logistique, d'une mobilisation accrue de la communauté, ou d'une plus grande disponibilité des vaccins. Ces facteurs ont eu à contribuer à l'amélioration des résultats et à la couverture vaccinale plus étendue durant cette période.



De même, pour le nombre total d'enfants vaccinés de 0 à 59 mois par aire de santé lors des phases JNV1, JNV2 et JLV1 en 2025, on observe que la phase JLV1 de Janvier 202(a enregistré une couverture vaccinale nettement plus élevée. Cette hausse par rapport aux phases précédentes pourrait indiquer une amélioration des stratégies de sensibilisation, une meilleure coordination des équipes sur le terrain, et une logistique plus efficace. Ces progrès ont permis d'atteindre un plus grand nombre d'enfants, maximisant ainsi l'impact de la campagne de vaccination.

10.9. NBRE D'ENFANTS VACCINES MARS_JUIN_AOUT_OCT_NOV 2023 ET MARS_JUIN ET JANVIER DE 0 A 59 MOIS



Le nombre d'enfants vaccinés de 0 à 59 mois lors des campagnes de vaccination menées en mars, juin, août, octobre et novembre 2024, ainsi qu'en mars, juin et Janvier2025, montre une variation significative dans la couverture vaccinale. En comparant ces différentes phases, on note une progression générale, avec un pic enregistré lors de la campagne de Janvier 2025. Cette tendance indique un renforcement des efforts de vaccination et un meilleur accès aux populations cibles au fil des campagnes, ce qui contribue à améliorer la protection des enfants contre la poliomyélite et d'autres maladies évitables.

10.10. Enfants récupérés en PEV systématique

AIRE DE SANTE	BCG	VPI1	Total DTC-HepB-Hib	Total PCV-13	Total Rota	VAR1	VAR2	VAA	VPI2	Récupérations 0-11 mois	TD
CRAA	20	34	103	106	106	31	4	31	29	460	25
CAMP ASSISTANT	25	13	47	41	41	9	0	9	9	194	0
GAMBELA I	0	11	32	32	32	3	10	3	11	124	17
GAMBELA II	0	25	37	37	37	16	0	16	7	175	0
IRINGI	0	2	9	9	9	14	0	4	3	50	3
KALUBWE I	15	19	57	57	57	18	2	18	7	248	16
KALUBWE II	17	16	44	47	47	18	7	18	11	218	0
KAMAIBWE	0	5	16	16	16	13	0	13	0	79	24
KAMATETE	0	24	79	79	79	18	0	18	0	297	0
KASAPA I	0	50	116	112	112	64	46	64	73	591	25
KASAPA II	111	55	170	170	170	57	10	57	49	839	15
KIMBEIMBE	0	24	61	61	61	15	0	13	15	250	4
KISWISHI	11	28	94	94	84	15	8	15	15	356	25
KIWELE	0	40	130	130	130	38	0	32	18	518	0
LA VOIX	0	10	33	33	33	14	4	14	14	151	9
LUMUMBA	1	22	60	60	60	17	5	17	0	237	12
MAKUTANO	8	22	48	48	48	12	0	12	12	210	0
MILLE COLLINES	11	32	75	75	75	12	0	12	12	304	23
RVA	22	13	32	32	32	17	3	17	18	183	3
SAINT ESPRIT	0	33	79	79	79	19	0	19	19	327	0
TINGI TINGI	14	14	46	49	46	18	5	18	16	221	21
TSHAMALALE	0	4	10	10	10	7	3	5	11	57	8
TSHOMBE	0	16	32	30	32	15	7	15	10	150	6
TOTAL	255	512	1410	1407	1396	460	114	440	359	6239	236

Lors de la campagne JLV1 de Janvier 2025, un nombre significatif d'enfants a été récupéré dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) systématique. 6239 enfants, qui n'avaient pas achevé leur calendrier vaccinal ou qui étaient sous-vaccinés, ont ainsi bénéficié d'une vaccination rattrapage, contribuant à l'amélioration de la couverture vaccinale et à la réduction des risques de propagation des maladies évitables et 236 femmes enceintes ont été vaccinées contre le tétanos avec le vaccin TD, contribuant à la prévention du tétanos maternel et néonatal.

10.11. Surveillance épidémiologique

Aire de santé	PFA	Rougeole	FJ	TNN
CRAA	0	0	0	0
CAMP ASS	0	0	0	0
GAMBELA I	0	0	0	0
GAMBELA II	0	0	0	0
IRINGI	0	0	0	0
KALUBWE I	1	0	0	0
KALUBWE II	0	0	0	0
KAMAIBWE	0	2	0	0
KAMATETE	0	0	0	0
KASAPA I	1	0	0	0
KASAPA II	3	1	0	0
KIMBEIMBE	0	0	0	0
KISWSHI	0	0	0	0
KIWELE	0	0	0	0
LA VOIX	0	0	0	0
LUMUMBA	0	0	0	0
MAKUTANO	0	0	0	0
MILLES COLLINES	0	0	0	0
RVA	0	0	1	0
St ESPRIT	0	0	0	0
TINGI TINGI	0	0	0	0
TSHAMALALE	0	0	0	0
TSHOMBE	0	0	0	0
TOTAL ZS	5	3	1	0

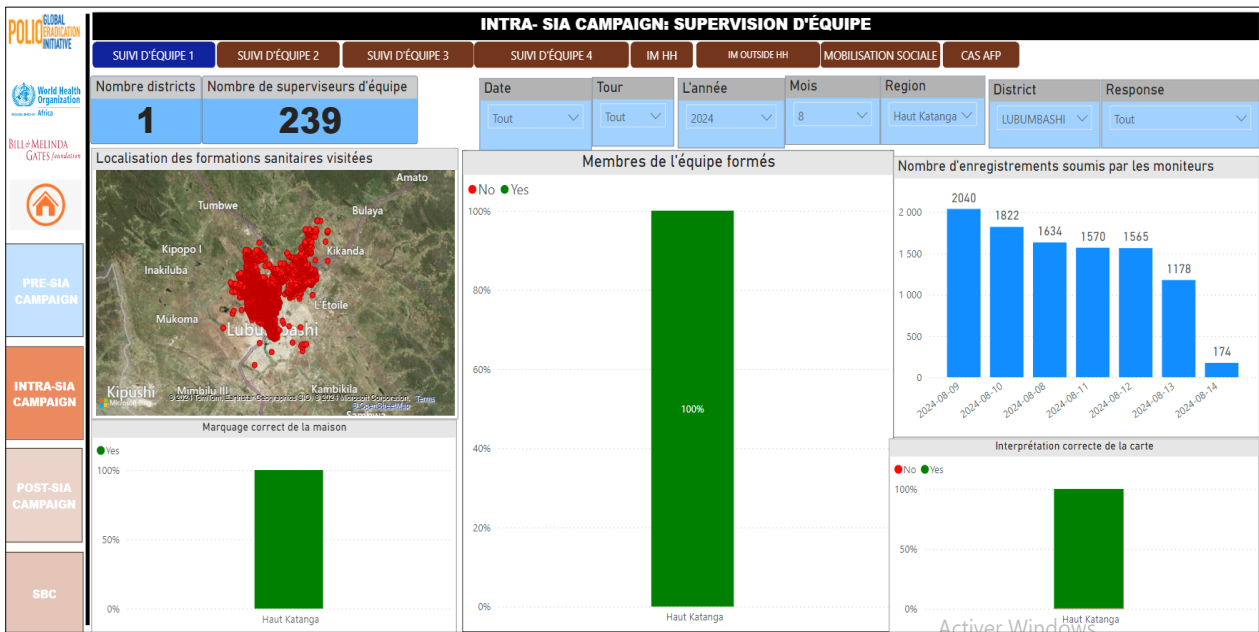
Dans le cadre de la surveillance épidémiologique effectuée durant la campagne JLV1 Janvier 2025, au total, 3 cas de paralysie flasque aiguë (PFA), 5 cas de rougeole et 1 cas de fièvre jaune ont été détectés. Ces résultats montrent l'efficacité de la surveillance active, permettant d'identifier rapidement les cas suspects de maladies à prévention vaccinale et de prendre les mesures.

10.12. GESTION DES VACCINS PAR AS

Aire de santé	Flacons reçus	Flacons utilisables (Ne pas remplir)	Flacons inutilisables (entamés, cassés, virés, sans étiquettes et vides)	Flacons perdus	Taux de perte %
CRAA	730	2	728	0	0,2%
CAMP ASS	254	127	127	0	0,8%
GAMBELA I	296	73	223	0	1,3%
GAMBELA II	725	80	645	0	0,6%
IRINGI	642	13	629	0	0,4%
KALUBWE I	626	7	619	0	0,3%
KALUBWE II	579	45	534	0	0,1%
KAMAIBWE	280	9	271	0	0,9%
KAMATETE	2088	17	2071	0	0,1%
KASAPA I	2013	10	2003	0	0,1%
KASAPA II	4104	17	4087	0	0,1%
KIMBEIMBE	612	23	589	0	0,3%
KISWSHI	1553	6	1547	0	0,2%
KIWELE	169	5	164	0	3,4%
LA VOIX	270	14	256	0	0,7%
LUMUMBA	378	81	297	0	0,9%
MAKUTANO	175	9	166	0	1,8%
MILLES COLL	1037	1	1036	0	0,2%
RVA	1597	126	1471	0	0,6%
St ESPRIT	1089	9	1080	0	0,2%
TINGI TINGI	639	8	631	0	0,5%
TSHAMALALE	406	43	363	0	0,9%
TSHOMBE	354	2	352	0	0,7%
TOTAL ZS	20616	727	19889	0	0,003%

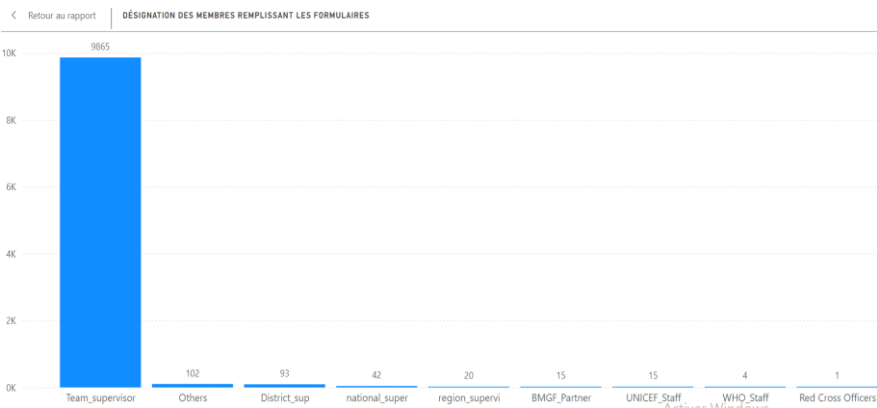
La gestion des vaccins a permis de recevoir un total de 20 609 flacons, dont 726 ont été retournés utilisables, tandis que 19 883 flacons étaient inutilisables. Aucun flacon n'a été perdu, et le taux de perte s'élève à 0,3 %.

10.13.NOMBRE DES SUPERVISIONS ODK



Lors de la campagne JLV1 de Janvier , un total de 239 superviseurs d'équipes ont été déployés pour assurer le suivi et l'encadrement des activités de vaccination, utilisant l'outil de supervision ODK (Open Data Kit). Cela a permis un contrôle rigoureux des opérations sur le terrain et une collecte en temps réel des données, contribuant à la réussite de la campagne.

10.14.NOMBRE DES SUPERVISIONS ODK



Les supervisions ODK ont été réalisées de manière intensive, avec un total impressionnant de 10 112 supervisions. L'engagement des équipes des superviseurs a été particulièrement significatif, représentant la majorité des supervisions avec 9 856 interventions, suivi de District superviseurs : 56 supervisions, Autres : 102 supervisions, National : 42 supervisions, Régional : 20 supervisions, BMGF : 15 supervisions, Unicef : 15 supervisions, OMS : 5 supervisions et Croix-Rouge : 1 supervision. Ces supervisions ont joué un rôle essentiel dans

le bon déroulement de la campagne et dans l'atteinte des objectifs fixés. Le soutien des organisations internationales telles que l'Unicef, OMS, et la Croix-Rouge a également été notable, bien que plus modeste en nombre. Cette supervision coordonnée a permis d'assurer le suivi rigoureux de la campagne et de garantir l'atteinte des cibles de vaccination.

10.15. Données de communication: ménages visites, personnes sensibilisées de plus de 15 ans par les CAC et gestion de refus

Aire de Santé	Nombre de ménage		Complétude MoSo		Nombre de personnes de plus de 15 ans sensibilisées			REFUS	
	Prévus	Visités	Rapports attendus	Rapports reçus	Total	Hommes	Femmes	Refus signalés	Refus gérés
CRAA	4563	3736	60	30	3018	1411	1607	11	9
CAMP ASSIS	1002	643	20	15	1984	976	1008	6	5
GAMBELA I	1887	984	30	20	3180	1523	1657	2	1
GAMBELA II	5388	3738	65	35	22593	10750	11843	13	10
IRINGI	3586	3221	70	30	10566	4778	5788	3	3
KALUBWE I	4689	4387	75	35	18749	9533	9216	9	9
KALUBWE II	2481	2181	50	30	4243	2018	2225	10	8
KAMAIBWE	1343	2374	40	25	3640	1348	2292	5	5
KAMATETE	12731	7872	100	50	28544	12678	15866	13	11
KASAPA I	15388	5931	100	50	10811	5325	5486	6	6
KASAPA II	20047	6086	110	70	9326	4301	5025	15	13
KIMBEIMBE	4420	3894	75	40	12876	6222	6654	1	1
KISWISHI	9996	7400	100	50	37849	18454	19395	15	13
KIWELE	1359	471	25	10	1243	586	657	7	6
LA VOIX	1765	1142	40	20	6463	3202	3261	0	0
LUMUMBA	2204	1170	35	20	8577	4180	4397	13	11
MAKUTANO	1292	349	30	10	5103	2497	2606	0	0
MILLE COLLI	6508	3574	60	50	6526	2958	3568	16	14
RVA	8815	8351	90	50	46894	31896	14998	16	14
SAINT ESPRIT	5871	5626	100	50	31795	15290	16505	6	6
TINGI TINGI	4871	3122	85	40	21084	10360	10724	12	11
TSHAMALALE	2508	2409	50	20	6359	3150	3209	11	11
TSHOMBE	2448	1860	40	20	9808	4729	5079	6	6
TOTAL ZS	125163	80521	1450	770	311231	158165	153066	196	173

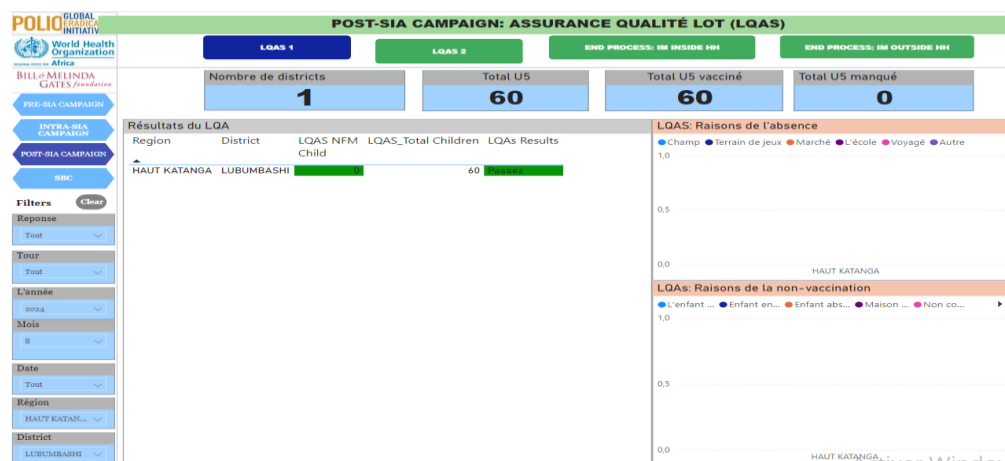
Les données de communication montrent une vaste sensibilisation de la population lors de la campagne. Un total de 311 231 personnes de plus de 15 ans, ont été sensibilisées par les Comités d'Animation Communautaire (CAC), ce qui représente un effort massif d'information. Parmi 196 refus enregistrés, 173 ont été gérés avec succès, soit environ 88% de réussite dans la gestion des refus. Toutefois, seulement 770 rapports ont été reçus sur les 1 470 attendus, ce qui représente 52,4% des rapports prévus. Cela indique un besoin d'amélioration dans la collecte des données pour un suivi optimal.

10.16.MORES

AUTEUR DE LA MORES (RESPONSIBLE, FINANCEUR)	RESSOURCES MOBILISEES/UTILISATION	Qté	Nbre de Jours	CU	CT
Commune de Lubumbashi	Véhicule	1	2	75	\$ 150
	Achat et impression signes distinctif	105	1	7,14	\$ 750
Consultant Fondation GATES	Appui pour déploiement des intrants de la campagne de sites de stockage vers les villages les plus éloignés	1	2	75	\$ 150
Consultant SBC UNICEF	Appui pour déploiement des intrants de la campagne de sites de stockage vers les villages les plus éloignés	1	2	75	\$ 150
AFIA DON BOSCO	Appui en carburant pour déploiement des intrants de la campagne de sites de stockage vers les villages les plus éloignés	150	1	1,5	\$ 225
CLINIQUES LA GRACE	Achat piles	100	1	0,5	\$ 50
ONG SALAMA	Achat craies	100	1	0,25	\$ 25
	Achat piles	170	1	0,5	\$ 85
TOTAL				\$ 1242	

La mobilisation des ressources pour la campagne de vaccination dans la commune de Lubumbashi a été soutenue par plusieurs acteurs. Un total de 1 585 \$ a été collecté, réparti entre le financement de véhicules, l'achat de signes distinctifs, de piles, de craies et le carburant pour le transport des intrants vers les zones éloignées. Des contributions notables sont venues de la Fondation Gates, UNICEF, AFIA Don Bosco, et plusieurs cliniques et ONG locales. Ces efforts ont permis d'assurer une bonne logistique et soutien matériel pour la campagne.

10.17.Résultats LQAS



L'enquête LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) réalisée après la campagne a révélé des résultats très encourageants. Sur les 60 enfants échantillonnés, 60 ont été vaccinés, ce qui indique un taux de couverture vaccinale de 100%. De plus, aucun enfant n'a été manqué, soulignant l'efficacité de la campagne de vaccination et le succès des efforts déployés pour atteindre tous les enfants-cibles. Ces résultats témoignent d'une mobilisation adéquate et d'une bonne coordination au sein des équipes de vaccination, renforçant la confiance dans le programme de vaccination en cours.

XI. Analyse FFOM

11.1. Bonnes pratiques

Voici quelques bonnes pratiques observées lors de la mise en œuvre de la campagne de vaccination :

11.1.1. Coordination

- Partage anticipé du Macro plan : Le Macro plan a été partagé à temps, permettant une organisation efficace avec un nombre suffisant d'équipes de vaccination.
- Élaboration du Microplan : Le Microplan a été élaboré localement, prenant en compte les spécificités de chaque zone.
- Dashboard en ligne : Un tableau de bord en ligne permettait de suivre en temps réel les préparatifs de la campagne.
- Fonctionnalité du CLC : Le Comité Local de Coordination (CLC), multisectoriel, a joué un rôle clé dans la coordination des opérations.
- Partage de fiches techniques : Les membres du CLC ont reçu des fiches techniques pour une meilleure coordination des actions.
- Implication des autorités locales : Le Bourgmestre et les cadres locaux ont contribué à la mobilisation et à l'efficacité de la campagne.
- Disponibilité des fonds : Les fonds nécessaires étaient disponibles à la Division Provinciale de la Santé (DPS), ce qui a facilité la mise en œuvre sans retard.

11.1.2. Surveillance

- Recherche active des Maladies à Prévention Vaccinale (MPV) : L'intégration de la recherche active des MPV lors des AVS a renforcé la surveillance.
- Bonne implication des IT et ECZS : Les Infirmiers Titulaires (IT) et les Équipes-Cadres de Zones de Santé (ECZS) ont participé activement à la notification et à l'investigation des MPV.
- Disponibilité des outils de surveillance : Les outils de surveillance étaient disponibles dans les aires de santé.
- Notification proactive des cas de PFA : Cinq cas de Paralysie Flasque Aiguë (PFA) ont été notifiés durant la campagne JLV1.
- Recherche active des maladies : Une surveillance proactive des maladies évitables par la vaccination a été menée.
- Appui du Partenaire ASC dans la recherche active des maladies à prévention vaccinale

11.1.3. Technique (Supervision, Suivi et Évaluation)

- Formation en cascade des prestataires : Les prestataires ont bénéficié d'une formation avant le lancement de la campagne.

- Vaccination dans les lieux de grande affluence : Les équipes ont vacciné dans des lieux fréquentés (rencontres, églises, aires de jeux, etc.), augmentant la couverture vaccinale.
- Organisation efficace de la supervision avec ODK : L'utilisation d'ODK a amélioré la gestion de la supervision sur le terrain.
- Appui des superviseurs : Les superviseurs provinciaux et les partenaires ont soutenu activement la campagne.
- Nombre de jours de vaccination suffisant : La campagne s'est déroulée sur cinq jours, permettant de vacciner un large nombre d'enfants.
- Complétude et promptitude des rapports : Les rapports ont été soumis rapidement et avec précision.
- Bonne récupération des enfants zéro dose et sous-vaccinés : Un effort particulier a permis de vacciner les enfants zéro dose et sous-vaccinés.
- Augmentation du nombre d'équipes de vaccination : Le nombre d'équipes a été accru pour mieux couvrir la population cible.

11.1.4. **Logistique**

- Arrivée à temps des intrants et vaccins : Tous les vaccins et intrants ont été livrés dans les délais.
- Plan de distribution basé sur les performances passées : Le plan de distribution a été optimisé grâce aux résultats des campagnes précédentes.
- Bonne gestion de la chaîne du froid : Aucun vaccin n'a été perdu grâce à une gestion efficace du froid.

11.1.5. **Mobilisation des Ressources**

- Fabrication locale des dossards : Des dossards ont été fabriqués localement avec l'appui de la commune de Lubumbashi.
- Souscriptions MORES : Des lettres de souscription MORES ont été lancées pour appuyer la campagne JLV.
- Mobilisation des ressources locales : Les membres de l'ECZS, PTF, FOSA et des dignitaires d'État ont mobilisé les ressources nécessaires pour la campagne.
- Remerciement aux contributeurs : Une lettre de remerciement a été envoyée à toutes les personnes et structures ayant soutenu la campagne.

11.1.6. **Mobilisation Sociale**

- Plan de communication structuré : Un plan de communication a été mis en place pour soutenir la campagne JNV.
- Cartographie des populations spéciales : Des cartographies ont aidé à mieux cibler les communautés indienne, chinoise et pakistanaise.
- Implication des enfants de la rue : Ces enfants ont orienté les parents vers les équipes mobiles dans certaines aires de santé (KIWELE et MAKUTANO).
- Participation des CAC et de l'ONG ASC dans la sensibilisation : Les membres des CAC ont sensibilisé et orienté les enfants non vaccinés.
- Lancement officiel des JLV1 par l'APA : Le lancement a généré une forte mobilisation des chefs de quartiers.

- Envoi de SMS pour la campagne : Des SMS ont été envoyés pour informer la population avant et pendant la campagne.
- Implication de l'APA dans la gestion des refus : L'APA a activement participé à la résolution des cas de refus.

11.2. Points à améliorer/défis

Voici les points à améliorer et les défis rencontrés lors de la campagne : Faible réponse à la mobilisation des ressources locales

11.2.1. Coordination

- Faible mobilisation de signes distinctifs pour les vaccinateurs : Le manque de matériel de visibilité a affecté la reconnaissance des équipes sur le terrain.

11.2.2. Logistique

- Utilisation des thermos ne pouvant pas maintenir la bonne température toute la journée : Cela a conduit à des problèmes de gestion de la chaîne du froid, avec des équipes devant rentrer pour remplacer les accumulateurs.
- Insuffisance de certains RECO dans la détection de certains cas suspects des MPV par manque d'une formation sur la surveillance à base communautaire : La formation insuffisante a limité leur capacité à identifier les cas.

11.2.3. Technique (Supervision, Suivi et Évaluation)

- Faible qualité des croquis utilisés par certains prestataires lors de la campagne : Des croquis peu clairs ont entravé la bonne compréhension des zones à vacciner.
- Effacement et falsification de marquage sur certaines barrières : Cela a pu affecter l'intégrité et la confiance dans le processus de vaccination.

11.2.4. Surveillance

- Insuffisance de certains RECO dans la détection de certains cas suspects des MPV : Un manque de formation en surveillance communautaire a nui à la détection efficace des maladies.

11.2.5. Mobilisation des Ressources

- Réponse négative à la MORES adressée à certains opérateurs économiques, APA de la Place : La faible réponse des opérateurs économiques a impacté la mobilisation des ressources nécessaires.

11.2.6. Mobilisation Sociale

- Faible communication entre les équipes de vaccination et les parents : La communication inadéquate sur la maladie, la raison des campagnes répétées, et l'annonce des prochaines phases a limité l'engagement communautaire.
- Faible réponses à la mobilisation des ressources locales par certaines structures contributantes : Certaines structures ont manqué de réagir de manière proactive à la mobilisation des ressources.

Cette classification aide à identifier les domaines nécessitant des améliorations et des interventions ciblées pour renforcer l'efficacité des campagnes de vaccination.

XII. Plan de redressement

Voici un tableau de plan de redressement pour la prochaine campagne d'Avril 2025 :

Problèmes	Causes	Actions/solutions	Resp MOE	Resp suivi	Echéance
Faible mobilisation de ressources locales	Manque de sensibilisation auprès des opérateurs économiques	Renforcer la sensibilisation des acteurs locaux et PTF	AC	Président CLC, MCZS	Mars 2025
Insuffisance de formation des RECO	Absence de formation sur la surveillance communautaire	Organiser des sessions de formation pour les RECO	SSP	MCZS	Mi-Mars 2025
Problèmes de chaîne du froid	Utilisation de thermos non adaptés	Fournir des thermos adéquats et organiser une formation sur leur utilisation	SSP	MCZS	Fin Mars 2025
Communication insuffisante avec les parents	Manque d'information sur la campagne	Élaborer un plan de communication clair et engageant	AC	MCZS	Début Avril 20245
Faible qualité des croquis	Manque de formation sur la cartographie	Fournir des directives claires et organiser des formations	SSP	MCZS	Mi-Mars 2025
Effacement et falsification de marquage	Manque de surveillance et de contrôle	Renforcer les contrôles et sensibiliser sur l'importance du marquage	SSP et AC	MCZS	Pendant la campagne
Réponse négative à la MORES	Manque de motivation des opérateurs économiques	Renforcer le plaidoyer et la communication avec les entreprises	Équipe MORES	Président CLC	Avant début de la campagne
Faible mobilisation de signes distinctifs pour les vaccinateurs	Manque d'outils de visibilité	Produire et distribuer des signes distinctifs avant la campagne	Équipe logistique (AGZS, AC, SSP)	AC	Fin Mars 2025

XIII. Opportunité et menaces

- Contribution de certains Leaders communautaires avec leurs mégaphones

XIV. Opportunité et menaces

- Effacement de marquage et détachement des affiches avec message en faveur des JLV par certains propriétaires de ménages

XV. Conclusion

La campagne de vaccination JLV1 menée en Janvier 2025 a été une grande réussite. Les efforts déployés ont permis de dépasser les attentes en termes de couverture vaccinale dans toutes les tranches d'âge ciblées. Grâce à une bonne organisation, une mobilisation sociale accrue, et une gestion efficace des ressources, la campagne a atteint une large portion de la population cible, avec des taux de couverture remarquables (118%).

1. Enfants de 0-11 mois :

- Nombre d'enfants vaccinés : 41 004
- Ce résultat dépasse les objectifs initiaux, témoignant d'une bonne récupération des enfants qui n'avaient pas été vaccinés auparavant ou qui étaient sous-vaccinés.

2. Enfants de 12-59 mois :

- Nombre d'enfants vaccinés : 100 549
- Couverture vaccinale : 118%
- Le succès dans cette tranche d'âge reflète l'efficacité des stratégies déployées pour sensibiliser les parents et renforcer la confiance dans le programme de vaccination.

3. Enfants de 5-15 ans :

- Nombre d'enfants vaccinés : 215 050
- La forte couverture dans cette tranche d'âge montre une excellente mobilisation des enfants d'âge scolaire et des familles, assurant une meilleure protection collective.

La campagne JLV1 de Janvier 2025 s'est conclue avec un franc succès, dépassant les objectifs initiaux en matière de couverture vaccinale. Elle a permis de rattraper un grand nombre d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés, renforçant ainsi la protection collective contre les maladies évitables par la vaccination. L'efficacité des stratégies déployées et la mobilisation des partenaires ont été des facteurs clés de ce succès. Des efforts continus sont nécessaires pour maintenir ces résultats lors des prochaines campagnes, notamment celle prévue en Avril 2025.

Fait à Lubumbashi, le 26/01/2025

Rédacteur/STELLA MASANGU

Secrétaire



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Stella Masangu', written over the word 'Secrétaire'.