

unicef   
for every child

Democratic Republic of  
the Congo

# POLIO OUTBREAK RESPONSE IN THE DRC

October 2018



# POLIO OUTBREAK RESPONSE IN THE DRC

October 2018

**Who to contact  
for further  
information:**

Gianfranco Rotigliano  
Representative a.i.  
UNICEF DRC  
Tel: + (243) 996 050 399  
E-mail: [grotigliano@unicef.org](mailto:grotigliano@unicef.org)

Tajudeen Oyewale  
Deputy Representative  
UNICEF DRC  
Tel : +(243) 996 050 200  
E-mail : [toyewale@unicef.org](mailto:toyewale@unicef.org)

Guy Clarysse  
Chief of Health  
UNICEF DRC  
Tel: +(243) 812686349  
E-mail: [gclarysse@unicef.org](mailto:gclarysse@unicef.org)

Ngashi Ngongo  
Principal Advisor Child Survival and  
Development  
UNICEF West and Central Africa  
Tel: + (221) 33 831 08 58  
E-mail: [nngongo@unicef.org](mailto:nngongo@unicef.org)



# Contents

<u>Context</u>	<u>01</u>
<u>Coordination</u>	<u>05</u>
<u>Supplementary Immunization Activities</u>	<u>06</u>
<u>LQAS Results</u>	<u>08</u>
<u>The C4D Response</u>	<u>12</u>
<u>Vaccine Management</u>	<u>30</u>
<u>Next Steps</u>	<u>34</u>
<u>Stories From the Field</u>	<u>38</u>



# Context

In response to recent geographic spread of one of the strains in Ituri province close to the border with Uganda, provincial governors on 26 July convened an urgent meeting and signed the 'Kinshasa Declaration for Polio Eradication'. The high-level meeting was convened by HE the Minister of Health. **Provincial governors committed to providing the necessary oversight, accountability and resources needed to urgently improve the quality of the outbreak response being implemented across the country.**

Maniema Province is affected by a separate cVDPV2 outbreak, with two cases confirmed in 2017. The date of onset of paralysis of the most recent case was 18 April 2017. So far, no new cases have been detected in 2018, and there is no evidence that this virus has spread further geographically.

The third and most recently detected outbreak of cVDPV2 was found in Mongala Province and isolated from an AFP case in the Yamongili Health Zone. The onset date of paralysis was 26 April 2018. Circulation of the strain was confirmed when the same strain was isolated in stool specimens from two healthy community contacts.

The polio outbreak response is being conducted simultaneously to an ongoing Ebola outbreak affecting North Kivu province, in the east of the country (close to provinces affected by cVDPV2). As in the past, the polio teams are coordinating closely with the broader humanitarian emergency network, to ensure both outbreaks are addressed in a coordinated manner (as was the case during the recent Ebola outbreak in Equateur province, which was successfully stopped).



## Le Contexte

Suite à la récente propagation géographique d'une des souches de cVDPV2 dans la province de l'Ituri près de la frontière avec l'Ouganda, les gouverneurs de province ont convoqué le 26 juillet une réunion urgente et ont signé la «Déclaration de Kinshasa pour l'éradication de la Santé. **Les gouverneurs provinciaux se sont engagés à fournir la surveillance, la responsabilité et les ressources nécessaires pour appuyer de toute urgence la qualité de la riposte à la flambée mise en œuvre dans tout le pays.**

La province de Maniema est touchée par une épidémie distincte de cVDPV2, deux cas ayant été confirmés en 2017. La paralysie du dernier cas a débuté le 18 avril 2017. Aucun nouveau cas n'a été détecté en 2018 et aucune preuve n'a été trouvée. que ce virus s'est propagé plus loin géographiquement.

Le troisième et dernier foyer détecté de cVDPV2 a été découvert dans la province de Mongala et isolé d'un cas de PFA dans la zone de santé de Yamongili. La date de début de la paralysie était le 26 avril 2018. La circulation de la souche a été confirmée lorsque la même souche a été isolée dans des échantillons de selles provenant de deux contacts de la communauté en bonne santé

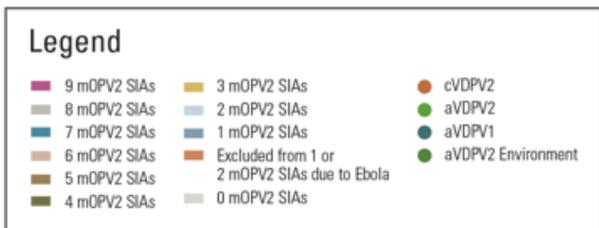
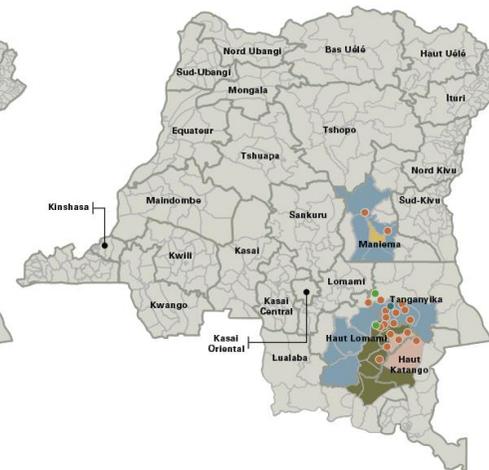
La réponse à la flambée de poliomyélite est menée simultanément à la flambée actuelle d'Ebola dans la province du Nord-Kivu, à l'est du pays (à proximité des provinces touchées par le cVDPV2). Comme par le passé, les équipes de lutte contre la poliomyélite coordonnent étroitement leurs activités avec le réseau d'urgence humanitaire plus vaste afin de s'assurer que les deux épidémies sont traitées de manière coordonnée (comme lors de la récente épidémie d'Ebola dans la province de l'Équateur, qui a été stoppée avec succès.

Q1 2017

Q2 2017

Q3 2017

Q4 2017



DRC: Geographic distribution of cumulative AFP cases/environmental samples with VDPV and cumulative mOPV2 SIAs, y health zone and quarter in 2017/2018 (as of 25 Oct 2018)

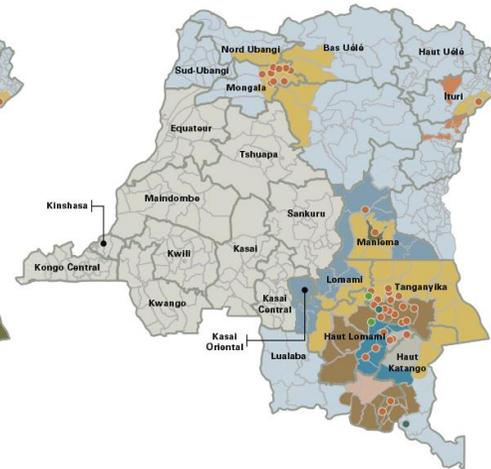
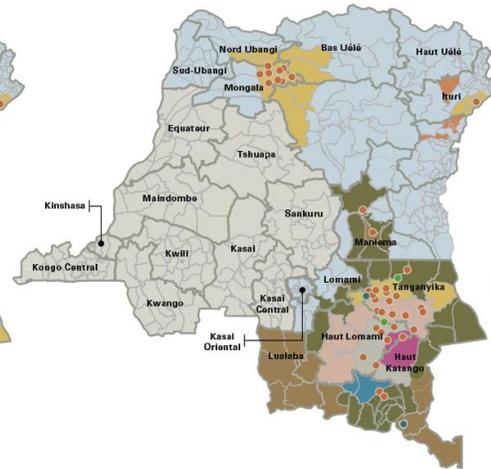
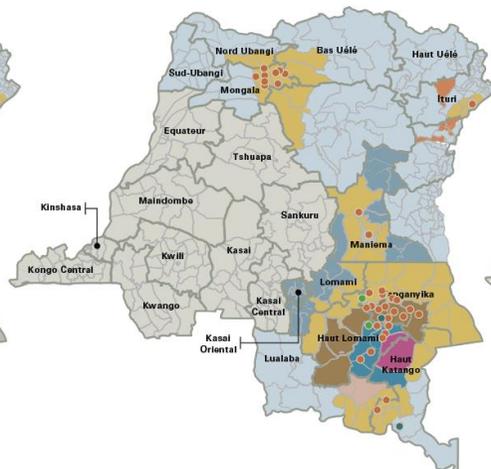
RDC: Distribution géographique des cas cumulatifs de PFA / échantillons environnementaux avec VDPV et AVS cumulatives de VPom2, par zone sanitaire et par trimestre en 2017/2018 (à partir du 25 octobre 2018)

Q4 2018

Q3 2018

Q2 2018

Q1 2018





# Coordination

Provincial governors on 26 July convened an urgent meeting and signed the 'Kinshasa Declaration for Polio Eradication'. The high-level meeting was convened by HE the Minister of Health, as well as the WHO Director-General and the Regional Director for Africa. Provincial governors committed to

- assure in thier respective provinces and across the country the full implementation of all planned activities;
- assure a more effective communication and social mobilization to ensure community engagement and participation;
- ensure the full participation and engagement of all local level political and administrative authorities, locally-elected officials, civil society, religious and traditional leaders, traditional therapeutes, women's associations, young people's associations, to ensure a coordinated action at all levels;
- mobilize the necessary financial resources internally, with view of ensuring vaccination activities;
- providing the necessary oversight, accountability and resources needed to urgently improve the quality of the outbreak response being implemented across the country.

This level of oversight can helped ensure that operational deficits are rapidly identified and addressed.

Following the implementation of this response in 16 provinces, the Emergency Operations Committee for Polio (COUP) with the support of GPEI partners held an evaluation meeting with key stakeholders of the vaccine response with the participation of governors from 16 provinces on 28 October 2018.

Le 26 juillet, les gouverneurs des provinces ont convoqué une réunion urgente et ont signé la "Déclaration de Kinshasa sur l'éradication de la poliomyélite". La réunion de haut niveau été convoquée par SE le ministre de la Santé, ainsi que par le directeur général de l'OMS et le directeur régional pour l'Afrique. Les gouverneurs provinciaux se sont engagés à

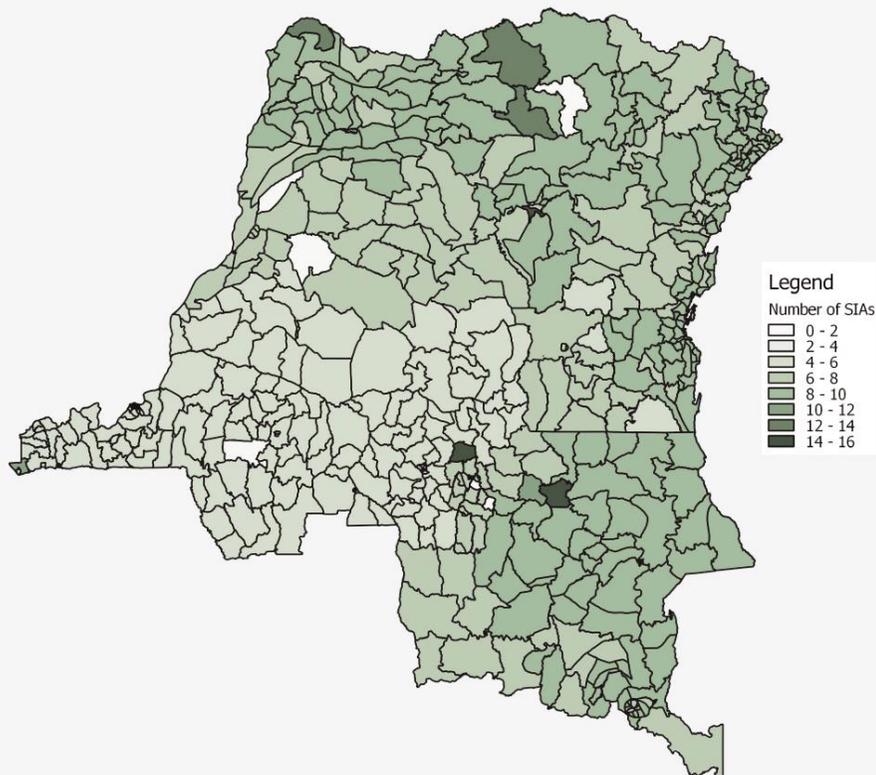
- assurer dans leurs provinces respectives et dans tout le pays la mise en œuvre complète de toutes les activités prévues;
- assurer une communication et une mobilisation sociale plus efficaces pour assurer l'engagement et la participation de la communauté;
- assurer la pleine participation et engagement de toutes les autorités politiques et administratives locales, des élus locaux, de la société civile, des chefs religieux et traditionnels, des thérapeutes traditionnels, des associations de femmes, des associations de jeunes, afin de garantir une action coordonnée à tous les niveaux;
- mobiliser les ressources financières nécessaires en interne, en vue d'assurer les activités de vaccination;
- assurer la surveillance, la responsabilisation et les ressources nécessaires pour améliorer de toute urgence la qualité de la riposte à la flambée mise en œuvre dans tout le pays.

Ce niveau de leadership a contribué à garantir que les déficits opérationnels sont rapidement identifiés et corrigés.

Après la mise en œuvre de cette riposte dans 16 provinces, le Comité des opérations d'urgence pour la polio (COUP) avec les partenaires de l'IMEP de vaccination a organisé une session d'évaluation avec les différents acteurs de la réponse avec la participation des 16 gouverneurs le 28 Octobre 2018

DRC: Heat map of Number of SIAs per District (as of 25 Oct 2018)

RDC: Cartographie du Nombres des AVS organiser par Zone de Sante (du 25 octobre 2018)



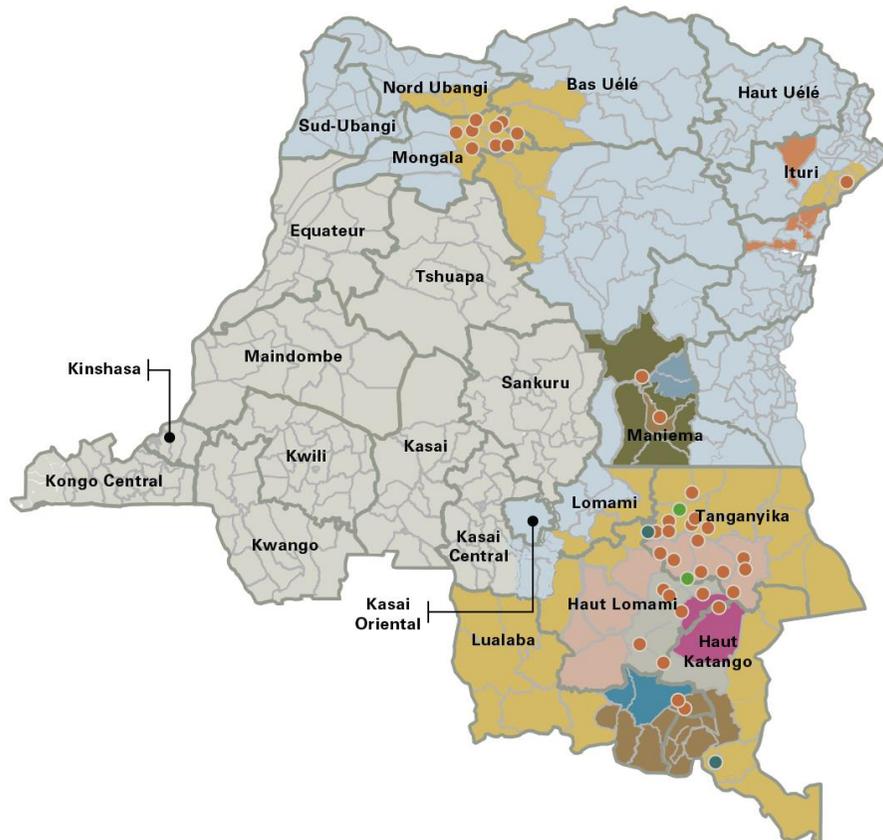
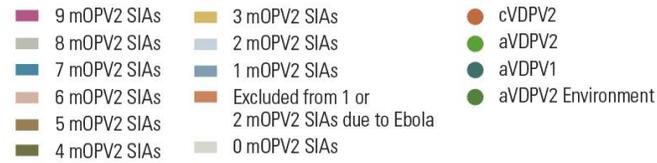
# Supplementary Immunization Activities

The scope of the intervention increased with the spread of the virus from 20 health zones in April 2017 to 71 health zones in June 2018. The quality of these SIAs progressively improved (65% of health zones achieved 90% coverage in July 2017 compared with 92% in June 2018 - source: LQAS). Two large scale SIAs have been implemented in 16 provinces and 311 health zones in two phases (Phase 1: 9 provinces with 190 health; Phase 2: 7 provinces with 121 health zones). LQAS data showed that the proportion districts achieving 90% coverage increased from 53% to 83% between Round 1 and round 2 and all provinces witness significant increase except for Sud Ubangi. The major drivers of this success are timely avail-ability of funds at health zone level, Improved quality of vaccination training in Round 2 compared to round 1, the high pressure from GPEI partners and Central EOC on the provincial teams after the poor results of Round 1.

The proportion of missed children witness a significant decrease from 3.7% in Round 1 to 2.1% in Round 2. Significant decreases were observed in all province but for Nord Kivu and Tshopo where these decreases were not very significant. Weighted estimations show that **1,954,563 were missed during Round 1**. This number **reduced to 828,755 in Round 2**. Three provinces had the highest number of missed children: Nord Kivu, Sud Kivu and TShopo.

# Activités de Vaccination Supplémentaire

## Legend



DRC: Geographic distribution of cumulative AFP cases/environmental samples with VDPV and cumulative mOPV2 SIAs, by health zone and quarter in 2017/2018 (as of 25 Oct 2018)

RDC: Distribution géographique des cas cumulatifs de PFA / échantillons environnementaux avec VDPV et AVS cumulatives de VPOM2, par zone sanitaire et par trimestre en 2017/2018 (à partir du 25 octobre 2018)

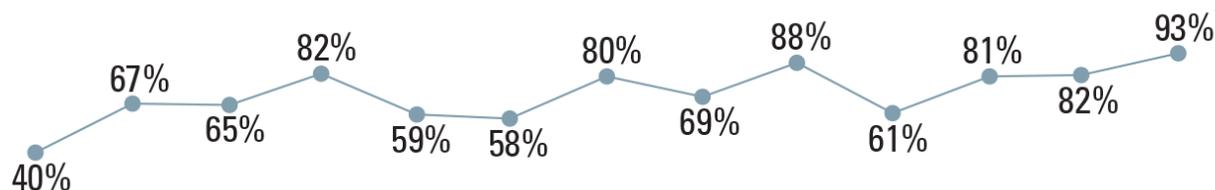
La portée de l'intervention a augmenté avec la propagation du virus de 20 zones de santé en avril 2017 à 71 zones de santé en juin 2018. La qualité de ces AVS s'est progressivement améliorée (65% des zones de santé ont atteint 90% de couverture en juillet 2017, contre 92 % en juin 2018 - source: LQAS). Deux AVS à grande échelle ont été mises en œuvre dans 16 provinces et 311 zones de santé en deux phases (phase 1: 9 provinces avec 190 zones de santé; phase 2: 7 provinces avec 121 zones de santé). Les données du LQAS ont montré que la proportion de districts ayant atteint une couverture de 90% est passée de 53% à 83% entre le premier et le deuxième tour et que toutes les provinces ont connu une augmentation significative, à l'exception du Sud-Ubangi. Les principaux facteurs de ce succès sont la disponibilité en temps voulu des fonds au niveau des zones de santé, l'amélioration de la qualité de la formation en vaccination pendant R2, la forte pression exercée par les partenaires de l'IMEP et le COUP central sur les équipes provinciales après les mauvais résultats de R1. La proportion d'enfants manqués a enregistré une diminution significative de 3,7% dans le premier tour à 2,1% lors du deuxième. Des baisses significatives ont été observées dans toutes les provinces, à l'exception du Nord-Kivu et de Tshopo, où ces diminutions n'étaient pas très importantes. Les estimations pondérées montrent que **1 954 563 ont été manqués lors du premier tour**. Ce nombre a été ramené à **828 755 au cours du deuxième tour**. Ce sont trois provinces qui ont enregistré le plus grand nombre d'enfants manqués: le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et Tshopo.

# LQAS Results

The proportion of district achieving 90% coverage has witnessed a steady increase from 40% in July 2017 to 93% in October 2018. Also as shown, the number of district where LQAS could not be carried out decreased between Round 1 and Round 2 but for two provinces (Tshopo and Nord Kivu). The most significant change between Round 1 and Round 2 was observed in the Sud Kivu province and it is not worthy that the key drivers to this change was the improving leaning curve of stakeholders between Round 1 and round 2.

Using the LQAS performance per district and the target population of children 0-59 months, calculations of the weighted vaccination coverages at district level shows that 70% of children were reached in Tshopo and 54% in Nord Kivu provinces. However, all the other provinces achieved at least 80% weighted coverage after Round 2. It is note worthy that 8 health district in Nord Kivu did not implement the polio SIA due to the Ebola Outbreak.

## Proportion of Districts Achieving 90% Vaccination Coverage by LQAS



	2017			2018									
	27 JUL	14 OCT	3 DEC	28 JAN	26 APR	8 MAY	26 JAN	7 JUL	30 JUL	30 AUG	15 SEP	27 SEP	11 OCT
n	8	2	13	9	16	7	57	9	7	78	134	98	112
N	20	3	20	11	27	12	71	13	8	128	165	120	120

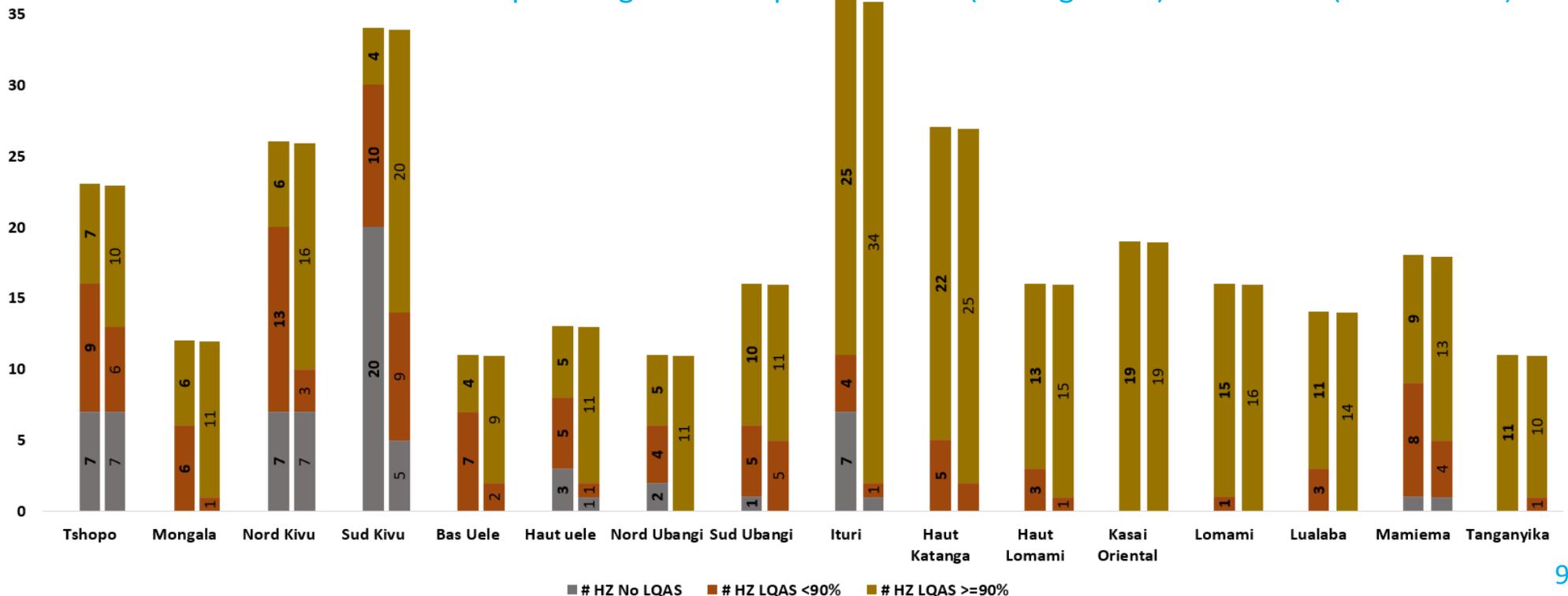
# Résultats LQAS

La proportion de districts ayant atteint une couverture de 90% a connu une augmentation constante de 405 en juillet 2017 à 98% en octobre 2018. Le nombre de districts où le LQAS n'a pu être exécuté a également diminué, comme indiqué provinces (Tshopo et Nord-Kivu). Le changement le plus significatif entre le premier et le deuxième tour a été observé dans la province du Sud-Kivu et il n'est pas digne d'être que les principaux facteurs de ce changement ont été la courbe de tendance croissante des parties prenantes entre les deux premières.

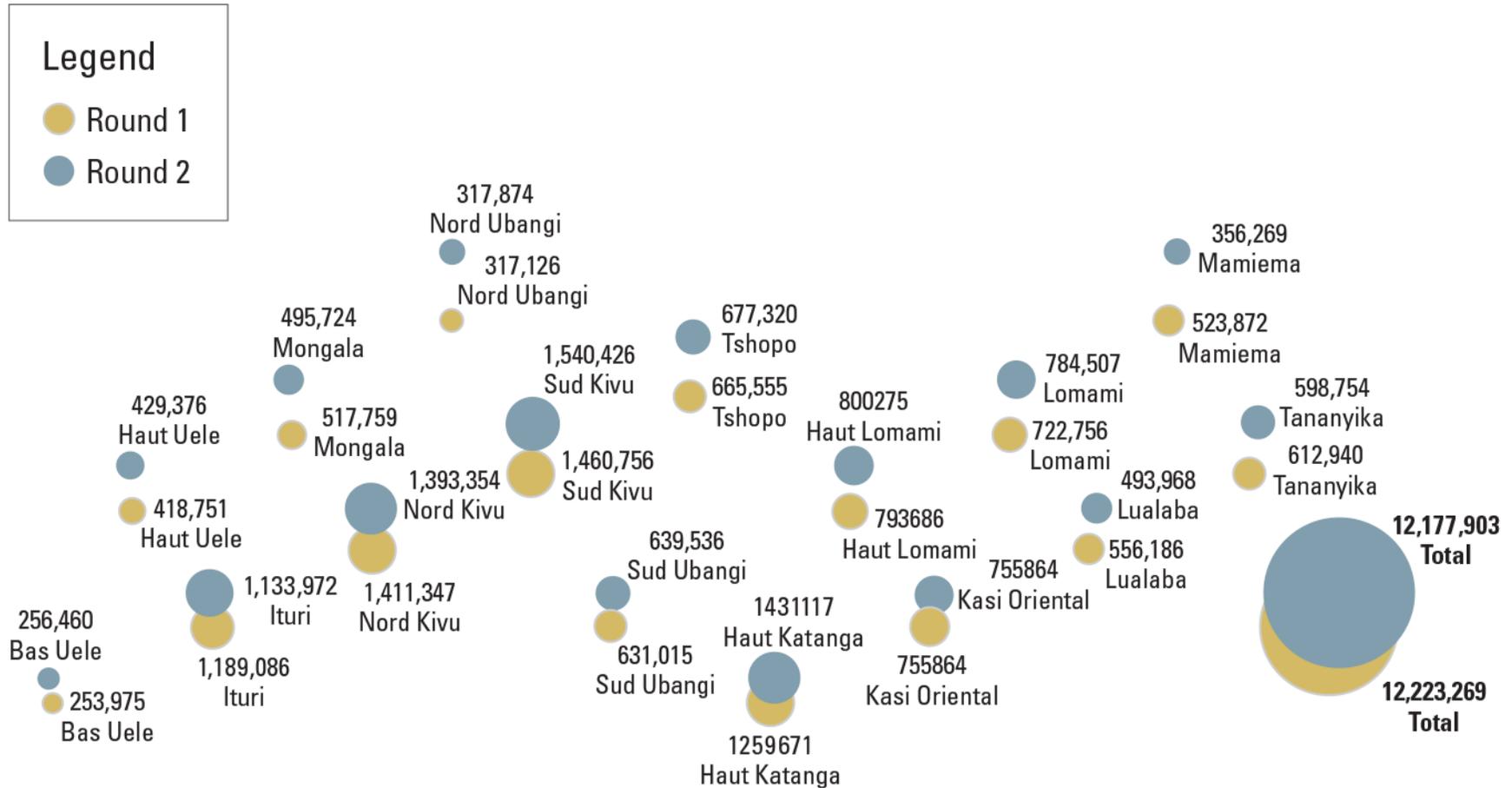
En utilisant la performance LQAS par district et la population cible d'enfants âgés de 0 à 59 mois, les calculs de la couverture vaccinale pondérée au niveau du district montrent que 70% des enfants ont été atteints dans les provinces de Tshopo et 54% dans le Nord-Kivu. Cependant, toutes les autres provinces ont atteint au moins 80% de couverture pondérée après le tour 2. Il convient de noter que 8 districts de santé du Nord-Kivu n'ont pas mis en œuvre l'évaluation de la poliomyélite, en raison de l'épidémie d'Ebola.

Number of Districts in each LQAS Category for Round 1 (Left bar) and Round 2 (Right bar)

Nombre de districts dans chaque catégorie LQAS pour le tour 1 (barre gauche) et le tour 2 (barre droite)

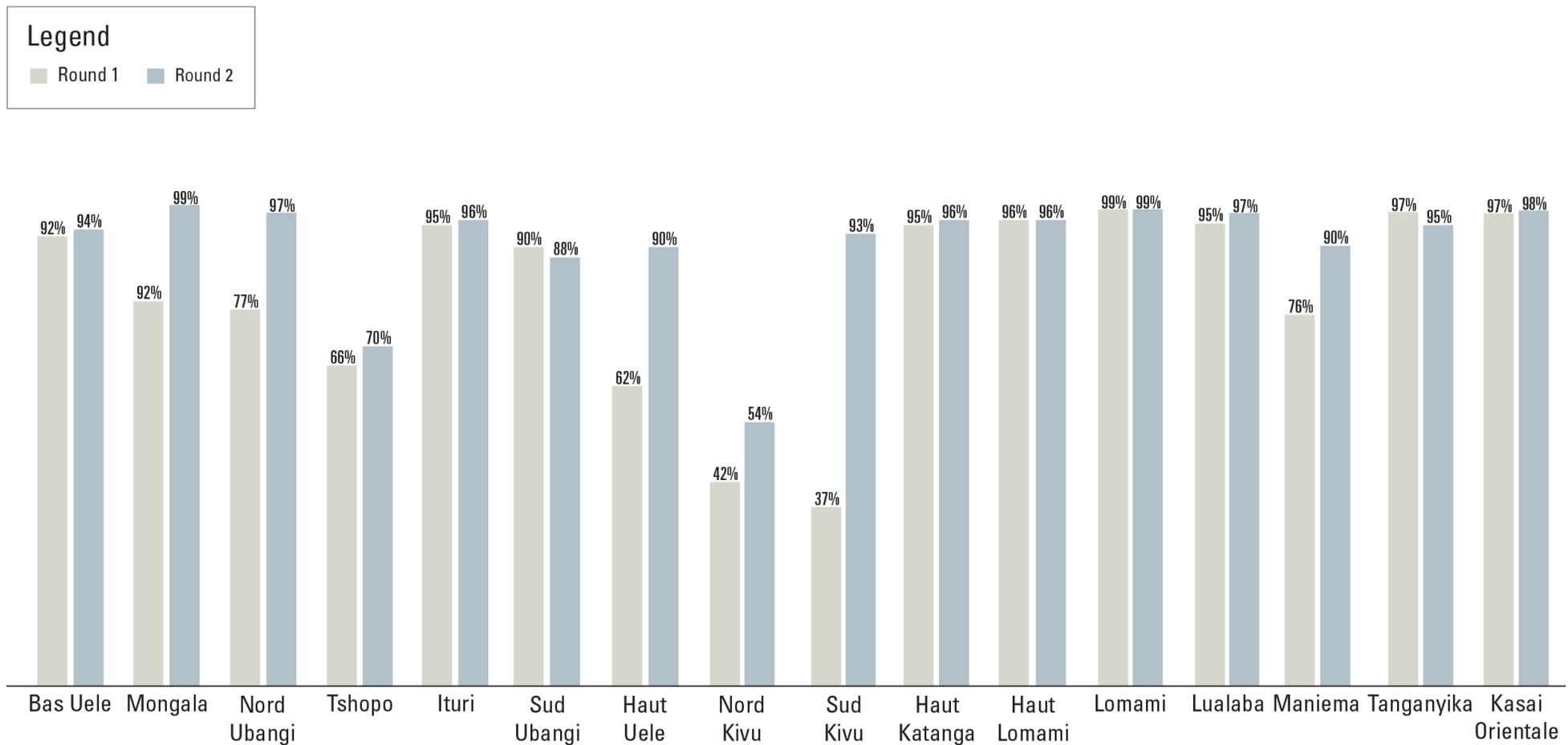


# Number of Children 0-59 Months Vaccinated Per Province (Round 1 and Round 2)



Nombres d'enfants de 0-59 mois vaccinés par Province (Round 1 et Round 2)

# Proportion of health zones reaching 90% of vaccination coverage according to LQAS by Province



Proportion des zones de Santé atteignant 90% de couverture vaccinale selon LQAS par Province



## The C4D Response

Communication and social mobilization play a critical role in ensuring that communities accept, demand, and are reached with the polio vaccine – particularly in an environment of repeated SIA rounds. Evidence shows that in communities where social mobilization is optimal and local ownership of the program is achieved, the poliovirus is unlikely to survive (GPEI, 2013 Global Polio Eradication Initiative. (2013). Polio eradication & endgame strategic plan 2013–2018. Switzerland, Geneva: World Health Organization.

Under UNICEF’s technical leadership, C4D activities have focused on 1) reducing resistance through advocacy toward local leaders combined with community dialogues and the involvement of community members as vaccinators and social mobilisers,

2) providing information on disease, vaccine and the expected vaccination activities. This included providing IPC training material for use by women who provide vaccination information in high priority districts. In Addition, the C4D strategy also provided support for community and facility based AFP surveillance with Social mobilisers playing an important role at community level. Fulfilling OBRA recommendations, communication tools used in have been translated into both French and Swahili, reflecting two main languages spoken in the region. 4 cVDPV2 cases the Mongala in province were picked up by a social mobiliser who identified and referred a child with acute flaccid paralysis (AFP) who tested positive. UNICEF intends to strengthen the role of social mobilisers in the polio outbreak response areas provinces



## La Response C4D

La communication et la mobilisation sociale jouent un rôle crucial pour faire en sorte que les communautés acceptent, exigent et soient atteintes avec le vaccin contre la polio - en particulier dans un environnement de cycles de vaccination SIA répétés. Les faits montrent que dans les communautés où la mobilisation sociale est optimale et la prise en charge locale du programme, le poliovirus a peu de chances de survivre (GPEI, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de 2013. (2013). Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Sous la direction technique de l'UNICEF, les activités C4D ont été axées sur 1) la réduction de la résistance par le biais d'un plaidoyer auprès des leaders locaux, associé à des dialogues communautaires et à la participation de membres des communautés réfractaires en tant que vaccinateurs et mobilisateurs sociaux,

2) la mise à la disposition des femmes qui fournissent des informations sur la vaccination dans les districts hautement prioritaires du matériel de formation IPC. Conformément aux recommandations OBRA, les outils de communication utilisés ont été traduits en français et en swahili, reflétant les deux langues principales parlées dans la région. De plus, la stratégie C4D a appuyé la surveillance active des PFA avec les mobilisateurs sociaux jouant un rôle important dans la surveillance communautaire. 4 cas de cVDPV2 dans la Mongala en RDC ont été notifiés par un mobilisateur social qui a identifié et référé un enfant atteint de paralysie flasque aiguë (test positif). L'UNICEF a l'intention de renforcer le rôle des mobilisateurs sociaux dans les zones d'intervention en cas d'épidémie de poliomyélite

# Involvement of Local Leaders in Microplanning

Bottom-up microplanning was an important step in planning quality polio SIAs to determine accurate target population numbers, locations, and community characteristics to better reach missed Children, hard-to-reach, and mobile populations. The Aidants Communautaires (AC), local teams, and partners recognized the value of intensified involvement of local leaders in microplanning to facilitate ownership, local innovation, and commitment. Prior to the SIA in September 2018, microplanning tools were revised to capture more information on community and pastoralists' settlements, key markers, and reference points (i.e., health facilities, veterinary health posts, fishing and hunting routes, grazing areas, government schools, markets, churches, water points, food distribution centers, etc.), times for best reach, contacts, and listing of previously missed settlements.

In the Tanganyika province, bottom-up microplanning involved Postolo and Kitawala religious group leaders. Key influencers in religious sects were assigned to vaccination teams as community mobilizers prior to and during SIAs.



# THIS CLOSE...

## ... SI PROCHE



... if communities embrace the polio eradication program as their own

*... si les communautés adoptent le programme d'éradication de la poliomyélite comme leur propre programme*

## Implication des Leaders Locaux dans La Micro Planification

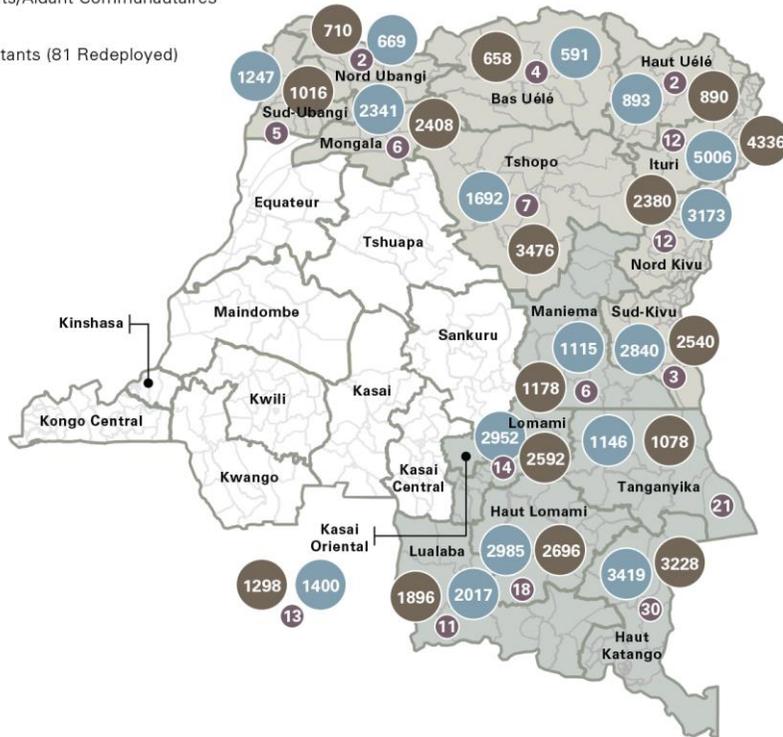
La micro planification ascendante a été une étape importante dans la planification d'AVS de qualité pour la poliomyélite afin de déterminer avec précision le nombre, les localisations et les caractéristiques de la population cible, afin de mieux atteindre les populations manquées, difficiles à atteindre et mobiles. Les Aidants Communautaires (AC), les équipes locales et les partenaires ont reconnu l'importance de la participation accrue des leaders locaux à la micro planification pour faciliter l'appropriation, l'innovation locale et l'engagement. Avant la mise en place de l'AVS de septembre 2018, les outils de micro planification avaient été révisés afin de collecter davantage d'informations sur les zones d'implantation des communautés et population nomades, sur les marqueurs clés et sur les points de regroupement tels que les marchés, églises, points d'eau, centres de distribution d'aliments, etc.), délais de communication, contacts et liste des villages et communautés précédemment manqués ainsi que les moments propices pour les atteindre. Dans la province du Tanganyika, la micro planification ascendante a impliqué les chefs de groupes religieux Postolo et Kitawala. Les membres influent des sectes religieuses ont été affectés aux équipes de vaccination en tant que mobilisatrices communautaires avant et pendant les AVS.

# Social mobilization & Community Engagement



## HR Surge Capacity by GPEI Partner

- Community Agents/Aidant Communautaires
- Social Mobilisers
- C4D Staff/Consultants (81 Redeployed)



DRC: C4D SURGE Capacity deployed (as of 25 Oct 2018)

RDC: Ressources Humaines C4D déployée (situation du 25 octobre 2018)

Social mobilization task forces (SMTF) consisting of CODESA, CAC, Moso, ReCo, AC etc, are formal structures at the used in the DRC that have the mandate to mobilize communities on a variety of issues. SMTFs are usually chaired by the administration, with a diverse membership of local influential persons such as religious leaders, administrators, health personnel, and women leaders. Functionality of SMTFs varies throughout the Country. During SIAs and with support from UNICEF, support for engagement of these structures by monitoring their functionality, revitalizing nonfunctional SMTFs or supporting establishment of new SMTFs where none existed. SMTFs were supported with training and capacity building, and SMTFs engagement in health and other topics was monitored.

Under UNICEF's technical leadership, Social mobilization has focused on focused on health zone level communication planning using local data and on reducing resistance with community dialogues and the involvement of resistant communities. Post campaign independent monitoring data showed that 91% of parents were informed, missed children due to refusal remained below 1 %. This good performance was due to the huge investment in C4D (78 C4D , 13 Coordination staff, 6652 Community Agents and 13,304 social mobilisers) who mapped out refusal communities and their leaders and converted most of the refusals. The social mobilisers are also playing an important role in community-based surveillance. UNICEF intends to strengthen the role of social mobilisers in the 16 provinces.



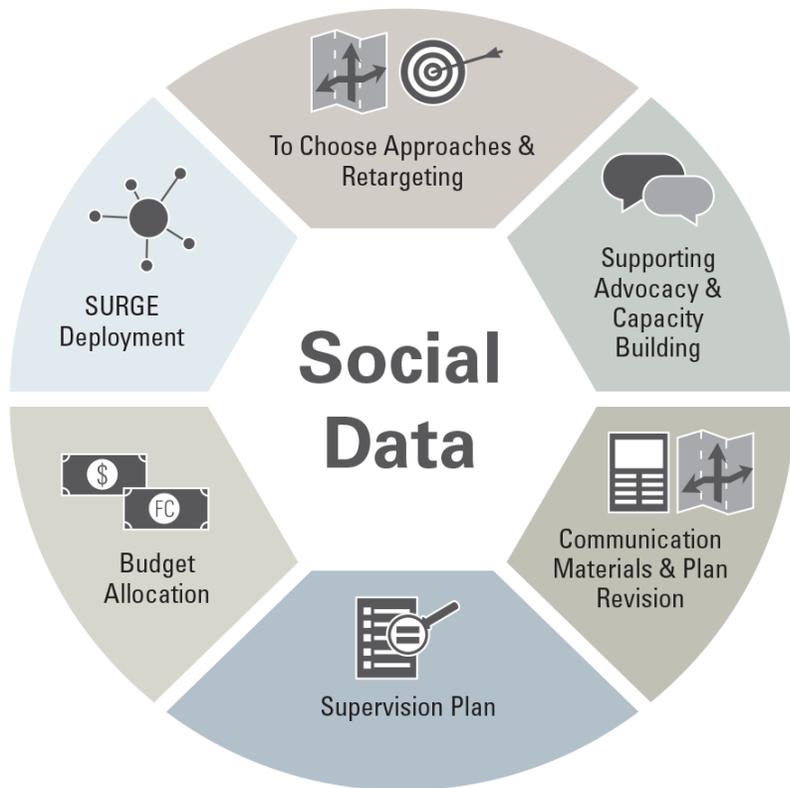
## La Mobilisation Sociale & l'Engagement communautaire

La Task Force sur la mobilisation sociale (SMTF) comprenant le CODESA, CAC, AC, Moso, Reco etc sont des structures formelles utilisées en RDC qui ont pour mandat de mobiliser les communautés sur divers problèmes. Les SMTF sont généralement présidées par l'administration et regroupent des personnalités influentes locales telles que des chefs religieux, des administrateurs, des personnels de santé et des femmes dirigeantes. La fonctionnalité des SMTF varie dans le pays. Au cours des AVS et avec l'appui de l'UNICEF, aide ces structures à s'engager en surveillant leur fonctionnalité, en revitalisant les SMTF non fonctionnels ou en appuyant la création de nouveaux SMTF là où il n'en existait pas. Les SMTF ont été soutenus par la formation et le renforcement des capacités, et leur engagement dans les domaines de la santé et autres a été suivis.

Sous la direction technique de l'UNICEF, la mobilisation sociale été axées sur le développement de stratégies de communication des zones de santé, basées sur l'utilisation de données locales ainsi

que la réduction de la résistance par le biais d'un plaidoyer auprès des dirigeants locaux, associé à dialogues communautaires et à la participation de membres des communautés résistantes en tant que vaccinateurs et mobilisateurs sociaux. Les données de monitoring indépendantes de la campagne ont montré que 91% des parents étaient informés et que les enfants manqués en raison d'un refus restaient inférieurs à 1%. Cette bonne performance est due à l'énorme investissement dans C4D (78 C4D, 13 membres du personnel de Coordination, 6652 agents communautaires et 13 304 mobilisateurs sociaux) qui ont cartographié les communautés réfractaires ainsi que leurs leaders et converti la plupart de ces refus. Les mobilisateurs sociaux jouent également un rôle important dans la surveillance communautaire. L'UNICEF a l'intention de renforcer le rôle des mobilisateurs sociaux dans les 16 provinces.

# Revision of District Communication Plans



Revised communication microplanning was conducted in six stages: (1) preparatory stage, (2) fieldwork, (3) revalidation, (4) workload rationalization, (5) feedback to key stakeholders, and (6) continuous microplan updating. The preparatory stage consisted of was mainly on the recruiting, training and deploying C4D consultants to each outbreak district. Also, planning activities, meetings, and discussions on the revised microplanning concepts and training of microplan supervisors. Desk review of the old microplans, daily implementation plans, and harmonization of master list of villages from various sources were also conducted. During this stage budgetary considerations were finalized, and all data tools and materials needed for conducting the activity were provided. In the fieldwork stage, physical walk-throughs were conducted in the catchment areas, including micro-census with enumeration of the total number of households and total numbers of eligible children <5yrs and <1 year of age in all the households in the catchment settlements, mapping of refusal communities and their leaders and finally identification of Communication channels and resources.

The revalidation process was designed to build confidence in the data generated from the revised microplans. During this stage, external teams of senior supervisors were deployed to revalidate the data from the microplan.

In the workload rationalization stage, accepted and revalidated microplans were assessed to ensure that the daily workload of the teams was manageable and realistic depending on the settlement profiles based on the microplanning guidelines. To provide feedback to key stakeholders at the end of the revised microplanning intervention and validation, the outcomes were shared with the vaccination team supervisors, Health area chiefs, Antenne, provincial and national levels.

Finally, for continuous updating, the developed microplans were updated by an inbuilt microplan updating process that involved concurrent social data analysis from implementation of polio SIAs and tally sheet analysis after each round of SIAs, and the new information obtained was used to update the microplans.



# Révision des plan de communication des districts

La micro planification révisée de la communication s'est déroulée en 6 étapes: (1) étape préparatoire, (2) travail sur le terrain, (3) revalidation, (4) rationalisation de la charge de travail, (5) retour d'information aux parties prenantes clés et (6) mise à jour continue du micro plan. La phase préparatoire comprenait dans un premier temps le recrutement, la formation et le déploiement des consultants dans les districts cibles. Ensuite, des activités de planification, des réunions et des discussions sur les concepts révisés de la micro planification et la formation des superviseurs de micro plans. Une analyse documentaire des anciens micro plans, des plans de mise en œuvre quotidiens et une harmonisation de la liste maîtresse de villages de différentes sources ont également été effectués. Au cours de cette étape, les considérations budgétaires ont été finalisées et tous les outils de collecte des données et le matériel nécessaires à la conduite de l'activité ont été fournis. Au cours de la phase de travail sur le terrain, des visites ont été effectuées dans les zones de recrutement, y compris un dénombrement du nombre total de ménages, nombre total d'enfants éligibles âgés de moins de 5 ans et de moins de 1 an, la cartographie des population réfractaire et leurs leaders ainsi que l'identification des canaux de communication et ressources locales disponibles.

Le processus de revalidation a été conçu pour améliorer la fiabilité des données générées à partir des micro plans révisés. Au cours de cette étape, des équipes de superviseurs principaux externes ont été déployées pour revalider les données du micro plan.

Au stade de la rationalisation de la charge de travail, les micro plans acceptés et revalidés ont été évalués pour garantir que la charge de travail quotidienne des équipes était gérable et réaliste en fonction des profils de peuplement basés sur les directives de micro planification. Afin de fournir un retour d'information aux principales parties prenantes à la fin de l'intervention et de la validation de la micro planification révisées, les résultats ont été partagés avec les superviseurs de l'équipe de vaccination, les chefs de secteur de la santé, Antenne, aux niveaux provincial et national.

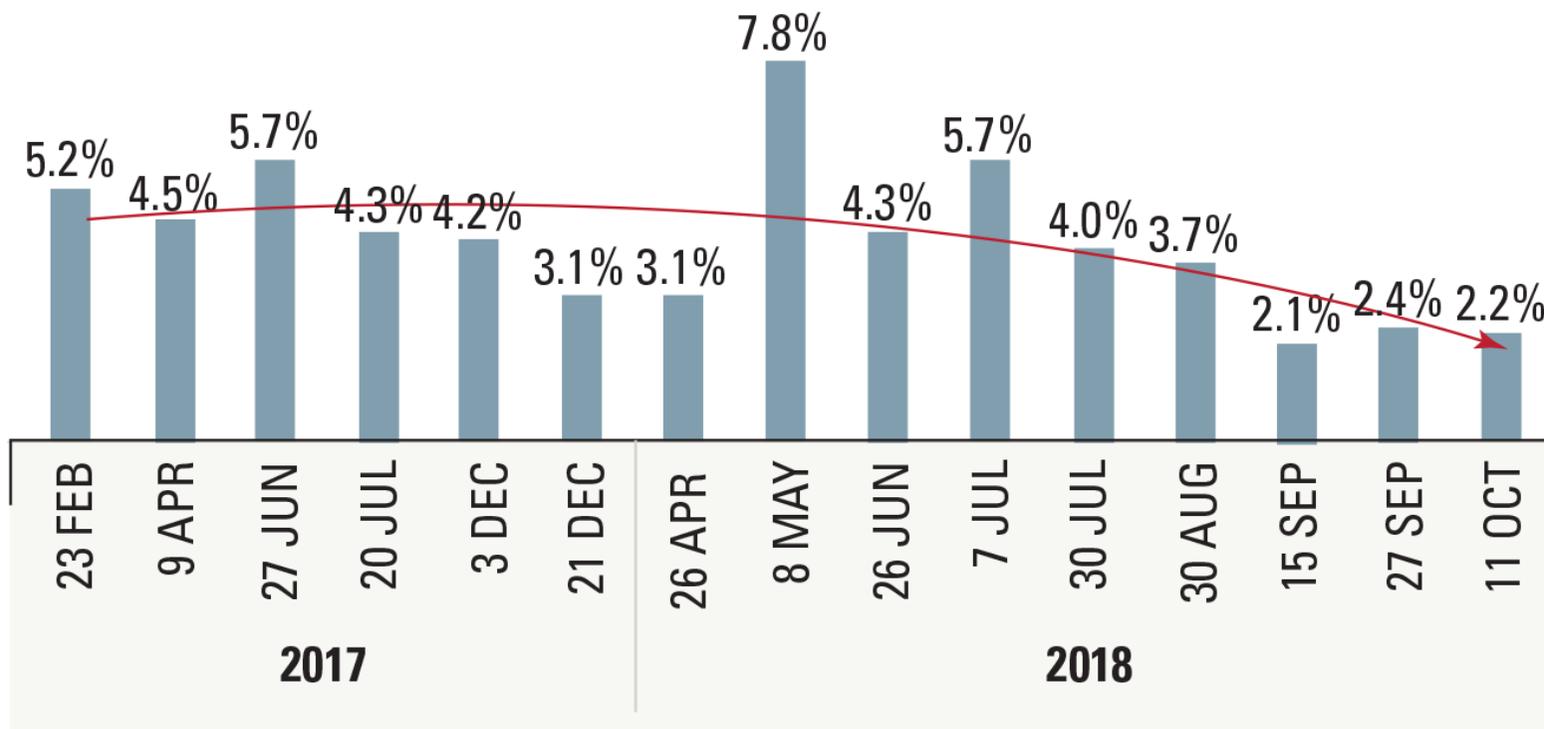
Enfin, pour une mise à jour continue, les micro plans développés ont été mis à jour par un processus de mise à jour intégré qui impliquait une analyse simultanée des données sociales issues de la mise en œuvre des AVS sur la poliomyélite et de la feuille de pointage après chaque série d'AVS, et les nouvelles informations obtenues étaient utilisées pour mettre à jour les micro plans.

# Raisons de non-vaccination des enfants

Globalement, la couverture vaccinale pondérée au niveau nationale selon le LQAS est passée de 71% à 87% entre le premier tour et le deuxième tour dans les 16 provinces, mais au moins 1 032 003 enfants ont été manqués. La proportion d'enfants manqués a diminué de manière significative, passant de 5,2% à 2,2% et la proportion d'enfants manqués pour cause de refus est passée de 1.7% à 0,3%.

Environ 2 634 711 enfants ont été manqués lors du premier tour et 1 032 003 lors du deuxième. 47% de tous les enfants manqués lors du deuxième tour sont originaires de la province du Nord-Kivu. Une forte amélioration a également été constatée dans la province du Sud-Kivu.

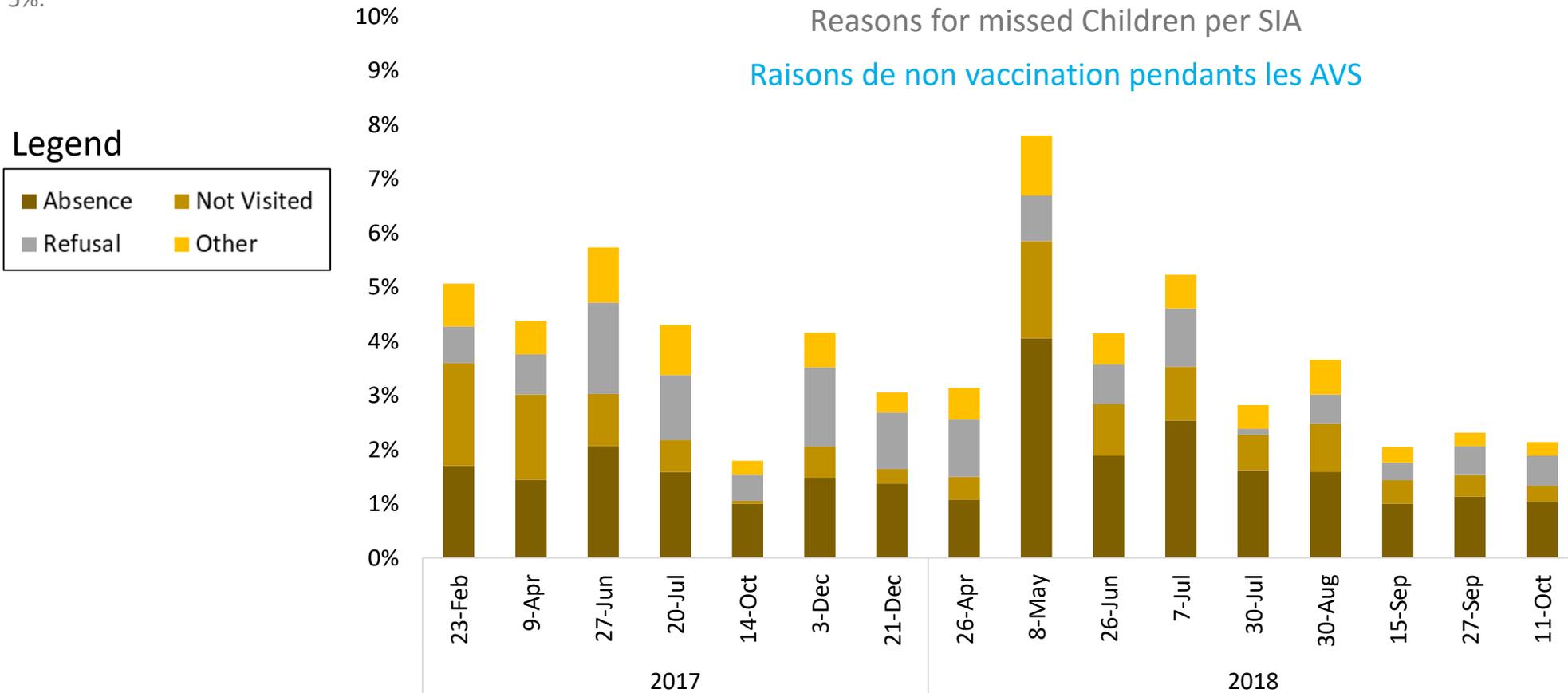
Proportion of Missed Children Per SIA in the DRC  
Proportion d'enfants non- vaccinées par AVS en RDC



# Reasons for Missed Children

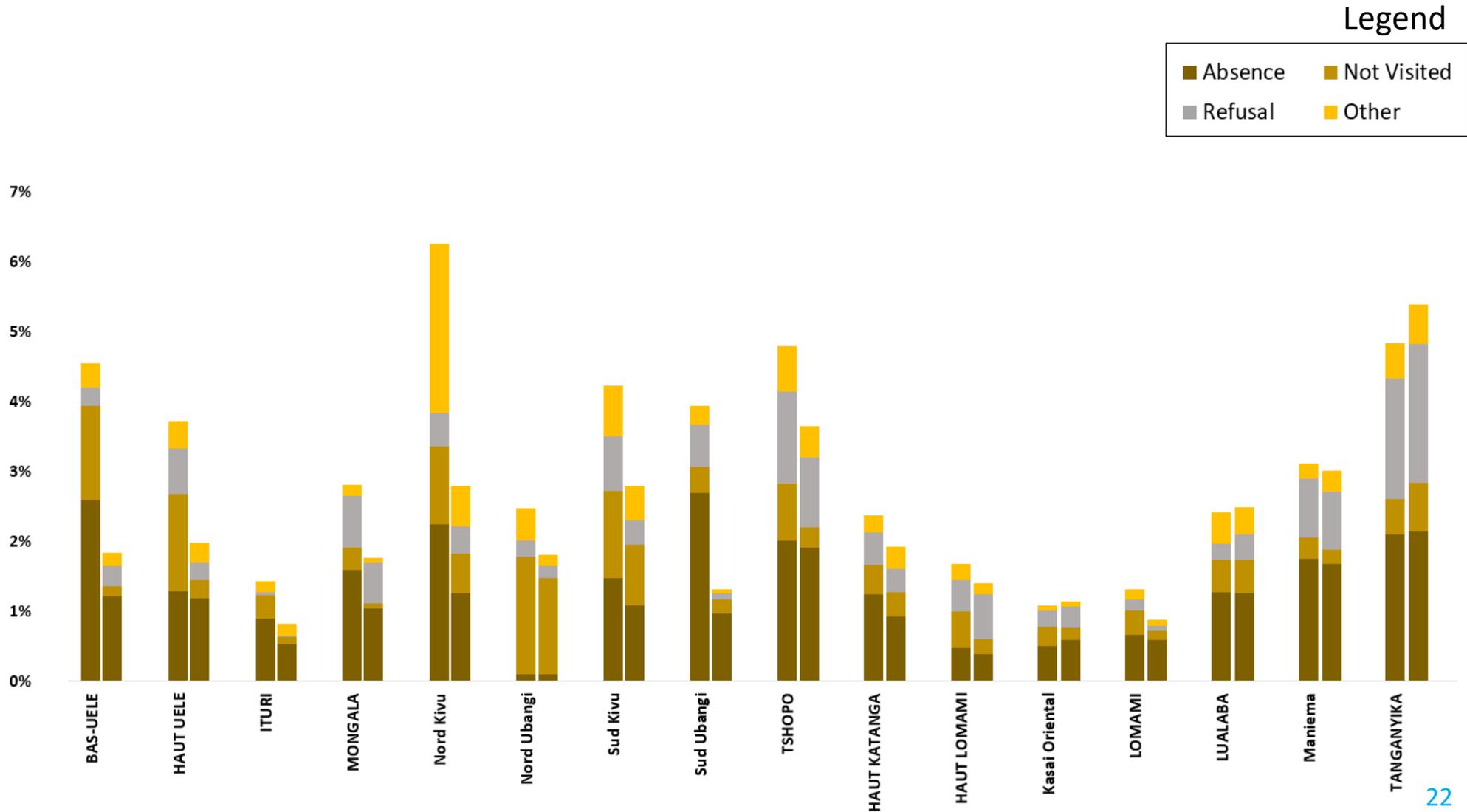
Overall, weighted vaccination coverage by LQAS increased from 71% to 87% between round 1 and round 2 in the 16 provinces but a significant 1 032 003 children were not vaccinated. The proportion of missed children declined significantly from 5.2% - 2.2% and the proportion of missed due to refusal decreased from 1.7% to 0.3% even though the overall proportion of missed children is more than 5%.

An estimated 2,634,711 children were missed during Round 1 and 1 032 003 during Round 2. 47% of all the missed children in Round 2 are from the Nord Kivu province. Great improvement was also noticed in the Sud Kivu Province.



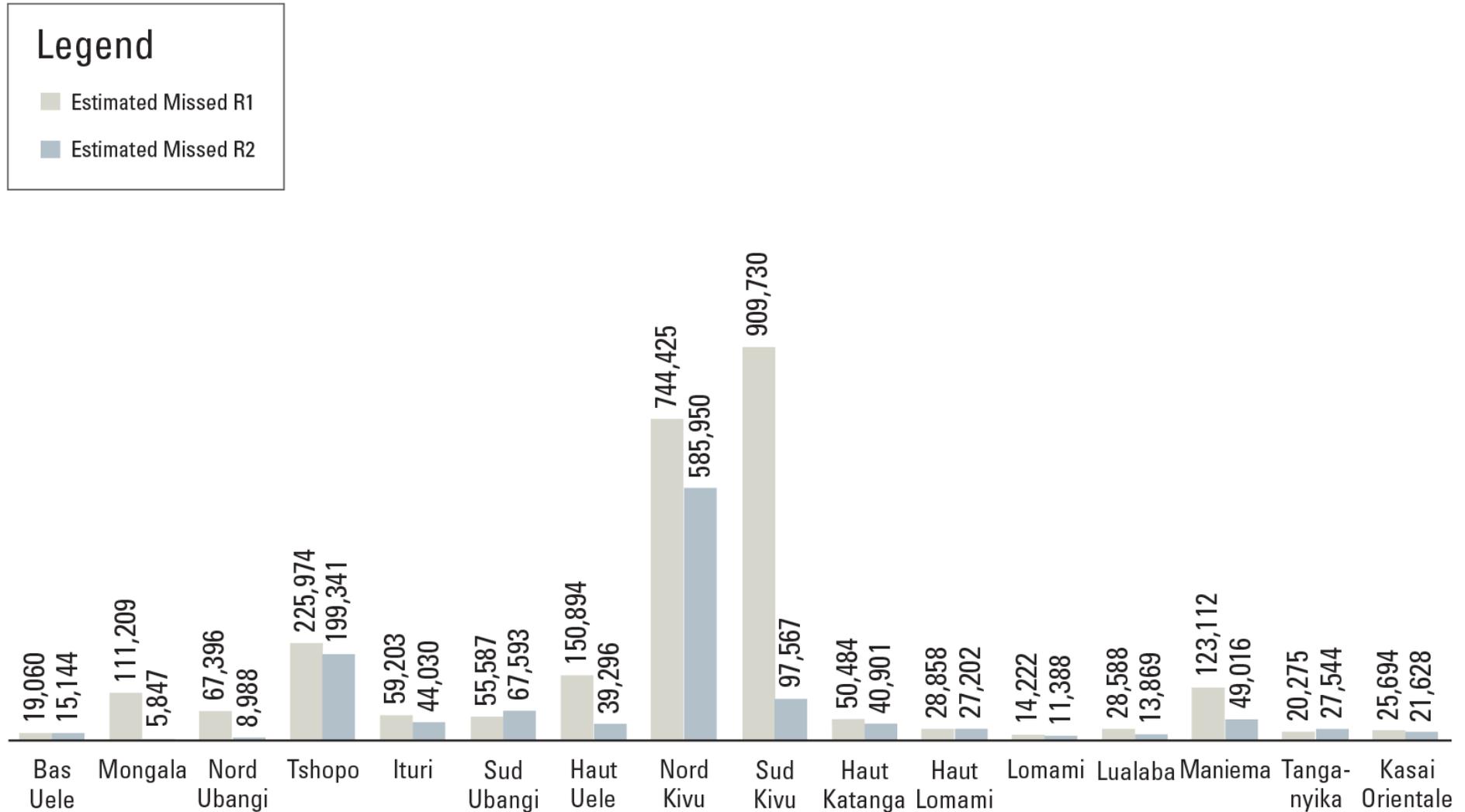
# Reasons for Missed Children for September and October 2018 SIA per Province Round 1 (left bar) and Round 2 (right bar)

Raisons de Non vaccination par province Round 1 (barre gauche) et Round 2 (barre droite) pour les AVS de Septembre et Octobre 2018



# Estimated number of Missed children during SIA in the DRC

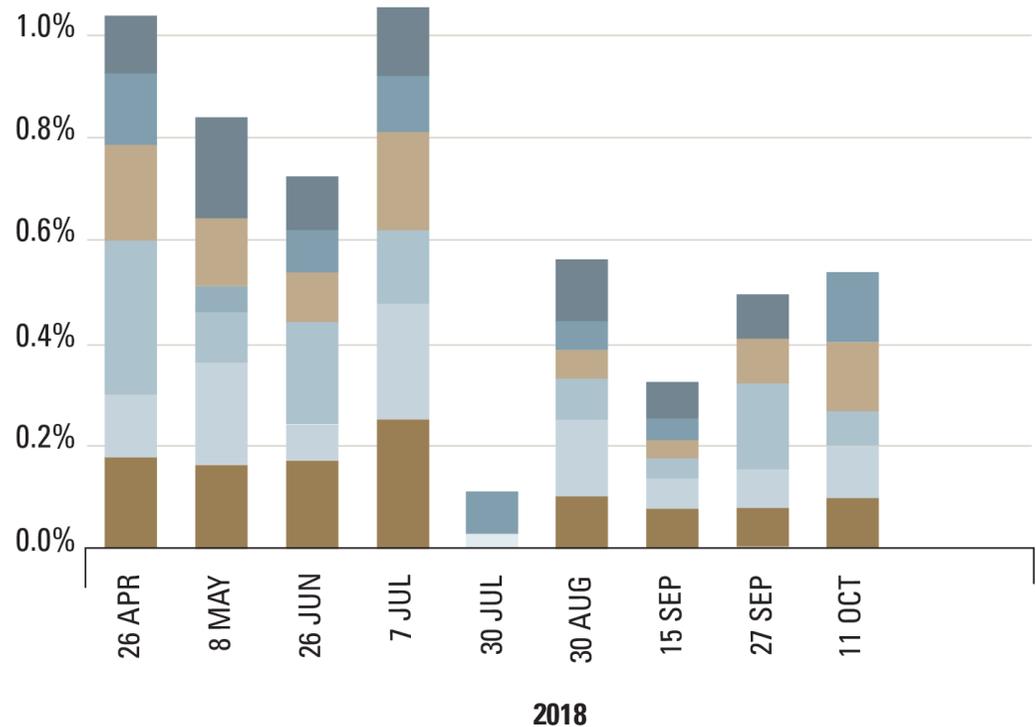
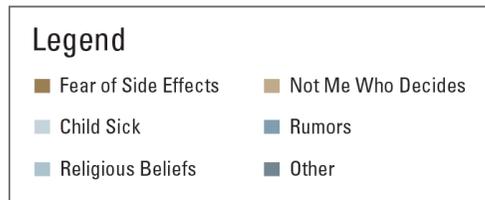
## Nombres estimée d'enfant non vaccine pendant les campagnes en RDC



# Reasons for Absence and Refusals During SIA

The main reasons of Refusal are “Not me who decides” and “Fear of side effects”. The main reason for Absence continues to be the “in the Field”, “Market” and “Playing outside ”with proportion respectively of 43%, 18% and 12%. Over the last 3 SIAs, the proportion of missed children due to “Other” reasons have ranged between 14% and 19%. This is a consistently high proportion that requires unpacking of these “Other” reasons.

Most of the poorly performing districts have international borders. To improve quality, the program has to: complete data collection on conversion rates to map out the social mobilization work being done at HZ level and implements a robust independent assessment to further unpack the reasons of missed children especially “Others” category and have a better assessment of the number of missed children beyond district level aggregations



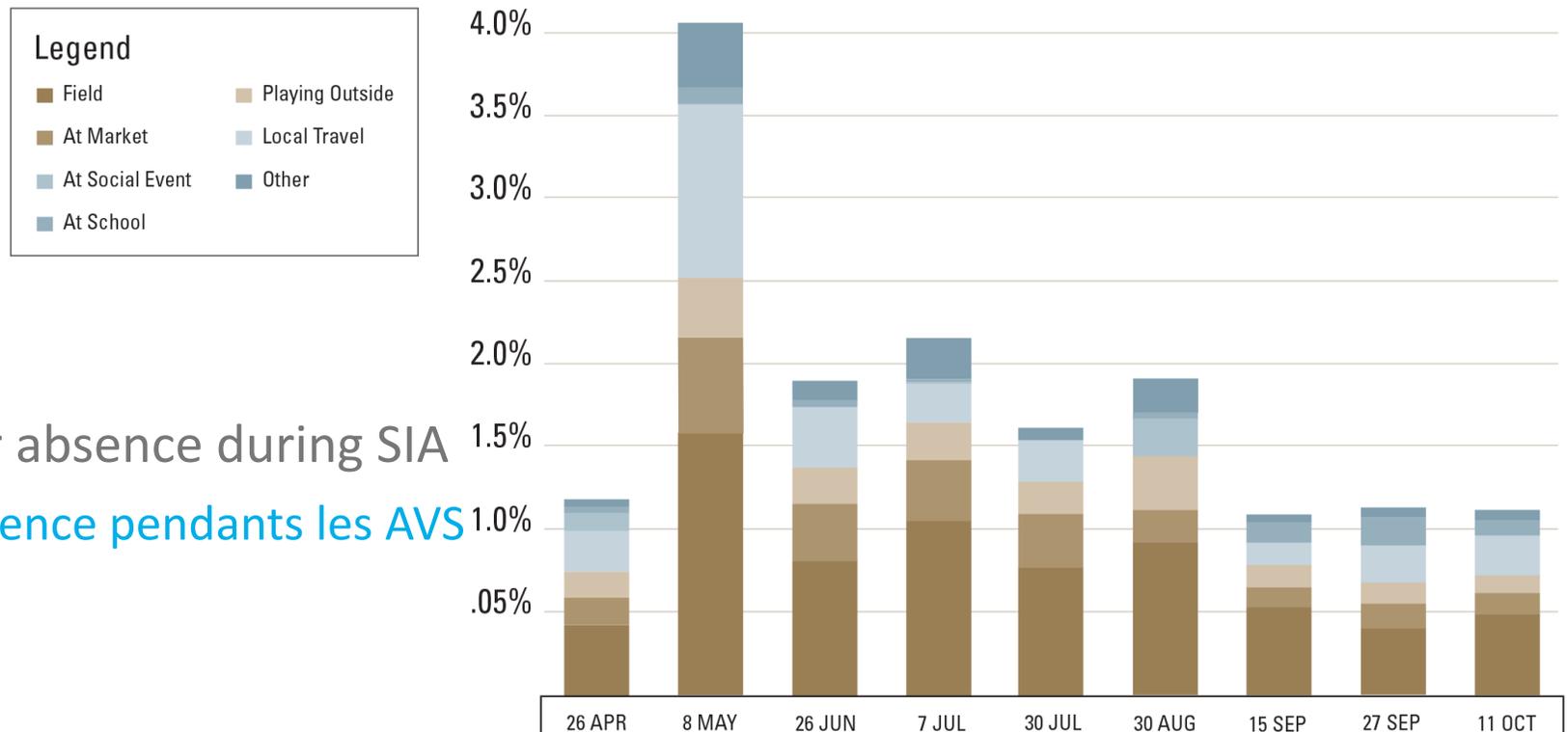
Reasons for refusal During SIA

Raisons de refus pendant les AVS

# Raisons d'Absence et de refus lors des AVS

Les principales raisons du refus sont «pas moi qui décide» et «La peur des effets secondaires». La raison principale de l'absence demeure le «au champ», le «marché» et le «jeu à l'extérieur», avec une proportion de 43%, 18% et 12% respectivement. Au cours des 3 dernières AVS, la proportion des enfants manqués pour « Autres raisons » varient entre 14% et 19%. C'est une proportion constamment élevée qui nécessite de préciser ces raisons" autres ". La plupart des districts peu performants ont des frontières internationales.

Pour améliorer la qualité, le programme doit: achever la collecte de données sur le taux de conversion pour capitaliser le travail de mobilisation sociale en cours au niveau ZS et mettre en œuvre une solide évaluation indépendante pour mieux cerner les raisons des enfants manqués, en particulier dans la catégorie «Autres», et obtenir une meilleure évaluation du nombre d'enfants manqués au-delà des agrégations de district.

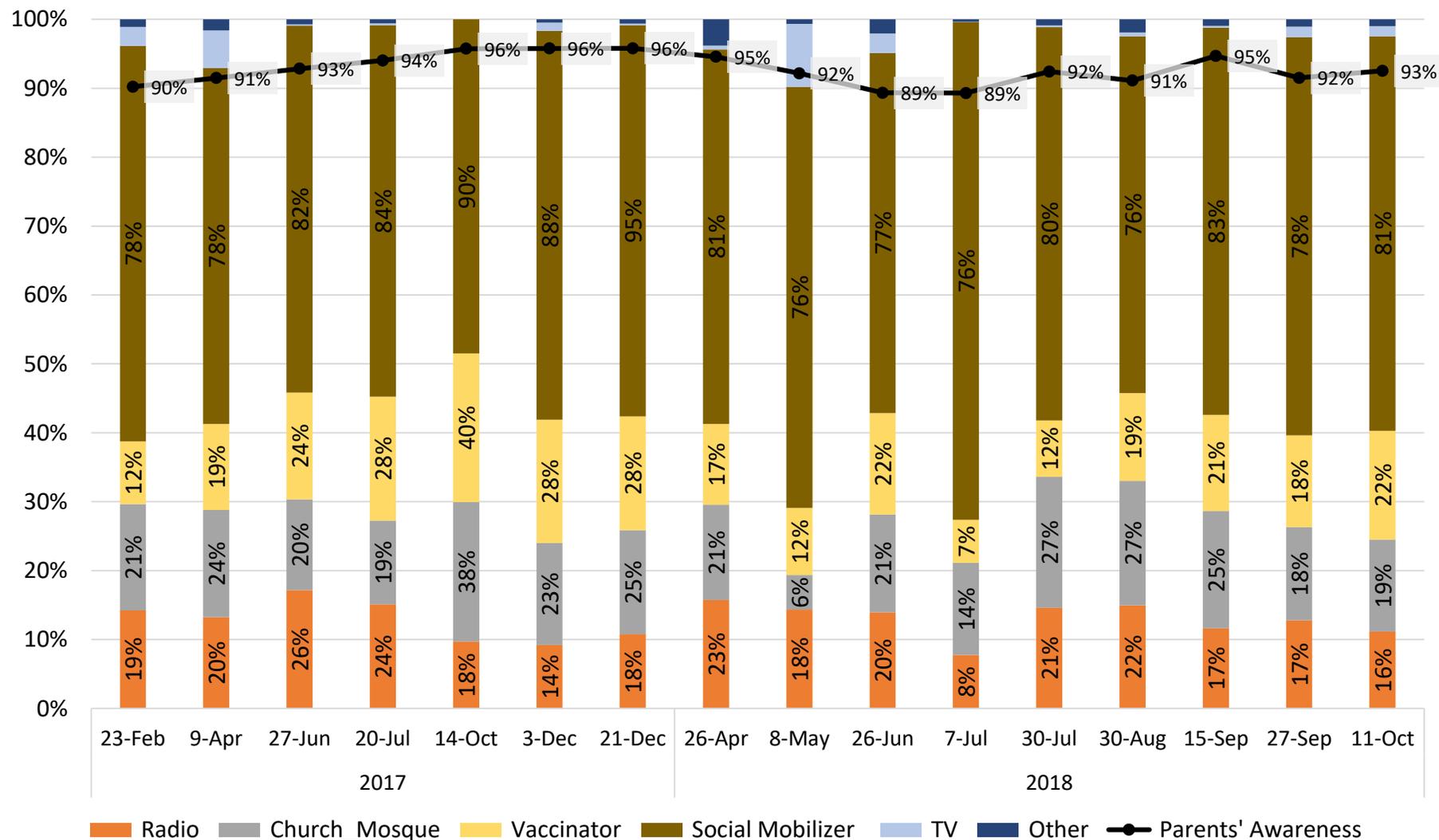


Reasons for absence during SIA

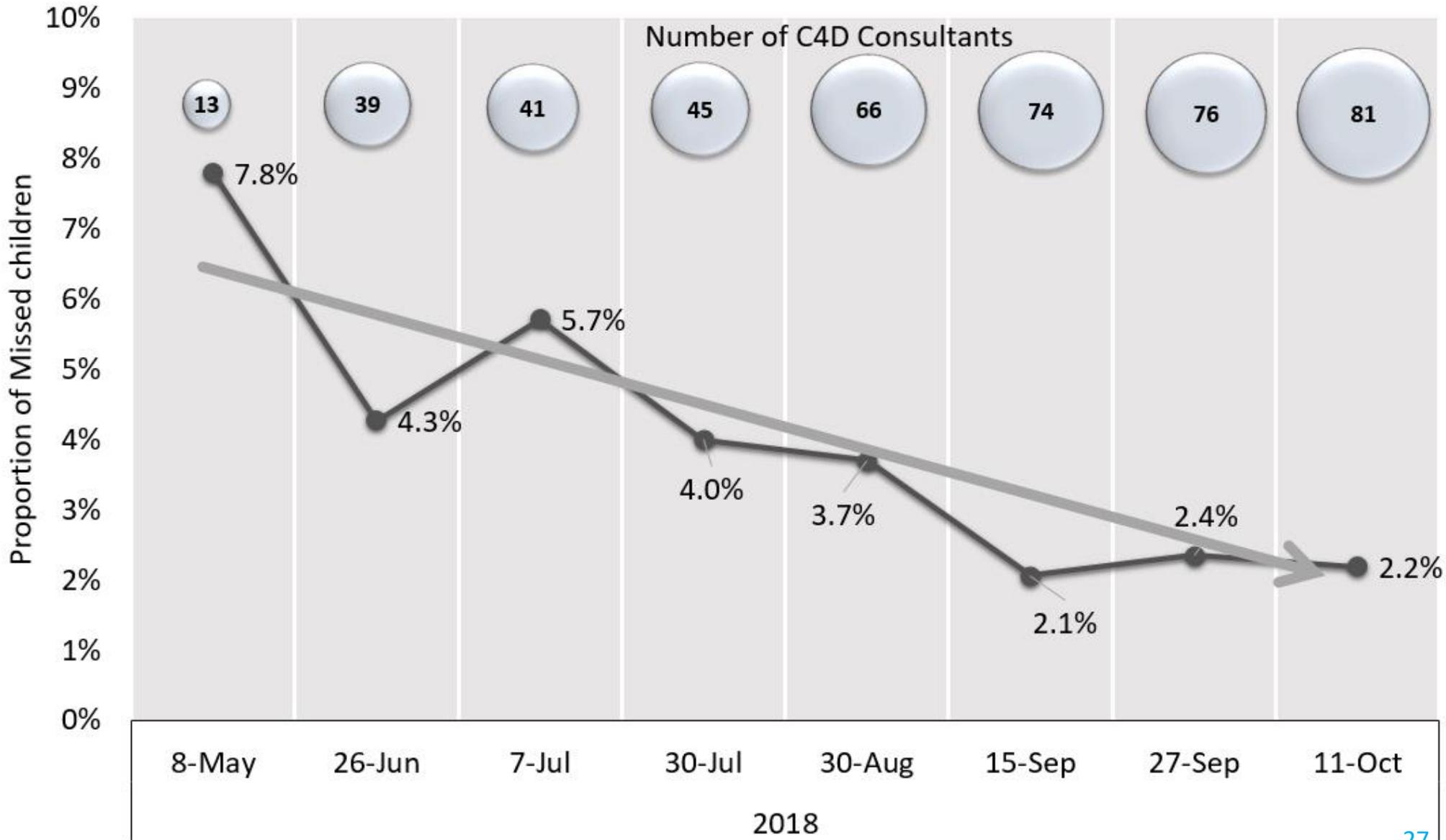
Raisons d'absence pendant les AVS

# Advocacy Parents' Awareness and Sources of Information

## Information des parents et sources d'information



A decrease in the proportion of missed children can be associated with an increase in the number an learning curve of C4D Consultants

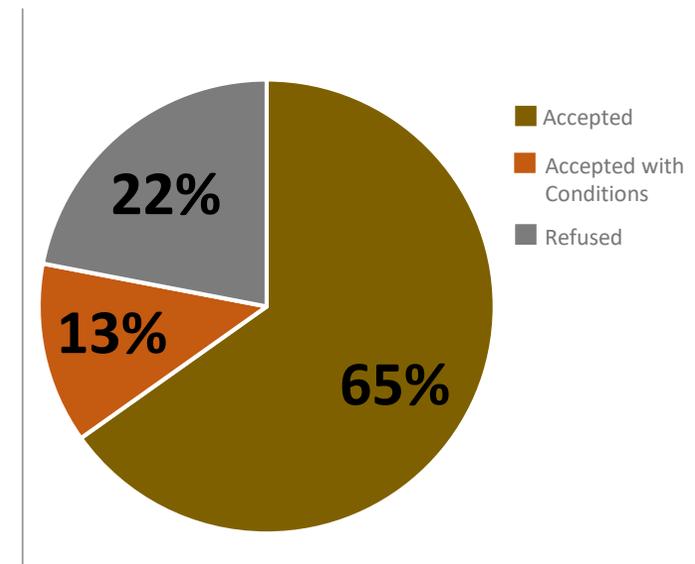
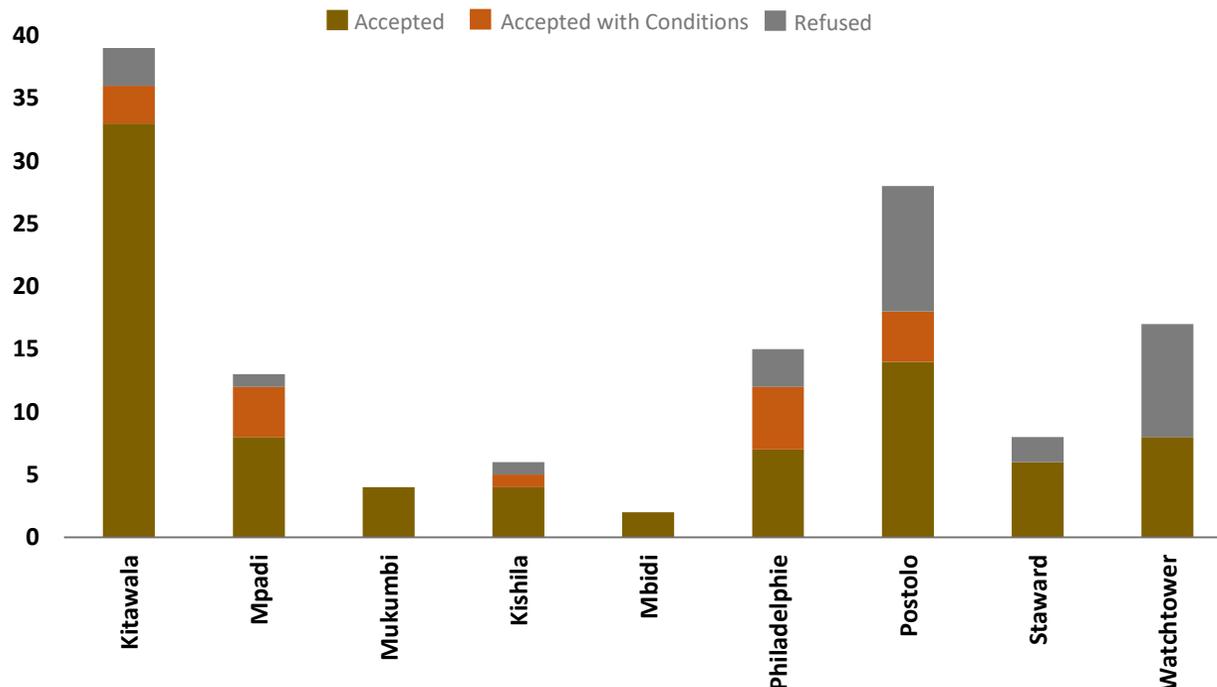


# Advocacy with Religious Leaders of Refractory Groups

On a monthly basis, C4D consultants identify religious groups that are resistant to polio vaccination and carry out advocacy to convince the leaders to vaccinate their children. To date, only 13% of reached are refusing Polio with their communities. There is no religious group with 100% refusal. The Group where the highest resistance is still witnessed is the Watchtower.

## Some leaders Accepted with conditions:

- Vaccinate behind closed doors
- Promised to think about it and encourage another large-scale dialogue
- Promised to take their children out of the parish for vaccination
- Agreed to vaccinate the children at night by the person they proposed to accompany the vaccinator



# Plaidoyer auprès des chefs religieux des groupes de réfractaires

Tous les mois, les consultants C4D identifient les communautés et groupes religieux résistants à la vaccination contre la poliomyélite et mènent des activités de plaidoyer pour convaincre leurs dirigeants à faire vacciner leurs enfants. À ce jour, seuls 13% des personnes atteintes dans ces groupes continuent à refuser. Il n'y a pas de groupe religieux avec 100% de refus. Le groupe où la plus grande résistance est encore observée est la Watchtower.

## Certains groupes ont Accepte avec Conditions:

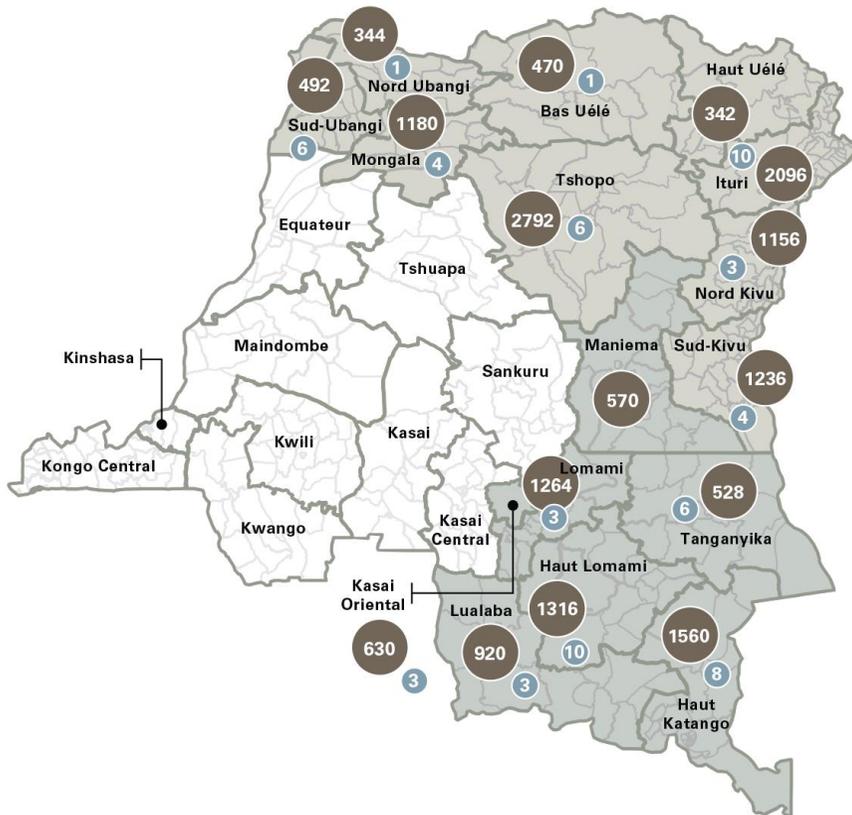
- Vacciner derrière des portes closes
- Promet d'y réfléchir et encourage un autre dialogue élargi
- Promettent d'amener leurs enfants à la paroisse pour la vaccination
- Accepté de vacciner les enfants la nuit par la personne qu'ils ont proposé pour accompagner le vaccinateur.





● Total 16,896 = VM Vial Monitors/Supervisors/Coordinators

● Total 69 = VM Staff/Consultants



# Vaccine Management

The main objective of the vaccine management structure is to support the team established by the Provincial EOC in the health zone for the preparation and implementation of the logistic activities of the response to ensure uninterrupted availability of vaccines and complete recovery of all mOPV2 vials and collection of reports after the SAI according to SOPs and Advisory Group recommendations.

The specific objectives of this team is to ensure the updating of the inventory of active and passive cold chain equipment for all health centres in the health zones, Coordinating distribution, administrative management , monitoring of stocks and full availability of cold chain and mOPV2 in health centers and ensuring the collection of open and unopened vials after the SIA, Develop mechanisms to accelerate the development and compilation of reports (Vaccine utilization reports and A forms) and their transmission to the antenna, coordination and central levels.

Under UNICEF’s technical leadership, vaccine management included procurement and distribution of cold chain equipment, vaccine procurement, stock monitoring, vaccine waste management including safe and documented incineration. Seventy one vaccine management specialists were deployed in the health zones and independent monitors trained to oversee the quality of vaccine management. Thus, there was no vaccine stock outs in 90% of health facilities during the 2 rounds. As of date, only 105 out of 1,447,600 vials are unaccounted for. This is thanks to the deployment 16,896 vial monitors. 84% of Forms A have been received to date . The post campaign sweep will be implemented by vial monitors closely watched by 455 supervisors and 69 Vaccine management consultants with the objective of ensuring that no tOPV vials was left over after the SWITCH and that no mOPV2 was left over after the SIAs

DRC: Vaccine Management SURGE Capacity deployed (as of 25 Oct 2018)

RDC: Ressources Humaines Gestion des Vaccins déployée ( situation du 25 octobre 2018)



# Vaccine Management

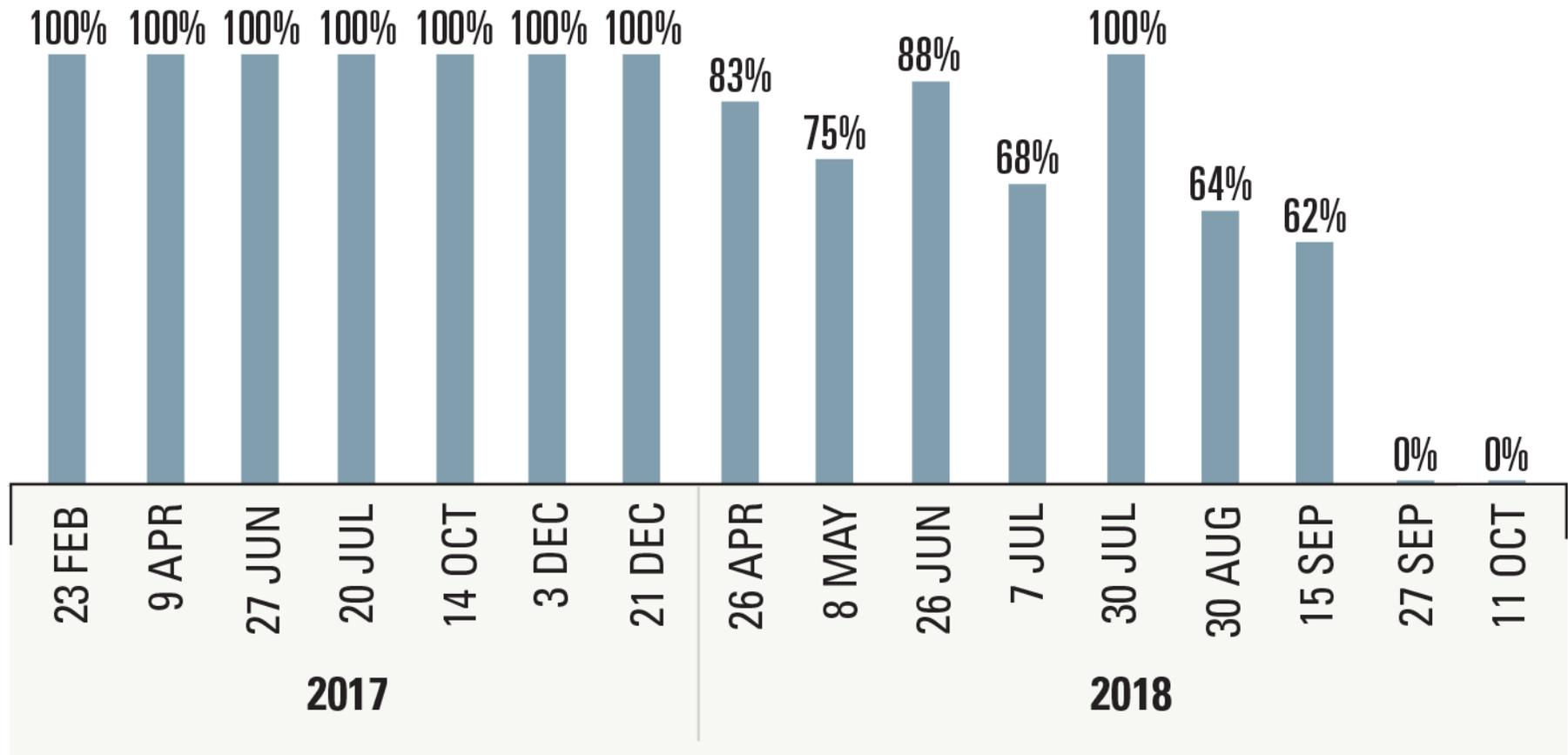
L'objectif principal de la structure de gestion des vaccins est d'appuyer l'équipe mise en place par le COUP provincial dans la zone de santé pour la préparation et la mise en œuvre des activités logistiques de la réponse afin d'assurer une disponibilité ininterrompue des vaccins et une récupération complète de la totalité des flacons de VPOM2 et les rapporter après les passages conformément aux SOPs et aux recommandations de l'Advisory group.

Les objectifs spécifiques de cette équipe est d'assurer de la mise à jour de l'inventaire des équipements de chaîne du froid actifs et passifs pour tous les établissements de santé dans les zones de santé, Coordonner la distribution, la gestion administrative, le suivi des stocks et la pleine disponibilité de la CDF et du VPOM2 à dans les centres de santé et assurer la collecte des flacons ouverts et non ouverts de VPOM2 après les passages, Développer des mécanismes pour accélérer l'élaboration et la compilation des rapports (rapports d'utilisation des vaccins et formulaires A) et leur transmission aux niveaux antenne, coordination et central.

Sous la direction technique de l'UNICEF, la gestion des vaccins comprenait l'achat et la distribution du matériel de la chaîne du froid, l'achat de vaccins, la surveillance des stocks, la gestion des déchets de vaccins, y compris une incinération sûre et documentée. Soixante et onze spécialistes de la gestion des vaccins ont été déployés dans les zones de santé et des contrôleurs indépendants ont été formés pour contrôler la qualité de la gestion des vaccins. Ainsi, il n'y a pas eu de rupture de stock de vaccins dans 90% des établissements de santé au cours des deux cycles. A ce jour, seuls 105 sur 1.447.600 flacons sont non comptabilisés. C'est grâce au déploiement de 16,896 moniteurs de flacons. 84% des formulaires A ont été reçus à ce jour. Le balayage post-campagne sera mis en œuvre par des contrôleurs de flacons surveillés de près par 455 superviseurs et 69 consultants en gestion de vaccins, dans le but de s'assurer qu'aucun flacon de VPOM2 ne soit laissé après le SWITCH et qu'aucun VPOM2 n'était laissé après les AVS



# Proportion of District level Form A submitted to national level per SIA



# Vial management for R1 and R2 in 16 provinces

	Vials received	Vials distributed for rounds	Returned Vials					Empty vials	Missed vials
			Not opened	Opened (used)	Broken	No VVM	Changed VVM		
Sud Ubangi	35700	38260	4366	65	6	460	71	33292	0
Nord Ubangi	17550	18304	1197	29	7	26	89	16956	0
Mongala	31400	34716	2338	221	2	286	107	31762	0
Bas Uele	14900	16575	2362	325	3	34	92	13759	0
Tshopo	36091	38532	3009	279	6	240	54	34944	0
Ituri	70700	77034	15100	497	11	80	34	61312	0
Haut Uele	23499	25165	2799	246	11	176	77	21761	95
North Kivu	71959	77014	4252	407	16	39	131	72164	5
South Kivu	83370	89122	7784	289	15	609	155	80270	0
Haut-Katanga	66,463	66,463	1,146	153	16	86	2	65,059	1
Haut-Lomami	43,177	43,177	1,826	172	8	27	57	41,087	-
Lualaba	33,260	33,260	871	145	44	13	22	32,165	-
Tanganyika	36,713	36,713	4,595	234	1	2	1	31,878	2
Kasai-Oriental	54,725	54,725	4,183	229	13	-	-	50,298	2
Lomami	44,120	44,120	3,003	173	12	112	18	40,802	0
<b>Total</b>	<b>663,627</b>	<b>693,180</b>	<b>58,831</b>	<b>3,464</b>	<b>171</b>	<b>2,190</b>	<b>910</b>	<b>627,509</b>	<b>105</b>

# Next Steps: Outbreak response



# Prochaines Etapes: Riposte à l'épidémie

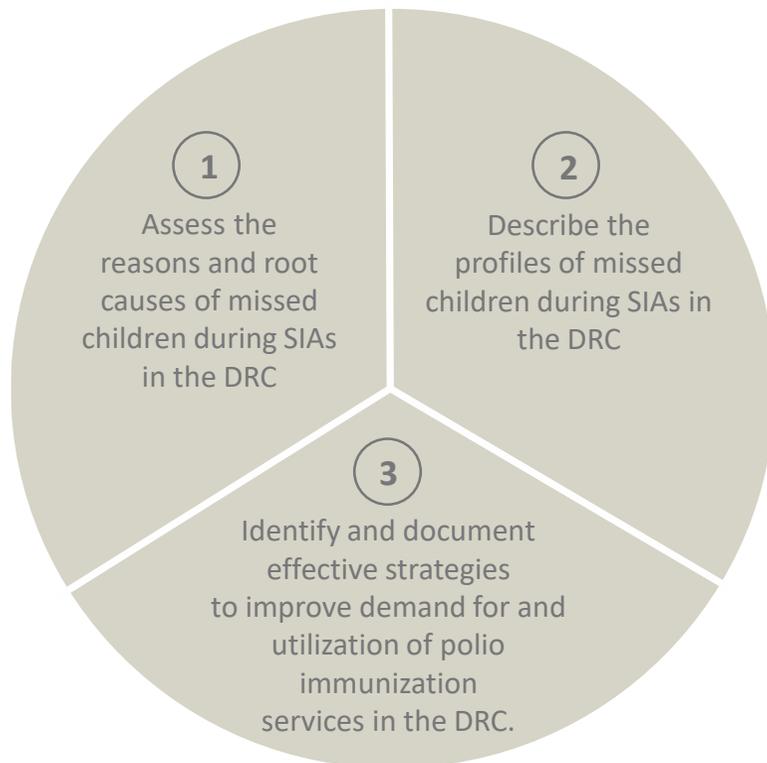


# Next Steps: A UNICEF Qualitative Study

Understanding the profile, trends, reasons and root causes of missed children during Polio SIAs in the Democratic Republic of Congo.

## Objective

Understand the reasons for low vaccination coverage and to produce information that can be directly used to revise/adapt vaccination and communication strategies to reduce the number of missed children.



## Methodology

The research will be conducted in 2 stages:

### Stage 1

Secondary analysis of data from independent monitoring and LQAS from past campaigns conducted between January 2017 and October 2018.

### Stage 2

Qualitative study in November 2018 where primary data will be collected to research further the reasons and root causes for non-vaccination in a selected number of health zones. 56 Focus groups discussion and 119 key informant interviews unpacking the 4 main reasons for missed children and documenting the strategies that work in areas with low rates of missed children will be carried out.

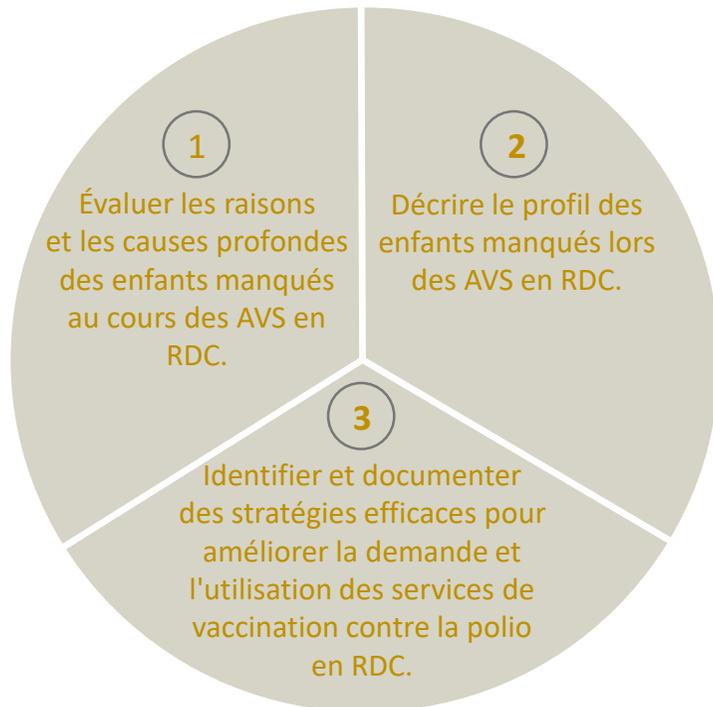
# Prochaine Etapes:

## Etude Qualitative : Raisons de non vaccination

Comprendre le profil, les tendances, les raisons et les causes profondes des enfants manqués lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite en République démocratique du Congo.

### Objective

Comprendre les raisons de la faible couverture vaccinale et produire des informations directement exploitables pour réviser / adapter les stratégies de vaccination et de communication afin de réduire le nombre d'enfants manqués.



### Méthodologie

La recherche se déroulera en 2 étapes:

#### Etape 1

Analyse secondaire des données du monitoring indépendante et du LQAS des campagnes précédentes menées entre janvier 2017 et octobre 2018.

#### Etape 2

Étude qualitative menée en novembre 2018 au cours de laquelle des données primaires seront collectées pour approfondir la recherche sur les raisons et les causes profondes de la non-vaccination dans un certain nombre de zones de santé. 56 groupes de discussion et 119 entretiens avec des informateurs clés exposant les 4 principales raisons des enfants manqués et documentant les stratégies qui fonctionnent dans les zones à faible taux d'enfants manqués seront effectués.



## Une véritable conversion en faveur de la vaccination

Les Postolos, une secte qui depuis des années sont hostiles aux activités de santé surtout ceux ayant trait à la vaccination quelle soit en routine ou en campagne de masse.

Au regard de cet état de chose, une visite a été organisée ensemble avec l'AC auprès du représentant de la communauté des Postolos pour comprendre les raisons de leurs résistances.

Après plusieurs descentes, les représentants nous ont fait part de leurs motivations parmi lesquelles : la doctrine les empêche d'utiliser les produits pharmaceutiques ou n'importe quels vaccins. « Seule la prière protège nos enfants .La polio est comme toute autre maladie que nous soignons avec la prière. La mort est dans le plan de Dieu, nos ancêtres ne se faisaient pas vacciner mais ils vivaient longtemps ».

En réaction a cette état de choses, il était question pour nous de sensibiliser et conscientiser en même temps le leader et quelques membres influents sur la nécessité de laisser les enfants être vacciner leurs enfants pendant les campagnes et de continuer la vaccination de routine. Un débat communautaire a été organisé avec le chef de la communauté et ses fidèles autour de la projection du film Mathilda dans le but de leur faire prendre conscience du risque que représente la polio dans la vie de nos enfants. Les messages clés délivrés étaient :

La polio rend infirme toute la vie et le seul moyen de prévenir c'est de vacciner les enfants en routine et durant les campagnes de masse ; La vaccination protège les enfants contre une maladie invalidante a vie alors qu'elle est évitable par un simple geste de vaccination.

A la suite du débat et de la communication interpersonnelle avec le chef de la communauté en présence de ses fidèles, le représentant a accepté la vaccination des enfants Postolos et a fait une déclaration diffusée par les médias locales le jour du lancement du deuxième passage de la campagne invitant tous ses fidèles à vacciner leurs enfants. En plus de sa déclaration publique, le chef des Postolos a fait vacciner ses enfants ainsi que quelques enfants de ses fidèles et devant la population présente sur le lieu du lancement. Ce geste a été un élément déterminant pour finir de convaincre les Postolos mais aussi a permis de convaincre d'autres sectes résistantes en suivant l'exemples des Postolos.

En effet lors du déroulement de la campagne, moins de problèmes de résistance ont été enregistrés, car il suffisait d'exhiber les photos de chef des Postolos vaccinant ses enfants en présence de ses fidèles pour que la communauté accepte, a leur tour, de vacciner leurs enfants.

# A real conversion in favor of Polio vaccination

The postolos, a sect that for years are hostile to health activities especially those relating to vaccination whether routine or supplementary immunization Activities. Accordingly, a visit was organized together with the Community Animator at the Health Zone level to the representative of the community of Postolos to understand the reasons for their resistance.

After several visits, the representatives told us of their motivations among which: the doctrine prevents them from using pharmaceutical products or any vaccines. "Only prayer protects our children. Polio is like any other illness that we treat with prayer. Death is in the plan of God, our ancestors were not vaccinated but they lived a long time."

In response, interpersonal Communication sessions with the leader and some influential members on the need to let children be vaccinated the campaigns and to continue the routine vaccination. A community debate was organized with the community leader and his followers during which the Mathilda film was projected. This video raised the risk perception of polio in the community. The key messages delivered were: Polio cripples for lifetime and the only way to prevent is to immunize children routinely and during mass campaigns; immunization protects children against life-threatening disease which are avoidable by simple vaccination act.

Following the debate and the interpersonal communication with the community leader in the presence of his faithfuls, the leader accepted the vaccination of the postolos children and made a public declaration on local media on the day of the launching of the second round of the campaign inviting all his faithfuls to vaccinate their children. In addition to his public statement, the head of the Postolos vaccinated his children and those of some of his faithful and in front of the population at the launch event. This gesture was a decisive element to finally convince the Postolos but also made it possible to convince other resistant sects following the examples of the Postolos.

Indeed during the course of the campaign, fewer problems of resistance were recorded, because it was enough to display the photos of the leader of the Postolos vaccinating his children in the presence of his faithful for the to community accepts to vaccinate their children.



**Who to contact  
for further  
information:**

Gianfranco Rotigliano  
Representative a.i.  
UNICEF DRC  
Tel: + (243) 996 050 399  
E-mail: [grotigliano@unicef.org](mailto:grotigliano@unicef.org)

Tajudeen Oyewale  
Deputy Representative  
UNICEF DRC  
Tel : +(243) 996 050 200  
E-mail : [toyewale@unicef.org](mailto:toyewale@unicef.org)

Guy Clarysse  
Chief of Health  
UNICEF DRC  
Tel: +(243) 812686349  
E-mail: [gclarysse@unicef.org](mailto:gclarysse@unicef.org)

Ngashi Ngongo  
Principal Advisor Child Survival and  
Development  
UNICEF West and Central Africa  
Tel: + (221) 33 831 08 58  
E-mail: [nngongo@unicef.org](mailto:nngongo@unicef.org)