

CHAPITRE II: PRESENTATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Dans ce chapitre, nous allons parler du programme Elargi de vaccination, son historique, son organisation et différentes antennes d'implantations du PEV dans le pays.

II.1 HISTORIQUE

II.1.0. ORIGINE

Le programme Elargi de vaccination, en sigle le PEV, est un service spécialisé à caractère social et technique au sein du Ministère de la santé publique.

- Il tire ses origines du succès enregistré par la campagne nationale d'Eradication de la variole, en abrégé C.N.E.V. qui fut créée par l'ordonnance présidentielle N°68/103 du 29 mars 1968 pour une durée de 10 ans¹
- Sur recommandation de la 30^{ème} Assemblée mondiale de la santé en 1974 (Résolution 2757 al.1), le programme Elargi de vaccination (PEV) fut recommandé d'être créé dans chaque Etat membre de l'OMS, en y incorporant les antigènes suivants :
 - Rougeole ;
 - Tétanos ;
 - Poliomyélite ;
 - Tuberculose ;
 - Coqueluche ;
 - Diphtérie.
- Après la certification de l'Eradication de la variole en 1978, le PEV fut introduit en RDC à travers 17 grandes villes en utilisant des équipes mobiles, héritées de la C.N.E.V.
- En 1982, avec l'adoption de la politique de soins de santé primaires (SSP) et la création de zones de santé(ZS) ; les

¹ Politique nationale PEV, document réalisé avec l'assistance technique de BASICS II, édition de novembre 2001, P.1

activités du PEV furent intégrées dans les centres de santé (CS). Au même moment, un accord fut signé entre le gouvernement et celui des Etats-Unis d'Amérique par le biais de l'USAÏD, qui aboutit à l'insertion de deux autres volets dont la lutte contre les maladies diarrhétiques (LMD) et la lutte Anti paludique (LAP).

- L'insertion des deux programmes ci-haut donna naissance au programme Elargi de vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles de l'Enfance, en sigle PEV-LMTE.
- En 1986, le comité directeur du PEV recommanda au programme de s'occuper aussi des interventions de choléra et dysenteries bacillaires dans le cadre de la lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD)
- Le PEV-LMTE fonctionna de facto de 1978 à 1988,
- Le 12 Octobre 1988, les infections respiratoires Aigües (IRA), le Monkey pox et les fièvres hémorragiques virales furent officiellement intégrées de PEV-LMTE, par l'arrêté ministériel N° BUR /CE/SP/0033/88 portant création, organisation et fonctionnement du PEV-LMTE.²
- A partir de 1991, la crise multiforme qu'à connue le pays avec l'interruption de la coopération bilatérale, a coupé le programme de l'essentiel de source de financement qui était à l'époque l'USAÏD.
- En 1995, suite à une épidémie de fièvre hémorragiques « virus Ebola », un comité de lutte fut créé, qui donna naissance à l'actuel comité de coordination inter – agence et dont la sous-commission « vaccination » joue le rôle de comité directeur du PEV-LMTE.
- En 1996, suite à la grave épidémie de poliomyélite dans la ville de Mbuji-Mayi commencée depuis 1995, le gouvernement et ses principaux partenaires l'UNICEF, OMS, Union Européenne, la section Belge de coopération et de CDC/Atlanta, c'est- à-dire les membres du comité directeur, décidèrent de relancer le programme sur base des résultats d'une évaluation externe.

² Ministère de la santé publique, manuel de restructuration du PEV – LMTE, draft, document réalisé par management pour la haute performance, juillet 2000, P.3

II.2. MISSION ET OBJECTIF DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

La mission du programme Elargi de vaccination est de contribuer à assurer une meilleure suivie de l'enfant congolais en réduisant la morbidité et la mortalité attribuable aux maladies suivantes :

- La rougeole
- La diphtérie
- La tuberculose
- La poliomyélite
- La coqueluche
- Tétanos néonatal
- L'hépatite virale b
- La méningite
- Le paludisme
- Le monkey pox
- Les maladies diarrhéiques
- Les infections respiratoires aiguës
- Les fièvres hémorragiques virales

Le PEV recourt à la vaccination pour protéger tous les enfants dont la vie est exposée aux maladies contagieuses parcequ'en 1995, plus de 1000 enfants ont été touchés par la poliomyélite au Kasai -oriental, précisément dans la ville de Mbuji -Mayi et ses environs. 80% des enfants paralysés étaient âgés de moins de 5ans.

II.3. OBJECTIF

Le PEV/LMTE conçoit les stratégies et méthodes d'intervention afin d'assurer une assistance technique et logistique de base aux zones de santé, dans le cadre de la prévention ou de la prise en charge correcte de maladies précitées.

Ces stratégies et méthodes favorisent l'expansion de la communication auprès de la population cible.

A Kinshasa, la situation des enfants révèle que les infections respiratoires aiguës sont la première cause de décès chez les enfants de moins de 5 ans, et le deuxième motif de consultation d'après une enquête du FFV/LMTE.

Un enfant congolais fait en moyenne 14 épisodes par an de crises respiratoires, contre 6 épisodes en général. La seconde place est occupée par les maladies diarrhéiques, cause également de mortalité.

Chez les enfants de moins de 5 ans, un enfant congolais fait en moyenne 6 épisodes de diarrhée par an. Le paludisme occupe la troisième place comme cause de morbidité des enfants³.

Pour pallier cette situation, des journées consacrées aux campagnes de vaccination sont organisées pour lutter contre l'écllosion d'épidémies des maladies transmissibles de la petite enfance évoquées plus haut.

En effet, la vaccination complète et systématique d'un enfant avant son premier anniversaire contre les maladies cibles constitue un droit pour l'enfant et un devoir pour les parents, le gouvernement et la communauté nationale.

Elle est gratuite et obligatoire pour tous les enfants. A cette fin, l'Etat congolais s'engage à mobiliser les ressources nécessaires en mettant à contribution l'expertise et les facilités de partenaires qui sont spécialisés dans le domaine de la vaccination.

II.4. BUT DU PEV.

Le programme vise globalement à réduire la morbidité et la mortalité due aux maladies cibles du PEV par les vaccins recommandés, suivant un calendrier vaccinal.

³ Ministère de la Santé Publique, *op.cit*, p.6

II.5. LES VACCINS RECOMMANDES.

Les vaccins recommandés pour la RDC sont :

- Les vaccins au bacille de Calmette et Guérin (BCG) contre la tuberculose ;
- Le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ;
- Le vaccin polio oral (VPO) contre la poliomyélite ;
- Le vaccin anti - rougeoleux (VAR) contre la rougeole ;
- Le vaccin anti - amiral (VAA) contre la fièvre Jaune ;
- Le vaccin anti - tétanique (VAT) contre le tétanos maternel et néonatal.⁴

II.6. CALENDRIER VACCINAL

La vaccination se fait suivant un calendrier vaccinal en vigueur dans le pays. Le tableau suivant représente le vaccin approprié suivant l'âge d'administration⁵

| Vaccin | Age d'administration |
|----------------|------------------------------------|
| BCG et VPO | A la naissance |
| VPO et DTC 1 | A 6 semaines |
| VPO 2 et DTC2 | A 10 semaines |
| VPO 3 et DTC 3 | A 14 semaines |
| VAR et VAA | A 9 mois |
| VAT 1 | Au 1 ^{er} contact du mois |
| VAT 2 | 4 semaines après VAT 1 |
| VAT 3 | 6 mois après VAT 2 |
| VAT 4 | 1 an après VAT 3 |
| VAT 5 | 1 an après VAT 4 |

⁴ Politique nationale PEV, op.cit, P.8

⁵ Politique nationale PEV, op.cit, P.15

Les autres types de vaccin pourront être introduits au fur et à mesure de leurs disponibilités, la fonction des ressources mobilisées et confort mènent aux normes universelles recommandées par l'OMS pour le cas de notre pays.

II.5. LES CIBLES DU PEV.

Les cibles du PEV sont les enfants de 0 à 5 ans en général et en particulier les enfants qui n'ont pas encore atteint 1 an.

Le PEV distingue deux sortes de public : public cible primaire et public cible secondaire.

Le public cible primaire est défini comme étant les personnes les plus affectées par un problème, les personnes qui sont plus disposées à réagir favorablement par rapport à un changement de comportement, les personnes les plus faciles à atteindre. En d'autres termes, pour le PEV, le public – cible primaire sont les mères qui ont fait vacciner leurs enfants avant l'âge d'un an et qui n'ont pas bouclé la série des vaccins pour les enfants âgés d'un an.⁶

Le PEV a mis en place une unité stratégique, une cellule de communication qui l'aide à atteindre les différentes couches sociales afin de mieux véhiculer son message vers la population cible.

Le public- cible secondaire est constitué des personnes qui peuvent aider à l'identification des voies et moyens d'influencer le public – cible primaire et des alliés tels que les décideurs, les leaders communautaires et les responsables de santé. Pour le PEV, le public – cible secondaire comporte les mères qui ont fait vacciner leurs enfants avant l'âge d'un an et qui ont bouclé la série des vaccins de leurs enfants⁷

⁶ *Guide de formation à la communication pour la santé, boîtes à outils pour le renforcement des compétences en matière de communication, traduit de l'anglais par Africa consultant International, Dakar – Sénégal, 1995, P.25*

⁷ *idem*

Le PEV lutte pour que les parents fassent vacciner leurs enfants cinq fois avant l'âge d'un an, le plutôt possible après la naissance. Mais la tâche n'est pas facile. Dans certains coins, les parents ne savent même pas l'âge auquel l'enfant doit être vacciné, quel type de vaccins ont déjà été administrés, si les séries de vaccinations sont complètes.

Le PEV a mis en place une unité stratégique, une cellule de communication qui l'aide à atteindre les différentes couches sociales afin de mieux véhiculer son message vers la population cible.

II.7. LES PARTENAIRES DU PEV

Le PEV bénéficie de l'appui de divers partenaires dont :

- L'organisation mondiale de la santé (OMS)
- Le Fonds de Nations Unies pour l'enfant (UNESCO)
- Rotary International

Autres organismes de coopération bilatérale et multilatérale :

- Union Européenne
- Coopération technique belge
- CDC
- USAID
- BASICS

Organisation non gouvernementale nationale et internationale :

- Médecines sans frontières
- Eglises
- MEMISA
- CDI
- BDOM
- Zone de santé

Rôle des partenaires

Le rôle des partenaires consiste à appuyer le gouvernement dans la planification, l'exécution et l'évaluation du programme. Par ailleurs, les partenaires constituent également la principale ressource du programme élargi de vaccination

II.8. FONCTIONNEMENT DU PEV

II.8.1. Au niveau national

La tutelle du programme est assurée par le Ministère de la santé. Sa gestion par la Direction Nationale du programme élargi de vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, en sigle PEV-LMTE

Ce programme dépend de la 4eme direction qui est l'une des directions qui sont sous la houlette du secrétaire General du Ministère de la Santé.

II.8.2. Au niveau international

En province

La coordination du programme est assurée par le Médecin coordinateur Provincial du PEV-LMTE qui est le conseiller technique du Médecin Inspecteur-Provincial.

District

La coordination du programme est assurée au niveau de District par le Médecin chef d'antenne qui est le conseiller technique du Médecin Inspecteur Provincial

II.8.3. Au niveau de la zone de santé

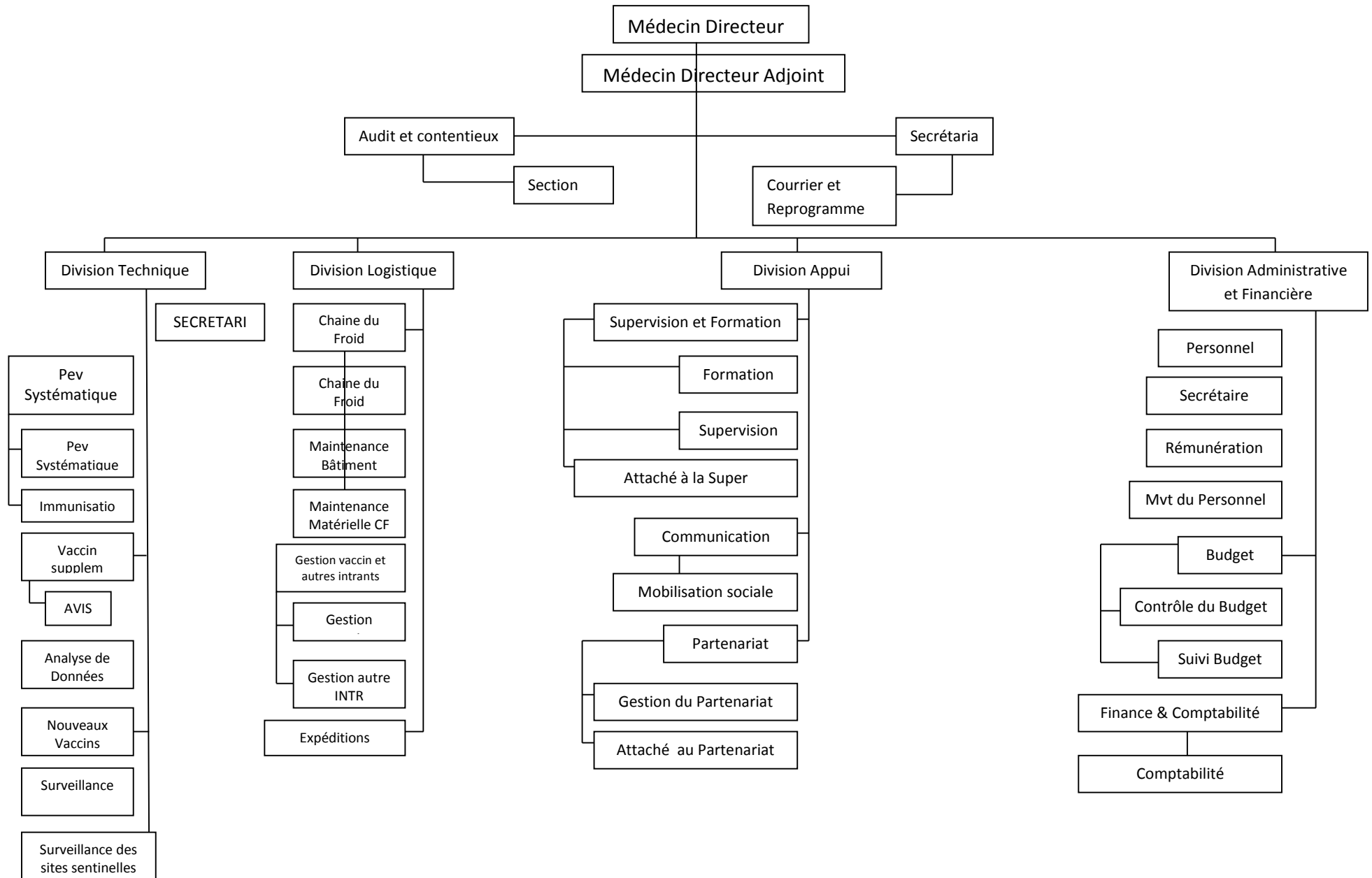
A ce niveau, le programme est en exécution par l'ensemble du personnel de santé, tant des secteurs publics que privés, sous la coordination du Médecin chef de zone de santé.

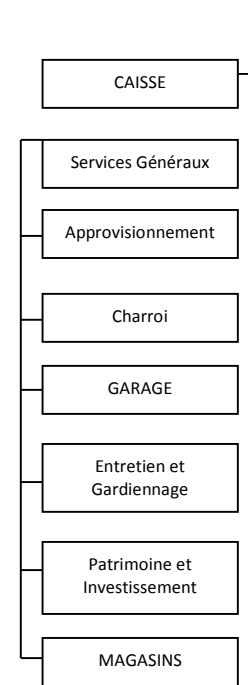
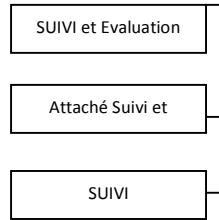
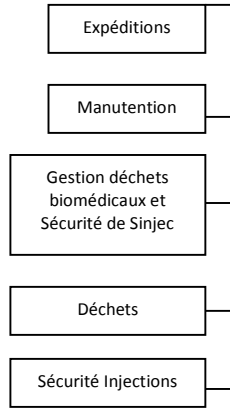
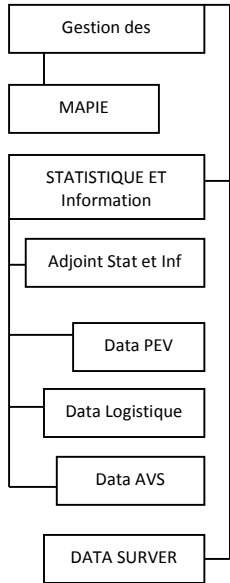
Le PEV vaccine à travers les centres de santé qui sont les soubassements des zones de santé.

II.8.4. Au niveau de la communauté

A ce niveau, toute la communauté est impliquée dans la mise en œuvre des activités de vaccination, de surveillance, de mobilisation sociale et des ressources notamment à travers les structures de participation communautaires dans leur milieu.

II.9. ORGANIGRAMME





Source : Service du personnel PEV

II.9 .Les différentes antennes d'implantation du PEV

| PROVINCE | N° | ANTENNE |
|----------------|-----|--------------|
| KINSHASA | 1. | COORDINATION |
| | 2. | KIN - EST |
| | 3. | KIN - OUEST |
| | 4. | KIN - CENTRE |
| KASAI ORIENTAL | 5. | COORDINATION |
| | 6. | MBUJI - MAYI |
| | 7. | MWENE DITU |
| | 8. | KABINDA |
| | 9. | LODJA |
| KASAÏ OCC. | 10. | COORDINATION |
| | 11. | KANANGA |
| | 12. | MWEKA |
| | 13. | LUIZA |
| | 14. | TSHIKAPA |
| KATANGA | 15. | COORDINATION |
| | 16. | LUBUMBASHI |
| | 17. | KOLWEZI |
| | 18. | KABONGO |
| | 19. | KISENGE |
| | 20. | KAMINA |
| | 21. | LIKASI |
| | 22. | KALEMIE |
| SUD KIVU | 23. | COORDINATION |
| | 24. | BUKAVU |
| | 25. | UVIRA |
| NORD KIVU | 26. | COORDINATION |
| | 27. | GOMA |
| | 28. | BUTEMBO |
| MANIEMA | 29. | COORDINATION |
| | 30. | KINDU |

| | | |
|--------------------|-----|----------------|
| | 31. | KASONGO |
| EQUATEUR | 32. | COORDINATION |
| | 33. | MBANDAKA |
| | 34. | LISALA |
| | 35. | BOENDE |
| | 36. | BUMBA |
| | 37. | GEMENA |
| | 38. | GBADOLITE |
| BANDUNDU | 39. | COORDINATION |
| | 40. | BANDUNDU |
| | 41. | KIKWIT |
| | 42. | INANGO |
| | 43. | KENGE |
| | 44. | KAHEMBA |
| BAS – CONGO | 45. | COORDINATION |
| | 46. | MATADI |
| | 47. | BOMA |
| | 48. | MBANZA-NGUNGU. |
| PROVINCE ORIENTALE | 49. | COORDINATION |
| | 50. | KISANGANI |
| | 51. | ISIRO |
| | 52. | BUNIA |
| | 53. | BUTA |
| | 54. | ARU |
| | 55. | LOKU |

Conclusion partielle

Ce chapitre nous a permis de connaître et comprendre le rôle, l'objectif et la mission du PEV dont nous allons étudier les stratégies au troisième chapitre.