

République du Tchad
Présidence de la République
Primature
Ministère de la Santé
Secrétariat d'Etat
Secrétariat General
Direction Générale de la
Santé Environnemental et de
la Lutte contre la Maladie
Direction de la Vaccination et de la
Surveillance Epidémiologique

Unité-Travail-Progrès

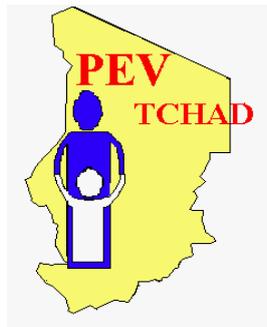
وحدة-عمل-تقدم



جمهورية تشاد
رئاسة الجمهورية
رئاسة الوزراء
وزارة العامة الصحة
أمانة الدولة
الأمانة العامة
الإدارة العامة لسلامة البيئة
ومقاومة الأمراض
إدارة البرنامج الموسع للتلقيح
والمراقبة الوبائية

PLAN PLURI ANNUEL COMPLET 2018-2022

DANDI, DU 25 AU 30 SEPTEMBRE 2017



PREAMBULE

Le plan d'action mondial pour les vaccins encourage vivement les Etats à donner l'accès aux avantages de la vaccination à tous les individus sans distinction aucune d'ici 2020 et même au-delà.

En révisant le PPAc 2013-2017 en 2014, pour l'adapter aux orientations du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) et du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV), le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires impliqués dans la vaccination se sont inscrits dans les obligations du financement futur de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI) qui fait de ce document l'un des principaux préalables.

Le défi à relever par le Tchad est l'immunisation complète et correcte des enfants à travers un service de Vaccination plus performant au niveau de la direction de la vaccination et de la surveillance épidémiologique

En associant à la vaccination d'autres interventions telles que la supplémentation en vitamine A, le déparasitage au Mebendazole, le Ministère de la Santé maximise l'utilisation des ressources et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Toutes ces interventions ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans le présent plan pluri annuel complet (PPAc).

La mise en œuvre de ce PPAc passe par la réalisation des engagements exprimés par chaque partenaire dans ce document. Les rubriques non encore couvertes par année de financement feront l'objet d'un plaidoyer fort auprès des autorités nationales et de la communauté internationale pour leur mobilisation. Le présent PPAc couvre la période 2018-2022 et répond aux questions fondamentales suivantes : quels sont les axes prioritaires de la DVSE ? Quels sont les objectifs et les stratégies à adopter ? Quelles sont les activités majeures par composante du programme à même de lui permettre d'atteindre ses objectifs ? Quel budget sera nécessaire pour l'augmentation de la couverture vaccinale, tenant compte de l'introduction des nouveaux vaccins et l'amélioration de la qualité des vaccins et de celle des services de vaccination ? Comment le programme de vaccination sera-t-il financé dans le futur ? Quelles stratégies de viabilité financière faut-il mettre en œuvre ?

Le Tchad tient à remercier tous les partenaires impliqués dans la vaccination pour leur appui technique ayant permis l'élaboration de ce document de grande importance

Ce plan est le fruit d'un travail mené par une équipe multisectorielle et multidisciplinaire impliquant le Gouvernement aussi bien que les agences et la société civile.

Le Gouvernement est confiant que le présent PPAc apportera une contribution importante au renforcement du PEV en offrant une nouvelle vision du financement de la vaccination au Tchad

Le Ministre de la Santé Publique

Dr NGARMBATINA ODJIMBEYE SOUKATE

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACD:	Atteindre Chaque District
AVS:	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BCR :	Bureau Central de Recensement
BET :	Borkou Ennedi Tibesti
BM :	Banque Mondiale
CAP :	Connaissances Attitudes et Pratiques
CATR :	Cellule d'Appui Technique Régionale
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agence
CDF :	Chaîne de froid
CIP :	Communication Interpersonnelle
COGES :	Comité de Gestion
COSAN :	Comité de Santé
CS :	Centre de Santé
DGAS :	Direction Générale des Activités Sanitaires
BIEC :	Bureau Information Education et Communication
DSRP :	Document de Stratégie Nationale de Réduction de la pauvreté
DSR :	Délégation Sanitaire Régionale
DVSE :	Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique
DS :	District Sanitaire
DSIS :	Direction du Système d'Information Sanitaire
DTC :	Vaccin combiné diphtérie – tétanos – coqueluche
DQA :	Data Quality Audit
FS :	Formation Sanitaire
GAVI :	Alliance Mondiale pour les Vaccins et les Vaccinations
HD :	Hôpital de District
HR :	Hôpital Régional
IEC :	Information Education et Communication
IIV :	Initiative pour l'Indépendance Vaccinale
INSEED :	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
JNV :	Journées Nationales de Vaccinations
JLV :	Journées Locales de Vaccination
MCD :	Médecin Chef de District
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MICS :	Enquête à Indicateurs Multiples
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PCA :	Paquet Complémentaire d'activités
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCV :	Pastille de Contrôle des Vaccins
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PFA :	Paralysie Flasque Aiguë
PIC :	Plan Intégré de Communication
PMA :	Paquet Minimum d'activités
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RMA :	Rapport Mensuel d'Activités
SAB :	Seringues Autobloquantes
SIS :	Système d'information Sanitaire
SNPEV :	Service National du PEV
SSEI :	Service de Surveillance épidémiologique intégré
TMN :	Tétanos maternel et néonatal
UE :	Union Européenne
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Table des matières

PREAMBULE	2
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	3
RESUME	9
I. INTRODUCTION	12
II. CONTEXTE GENERAL DU PAYS	13
2.1. Données physiques et géographiques	13
2.2. Données démographiques	13
2.3. Organisation administrative	14
2.4. Aperçu politique	14
2.5. Aperçu économique	14
2.6. Profil épidémiologique	15
2.7. Système de santé	15
2.7.1. Politique Nationale de Santé (PNS).....	15
2.7.2. Politique Nationale de Développement Sanitaire II (PNDSII).....	16
2.7.3. Indicateurs socio-sanitaires et socio-économiques	16
2.7.4. Organisation du système de santé	17
a. <i>Le niveau central</i> :	17
b. <i>Le niveau intermédiaire</i> :.....	17
c. <i>Le niveau périphérique</i> :.....	17
2.7.5. Renforcement du système de santé	17
2.8. Ressources humaines	17
2.8.1. Personnel	17
2.9. Infrastructures et équipements sanitaires	18
2.9.1. Infrastructures.....	18
2.9.2. Equipements	18
2.10. Implication du secteur privé et confessionnel	18
2.11. Financement du secteur de la santé	18
III. ANALYSE DE SITUATION	19
3.1. Service de vaccination systématique	19
3.1.1. Couverture vaccinale.....	23
3.1.2. Analyse des données de couvertures.....	24
3.1.3. Mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD)	25
3.1.4. Equité dans la vaccination.....	25
3.2. Lutte accélérée contre les maladies	26
3.2.1. Les AVS contre la poliomyélite	26
3.2.2. Les AVS contre la rougeole.....	28
3.2.3. Les AVS contre le tétanos maternel et néonatal.....	28
3.3. Performance des composantes du système de vaccination	29
3.3.1. Gestion du programme	30
3.3.2. Gestion des ressources humaines	34
3.3.2.2. Formation	34
3.3.2.3. Supervision / Monitoring / Evaluation :	34

3.3.3.	Calcul des coûts et financement	36
3.3.4.	Surveillance et notification des cas	40
3.3.5.	Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins	50
3.3.6.	Génération de la demande et communication	52
3.4.	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du programme	58
3.4.1.	Gestion du programme	58
3.4.2.	Gestion des ressources humaines	59
3.4.3.	Calcul des coûts et financement	60
3.4.4.	Communication	60
3.4.5.	Services de vaccination	61
3.4.6.	Surveillance et notification des cas	62
3.4.7.	Logistique et gestion des vaccins	64
IV.	PROBLEMES PRIORITAIRES ET OBJECTIFS	65
V.	STRATEGIES, ACTIVITES ET CHRONOGRAMME	68
VI.	ALIGNEMENT DU PPAC.....	78
VII.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	81
VIII.	ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENTS	86
8.1.	Méthodologie	87
8.2.	Données quantitatives sur les coûts relatifs à l'année de base	87
8.3.	De l'analyse des coûts et financement des programmes.....	88
8.4.	Besoins en ressources futures et financement du programme.....	89
8.5.	Financement du PPAC 2018-2022	91
8.5.1.	Coûts récurrents de la vaccination systématique	91
8.5.2.	Coûts des vaccins, matériels d'injection et des activités de vaccination supplémentaire	94
8.5.3.	Acquisition d'équipements de la chaîne du froid et de véhicules.....	95
8.6.	Analyse de la disponibilité des financements projetés	97
8.7.	Stratégies de la viabilité financière du PPAC 2015-2017	100
IX.	MISE EN ŒUVRE DU PPAC.....	101
9.1.	Diffusion	101
9.2.	Elaboration de plans annuels	101
9.3.	Renforcement et intégration des activités.....	101
9.4.	Établissement des activités prioritaires au profit des districts et des communautés.....	102
9.5.	Planification annuel et intégration avec les plans infranationaux	102
9.6.	Plan de suivi et évaluation	102
9.7.	Plan de mise en Œuvre 2018	103

Liste des tableaux

Tableau 1 : Budget estimé du PPAC 2018-2022 par rubrique.....	10
Tableau 2 : Evolution annuelle du PIB et du revenu par habitant 2013-2016	15
Tableau 3 : Indicateurs démographiques.....	16
Tableau 4 : Evolution part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (milliards de FCFA)19	
Tableau 5 :	20
Tableau 6 : Comparaison des données d'enquêtes (ECV 2012, EDS-MICS 2014-2015, ECV et 2017).....	23
Tableau 7 : Les résultats administratifs des AVS contre la poliomyélite de 2014-2017	26
Tableau 8: résultats du LQAS lors des AVS polio de 2016 et 2017	27
Tableau 9: Résultats administratifs des AVS contre la Rougeole en 2016 et 2017	28
Tableau 10: AVS contre le tétanos maternel et néonatal en 2014, 2015 et 2016.....	28
Tableau 11 : Evaluation des activités essentielles.....	32
Tableau 12: <i>Gestion des ressources humaines</i>	35
Tableau 13 : Financement projeté de la vaccination de 2013 à 2017 en US. \$.....	36
Tableau 14 : Financement du PEV par source de financement et par poste de dépenses (AVS,	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 15 : Evolution du budget de l'Etat, du budget alloué au secteur de la santé et à la	37
Tableau 16 : Evolution du budget planifié en CFA par intervenant 2013-2017	37
Tableau 17: Evolution du budget mobilisé en CFA par intervenant 2013-2017	38
Tableau 18 : Evolution du taux de mobilisation des ressources 2013-2017	38
Tableau 19 : Evolution des dépenses de vaccination en CFA de 2013 à 2017	39
Tableau 20 : Evolution du taux d'exécution du budget par intervenant 2013-2017	39
Tableau 21 : Evolution des indicateurs de suivi retenus dans le PPAC 2013-2017.....	39
Tableau 22 : Analyse du niveau d'atteinte des objectifs du PPAC 2015-2017	41
Tableau 23 : Analyse du niveau de réalisations des activités du PPAC 2015-2017	42
Tableau 24 : Niveau des indicateurs de la surveillance PFA au Tchad de 2014 à 2016.....	46
Tableau 25 : Situation des cas et décès dus à la rougeole, TNN, FJ, Méningite.....	46
Tableau 26 : Niveau des indicateurs clés de surveillance de la fièvre jaune	48
Tableau 27 : Synthèse du niveau des indicateurs clés de surveillance du TNN	48
Tableau 28 : Niveau des indicateurs clés de surveillance de la rougeole	48
Tableau 29 : Niveau des indicateurs de surveillance de la méningite.....	49
Tableau 30 : Analyse situationnelle pour approvisionnement, qualité et logistique des vaccins	52
Tableau 31 :	56
Tableau 32 :	57
Tableau 33 : Gestion du programme	58
Tableau 34 : Calcul des coûts et financement	60
Tableau 35 : Communication	60
Tableau 36 : Services de vaccination	62
Tableau 37 : Surveillance et notifications des cas.....	62
Tableau 38 : Logistique et gestion des vaccins	64
Tableau 39 : Gestion du programme	65
Tableau 40 : Alignement du PPAC et objectifs 2018-2020	78
Tableau 41 : Calendrier, cadre de suivi et évaluation	81
Tableau 42 : Cadre de suivi et évaluation	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 43 : Indicateurs de suivi.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 44 : Besoins en ressources futures et financement du programme.....	89

Tableau 45 : Coûts récurrents de la vaccination systématique.....	91
Tableau 46 : Coûts des vaccins du PEV systématique.....	93
Tableau 47 : Coûts des vaccins des AVS.....	94
Tableau 48 : Acquisitions d'équipements chaîne du froid et pièces de rechange.....	95
Tableau 49 : Projection des besoins en ressources de 2015-2017.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 50 : Analyse de disponibilité des financements projetés.....	98
Tableau 51 : Coûts récurrents de la vaccination systématique et supplémentaires pour la période 2015-2017.....	99
Tableau 52 : Coûts récurrents de la vaccination systématique et supplémentaire pour la période 2015.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 53 : Coûts récurrents de la vaccination systématique et supplémentaire pour la période 2016.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 54 : Coûts récurrents de la vaccination systématique et supplémentaire pour la période 2017.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 55 : Besoins en ressources, financement et écart	Erreur ! Signet non défini.

Liste des figures

Figure 1 : Carte de la République du Tchad	13
Figure 2 : Mise en œuvre des activités du PPAc 2015-2017 par domaine.....	30
Figure 3 : Mise en œuvre des activités du PPAc	Figure 4 : Indicateurs de performance30
Figure 5 : Répartition des coûts du PPAc 2015-2017	90

RESUME

Le présent document est le cinquième Plan Pluriannuel complet pour le PEV. Il a été aligné au Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP), le Plan Stratégique Régional pour la Vaccination et le 3^e Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-3).

Historique du programme et situation de la vaccination (Du contexte général sur le pays)

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est créé par arrêté No 224/ MSP/DG/DGE du 23 mai 1984 et est rendu opérationnel en 1985. Avec le nouvel organigramme, il est érigé en une Direction dénommée la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE). La mission essentielle de la DVSE est d'apporter un appui technique aux Délégations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de vaccination dans l'ensemble du pays.

De manière générale, les performances du programme n'ont pas été satisfaisantes car les objectifs fixés dans le PPAc 2013-2017 n'ont pas été atteints. Au cours de la période 2013-2014, le programme a accusé un certain nombre de faiblesses dont les plus importantes sont entre autres liées à l'insuffisance de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD), à l'approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel dû à une mauvaise gestion, à l'insuffisance des supervisions formatives de qualité au niveau intermédiaire et opérationnel, à la non atteinte des enfants dans les zones de responsabilité d'accès difficile, à l'instabilité et démotivation du personnel, à une logistique insuffisante pour la mise en œuvre des activités du PEV.

Des problèmes prioritaires

L'analyse faite a permis de dégager quelques problèmes prioritaires en fonction des différentes composantes du programme, à savoir (i) la prestation des services, (ii) l'approvisionnement et la qualité des vaccins, (iii) la logistique, (iv) la surveillance et la lutte contre la maladie et (v) la communication pour le PEV. Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités. Parmi ces principaux problèmes on peut citer entre autres : la difficulté de transfert des fonds aux districts, la disponibilité non permanente des vaccins au niveau opérationnel, l'insuffisance de la mise en œuvre des stratégies novatrices, la non effectivité du fonctionnement de l'Agence Nationale de Régulation (ANR), l'insuffisance de moyens de transport aux niveaux intermédiaire et opérationnel, la persistance des épidémies de la rougeole et du Tétanos maternel et néonatal (TMN), l'absence de la politique nationale pour l'intégration des interventions.

Des objectifs

Au-delà de l'objectif général du programme qui consiste à augmenter la couverture vaccinale nationale de tous les antigènes à 90% d'ici à 2022, le PPAc dégage des objectifs stratégiques pour chacune des composantes du PEV, notamment :

- Réduire dans 100% des DS le taux d'abandon DTC1-DTC3 à < 10% d'ici 2022,
- Rendre totalement fonctionnel l'ANR d'ici fin 2022,

- Atteindre une couverture nationale pour tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans 80% de districts d'ici 2022,
- Renforcer la capacité de stockage de vaccins au regard des nouveaux vaccins à introduire dans la vaccination de routine (VAR2, Rubéole, Rota-V, pneumo-V et HPV),
- Renforcer les capacités de tous les agents en charge de la vaccination à tous les niveaux d'ici fin 2022.

Des stratégies

Le document détermine les différentes stratégies qui permettront au programme d'atteindre les objectifs poursuivis en relation avec le GVAP. Ces stratégies sont notamment la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie ACD et d'autres stratégies novatrices, l'amélioration de la gestion du programme, le renforcement des capacités, le renforcement de la gestion des vaccins et de la logistique, le renforcement de la communication pour le PEV, l'intégration des interventions et le renforcement de la surveillance.

Des activités

Un tableau synoptique dégage les principales activités à réaliser dans le temps conformément aux différentes stratégies par domaine d'intervention. Une des activités phares dans cette étape est le plaidoyer soutenu auprès des autorités du pays en vue d'obtenir un meilleur engagement dans le financement des activités de vaccination.

De l'analyse des coûts et financement des programmes

On note avec satisfaction l'amélioration remarquable du financement en faveur des activités de la vaccination par le gouvernement car, depuis quelques années, le pays achète les vaccins traditionnels du PEV de routine et honore ses engagements dans le cofinancement des nouveaux vaccins et autres. Le contexte économique actuel difficile en lien avec la chute du prix de baril du pétrole rend davantage le PEV tributaire du financement extérieur (GAVI, OMS et UNICEF).

Du Financement

Pour l'année 2016, le coût total du programme s'est élevé à 72 418 576 USD dont 5 694 186 USD (8%) pour les vaccins et logistiques du PEV de routine, 2 703 745 USD (4%) pour la prestation des services, 688 640 USD (1%) pour le plaidoyer et communication, 2 599 030 USD (4%) pour le monitoring et contrôle des maladies, 8 267 602 USD (11%) pour la gestion du programme, 25 445 214 USD (35%) pour les vaccinations supplémentaires et 27 020 160 USD (37%) pour les coûts partagés du système de santé.

Concernant la période du PPAc 2018-2022, le budget global est estimé à 486 154 917 USD. Le coût d'une cible complètement vaccinée s'élèvera en moyenne à 136.58 USD. Le financement du PEV augmente progressivement de 2018 à 2022 compte tenu de l'introduction des nouveaux vaccins.

Tableau 1 : Budget estimé du PPAc 2018-2022 par rubrique

Composantes du PPAc	Besoins futurs en ressources en USD					Total 2018-2022
	2 018	2 019	2 020	2021	2022	
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	7 575 514	12 148 302	14 918 043	14 147 650	14 889 226	63 678 735
Prestation des services	2 850 202	4 821 508	3 491 752	3 513 548	3 641 864	18 318 874
Plaidoyer et communication	2 338 698	875 715	1 822 296	897 125	1 835 667	7 769 500
Monitoring et contrôle des maladies	7 143 232	6 247 743	5 164 336	4 866 670	5 081 404	28 503 385
Gestion du programme	25 907 739	27 689 320	27 306 352	29 312 866	31 267 273	141 483 550
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)	7 712 360	8 837 093	9 510 362	14 873 446	10 910 517	51 843 777
Coûts partagés du système de santé	31 633 892	34 698 157	35 759 783	37 445 860	35 019 404	174 557 096
Total global	85 161 637	95 317 838	97 972 922	105 057 165	102 645 355	486 154 917

I. INTRODUCTION

L'organisation du système de santé au Tchad est basée sur les soins de santé primaires (SSP) avec le district sanitaire comme cheville ouvrière conformément à la conférence d'Ama-Ata. Les soins de santé primaires visent à lutter contre les principales causes de morbidité et mortalité par des techniques simples, valables, acceptables et accessibles pour tous à un coût abordable pour la communauté.

Le profil épidémiologique du Tchad est caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques, parmi lesquelles le paludisme, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la diarrhée tiennent le premier rang. Certaines maladies non transmissibles constituent aussi des causes importantes de morbidité et de mortalité. Ces maladies touchent particulièrement les enfants et les femmes, groupes les plus vulnérables de la population.

En matière de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés ont été introduits dans le PEV de routine. Ainsi, le Tchad a introduit dans le PEV de routine en 2005 le vaccin anti-typhoïdique et en 2008 le vaccin contre l'hépatite B et l'*Haemophilus Influenzae* de type B (Hib) sous forme pentavalente, en 2016 le VPI, en 2017 le MenAfriVac, et compte introduire à partir de 2018 la deuxième dose de VAR. Le vaccin contre le pneumocoque, celui contre le rota virus, la rubéole et le HPV vont être introduits entre 2019 et 2022. La volonté politique forte est témoignée par la mention de l'introduction de ces nouveaux vaccins dans la politique nationale de la vaccination. Ces activités ont été réalisées grâce aux efforts du Gouvernement et du soutien des partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, BMGF...).

Concernant le financement du PEV, il faut noter les efforts remarquables qui sont faits par le Gouvernement dans l'achat des vaccins et consommables chaque année, et la création d'une ligne budgétaire dédiée à cela. Il ne faut pas perdre de vue le contexte économique actuel très difficile qui constitue une menace réelle pour le financement du domaine de la vaccination par l'Etat.

En dépit de ces progrès significatifs, le PEV du Tchad fait face à une série de défis, notamment:

- Des taux de couverture vaccinale élevés selon les données administratives contrastant avec les données d'enquête de couverture vaccinale qui montrent encore un nombre élevé d'enfants non vaccinés notamment dans les grandes agglomérations, les zones d'accès difficile, chez les population nomades, insulaires, etc. ;
- Une insuffisance en chaîne du froid adéquat (frigos homologué par l'OMS) estimé à 29% selon le dernier inventaire ;
- Insuffisance dans la mise en œuvre des stratégies avancées dans la plupart des CS faute de moyens roulants ;
- Insuffisance dans le suivi des activités de vaccination à tous les niveaux ;

- Une faiblesse de la qualité des données révélée par les supervisions et les auto-évaluations de la qualité des données (DQS) ;
- Une faible implication des communautés dans les activités de vaccination.

Au vu de ce qui précède et tenant compte des orientations du GVAP, il convient après l'évaluation du PPAc 2015-2017, d'élaborer un nouveau Plan Pluriannuel Complet (PPAc) du PEV couvrant la période 2018-2022.

Le présent plan intègre tous les aspects liés à la vaccination et d'autres interventions de santé, et dégage des stratégies visant l'amélioration de toutes les composantes du PEV.

Le Tchad ne ménagera aucun effort pour la mise en œuvre de ce plan et comptera également sur ses partenaires afin de saisir toutes les opportunités pour promouvoir ce plan.

II. CONTEXTE GENERAL DU PAYS

2.1. Données physiques et géographiques

Le Tchad est le 5ème pays le plus vaste du continent africain avec une superficie totale de 1.284.000 km². Il est découpé en trois zones climatiques : (i) au nord, une zone saharienne au climat désertique; (ii) au sud, une zone soudanienne assez fortement pluvieuse ; (iii) entre les deux, une zone sahélienne. N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone.

L'immensité du pays et l'absence de côtes maritimes (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria étant situé à environ 1750 km de la capitale) posent des problèmes de transport, de communication et d'accessibilité vers l'extérieur. Le réseau routier est en plein développement.

2.2. Données démographiques

La population du Tchad, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) de 2009, était de 11.039.873 habitants. Elle est estimée en 2016 à 14.107.527 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain, 78,1% en milieu rural dont 3,4% sont des nomades.

La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab. /km²). Mise à part la région de N'Djamena qui est une particularité (2 356,72 hab. /km²), la densité de la population varie de 0,40 hab. /km² au Borkou-Tibesti à 95,67 hab. /km² au Logone occidental. Les Délégations sanitaires régionales (DSR) des Mayo Kebbi Ouest et Est, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit essentiellement des régions qui offrent

Figure 1 : Carte de la République du Tchad



des conditions socioéconomiques favorables à l'implantation humaine. En effet, cette partie du pays reçoit au moins 1 000 mm de pluie par an et elle est drainée par 2 grands fleuves. Elle dispose d'une végétation abondante et des sols relativement riches. A l'opposé, les DSR du Kanem (5,70), du Salamat (5,41), du Batha (6,59), du Barh El Gazal (6,26), de l'Ennedi (0,98) affichent une densité nettement en dessous de la moyenne nationale. Cela s'explique en partie par le caractère désertique de ces régions à l'exception du Salamat.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,1%, les grossesses 4,23%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76%.

2.3. Organisation administrative

Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les régions et départements est déjà amorcé avec la mise en place d'un département ministériel chargé de la décentralisation depuis 1996. Le pays est divisé en 23 régions administratives y compris N'Djamena la capitale.

2.4. Aperçu politique

Du point de vue politique, la Constitution du 31 Mars 1996, révisée le 06 juin 2005, prévoit un régime de type présidentiel. Le Président de la République incarne le pouvoir exécutif, il est élu pour un mandat de 5 ans. Une Assemblée Nationale détenant le pouvoir législatif est mise en place pour un mandat de 4 ans. Le pouvoir judiciaire est assuré par une Cour Suprême, un Conseil Constitutionnel et une Haute Cour de Justice et la Cour des Comptes. Il existe aussi un Haut Conseil de la Communication chargé de garantir la liberté de la presse et l'expression pluraliste des opinions et un Conseil Economique, Social et Culturel qui a un rôle consultatif. Enfin, les partis politiques, les associations de la société civile et les mass médias concourent au renforcement de la démocratie.

2.5. Aperçu économique

Le Tchad, qui a rejoint le groupe des pays producteurs de pétrole en 2003, est devenu fortement dépendant de cette ressource. Avant l'avènement de l'« ère pétrolière », l'économie tchadienne reposait essentiellement sur l'agriculture et l'élevage et le produit intérieur brut (PIB) avoisinait les 220 dollars par habitant en 2001-2002 (soit moins de la moitié de la moyenne de l'Afrique subsaharienne). En 2014, le PIB était estimé à 1 024 dollars par habitant. A partir de 2015, l'économie du pays a commencé à être fortement touchée par la chute des cours du baril du pétrole, une dégradation du contexte sécuritaire dans la sous-région du lac Tchad et une baisse de la pluviométrie.

L'élevage et l'agriculture ainsi que le commerce sont les autres secteurs porteurs de l'économie. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton (on estime que plus de deux millions de personnes vivent directement ou indirectement du coton).

En dépit d'un taux de croissance exceptionnel de l'ordre de 33,8 % dans le secteur pétrolier, le taux de croissance du PIB a chuté à 2,5 % en 2015 contre 6,9 % en 2014. Le taux d'inflation annuel moyen a atteint 4,2% en fin novembre 2015 alors qu'il était inférieur à 1% sur la même période en 2014. Cette augmentation de l'inflation tient à la baisse de la production agricole, à la dépréciation du franc CFA par rapport au dollar américain et à l'augmentation des coûts de commerce régional à cause des conflits qui sévissent dans la région.

Tableau 2 : Evolution annuelle du PIB et du revenu par habitant 2013-2016

Indicateurs	Années			
	2013	2014	2015	2016
PIB/Hab (Milliers de FCFA)	522,9	514,8	377,6	375,5
Revenu annuel/ Hab (FCFA)	1001,0	1042,5		

*Source : INSEED, Ministère des Finances, *Statistiques Banque Mondiale*

2.6. Profil épidémiologique

Il est caractérisé par la prévalence des maladies endémiques et épidémiques parmi lesquelles ressortent, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, la rougeole, la tuberculose et le VIH/SIDA, mais aussi certaines maladies non transmissibles dont la malnutrition. Ces maladies constituent les causes principales de morbidité et mortalité. Elles touchent particulièrement les enfants et les femmes qui constituent les couches les plus vulnérables de la population.

On constate que : *“Un enfant sur cinq décède avant d'atteindre son 5^e anniversaire”*, la plupart pour des causes évitables. Malgré les efforts importants dans le domaine de la vaccination, les maladies évitables par la vaccination sont encore régulièrement rapportées par le service de surveillance épidémiologique et la direction du système d'information sanitaire:

2.7. Système de santé

L'organisation sanitaire, définie par l'arrêté N°100/PR/PM/MSP/SE/SG/07 du 30 avril 2007 portant Organisation et Fonctionnement du MSP, est fondée sur un plan de découpage sanitaire et calquée sur le découpage administratif.

2.7.1. Politique Nationale de Santé (PNS)

C'est dans cette perspective qu'a été élaborée la Politique Nationale de Santé (PNS) pour l'horizon 2016-2030 qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de Développement Durable adopté par les Nations Unies et auquel le Tchad a souscrit en 2015. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3) est le troisième d'une série des PNDS destinés à la mise en œuvre de cette politique.

Objectifs de la PNS

La nouvelle Politique Nationale de Santé du Tchad couvre la période 2015 à 2030.

2.7.2. Politique Nationale de Développement Sanitaire II (PNDSII)

Faisant suite à la PNS 2007-2015, un Plan National de développement Sanitaire (PNDSII) a été adopté et couvre la période 2013-2015. Avec ce document, le MSP s'était doté d'un outil essentiel qui lui a permis de mettre en œuvre sa politique Nationale de Santé. Il a intégré la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté révisée pour permettre de:

- *réduire la mortalité maternelle, la mortalité néonatale et la mortalité infanto juvénile ;*
- *réduire la transmission du VIH et l'impact du SIDA ;*
- *maîtriser le paludisme, la tuberculose et les autres maladies prioritaires et commencer à inverser la tendance ;*
- *assurer une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations ;*
- *assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux.*

2.7.3. Indicateurs socio-sanitaires et socio-économiques

Tableau 3 : Indicateurs démographiques

Indice synthétique de fécondité (ISF)		6,4
Taux brut de natalité (TBN)		3,6 %
Age moyen au premier rapport sexuel pour les filles		16.2
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes		36%
% de grossesses attendus		4,23%
% d'accouchements attendus		4,1%
Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances)		34 ‰‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)		133 ‰‰
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		860 pour 100 000
Espérance de vie à la naissance	Homme	51,6 ans RGPH2
	Femme	53,4 ans RGPH2

Source : EDST-MICS 2014-2015

La mortalité maternelle reste toujours élevée au Tchad avec un taux estimé de 860 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Les principales causes de ces nombreux décès maternels sont les dystocies et les complications dues aux avortements, les infections puerpérales, les hémorragies du post-partum, les troubles hypertensifs de la grossesse.

2.7.4. Organisation du système de santé

Le système de santé au Tchad, qui inclut des structures publiques et privées, est pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont :

a. Le niveau central :

Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique nationale sanitaire du pays. Il est chargé d'élaborer les politiques de santé, de coordonner les aides extérieures, de superviser, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.

Dans le cadre de définitions de stratégies de lutte contre les maladies, 18 programmes verticaux ont été créés dont le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

b. Le niveau intermédiaire :

Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre des politiques nationales en les adaptant aux réalités locales tout en apportant un appui technique aux districts sanitaires.

c. Le niveau périphérique :

Le niveau périphérique comprend 117 districts sanitaires (DS) fonctionnels répartis entre les 23 délégations sanitaires régionales (DSR). Il est la cheville ouvrière du système et est chargé de la mise en œuvre opérationnelle de la politique sur la base de cahiers des charges par niveau.

Le district sanitaire dispose d'un hôpital (2ème échelon) où est assuré le Paquet Complémentaire d'activités (PCA) et des zones de responsabilité où le Paquet Minimum d'Activités (PMA) y compris la vaccination est mis en œuvre.

2.7.5. Renforcement du système de santé

2.8. Ressources humaines

2.8.1. Personnel

En 2012, le pays compte 7 534 agents de services de santé, toutes catégories confondues, y compris les structures confessionnelles, celles des militaires, les ONG et autres institutions ne relevant pas directement du ministère de la santé publique; parmi eux on dénombre 483 médecins (1 médecin/23182 hbts), 3 231 infirmiers (soit 2,4 infirmiers pour 10000 hbts), 416 sages-femmes, 24 techniciens de gynécologie, 109 techniciens d'assainissement, 68 pharmaciens et 154 techniciens en pharmacie.

Malgré les efforts fournis par le gouvernement et ses partenaires dans la formation et le recrutement des agents, les besoins en personnel de santé restent toujours élevés. L'on note que des agents de la santé au Tchad dénombrés, 6.696 (89%) relèvent de l'autorité exclusive du ministère de la santé publique.

D'après les normes de l'OMS, la desserte médicale recommandée est d'un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier qualifié pour 5 000 habitants et une Sage-femme diplômée d'Etat pour 5 000 femmes en âge de procréer.

2.9. Infrastructures et équipements sanitaires

2.9.1. Infrastructures

Selon l'annuaire statistique 2017, le pays compte 1.658 zones de responsabilité dont 1.545 fonctionnelles, soit une couverture sanitaire théorique de 81,3%. Parmi les ZR fonctionnelles, 900 centres de santé vaccinent, soit une couverture de 65,7%.

2.9.2. Equipements

Bien que la situation soit en amélioration, on constate des faiblesses en quantité et en opérationnalité des formations sanitaires, limitant l'offre des soins et influant sur l'accès, la disponibilité et la qualité des soins.

Toutefois, des efforts sont consentis ces dernières années par l'Etat pour la dotation des structures en outil de travail : véhicules, outil informatique, groupes électrogènes, ambulances, etc.

2.10. Implication du secteur privé et confessionnel

Le secteur privé est diversifié et dynamique. Il comprend les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux à but lucratif, ainsi que les cliniques, les hôpitaux et centres de santé confessionnels à but non lucratif. Cet ensemble de formations sanitaires aide le Ministère de la Santé Publique à atteindre ses objectifs.

2.11. Financement du secteur de la santé

Le secteur de la santé tire ses financements de plusieurs sources dont les quatre principales sont :

- l'État au travers de son budget ;
- les bailleurs de fonds (partenaires) ;
- les populations qui contribuent au financement de la santé au travers du recouvrement des coûts mais aussi par leurs dépenses auprès des prestataires privés;
- les ONG qui apportent des contributions de plus en plus importantes au secteur.

En dépit de l'engagement du Tchad au principe d'Abuja recommandant l'accroissement jusqu'à 15% de la part du budget national affecté à la santé, celui-ci n'a jamais atteint 10%.

Tableau 4 : Evolution part du budget de la santé dans le budget de l'Etat (milliards de FCFA)

Années	Budget Général de l'Etat	Budget MSP	Budget DVSE	%DVSE/MSP	%MSP/BGE	Taux de croissance BGE	Taux de croissance Budget MSP
2013	1 336 059 000	121 264 615	2 900 000	2,4%	9,1%	-10%	54%
2014	1 631 547 061	117 986 011	1 100 000	0,9%	7,2%	22%	-3%
2015	1 506 744 441	83 103 752	692 000	0,8%	5,5%	-8%	-30%
2016	1 455 202 537	83 034 329	575 000	0,7%	5,7%	-3%	0%
2017	937 092 182	60 415 848	650 000	1,1%	6,4%	-36%	-27%

Source : MBF, Budget Général de l'Etat, 2013 à 2017

Tableau 5 : Evolution des financements extérieurs par rapport à la dotation de l'Etat de 2013 à 2016 (en millions de FCFA).

Année	Financement Extérieur pour le MSP.	Dotation du MSP	% par rapport à la dotation du MSP
2013	20 350	121 264	16,7%
2014	8 589	117 986	7,2%
2015	20 824	83 103	25%
2016	37 196	93 560	39,7%

Source : PNDS II /MFB/MSP

III. ANALYSE DE SITUATION

3.1. Service de vaccination systématique

La Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE) est l'une des trois directions techniques de la Direction Générale de la Santé Environnementale et Lutte Contre la Maladie (DGSELM). Sa mission est d'apporter un appui technique et matériel aux délégations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de vaccination et la surveillance épidémiologique sur l'ensemble du pays. La DVSE est subdivisée en trois services dont deux techniques, à savoir le service de vaccination et le service de la surveillance épidémiologique et un service administratif et financier

Actuellement, la DVSE offre la vaccination pour prévenir la morbidité et la mortalité liées à au moins dix (10) maladies: la tuberculose, la rougeole, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, les infections à Haemophilus Influenza, la diphtérie, la fièvre jaune, la poliomyélite et la Méningite à méningocoques A. Aussi, selon les données de l'Annuaire Statistique 2015 du MSP, les infections respiratoires aiguës-IRA (1ere cause) et les diarrhées (8eme cause) constituent les principales causes de morbidité chez les enfants de 0-11 mois reçus dans les centres de santé du pays.

La DVSE fait aussi face à de nombreuses contraintes, notamment les conséquences socio-économiques induites au niveau du pays par la réduction au plan mondial du prix du baril de pétrole, la circulation du polio virus dans les pays du bassin du Lac Tchad (Tchad, Cameroun, Centrafrique, Niger et Nigéria) liée en partie aux menaces terroristes et sécuritaires qui

affectent ces pays. Dans le chapitre des conséquences socio-économiques nous pouvons citer les 16 mesures prises par le gouvernement touchant entre autre le financement des activités planifiées, l'acquisition des vaccins, les indemnités des agents... Ces mesures affectent tous les secteurs en général et le secteur sanitaire en particulier.

C'est dans ce contexte que la DVSE a mis en œuvre le PPAc 2013-2017 révisé qui avait couvert la période 2015-2017, décliné annuellement en plans opérationnels.

Tableau 5 :

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	NR	PR	OBSERVATIONS
D'ici 2017, la CV de tous les antigènes au niveau national est au moins de 90%	Mise en œuvre de la stratégie ACD et autres stratégies novatrices	Organiser la micro planification des districts en tenant compte des spécificités locales avec la participation des communautés;		x		Le niveau d'atteinte des couvertures vaccinales pour tous les antigènes n'a pas atteint 90%. Tous les districts sanitaires ne disposent pas de micro plan
		Effectuer la supervision formative des agents en charge de la vaccination;		x		Les supervisions formatives sont irrégulières. Il y a un retard voire absence de financement dans certains districts.
		Changer "Atteindre chaque district" par "Atteindre chaque communauté" pour remédier aux inégalités au sein des communautés			x	La mise en œuvre de l'ACD, n'a pas été effective dans tous les districts
D'ici 2017, 80% de districts ont une CV supérieure ou égale à 80% pour tous les antigènes	Renforcement des stratégies spéciales d'atteinte des nomades, des populations insulaires, des zones marécageuses et désertiques	Mettre en œuvre les stratégies spéciales d'atteinte des nomades et des populations insulaires, des zones marécageuses et désertiques		x		La proportion des districts ayant au moins 80% de couverture vaccinale est inférieure à 80% (30%). Il y a une faible mise en œuvre des stratégies spéciales pour l'atteinte des populations nomades, insulaires.... Cependant une micro planification intégrée est en cours dans les 11 districts du bassin du Lac Tchad.
D'ici 2017, 70% des districts ont les	Recherche active des perdus de vue	Mettre en place des échéanciers dans toutes les		x		Activité faiblement réalisée pour raison de non disponibilité de financement

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	NR	PR	OBSERVATIONS
taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 < 10%		formations sanitaires du pays				
		Mettre en œuvre des séances de vaccination suivant les stratégies (fixes, avancées et mobiles)		x		La proportion des districts ayant un taux d'abandon inférieur à 10% est très basse (48% en moyenne). Il y a une faible mise en œuvre de la recherche active des perdus de vue, l'ACPV et les occasions manquées de vaccination. L'insuffisance logistique et financière a contribué à cette faible performance.
		Organiser des réunions de monitoring mensuel avec les communautés au niveau de toutes les zones de responsabilité		x		Faible mise en œuvre du monitoring. Une des raisons est la non disponibilité des ressources pour l'ACD au niveau des zones de responsabilité
D'ici 2017, réduire de 32% à 10% l'écart entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF	Amélioration de la qualité des données à travers la collecte, l'analyse et la transmission dans les délais	Mettre en place et promouvoir de nouvelles technologies aux fins de collecte, d'analyse et de transfert des données			x	Les écarts entre les données administratives et les enquêtes sont très élevées (46% DTC3 pour l'enquête de couverture vaccinale 2017 et les estimations OMS-UNICEF)
		Renforcer la qualité de la collecte, l'analyse et la transmission des données à tous les niveaux (district, région et national)		x		Faible promptitude et complétude des données,
		Organiser des réunions de monitorages documentées a tous les niveaux (Central, régional et		x		Il y a une faible tenue de réunion de monitoring et validation des données à tous les niveaux de la pyramide.

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	NR	PR	OBSERVATIONS
		district)				
		Organiser des enquêtes rapides dans tous les districts et une enquête de couverture vaccinale nationale		x		Activité partiellement réalisée : 3 hubs sur 6 (Ouaddaï, Sila, Wadi Fira, EE, EO, Batha, Guera, Salamat, Ndjamena et Chari Baguirmi) ont organisé les enquêtes rapides dans les districts.
Introduire d'ici fin Décembre 2017 le VPI et le MenAfriVac		Acquérir les vaccins VPI et MenAfriVac	x			Le VPI a été introduit en aout 2015, le bOPV en avril 2016 et le MenAfriVac en juillet 2017 dans le PEV de routine, et la campagne MenA est prévue pour le mois de novembre
Obtenir l'approbation pour l'introduction du vaccin Anti pneumo d'ici 2017		Rédiger la soumission pour l'introduction du vaccin anti pneumocoque			x	Activité non réalisée par conflit d'agenda. Elle est à reprogrammer pour 2018.
Initiatives de lutte accélérée						
Organiser des AVS contre la polio, la rougeole, la Fièvre jaune et le tétanos de qualité d'ici fin 2017	Amélioration de la qualité des AVS;	Organiser des AVS de polio de qualité	x			Activité réalisée, les couvertures vaccinales supérieures à 100%. Les résultats du MI montrent par endroit une proportion d'enfants non vaccinés supérieure à 5%.
		Organiser des AVS de TMN de qualité	x			Activité entièrement réalisée avec 3 passages nationaux. Cependant l'enquête post campagne n'a pas été conduite
		Organiser des AVS de rougeole de qualité	x			Activité réalisée cependant l'enquête post campagne a montré une couverture vaccinale nationale inférieure à 95%
		Organiser des AVS de fièvre jaune de			x	Activité non réalisée par manque de financement

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	NR	PR	OBSERVATIONS
		qualité dans les zones à risque				
		Renforcer la micro planification en prenant en compte les spécificités de chaque district	x			La micro planification est faite en tenant compte des spécificités des districts. Une mise à jour régulière est faite après chaque passage.
		Organiser des ripostes aux épidémies des maladies sous surveillance, en cas de crise humanitaire et dans les zones en conflit	x			Les ripostes ont été organisées (face au cas du PVS du Nigeria, cas de rougeole et tétanos dans les districts).
		Organiser le monitoring indépendant et le LQAS après chaque AVS	x			Les LQAs sont conduits systématiquement après chaque AVS cependant les résultats montrent par endroit certains districts rejetés.

3.1.1. Couverture vaccinale

Tableau 6 : Comparaison des données d'enquêtes (ECV 2012, EDS-MICS 2014-2015, ECV et 2017) avec données du JRF 2016

Antigènes	Sources des données			
	JRF 2016	ECV 2017 (carte+histoire)	EDS-MICS 2014-2015	ECV 2012 (carte+histoire)
BCG	84%	59%	60%	68%
POLIO 1	90%	61%	76%	62%
POLIO 2	84%	53%	66%	60%
POLIO 3	82%	43%	50%	52%
VPI	80%	32%		
PENTA 1	104%	55%	58%	55%
PENTA 2	90%	46%	48%	49%
PENTA 3	92%	37%	33%	42%
Abandon Penta1/Penta3	12%	33%	43%	24%
VAR	85%	37%	57%	54%
VAA	73%	29%		45%
VAT2+	94%	56%	56%	76%

Globalement les résultats de couverture de 2017 sont comparables aux résultats de l'enquête de 2012 et de l'EDS-MICS de 2014-2015. Ces résultats sont de loin inférieurs aux couvertures vaccinales selon le JRF 2016. Le monitoring des activités PEV au Tchad reste confronté à de graves problèmes de qualité de données connues depuis longtemps mais pour lesquels aucune solution n'est encore trouvée.

3.1.2. Analyse des données de couvertures

Toutes les évaluations conduites dans le cadre du PEV depuis 2012 (ECV, EDS, études post-campagne, LQAS, Estimations OMS Unicef, etc), indiquent que ses performances sont faibles et stagnantes. Et pourtant il y a de nombreuses réalisations et initiatives prises dans le cadre des différents POA qui ont été mises en place depuis des années, et il y a lieu de s'interroger sur leur efficacité réelle. A cet instant, c'est tout le processus de planification, de mise en œuvre et de monitoring/évaluations qui devrait attirer l'attention. On pourrait déplorer les évaluations décalées des campagnes, la non mise en œuvre des résultats des évaluations pour fixer les objectifs des POA et des campagnes suivantes, la qualité du monitoring et l'analyse des données, etc.

Ainsi ces faibles performances en général découlent de nombreuses faiblesses qui sont entre autres :

- l'offre des services de vaccination est peu performante avec des ruptures de stock de vaccins sur le terrain, une faible accessibilité géographique aux services de vaccination, la mauvaise organisation de cette offre. En effet, il y a de nombreux obstacles à la vaccination que perçoivent les communautés desservies par cette offre, lesquelles d'ailleurs ne sont pas suffisamment informées.
- les activités de renforcement de la demande de la vaccination sont peu soutenues. Il y a cependant l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination (ACPV) qui est plus axée sur la récupération des enfants perdus de vue et ne prend pas beaucoup en compte les besoins de renforcement des activités au niveau périphérique.
- les données de vaccination ne sont pas bien analysées, et sont généralement discordantes d'un document à un autre. Il y a une insuffisance dans l'utilisation effective de celles-ci, et l'insuffisance de suivi à tous les niveaux, surtout au niveau opérationnel.
- la programmation sanitaire du pays est encore très faible, la création des DS et des centres de santé et surtout leur opérationnalisation sont hors-contrôle des structures nationales de santé en charge de cette programmation.

Ainsi, malgré les résultats obtenus à l'issue de la mise en œuvre de PPAC 2015-2017, la DVSE reste confrontée à de nombreux défis. Ces derniers sont entre autres, (i) le renforcement des performances qui sont en général faibles et non résilientes, (ii) le renforcement des capacités en ressources humaines nationales, (iii) la mise en place d'un système solide de vaccination, et (iv) la mobilisation et l'utilisation à bon escient des ressources mobilisées auprès de la communauté

internationale pour renforcer cet important programme. Enfin rappelons que le PEV demeure en partie dépendant du financement extérieur, GAVI, OMS et UNICEF notamment.

Dans tous les cas, la volonté politique reste forte et est témoignée au jour le jour en faveur de toutes les interventions du PEV, avec une mention spéciale sur les nombreuses contributions de l'Etat aux financements de l'introduction des nouveaux vaccins dans la politique nationale du PEV, et l'achat régulier des vaccins et consommables dans le cadre de l'« Initiative Indépendance Vaccinale » adoptée depuis 1996 par le pays malgré le contexte économique actuel difficile.

3.1.3. Mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD)

Au cours de trois dernières années, le nombre des districts ayant mis en œuvre l'approche ACD est passé de 50 à 60 districts sanitaires, représentant 50 à 55 % des districts sanitaires du pays. La composante communication de l'ACD a été renforcée par l'Approche Communautaire pour la Promotion de la Vaccination (ACPV). Cette nouvelle approche a été mise en œuvre dans 15 districts pilotes puis étendue à 31 districts.

Sur les 54 districts appuyés pour la mise en œuvre de l'approche ACD, 40% n'assurent pas les activités d'appui. Un nombre important de ces DS n'a pas été supervisé en 2015. Dans le plan opérationnel annuel (POA) 2016, un tableau de bord détaillé des indicateurs de mise en œuvre des activités par domaine a été présenté pour le niveau périphérique, district et centre de santé. La mise en œuvre de la stratégie avancée (SA) n'est pas satisfaisante, car le plan de SA est disponible dans 42% des DS ACD en moyenne durant l'année 2015, et le niveau de mise en œuvre des SA par les centres de santé (au moins 80% de réalisation des SA planifiées) n'est atteint que par 42% des districts. Le niveau des indicateurs a connu des améliorations inconstantes tout au long de l'année 2015. Dans le POA 2017, on retrouve les mêmes niveaux des indicateurs dans le tableau de bord 2016.

Malgré l'effort de financement, l'approche n'est pas effective dans tous les DS ACD, la micro planification n'est pas systématique, les supervisions sont irrégulières, mal documentés et les recommandations non suivies, les SA ne sont pas suffisamment planifiées et donc pas assez mise en œuvre, le monitoring pour action est encore faible.

3.1.4. Equité dans la vaccination

Dans le rapport provisoire de l'évaluation de l'équité en vaccination conduite dans 11 DS les moins performants du pays entre juillet et septembre 2017 on peut y lire ce qui suit :

- tous les déterminants de couverture sont en dessous du seuil de 80% pour toutes les interventions du PEV systématique monitorées;
- la disponibilité en intrants est de 79% pour le vaccin Penta, 68% pour le VAR et 83% pour le VAT;
- le personnel requis était disponible à 66% pour la vaccination et 67% pour la CPN;

- l'accessibilité géographique de 45% (% de la population vivant à moins d'une heure de marche ou à 5 km d'un centre de santé); de même 14% de 2,19 millions d'habitants que regroupent ces 11 districts, sont considérés comme difficiles d'accès;
- l'utilisation est de 70% pour Penta, 50% pour VAT/CPN;
- la couverture adéquate (ou encore utilisation continue) est 55% pour Penta et 11% pour VAT/CPN;
- la couverture effective (avec des services de qualité) est de 42% pour Penta et 14% pour VAT/CPN ;
- la vaccination en stratégie fixe est réalisée au quotidien à hauteur de 30% dans les 11 districts.

3.2. Lutte accélérée contre les maladies

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique mondial d'éradication de la poliomyélite et la phase finale, le remplacement du VPOt par le VPOb a été réalisé sur toute l'étendue du territoire en avril 2016. Huit AVS nationales et neuf AVS locales contre la poliomyélite ont été conduites de 2015 à 2017. Pour la lutte contre la rougeole, une campagne nationale et une riposte contre une épidémie dans sept districts ont été réalisées en 2016. S'agissant de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, il y a eu de 2014 à 2016, trois passages nationaux ayant permis d'administrer trois doses de VAT à 3.101.370 femmes en âge de procréer.

3.2.1. Les AVS contre la poliomyélite

Tableau 7 : Les résultats administratifs des AVS contre la poliomyélite de 2014-2017

Année	Date début	Date fin	Etendue	Type VPO Intervention	Pop Cible	Pop Totale Vaccinée	CV adm. (%)
2014	07/03/	09/03/	Nationale	tOPV	3 8475 26	3 871 753	101
	11/04/	13/04/	Nationale	tOPV +Vit A Meb	3 8475 26	3 966 170	103
	23/05/	25/05/	Locale	tOPV	1 811 431	1 969 069	109
	19/09	21/09	Locale	tOPV	1 805 123	1 954 297	108
	14/11	16/11	Nationale	tOPV +Vit A Meb	3 8475 26	3 884 560	101
2015	20/03	22/03	Nationale	bOPV	3 879 417	4 037 259	100
	24/04	26/04	Nationale	tOPV+Vit A Meb	4 030 676	4 106 558	102
	29/05	31/05	Locale	tOPV	1 982 237	2 088 607	105
	18/09	20/09	Locale	tOPV	1 879 859	1 963 816	106
	23/10	25/10	Nationale	tOPV	4 030 675	4 123 960	102
	27/11	29/11	Nationale	tOPV+Vit A Meb	4 030 675	3 985 837	98,9
2016	29-01	31-01	Nationale	bOPV	4105473	4177550	101%
	25-03	27-03	Nationale	bOPV	4061593	4337665	106%
	29-08	01-09	Riposte 5DSR	bOPV	1289444	1412127	109%

Année	Date début	Date fin	Etendue	Type VPO Intervention	Pop Cible	Pop Totale Vaccinée	CV adm. (%)
	17-09	20-09	Nationale	bOPV	3287132	3552413	108%
	08-10	11-10	Nationale	bOPV	3287132	3533036	107%
	12-11	15-11	Nationale	bOPV +Vit A Meb	3334285	3505777	105%
	03-12	06-12	Nationale	bOPV	3334285	333989	100
2017	28-janv	30-janv	38 Districts	mOPV 2	1691689	1824596	108%
	25-mars	28-mars	Nationale	bOPV 1-3	4170035	4485454	108%
	25-avr	27-avr	Nationale	bOPV 1-3	4103127	4209012	103%
	28-mai	30-mai	60 Districts	bOPV 1-3	2519222	2663752	106%

De 2014 à 2016, plusieurs campagnes de vaccination de masse et des ripostes ont été conduites contre la polio. En 2017, quatre autres AVS ont été conduites en janvier, mars, avril et mai. Les ripostes à partir d'août 2016 font suite à la notification de PVS dans le nord-Est du Nigeria, et entre donc dans le cadre d'une réponse globale des pays du bassin du Lac Tchad, dont l'équipe de coordination est installée dans les locaux de l'OMS Tchad à N'Djamena. Les couvertures administratives notifiées ont été satisfaisantes (au moins 100%) à chaque passage comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Résultats du LQAS lors des AVS polio de 2016 et 2017

Période AVS	Districts				% des districts acceptés	Total districts évalués
	acceptés avec CV \geq 90%	acceptés avec 80 \leq CV $<$ 90%	rejetés avec 60% \leq CV $<$ 80%	rejetés avec CV $<$ 60%		
Mars -16	12	21	5	4	79%	42
Août-16	4	5	6	3	50%	18
Septembre-16	14	14	11	2	68%	41
Octobre-16	15	20	6	1	83%	42
Novembre-16	15	18	7	2	79%	42
Decembre-16	13	21	8	0	81%	42
Janv-17	7	13	5	1	77%	26
Mars-17	10	26	8	0	82%	44
Avr-17	11	28	6	1	85%	46
Mai-17	14	15	9	2	72,5%	40

Les résultats des enquêtes LQAS conduites dans le cadre du monitoring (voir tableau ci-dessous), révèlent que ces AVS n'ont pas été aussi performantes que ne semblent indiquer les couvertures administratives. En effet, les 10 dernières AVS polio qui ont fait l'objet

d'évaluation, la proportion des districts acceptés (CV égale ou supérieure à 80%) n'ont dépassé 80% que pour seulement 4 campagnes. Autrement dit, durant les quatre dernières campagnes de 2017, 6/26 districts ont été rejetés en janvier, 8/44 en mars, 7/46 en avril et 11/40 en mai.

Ainsi les performances des AVS sont non seulement pas totalement satisfaisante, mais aussi sans une marge constante de progrès constatés (pas de résultats satisfaisants acquis dans la durée), dans un contexte de la circulation du PVS dans le bassin du Lac Tchad. Il faut noter cependant que le Tchad n'a pas notifié de cas de poliovirus sauvage (PVS) depuis juillet 2012 et a été déclaré « pays libéré de PVS » en juin 2016.

3.2.2. Les AVS contre la rougeole

En mai 2016, une riposte a été organisée dans 7 districts sanitaires où 414.757 enfants de 9 mois à 14 ans ont été vaccinés. Ensuite, une campagne nationale a été conduite en 2 blocs, un du 21 au 27 novembre 2016 dans 14 régions sanitaires couvrant 73 districts sanitaires, et l'autre en mars et avril 2017 dans les 9 régions restantes subdivisées en 30 districts du pays.

Tableau 9: Résultats administratifs des AVS contre la Rougeole en 2016 et 2017

Date début	Date fin	Etendue	Population cible	Cibles Vaccinées	CV (%)
25 mai 2016	31 mai 2016	Riposte 7 DS	418.517 (9mois -14 ans)	414 757	99%
21 nov 2016	27-nov 2016	73 DS, 14 DRS	2. 083.306 (6 -59 mois)	2 337 633	112%
12 Mars 2017	18 Mars 2017	30 DS, 9 DRS	693.526 (6 -59 mois)	707103	102%

Une évaluation post-campagne du mois de novembre (bloc 1) avait démarré avec un consultant au mois de novembre 2016 et terminé par un consultant recruté pour conduire l'enquête de couverture. Les résultats provisoires ont été rendus disponibles en septembre 2017. On peut y noter que seulement quatre régions ont atteint le seuil de couverture acceptable de 90% dont une seule de 95% attendue (Tandjilé). La plus faible couverture a été observée dans la capitale N'Djamena avec 66%. Ce résultat traduit des insuffisances dans la conduite des AVS rougeole dans le pays. Cependant le pays n'a pas connu d'épidémie cette année avec seulement 8 cas de rougeole IGM+ en 2017. Des cas sporadiques sont toujours notifiés.

3.2.3. Les AVS contre le tétanos maternel et néonatal

Tableau 10: AVS contre le tétanos maternel et néonatal en 2014, 2015 et 2016

Date début	Date fin	Etendue	Cibles (15-49 ans)	Cibles Vaccinées	CV (%)
20 nov 2014	26 nov 2014	Locale (35 districts)	1 473 036	1 605 232	109%
23-janv 2015	29-janv 2015	Locale (35 districts)	1 438 351	1 556 470	108%
02-mai 2015	08-mai 2015	Locale (46 districts)	1 525 090	1 476 264	97%
24-sept 2015	03-sept 2015	Locale (46 districts)	1 525 049	1484599	97%

29-janv 2016	04-fev 2016	Locale (35 districts)	1 469 799	1.730.773	118%
06-mai 2016	12-mai 2016	Locale (46 districts)	1 569 109	1616771	103%

Le premier passage des AVS tétanos a été conduit en novembre 2014 dans le 1^{er} bloc de 35 districts. Quatre passages ont été réalisés dans les 2 blocs en 2015 et deux passages des AVS ont été conduits en 2016 dans le cadre de l'élimination du tétanos maternel et néonatal au Tchad. On ne dispose d'aucune donnée sur d'éventuelles évaluations conduites. Les couvertures administratives sont présentées dans le tableau ci-dessus.

Les AVS contre le TMN ont aussi connu une amélioration dans la qualité avec une couverture vaccinale supérieure à 95% pour la phase II. Cependant des cas de tétanos néonatal sont enregistrés dans certains districts en 2016 et au 1^{er} semestre 2017.

3.3. Performance des composantes du système de vaccination

L'analyse de la situation portera sur les blocs fonctionnels des systèmes de vaccination conformément au GVAP, qui sont :

- i) La gestion du programme,
- ii) La gestion des ressources humaines,
- iii) Le Calcul des coûts et financement,
- iv) Vaccins, chaîne du froid et logistique,
- v) La surveillance et la notification, et
- vi) Génération de la demande, communication et défense des droits.

Des efforts ont été faits dans le cadre de la mise en œuvre du PPAc 2015-2017, notamment par le rehaussement de l'ancrage institutionnel du PEV, en érigeant la coordination du PEV en une Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE). Une mise à jour des textes administratifs est nécessaire pour la cohérence avec le décret créant cette direction, le nouvel arrêté portant création du CCIA, et la nouvelle politique de vaccination et de surveillance épidémiologique.

L'effectif des ressources humaines a été renforcé au niveau central. Un travail important devrait permettre de finaliser et de rendre opérationnel l'organigramme pouvant garantir une meilleure motivation et une utilisation effective du personnel.

Il existe une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, mais qui devient de plus en plus insuffisante du fait de l'augmentation de la population cible et de l'introduction des nouveaux vaccins. La revue recommande l'approvisionnement suffisant du compte bancaire spécial du service de la vaccination.

La mobilisation effective des ressources en faveur de la vaccination (Etat et partenaires) demeure très insuffisante. Malgré la crise financière que traverse le pays, des efforts sont à faire pour améliorer la contribution et le déblocage effectif des ressources de l'Etat. Il importe de renforcer le suivi financier du PEV, et le rôle du CCIA pour lui permettre de mobiliser davantage des ressources financières.

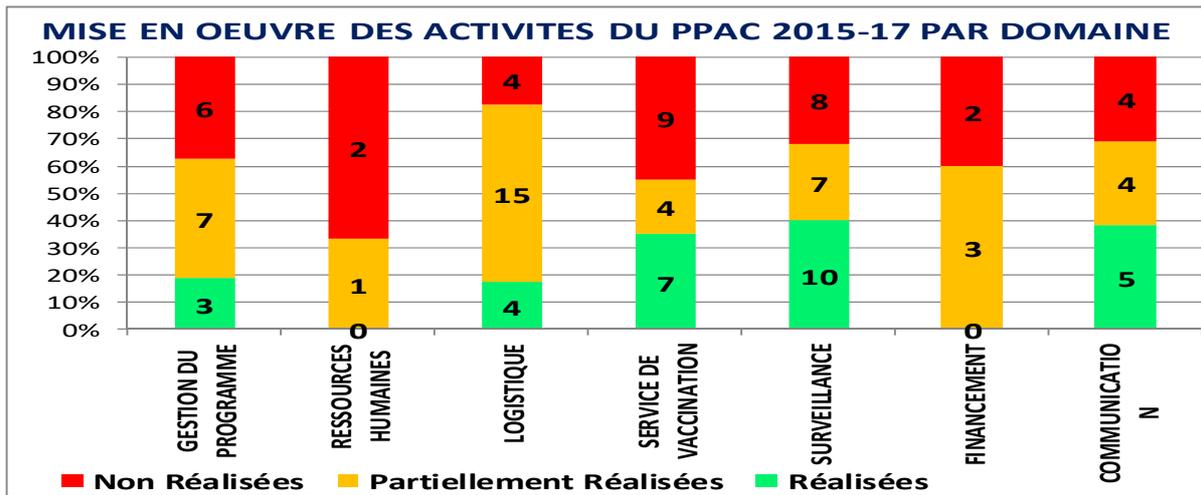


Figure 2 : Mise en œuvre des activités du PPAC 2015-2017 par domaine

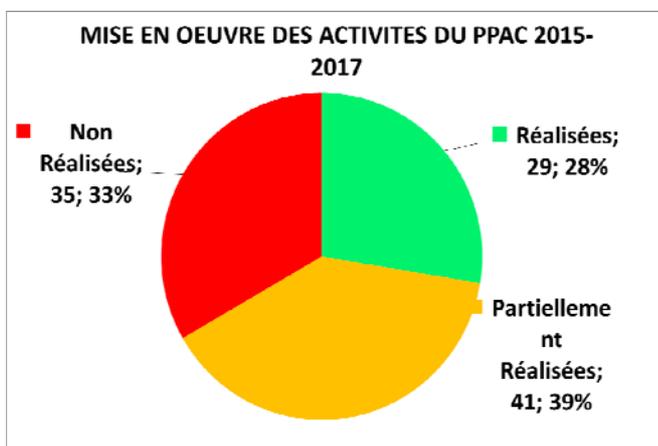


Figure 3 : Mise en œuvre des activités du PPAC

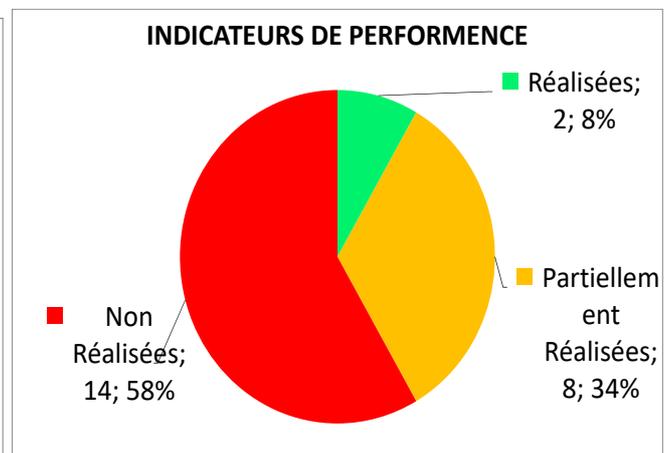


Figure 4 : Indicateurs de performance

3.3.1. Gestion du programme

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est créé par arrêté No 224/ MSP/DG/DGE du 23 mai 1984. Le PEV est intégré aux différents niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Avec l'organigramme de 2016, les services de la vaccination et de la surveillance épidémiologique intégrée sont rattachés à la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE), elle-même relevant de la Direction Générale de la Santé Environnementale et de la lutte contre la Maladie (DGSELM).

La mission essentielle de la DVSE est de coordonner toutes les activités de vaccination et d'apporter un appui technique aux Délégations sanitaires régionales pour la mise en œuvre de la politique nationale de vaccination. La vaccination de routine se fait essentiellement dans les centres de santé et les centres sociaux.

Les défis critiques sont entre autres, le renforcement des ressources humaines en qualité et quantité, la formation des cadres, le renforcement du circuit des données de vaccination, l'élaboration et la diffusion des directives.

Les composantes de la gestion du programme sont : i) la politique, ii) la Coordination, iii) la planification, iv) la législation et la réglementation, et v) la gestion des ressources humaines.

3.2.1.1. La politique nationale

Le document de politique nationale du PEV a été élaboré et validé en 1999. Depuis lors, le programme a connu des innovations d'où l'intérêt de mettre à jour le document de politique nationale du PEV.

3.2.1.2. La Coordination

La coordination du programme au niveau national est assurée par le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA), et le CTA/PEV qui ont été mis en place en 1997 par des Arrêtés du Ministère de la Santé publique.

Le CCIA a pour mission d'approuver tous les documents et plans stratégiques de vaccination, de coordonner les interventions entre les différents partenaires. Il a aussi pour attributions de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation des activités du PEV et d'évaluer l'exécution des plans d'action et la mise en œuvre de ses différentes orientations chaque trimestre. Cependant, la fréquence de ses réunions n'est pas respectée. De plus, les décisions prises lors des réunions du CCIA ne sont que faiblement suivies par le CTA/PEV.

Le comité technique d'appui au PEV (CTA/PEV) est chargé d'assurer le suivi régulier des activités du PEV, d'apporter un appui technique à la coordination du PEV et de contribuer à l'élaboration des documents techniques du programme. Cependant, les textes portant création de CTA/PEV doivent être révisés pour le rendre plus opérationnel.

3.2.1.3. La planification

Le PPAC est déroulé chaque année en plan d'action annuel. La DVSE appui très faiblement l'organisation annuelle des ateliers de micro-planification au niveau des districts sanitaires. Ces micro-plans prennent en compte les activités de vaccination de routine, les AVS, la surveillance épidémiologique et la communication. Le présent PPAC compte promouvoir une micro-planification intégrée au niveau de tous les districts sanitaires du pays.

3.2.1.4. La législation et la réglementation

La Direction Générale de la Pharmacie, et des laboratoires (DGPL) est l'une des directions centrales du MSP dont les attributions sont définies par l'arrêté n° 179/PR/PM/MSP/SE/SG/2016 du 20 avril 2016. Elle joue le rôle de l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) au Tchad.

Actuellement, seules deux des cinq fonctions de l'ANR sont partiellement assurées. Il s'agit des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) et de l'inspection des médicaments. Les trois

autres fonctions ne sont pas encore fonctionnelles (la pharmacovigilance, l'accès au laboratoire et l'autorisation/approbation des essais cliniques).

Le pays s'est doté d'un manuel national de pharmacovigilance des vaccins et des structures de sa mise en œuvre ; i) le comité technique des experts chargé de définir l'imputabilité des vaccins en cas de MAPI grave, ce comité est déjà formé ; ii) les équipes régionales en charge des investigations des cas de MAPI grave ; iii) les structures au niveau périphérique pour la notification des MAPI. Le présent PPAc compte renforcer les capacités de l'ANR pour la réglementation des vaccins.

Gestion du programme

Tableau 11 : Evaluation des activités essentielles

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	N R	P R	OBSERVATIONS
1. COORDINATION						
Renforcer le cadre institutionnel et managérial du Programme Elargi de Vaccination d'ici le 31 décembre 2017	Plaidoyer et renforcement des capacités institutionnelles	Plaider auprès du MSP pour l'érection du PEV en direction technique afin de renforcer la position du programme	X			
		Mettre à jour et valider la politique nationale de vaccination			X	Draft existe non encore validé
		Promouvoir la collaboration avec les différents intervenants (partenaires, MSP, ONG, Associations...) sur la vaccination et les communautés dans le cadre des plans d'action du PEV et des orientations nationales			X	Collaboration avec programme de santé nomade, direction de la planification, direction de la nutrition et quelques ONGs. Néanmoins beaucoup reste encore à faire : Implication des autres directions et programmes du MSP. Les ONGs locales doivent être d'avantage impliqués dans les activités au niveau opérationnel
		Elaborer les normes et standards du PEV			X	Un draft est dispo et la validation est en cours
		Réviser les outils de gestion prenant en compte les nouveaux vaccins	X			
	Amélioration de l'efficacité du CCIA	Rendre effectif le Secrétariat du CCIA au niveau du Directeur Général des Activités Sanitaires (DGAS)			X	Activité à reformuler tenant compte du nouvel organigramme
		Définir et diffuser des procédures claires pour la tenue des réunions du CCIA (ex. suivi des décisions précédentes inscrits à l'ordre du jour de chaque réunion; chaque action est assignée a un responsable et est à			X	Un consultant est attendu pour élaborer les procédures et élargir le mandat du CCIA

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	N R	P R	OBSERVATIONS	
		accomplir selon un calendrier défini).					
		Tenir une réunion du CCIA de manière trimestrielle et la documenter		X		Les réunions ordinaires de suivi et évaluation du programme (trimestrielles) ne se tiennent pas, Les fréquentes rencontres du CCIA sont généralement en rapport avec l'adoption des documents à la demande des partenaires	
	Renforcement de la planification, supervision, suivi et évaluation	Développer des plans intégrés annuels d'activités au niveau des districts			X	Des efforts restent à fournir pour doter tous les districts d'un plan d'action annuel intégré	
		Amener les régions, les districts et les ZR à élaborer et mettre en œuvre chaque année un plan de supervision intégrée.			X	Activité non suffisamment documentée et doit être renforcée par des moyens roulants pour les DS et DSR.	
		Recruter à travers le RSS des agents pour assurer les activités de vaccination au niveau DS et CS			X	RSS non approuvé	
	Renforcement de la gestion du programme	Conduire périodiquement des réunions de monitoring des activités vaccinales à tous les niveaux			X	Partiellement réalisée dans les DS, à renforcer particulièrement au niveau central et au niveau des districts	
		Mettre en place un GTCV opérationnel			X	Activité non réalisée à cause des conflits d'agenda et du manque d'expertise. A reprogrammer avec l'appui technique du bureau régional de l'OMS	
		Evaluer chaque semestre les activités de vaccination au niveau central				X	Réunions annuelles et évaluations conjointes faites, sans la participation des délégués sanitaires régionaux.
		Organiser une enquête nationale de CV (début 2016)		X			Réalisée avec un rapport définitif disponible
	Intégration des interventions	Rendre effective l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans la vaccination de routine			X	Intégrer la vitamine A et le mebendazole dans les outils du PEV et la planification en associant d'autres intrants (MIILD).	
3. RESSOURCES HUMAINES							
Développer les connaissances et les compétences de	Renforcement des capacités - Développement	Former les agents sur la gestion du PEV (cours MLM)			X	Activité non réalisée pour conflit d'agenda A reprogrammer.	
		Former les agents sur la logistique et			X	Il y a eu 4 agents formés en Logivac	

OBJECTIF	STRATEGIE	ACTIVITES ESSENTIELLES	R	N R	P R	OBSERVATIONS
tous les agents impliqués dans la vaccination à tous les niveaux d'ici le 31 décembre 2017	ment des RH	maintenance (cours CCL)				et un autre sur la maintenance à Ouidah. Nécessité de former d'autres personnels du programme sur le LOGIVAC et CCL
		Former les agents en matière de communication pour le PEV		X		Nécessité de programmer la formation de 200 agents en communication à tous les niveaux de la pyramide

3.3.2. Gestion des ressources humaines

3.3.2.1. Nombre de Ressources Humaines

La mise en œuvre et la gestion du programme sont assurées au niveau central par une équipe composée de 54 personnes (dont 7 médecins, 2 pharmaciens, 6 gestionnaires comptables) chargées de la coordination nationale et travaillant à temps plein pour le programme.

Au niveau régional et périphérique, les effectifs sont faibles et mal répartis. Le personnel en charge de la vaccination n'est pas toujours qualifié, il est important de renforcer en personnel qualifié les structures sanitaires pour permettre la mise en œuvre optimale de la vaccination.

La DVSE bénéficie de l'appui technique, matériel et logistique des 6 Hubs qui sont les sous bureaux de l'OMS et UNICEF. Ces Hubs disposent de plus de 80 médecins staffs et consultants dotés d'une cinquantaine de véhicules avec chauffeurs et autres personnels d'appui. Ces Hubs appuient particulièrement la surveillance épidémiologique, les AVS, le PEV de routine et d'autres interventions de santé publique.

3.3.2.2. Formation

Au niveau du service de la vaccination, il existe une section de planification qui est en charge de la formation continue du personnel à tous les niveaux.

Au cours des trois dernières années, le Programme a formé **1400** responsables de centres de santé, agents vaccinateurs sur le PEV en pratique.

Il y a une nécessité tout de même de renforcer le mécanisme de suivi et de formation du personnel en charge de la vaccination à tous les niveaux.

3.3.2.3. Supervision / Monitoring / Evaluation :

Supervision :

Une grille et des outils de supervision ont été élaborés pour les niveaux : régional et district. Le rythme recommandé pour la supervision est d'une sortie semestrielle du niveau central vers les régions et districts, une sortie trimestrielle de la région vers les districts et une sortie mensuelle des districts vers les CS.

Il a été constaté une insuffisance de supervision à tous les niveaux : Cette insuffisance s'explique entre autre par le non suivi de la mise en œuvre des plans d'action et la vétusté des moyens de transport au niveau opérationnel.

Monitoring/évaluation :

Il existe au niveau national, régional et de district des outils informatiques permettant le traitement des données :

- L'autoévaluation de la qualité des données de vaccination (DQS);
- L'outil de suivi de la qualité des données au niveau district (DVD_MT) ;
- L'outil de gestion des vaccins (SMT) ;
- L'enquête rapide de couverture vaccinale ;
- Le Dashboard de suivi de la mise en œuvre de l'approche ACD.

Des kits informatiques ont été positionnés au niveau des districts et des régions sanitaires depuis 2014 (70 kits). Ces kits informatiques doivent être complétés pour répondre au besoin croissant des districts fonctionnels.

Le monitoring se fait à tous les niveaux à travers la supervision, la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion des données ; cependant, la retro-information est insuffisamment mise en œuvre. En plus, le programme fait face à des difficultés de complétude et de promptitude des données.

La qualité des données demeure un grand problème de la DVSE. Car il existe une grande différence entre les données administratives et les données des enquêtes de couverture vaccinale.

Les évaluations sont faites à travers :

- Une évaluation conjointe annuelle (MSP et Partenaires de la vaccination) est organisée chaque année ;
- Un enquête de CV au niveau national organisé tous les 5 ans et ;
- Une revue externe du programme est faite tous les 5 ans.

Tableau 12: Gestion des ressources humaines

Composantes	Indicateurs	RÉSULTATS			OBSERVATIONS
		2015	2016	2017	
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé (médecin) pour une population de 10 000 habitants	0,51	0,38	ND	Soit un médecin pour 26.195 habitants en 2016 selon le PNDSIII
	Nombre de personnel de santé (IDE) pour une population de 10 000 habitants	2,61	2,20	ND	Soit un IDE pour 4.554 habitants en 2016 selon le PNDSIII
	Nombre de personnel de santé (sages-femmes) pour une population de 10 000	0,39	0,42	ND	Soit une sage-femme pour 23.536 habitants en 2016 selon le PNDSIII

	habitants				
	Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants	ND	ND	41,6 %	La quasi-totalité des postes de vaccination sont tenus par des manœuvres et agents de santé communautaires
	Appui institutionnel : Pourcentage de poste de la coordination du PEV pourvus en personnel	ND	ND	ND	Insuffisance en ressources humaines du PEV
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP	24	24	24	Activité faite en 2015
	Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des deux dernières années (données provenant des rapports EPI et PEV)	10%	15%	15%	
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	NA	NA	NA	Révision du curricula pour la formation des agents de santé (ATS, IDE et SF) en 2014
Supervision	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau central dans chaque région sanitaire	0,4	0,4	0,5	Le niveau national vers le niveau régional. Les régions ont reçus moins d'une supervision au lieu de 2 par an.
	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau régional dans chaque district	ND	ND	ND	La supervision des districts est irrégulièrement faite avec en moyenne 1 fois par an au lieu de 4 fois planifiées.
	Moyenne annuelle de supervision formative du niveau district dans chaque centre de santé	ND	ND	ND	La supervision des CS est irrégulièrement faite avec en moyenne 1 supervision par an au lieu de 4 fois planifiés

3.3.3. Calcul des coûts et financement

3.3.3.1 Financement de la vaccination

a) **Financement global projeté**

Tableau 13 : Financement projeté de la vaccination de 2013 à 2017 en US. \$

	2013	2014	2015	2016	2017
Coût total du Programme	99 572 234	102 933 588	115 482 068	117 083 291	123 083 643
Financement assuré dont	77 533 181	96 675 165	108 439 661	108 984	112 391 225

Financement de l'Etat	72 631 618	87 222 111	91 826 833	93 177 842	97 058 746
Autres financement	26 940 616	15 399 311	22 937 440	22 526 795	22 466 554
Financement à rechercher		312 166	717 795	1 378 654	3 558 343

Source : PPAC PEV 2013- 2017

b) Programmation et exécution du Budget de l'Etat.

Le budget octroyé à la DVSE depuis 2013 a connu une baisse substantielle jusqu'à une légère hausse à partir de 2017. Cette baisse est superposable à la baisse du budget de l'Etat octroyé au Ministère de la santé Publique.

Tableau 14 : Evolution du budget de l'Etat, du budget alloué au secteur de la santé et à la vaccination en millier de F CFA (2013-2017)

Années	Budget Général de l'Etat	Budget MSP	Budget DVSE	%DVSE/MSP	%MSP/BGE	Taux de croissance BGE	Taux de croissance Budget MSP
2013	1 336 059 000	121 264 615	2 900 000	2,4%	9,1%	-10%	54%
2014	1 631 547 061	117 986 011	1 100 000	0,9%	7,2%	22%	-3%
2015	1 506 744 441	83 103 752	692 000	0,8%	5,5%	-8%	-30%
2016	1 455 202 537	83 034 329	575 000	0,7%	5,7%	-3%	0%
2017	937 092 182	60 415 848	650 000	1,1%	6,4%	-36%	-27%

Source : MBF, Budget Général de l'Etat, 2013 à 2017

c) Budget planifié par intervenant

Tableau 15 : Evolution du budget planifié en CFA par intervenant 2013-2017

	GAVI	OMS	UNICEF	ETAT	MSF	TOTAL
2013	2 021 418 125	2 945 099 519	1 045 583 870	3 000 000 000		9 012 101 514
2014	3 745 614 058	3 767 096 956	3 940 586 480	2 999 725 634		14 453 023 128
2015	2 694 164 960	3 003 745 500	5 140 341 500	1 281 552 000		12 119 803 960
2016	4 040 631 450	5 369 449 420	4 516 932 647	2 687 009 810	48 240 000	16 662 263 327
2017	5 690 422 800	4 037 268 079	6 978 690 400	2 204 620 000		18 911 001 279
TOTAL	18 192 251 392	19 122 659 474	21 622 134 897	12 172 907 444	48 240 000	71 158 193 207

Sources : PAO de la DVSE 2013 à 2017, All-Countries-Commitments-and-Disbursements of GAVI, 31 Mars 2017

3.3.3.2 Mobilisation des ressources

a) Budget mobilisé par intervenant

Tableau 16: Evolution du budget mobilisé en CFA par intervenant 2013-2017

	GAVI	OMS	UNICEF	ETAT	TOTAL
2013	1 726 201 613	2 945 099 519	1 045 583 870	2 900 000 000	8 616 885 002
2014	3 642 924 475	3 358 771 369	1 383 257 630	1 100 000 000	9 484 953 474
2015	3 131 991 790	2 956 126 882	2 692 433 160	692 000 000	9 472 551 832
2016	5 166 778 067	4 083 100 517	3 597 909 979	575 000 000	13 422 788 563
2017	1 172 349 703	1 182 036 550	3 014 013 459	650 000 000	6 018 399 712
TOTAL	14 840 245 648	14 525 134 837	11 733 198 098	5 917 000 000	47 015 578 583

Sources : MBF, Budget Général de l'Etat, 2013 à 2017, All-Countries-Commitments-and-Disbursements of GAVI, 31 Mars 2017

Le taux de mobilisation total des ressources sur la période 2013-2017 s'établit à 66% allant de 49% pour l'Etat à 82% pour GAVI. Ce taux de mobilisation est plus marqué en 2013 (96%) et a varié en dent de scie pour atteindre un niveau planché en 2017 (32%).

Le budget mobilisé par l'Etat pour la vaccination de 2013 à 2017 représente 13% du montant total mobilisé hors mis les salaires et coûts en bâtiment.

Tableau 17 : Evolution du taux de mobilisation des ressources 2013-2017

	GAVI	OMS	UNICEF	ETAT	TOTAL
2013	85%	100%	100%	97%	96%
2014	97%	89%	35%	37%	66%
2015	116%	98%	52%	54%	78%
2016	128%	76%	80%	21%	81%
2017	21%	29%	43%	29%	32%
TOTAL	82%	76%	54%	49%	66%

3.3.3.3 Exécution des dépenses

Les dépenses de vaccination sur la période 2013-2017 s'élèvent à 42 415 539 309 F CFA avec une contribution plus importante pour l'OMS (34%) et une contribution qui reste à améliorer pour l'Etat (12%).

Ces dépenses ont été plus importantes pour l'année 2016 (30%) avec un niveau plus faible pour l'année 2017 (13%).

Tableau 18 : Evolution des dépenses de vaccination en CFA de 2013 à 2017

	GAVI	OMS	UNICEF	ETAT	TOTAL
2013	1 726 201 613	2 945 099 519	1 045 583 870	963 384 000	6 680 269 002
2014	3 642 924 475	3 358 771 369	1 383 257 630	1 187 279 572	9 572 233 046
2015	1 167 145 000	2 956 126 882	2 692 433 160	1 150 300 729	7 966 005 771
2016	3 867 557 117	4 083 100 517	3 597 909 979	1 201 530 950	12 750 098 563
2017	711 592 318	1 182 036 550	3 014 013 459	539 290 600	5 446 932 927
TOTAL	11 115 420 523	14 525 134 837	11 733 198 098	5 041 785 851	42 415 539 309

Source : SAF/DVSE

Le taux d'exécution totale du budget pour la vaccination sur la période 2013 à 2017 est de 90%, avec un niveau maximum en 2014 (101%) et un niveau minimum à 78% en 2013. Ces deux dernières valeurs s'expliquent par un faible taux d'exécution par l'Etat (33%) en 2013 et un taux d'exécution sur budget de l'Etat supérieur à 100% en 2014 du fait de l'exécution des reliquats budgétaires de 2013 en plus des fonds notifiés en 2014.

Tableau 19 : Evolution du taux d'exécution du budget par intervenant 2013-2017

	GAVI	OMS	UNICEF	ETAT	TOTAL
2013	100%	100%	100%	33%	78%
2014	100%	100%	100%	108%	101%
2015	37%	100%	100%	166%	84%
2016	75%	100%	100%	209%	95%
2017	61%	100%	100%	83%	91%
TOTAL	75%	100%	100%	85%	90%

L'évolution du pourcentage des dépenses en vaccins et consommables financées par le gouvernement indique une tendance à la baisse de 2014 à 2016. Cette évolution indique un défi majeur en matière de financement au regard des enjeux importants liés à l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine et à l'élargissement de la cible à vacciner.

Un meilleur suivi des financements nous aurait permis d'apprécier le niveau des investissements pour le PEV en matière de chaîne de Froid et de matériels roulants sur le budget de l'Etat durant la période 2013-2017.

3.3.3.4 Viabilité financière

Tableau 20 : Evolution des indicateurs de suivi retenus dans le PPAC 2013-2017

Composante du système	Indicateurs	Indicateurs				
		2013	2014	2015	2016	2017
Pérennité financière	Niveau des investissements pour le PEV sur le budget de l'Etat (CDF et matériel roulant)	ND	ND	ND	ND	ND
	Taux d'exécution budgétaire de l'Etat*	33%	108%	166%	209%	83%

% des dépenses de la vaccination de routine financées par le gouvernement**	34,7%	54,23%	38%	37,8%	SO
% des dépenses en vaccins et consommables financé par le gouvernement**	41%	49%	35%	16%	SO

Sources : *SAF/DVSE, **JRF 2013-2016

3.3.4. Surveillance et notification des cas

La surveillance des épidémies est coordonnée au niveau central par le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (SSEI), créée suivant l'Arrêté N°53/MSP/DG/DAC/2001 du 31 janvier 2001 et qui fut plus tard rattaché à la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique. L'organisation de la surveillance à l'échelle du pays suit une structuration pyramidale avec une équipe au niveau central (SSEI), des Chefs d'antenne surveillance des épidémies au niveau des délégations sanitaires et des points focaux de surveillance au niveau des districts sanitaires.

Depuis 2002, le Tchad a élaboré son premier guide SIMR, révisé en 2015 pour y intégrer les aspects du RSI 2005 non pris en compte. D'autres documents comme le Guide PEV en pratique, le guide de surveillance des PFA, le guide de surveillance de la méningite traitent des aspects généraux/spécifiques de la surveillance des maladies.

Conformément aux directives du SAGE, le Tchad a achevé l'élaboration de son « Plan de Transition Polio » qui a identifié les meilleures pratiques obtenues à travers la mise en œuvre de l'IEP. Ce plan a permis d'identifier neuf meilleures pratiques organisées autour de différents domaines du PEV, ainsi que les ressources polio disponibles utilisées dans la surveillance intégrée de la maladie et la vaccination de routine voire dans d'autres programmes de santé prioritaires.

Au Tchad, le système de surveillance est actif et passif. Le Chef d'Antenne de Surveillance Epidémiologique fait la surveillance active à travers la visite des sites de notification. Les points focaux des districts à leur tour mènent la recherche active des cas de maladies prioritaires et vérifie sa tenue régulière par les points focaux au niveau des aires de santé. Par contre la surveillance à base communautaire bien qu'étant menée, n'est pas aussi bien structurée que la surveillance AVADAR naissante.

A travers les structures de notification déjà identifiées, organisées par ordre de priorité au niveau de tous les districts, les données sur les maladies remontent hebdomadairement, consolidées au niveau des délégations avant d'être acheminées au niveau central. Les données remontées au niveau central par les régions font l'objet d'analyse par le Comité Technique National de Lutte contre les Epidémies (CTNLE) de façon hebdomadaire, assortie de points d'action dont l'exécution est suivie par le SSEI.

Les tableaux ci-dessous résument le niveau d'atteinte des objectifs et de réalisations des activités inscrits dans le PPAC 2015-2017.

Tableau 21 : Analyse du niveau d'atteinte des objectifs du PPAc 2015-2017

Problèmes et priorités nationales	Objectifs du PPAc	Résultats obtenus	Observations	Causes/facteurs
Non atteinte des principaux indicateurs de surveillance des PFA dans tous les districts	Mettre en place une surveillance des PFA a base communautaire dans tous les districts	Seule la DSR de Hajer Lamis (4 DS) sur les 23 met en œuvre AVADAR en phase pilote	Dans le cadre d'ACPV les activités de surveillance active étaient incluses dans le paquet d'activité des relais communautaires	Retard dans la mise en œuvre dans la politique de santé communautaire
	Maintenir un taux de PFA non polio supérieure ou égale à 2 dans toutes les régions /districts Atteindre au moins 80% des échantillons prélevés dans les 14 jours qui suivent la paralysie a tous les niveaux	Atteint mais en 2016 4 DS/99 ont de taux de PFA NP inférieur à 2 9 DS sur 99 avec le taux de selles prélevés dans les 14 jours inférieurs à 80%	Nouveau district, DS à faible population et faibles densités,	insuffisance dans la capacité d'intervention (insuffisance des RH, moyens logistiques...) Insuffisance des supervisions formatives
La Surveillance rougeole, fièvre jaune, TMN et Méningite n'est pas performante	<ul style="list-style-type: none"> Rougeole : D'ici fin 2017 atteindre dans au moins 80 de DS, les principaux indicateurs de surveillance : 80% des DS ont notifié au moins 1 cas suspect 80% des cas ont été investigués Taux d'éruption non rougeoleux supérieur à 2 	Atteint 2015 et 2016 et tendance régressive en 2017 (55% en S34) -non atteint (64% à la S37 en 2017) Non atteint en 2016 et 2017 (jusqu'à la S37)	Tendance à la baisse des indicateurs de la surveillance rougeole	Plus d'intérêt accordé à la surveillance des PFA au détriment de la surveillance des autres maladies Insuffisance des suivis par les différents niveaux

	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre jaune D'ici fin 2017, Au moins 80% des districts notifiés au moins 1 cas suspect de fièvre jaune par 	Non atteint		Plus d'intérêt accordé à la surveillance des PFA au détriment de la surveillance des autres maladies
	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 80% des cas ont été investigués 	Non atteint		Insuffisance des suivis par les différents niveaux
	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici fin 2013 mettre en place la surveillance du TMN basée sur les cas • D'ici fin 2017 80% des cas sont investigués 	Non atteint		Plus d'intérêt accordé à la surveillance des PFA au détriment de la surveillance des autres maladies Insuffisance des suivis par les différents niveaux
	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici fin 2017 mettre en place un système de surveillance de la méningite de souche A 	Système de surveillance mis en place dans les sites sentinelles mais non fonctionnels de façon optimale dans tous le pays		Plus d'intérêt accordé à la surveillance des PFA au détriment de la surveillance des autres maladies Insuffisance des suivis par les différents niveaux Insuffisance de kit et de formation du personnel

Tableau 22 : Analyse du niveau de réalisations des activités du PPAc 2015-2017

Objectifs	Stratégies	Activités principales		Observations	Causes/facteurs
D'ici 2017, atteindre les indicateurs	Renforcement	Assurer la surveillance active des cas de PFA	Réalisé	mais des difficultés dans certains districts	Contraintes naturelles, insuffisance de

Objectifs	Stratégies	Activités principales		Observations	Causes/facteurs
recommandés d'éradication de la polio du contrôle et pré-élimination de la rougeole, de l'élimination du TMN	ent de la surveillance Renforcement des capacités du personnel au niveau opérationnel et des comités Renforcement de la planification du suivi et évaluation Renforcement du suivi des échantillons	dans les zones de santé		et zones de responsabilité	logistiques (BET)
		Assurer l'expédition des échantillons des prélèvements de toutes les maladies sous surveillance dans les délais recommandés	Réalisé	mais des difficultés dans certains districts et zones de responsabilité (DS éloignés avec difficultés de transport cas du BET),	Contraintes naturelles, insuffisance de logistiques (BET)
		Doter toutes les ZS en Kits de prélèvement de toutes les maladies sous surveillance	Réalisé pour les PFA, rougeole et fièvre jaune	Absence des kits de surveillance méningite dans les districts en dehors des sites sentinelles	Insuffisance de suivi/planification Insuffisance de moyens
		Investiguer tout cas de PFA, de rougeole, fièvre jaune, TMN et méningite	Réalisé pour PFA, non systématique pour les autres maladies		Plus d'intérêt accordé à la surveillance des PFA au détriment de la surveillance des autres maladies Insuffisance des suivis par les différents niveaux
		Organiser les sessions de formation du personnel et Reco au niveau opérationnel en surveillance des maladies évitables par la vaccination	Des formations ont été réalisées pour le personnel de santé	En dehors des zones AVADAR (500 relais) et ACPV aucune formation n'a été réalisé pour les relais communautaires	Retard dans la mise en œuvre de la politique de la santé communautaire
		Organiser les revues périodiques	Réalisé partiellement	Faible taux de réalisation en 2016 et 2017	Insuffisance de suivi, conflit d'agenda, insuffisance de

Objectifs	Stratégies	Activités principales		Observations	Causes/facteurs
					ressource humaine, faible intégration des activités PEV/surveillance
		Assurer le fonctionnement des comités (CNEP, CNC.....)	réalisé	Voir revue	
		Organiser des réunions annuelles de concertation au Ministère avec les membres des comités polio	réalisé	Voir revue	
		Elaborer les plans d'action des comités	réalisé	Voir revue	
		Organiser régulièrement des réunions techniques OMS-MSP et tous les laboratoires de référence des échantillons (Labo rougeole, Institut Pasteur e Yaoundé)	Réalisé	Des Téléconférences périodiques sont réalisées	
		Organiser les activités de préparation du rapport de certification de l'éradication de la polio	réalisé		
		Rendre opérationnel Sous groupe confinement de la Polio	réalisé		
		Assurer la recherche active	réalisé		

Objectifs	Stratégies	Activités principales		Observations	Causes/facteurs
		dans les DS à travers les visites dans les sites de notification.			
		Assurer le fonctionnement du laboratoire rougeole	réalisé	Souvent rupture en réactif	Insuffisance de suivi

Le niveau central a organisé la formation des formateurs sur le Guide SIMR révisé de 2015, formation qui a ciblé trois participants par région (Délégué Régional, le CASE et un MCD). En revanche, la formation en biosécurité n'a ciblé que 5 participants venus de l'Hôpital Général de Référence National et de l'OMS (Logisticien National). En 2016, le SSEI a organisé 3 réunions-bilans sur 12 planifiées soit un taux de réalisation des réunions-bilans de 25%. En 2017, jusqu'en fin septembre quatre (04) réunions-bilans ont été réalisées.

Le niveau central n'a effectué aucune supervision des activités de surveillance dans les régions et districts en 2015, 2016 et 2017 (Janvier à fin Septembre).

Le réseau de laboratoire bien qu'il existe depuis 2012 est peu fonctionnel. Il n'existe pas au niveau central un laboratoire de référence à visée santé publique dédié spécifiquement à la lutte contre la maladie. L'Hôpital Général de Référence National qui est un laboratoire de biologie médicale est en plus chargé des analyses diagnostiques de la rougeole, de la fièvre jaune et des méningites bactériennes. Cet hôpital apporte un soutien inestimable à la lutte contre la maladie en plus de ces activités à visée diagnostique pour les différents services cliniques.

Les échantillons de maladies sous surveillance sont collectés du terrain et acheminés à Ndjamena. Quand aux PFA le laboratoire de référence est l'institut Pasteur de Yaoundé ce qui allonge les délais d'arrivée au laboratoire (autour de 7 jours) ce qui peut impacté la qualité des échantillons.

3.3.4.1. Aperçu de la mise en œuvre de la surveillance des PFA et des activités d'éradication de la poliomyélite

La surveillance de la Paralyse Flasque Aiguë (PFA) est intégrée à celle des autres maladies sous surveillance dans le pays. En plus de la surveillance au cas par cas des PFA, le Tchad fait aussi la surveillance environnementale dans quelques régions. La surveillance des PFA au Tchad intègre désormais les prélèvements de contacts des cas de PFA notifiés et mets l'accent aussi sur le prélèvement des sujets sains. Des directives spécifiques concernant les prélèvements des sujets contacts et sujets sains ont été diffusées aux régions.

Le Comité National d'Experts Polio (CNEP), le Comité National de Certification (CNC) et le Groupe Technique pour le confinement du poliovirus (GTC) sont en place et mènent leurs activités conformément à leurs mandats respectifs. Selon les rapports de documentation des activités IEP du Tchad, le CNC a réalisé quatre (4) réunions en 2014, trois (3) en 2015 et six

(6) en 2016. Le CNEP en a tenu cinq (5) en 2014 et quatre (4) en 2015. Le GTC, fonctionnel depuis 2014 a inventorié l'ensemble des laboratoires du Tchad et procède à la mise à jour régulière.

Le bassin du Lac Tchad qui regroupe le Tchad, le Nigéria, le Cameroun, la RCA et le Niger reste actuellement un focus majeur pour l'Initiative d'Éradication de la Poliomyélite et une Région à enjeux pour plusieurs raisons : insécurité liée à la présence du groupe islamiste « BokoHaram », existence de populations difficile d'accès dans les zones insulaires, présence de nomades dans le bassin du Lac entre autres. Ces contraintes couplées à l'épidémie du Nigéria ont justifié la mise en place d'une « Task Team » chargée de coordonner les efforts de l'initiative d'éradication de la polio dans les cinq pays.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu sur les indicateurs clés de performance de la surveillance des PFA sur les trois dernières années (2014, 2015, 2016).

Tableau 23 : Niveau des indicateurs de la surveillance PFA au Tchad de 2014 à 2016

Année	Pop âgée < 15 ans	Nombre de cas de PFA attendus	Total de cas de PFA	Total de cas PFA non polio	Taux de PFA non Polio*	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats **	
			(< 15 ans)			Nombre	%
2014	6 634 625	133	393	386	5.92	348	95
2015	6 860 053	137	435	432	6.3	379	87.1
2016	7 153 995	215	484	483	6.77	454	94

*Source : Rapports annuels sur les progrès de l'IEP 2014, 2015 et 2016

Selon le Weekly de la mise à jour des activités d'IEP de l'OMS Bureau du Tchad de l'année 2017, le taux de PFA NP à la semaine 37 est de 6,54 et le pourcentage de selles collectées dans les 14 jours suivant le début de la paralysie est de 91%.

Si ces résultats concernant les indicateurs clés de surveillance des PFA au niveau national sont encourageants, il faut toutefois relever qu'il existe des faiblesses au niveau régional et district. En effet, certains districts sanitaires n'ont pas toujours les performances requises en matière de surveillance :

- l'insécurité résiduelle dans le bassin lac Tchad, la présence de groupes de population spécifiques (nomades, retournés, camp de réfugiés ou de déplacés interne), l'accès difficile à certaines localités et la vaccination de routine souvent faible dans les zones insulaires incitent à la prudence.

3.3.4.2. Aperçu de la mise en œuvre de la surveillance de la rougeole, du TNM, de la Fièvre jaune et des méningites

Le système de surveillance intégrée en place couvre aussi le Tétanos Néonatal, la rougeole, la fièvre jaune et la méningite. La surveillance de chacune de ces maladies se fait au cas par cas.

Tableau 24 : Situation des cas et décès dus à la rougeole, TNN, FJ, Méningite

Année	Rougeole		Fièvre jaune		TNN		Méningite	
	Cas	Décès	Cas suspects	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
2014	10085	24	337	11	154	47	235	22
2015	1782	33	387	7	189	62	225	32
2016	803	7	420	8	172	49	206	23
2017 (S30)	261	1	266	0	99	26	221	19

**Source : Base de données IDS 2014, 2015 et 2016 et S30 de 2017, Service de surveillance épidémiologique intégrée*

De l'analyse de ces données, le nombre de cas de rougeole a baissé constamment de 2014 à 2017 (S30). L'année 2015 affiche le taux de létalité le plus élevé avec 1,85%. La notification des cas suspects de fièvre jaune oscille entre 266 (S30 de 2017) à 420 (2016). Le TNN, une maladie qui fait l'objet de mesures d'élimination au niveau du pays depuis 2014, reste une maladie très létale avec des taux de létalité variant entre 26% et 33%. Le nombre de cas de méningite rapporté a évolué entre 206 (2016) et 235 (2014). La létalité due à la méningite connaît une baisse légère en 2015 (14%) et à la S30 de 2017 (8,59%).

Tableau 25 : Niveau des indicateurs clés de surveillance de la fièvre jaune

Année	DSR	Districts	Cas notifiés	Cas prélevés	Résultats			Nombre DS avec au moins 1 cas	Proportion de DS ayant notifié et prélevé au moins 1 cas
					Positif	Attente	Négatif		
2014	23	77	340	108	1	92	15	40	52%
2015	23	84	426	315	0	300	15	63	75%
2016	23	99	401	231	1	0	228	68	69%

Source : Weekly IEP OMS 2014, 2015 et 2016

Les données révèlent que beaucoup de cas suspects de fièvre jaune rapportés ne sont pas prélevés. De 2014 à 2016, de nombreux districts sanitaires n'ont notifié aucun cas suspect de fièvre jaune soit 52%, 75%, 69% respectivement.

Tableau 26 : Synthèse du niveau des indicateurs clés de surveillance du TNN

Année	DSR	Districts	Cas notifiés	Cas investigués	% de cas investigués	Cas investigués suivis de Riposte	% de cas investigués suivis de riposte
2014	23	77	158	45	28%	19	42%
2015	23	84	196	92	47%	76	83%
2016	23	99	159	104	65%	88	85%

Source : Weekly IEP OMS 2014, 2015 et 2016

Respectivement 28%, 47% et 65% des cas notifiés ont été investigués de 2014 à 2016. La riposte autour du cas n'est pas systématique. De 2014 à 2016, respectivement 42%, 83% et 85% des cas investigués ont fait l'objet de mesures de riposte autour du cas.

Tableau 27 : Niveau des indicateurs clés de surveillance de la rougeole

Année	DSR	Districts	Cas Notifiés	Cas prélevés	Résultats					Nombre DS ayant prélevés au moins 1 cas	Proportion DS ayant notifié et prélevés au moins 1 cas	Taux annualisé d'investigation	Taux d'atteintes éruptives fébriles
					Positif	Lien épidémiologique	Compatible	Attente	Négatif				
2014	23	77	10089	1361	351	914	30	7	59	60	78%	10.38	0.45
2015	23	84	1829	610	216	124	67	203	67	80	80%	53.94	17.95
2016	23	99	801	430	88	30	29	22	261	80	80.8%	3.04	1.84
2017 (S34)	23	116	313	207	8	0	6	4	189	64	55%	2.05	1.87

Source : Weekly IEP OMS 2014, 2015, 2016 et S34 de 2017

Le nombre de cas de rougeole confirmés par le laboratoire a évolué de 351 en 2014 à 8 en 2017 (S34). La même tendance est suivie concernant la confirmation par lien épidémiologique. 80%

des districts ont notifié au moins un cas suspect de rougeole en 2015 et 80,9% en 2016. En revanche en 2014 le pourcentage de DS ayant notifié au moins un cas suspect est de 78%. De la S1 à la S34 de l'année en cours, 55% des districts sanitaires actuellement fonctionnels ont notifié au moins un cas suspect. Le taux annualisé d'investigation varie de 2.05 (S34 de 2017) à 53.94 en 2015. En 2014 il est évalué à 10.38 et en 2016 il est de 3,04. En 2014, le taux d'affections éruptives fébriles non rougeoleuses demeure à 0,45. Il est de 17.95 (2015), 1.84 (2016) et 1.87 (S34 de 2017).

Tableau 28 : Niveau des indicateurs de surveillance de la méningite

Année	DSR	Districts	Cas notifiés	Cas prélevés	Résultats			% LCR prélevés parmi les cas notifiés	% Echantillon analysés à la culture	% Echantillon analysés au PCR
					Test d'Agglutination	Culture	PCR	Cible ≥90%	Cible 100%	Cible 100%
2014	23	77	235	96	64	81	0	40.85%	84.3%	0
2015	23	84	225	79	41	69	0	35.11%	87.3%	0
2016	23	99	206	106	24	94	95	22.81%	88.6%	89.6%
2017 (S30)	23	116	221	110	9	88	109	8.18%	80%	99%

Source : Rapports hebdomadaires IDS et Base de données HGRN Laboratoire (2014, 2015, 2016 et 2017)

Il ressort de ces données que beaucoup de cas suspects notifiés restent non prélevés. Cette situation est préoccupante car la confirmation de la méningite est du ressort du laboratoire. Des actions spécifiques sont nécessaires pour fléchir cette faiblesse. Quant aux indicateurs de laboratoire, ils demeurent faibles et moyens sur toute la période de référence.

3.3.4.3. Surveillance et gestion des MAPI

Au Tchad, la surveillance des MAPI se fait à tous les niveaux : opérationnel, intermédiaire et central. Il existe au niveau de la DVSE une section entièrement dédiée au suivi des MAPI. De même, le Ministère de la Santé à travers la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (DGPL) a un Service de Pharmacovigilance chargé de coordonner la surveillance et la gestion des MAPI. La mise en place du Comité National de Pharmacovigilance (CNP) et du Comité Technique de Pharmacovigilance (CTP) complète les dispositifs pour le suivi et la gestion des MAPI.

Validé et adopté en septembre 2016, le manuel de pharmacovigilance des vaccins au Tchad, se référant aux directives de l'OMS, est un document national d'orientation et de guide aux personnels de santé en charge de la vaccination et aux décideurs pour faire face aux cas de MAPI.

La formation sur la notification, l'investigation et la prise en charge des MAPI n'est pas effective au niveau de l'ensemble du pays. Elle fut organisée uniquement au niveau central et a

ciblé les différents comités. Les formations aux niveaux périphériques concernant les points focaux DSR sont en cours de réalisation.

La notification des MAPI survenant au cours de la vaccination de routine tarde à démarrer. En revanche, les données des MAPI issues de deux AVS rougeole que le pays a organisées en 2016 et 2017 (en deux blocs) affichent respectivement 165 et 33 cas de MAPI mineures. Toutefois, il faut tout de même rappeler l'hystérie collective qui a découlé de la campagne du MenAfrivac de 2011-2012 qui heureusement a connu un dénouement heureux.

3.3.5. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins

3.3.5.1. Équipement de la chaîne du froid

Le système de santé au Tchad, qui inclut des structures publiques et privées, est pyramidal à trois (3) niveaux (central, intermédiaire/Sub-national, opérationnel) de responsabilité et d'activités.

Selon l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) de 2015, la couverture en chaîne du froid oscille entre 25% et 60% dans les points de prestations, plus 50% des centres de santé n'ont pas d'équipements adéquats, parmi lesquels certains sont vétustes

Le niveau central dispose actuellement de 6 Chambres froides dont 5 positives d'une capacité totale de 200 m³, une chambre froide négative d'une capacité de 20 m³ et d'un conteneur frigorifique de 40 m³ pour le recyclage des accumulateurs. Il est connecté au réseau national d'électricité et équipé de trois groupes électrogènes (deux de 110 KVA et un de 65 KVA).

Le niveau intermédiaire comporte 23 Régions regroupés en 4 dépôts sub-nationaux (Abéché, Sarh, Moundou et N'Djamena). Chaque dépôt sub-national est équipé d'une chambre froide positive et négative. Il faut signaler que faute des ressources humaines et matériels roulants, seul le dépôt sub-national d'Abéché est opérationnel.

Au niveau opérationnel, on dénombre 117 dépôts de districts sanitaires. 72 disposent d'au moins un réfrigérateur parmi lesquels 34 disposent également d'un congélateur servant au stockage des vaccins et à la production d'accumulateurs congelés

Aux points de prestation de services (SP), les vaccins sont stockés pendant une courte période généralement dans un seul réfrigérateur mais aussi, dans des glacières au niveau de centres de santé. On compte 1742 ZR réparties sur l'ensemble du pays. Sur les 1742 points de prestation de service, 877 ont une chaîne de froid dont 508 avec capacité adéquate.

3.3.5.2. Sécurité des injections et gestion des déchets

Le Tchad dispose d'un Plan de gestion des déchets biomédicaux, des procédures formalisées de gestion des déchets biomédicaux, mais les équipements appropriés de destruction de ces déchets sont rares dans les formations sanitaires. Ce sont en général des enclos de brûlage à ciel ouvert qui servent à la destruction des déchets biomédicaux.

Dans tout le pays seul l'Hôpital Général de Référence National (HGRN) dispose d'un incinérateur moderne et l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine d'un brûleur électrique.

Pour les activités de vaccination, les formations sanitaires disposent des boîtes de sécurité utilisées durant les séances de la vaccination de routine et des AVS. Les déchets produits sont détruits dans les fosses et autres dispositifs ci-dessus évoqués.

Aucun district ne dispose d'un incinérateur conforme aux normes. La destruction des déchets se fait par brûlage suivi d'enfouissement. Ces pratiques ne garantissent pas une sécurité vaccinale optimale.

3.3.5.3. Infrastructure et transport

La DVSE dispose de quatre véhicules de transport pour la supervision et d'un véhicule réfrigéré pour la distribution des vaccins et consommables dans les différentes régions. Cependant, le plan de distribution élaboré en début de chaque année n'est pas respecté du fait entre autres des pannes régulières du véhicule frigorifique (2 ans en arrêt du fait du manque de pièces de rechange au niveau local), de la non mise en œuvre du plan de distribution du fait des lenteurs administratives. Le transport des vaccins et consommables aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement se fait le plus souvent par des arrangements informels en profitant de toutes les occasions possibles (JNV, missions des équipes du niveau régional au niveau central) ; le système jusqu'alors utilisé est le PULL (le niveau inférieur vient chercher les vaccins au niveau supérieur). Le système PUSH qui devrait résoudre les difficultés liées à l'utilisation du système PULL n'a pas encore été mis en application.

Le niveau intermédiaire et périphérique utilise les véhicules et les motos de service de santé (les véhicules des DSR, DS, partenaires sanitaires...) pour le transport des intrants de la vaccination (cf. inventaire de juillet 2017).

3.3.5.4. Gestion des vaccins

3.3.5.5. Résultat de la dernière Evaluation de la gestion Efficace des Vaccins

Tableau 29 : Analyse situationnelle pour approvisionnement, qualité et logistique des vaccins

COMPOSANTS DU SYSTEME	INDICATEURS PROPOSES		RÉSULTATS		
			2015	2016	2017
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de motos	ND	ND	21%
		Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules	ND	ND	31%
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?		NON	Oui	Oui
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois		NON	53jrs/53jrs	1mois
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s)		NON	(BCG, bVP, O)	BCG
Gestion des Stocks	Calcul/maitrise taux de perte (vaccins et matériels)		ND	ND	ND
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	Depot PEV DS	100%	79%	62%
		Depot PEV CS	ND	ND	29%
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ?		GEV		Inventaire
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV		0	0	0
	Disponibilité en outils de monitoring de la CDF dans tous les districts		OUI	OUI	OUI
	Disponibilité d'un système de maintenance de la CDF dans tous les districts		NON	NON	NON
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid		0	0	100%
Gestion des déchets/Sécurité des injections	% des centres de sante équipés en nombre suffisant en SAB et réceptacles		100%	100%	100%
	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets		Non	Non	Non
	% de districts disposants de moyens appropriés d'élimination des déchets		0	0	0

3.3.6. Génération de la demande et communication

3.3.6.1. Structure de mise en œuvre et de soutien à l'Unité de communication de la DVSE

Les structures de mise en œuvre Au niveau central, la planification, la mise en oeuvre, et le suivi des activités de ce volet de la DVSE qu'est la communication et mobilisation sociale incombe à la section IEC du service de la vaccination un des démembrements de la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE).

Elle s'appuie au niveau régional et district sur les points focaux IEC.

3.3.6.2. Les partenaires et soutiens au volet communication de la DVSE

Les partenaires de la communication et mobilisation sociale en faveur du PEV sont connus. Il s'agit notamment de l'Unicef, du Programme National pour la Santé des Populations Nomades, Insulaires et des zones d'accès difficile (PNSN) mis en place depuis 2014, de la Croix Rouge du Tchad, du Rotary International, et du Secours Catholique pour le Développement (SECADEV). Les associations féminines, des organisations confessionnelles, et la Plateforme des Organisations de la Société civile pour le soutien à la Vaccination et à l'Immunisation au Tchad (POSVIT) créé en 2013, apportent leurs contributions aux structures en charge de la vaccination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il convient de signaler la présence des points focaux C4D recrutés en renforcement de l'accélération de l'éradication de la poliomyélite et le renforcement du système de vaccination, en positionnement dans les Hub.

3.3.6.3. Contexte général

La réalisation des activités de communication est essentielle pour la création de la demande de services de vaccination au sein des communautés. Sur le terrain, la mise en œuvre des activités d'information, de communication pour le changement de comportements, de mobilisation sociale et de plaidoyer en faveur de la vaccination grâce à l'utilisation de divers canaux de communication a permis de susciter l'engagement des autorités politiques, administratives, communales, traditionnelles et religieuses. Elle a aussi favorisé la mobilisation des organisations de la société civile, des médias et surtout la génération de la demande au niveau des communautés. En dépit de ces résultats probants qui sont enregistrés, force est malheureusement de constater que l'analyse de la situation de la communication pour la vaccination au Tchad révèle encore des obstacles majeurs à surmonter pour accroître substantiellement la demande de services et contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile.

Sur le plan institutionnel, il faut relever :

- la faiblesse dans la coordination et la supervision des activités de communication pour la santé en général

La coordination des activités de communication du Ministère de la Santé Publique (MSP) revient globalement à la Direction de la Santé Environnementale et de la Promotion de la Santé (DSEPS). Cette Direction n'arrive pas assumer pleinement son rôle du fait de l'insuffisance en matière de ressources humaines, matérielles et financières. La DSEPS qui doit orienter et appuyer techniquement toutes les structures du MSP dans le domaine de la communication ne parvient pas à apporter le soutien nécessaire à l'unité de communication de la DVSE et des autres partenaires.

- **La faible capacité de l'unité de communication de la DVSE à jouer pleinement son rôle de leader en matière de communication pour la vaccination et à impulser la demande de services**

L'Unité de communication de la DVSE accuse une insuffisance réelle en matière de ressources humaines. Elle ne compte que quatre (4) agents. De plus, le renforcement de leur capacité en communication pour la vaccination et dans des domaines connexes est un impératif pour leur permettre d'interagir promptement et efficacement avec les différentes parties prenantes de la vaccination notamment les communautés. Il en est de même des points focaux IEC des régions et districts sanitaires dont l'effectif et les capacités opérationnelles doivent être renforcées.

L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines a pour conséquences, une planification routinière des activités de communication, une faible appropriation des interventions par les structures nationales, une faible implication de la société civile dans la planification des activités de communication, un faible rapportage des données communautaires et une absence de plan de suivi et d'évaluation des interventions.

➤ **La non fonctionnalité des sous-comités de mobilisation sociale à différents niveaux**

Il existe des sous-comités de mobilisation sociale qui sont mis en place par un arrêté ministériel. Ces sous-comités sont censés fonctionner tant au niveau central, intermédiaire que périphérique. Pratiquement, ils sont moins opérationnels. Le sous-comité de mobilisation sociale du niveau central est la structure à qui il incombe logiquement la mission de servir de plateforme de coordination des interventions de communication à différents niveaux (central, intermédiaire et périphérique). En clair, elle est l'instance qui doit rassembler toutes les organisations et institutions nationales et internationales qui interviennent dans le domaine de la vaccination autour des objectifs de la DVSE. Elle doit, de ce fait, être la garante de la planification, la mise en œuvre, le rapportage, le suivi et l'évaluation des activités de communication pour la vaccination. Les défaillances constatées au niveau de cette structure de coordination qui doivent être corrigées sont essentiellement l'irrégularité de la tenue des réunions, le non implication de tous les acteurs de la communication pour la vaccination dans ledit sous-comité. L'insuffisance de coordination impacte ainsi négativement sur la mise en œuvre des activités de communication et les résultats escomptés.

➤ **l'inexistence de documents cadres en matière de communication pour la vaccination (plan stratégique, plan de plaidoyer)**

Un plan stratégique de communication quinquennal 2008- 2012 a été élaboré, mais n'a jamais été mis en œuvre. Ce plan a été mis à jour en 2015 sans être finalisé et validé. Sa finalisation et validation s'avère urgente pour la mise en œuvre efficace des activités de communication et une bonne organisation des structures chargées de la communication pour la vaccination. De même, l'élaboration, la validation et la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer s'impose pour susciter un engagement constant et effectif des décideurs à divers niveaux.

Sur le plan opérationnel

➤ **La faible adhésion de la population aux activités vaccinales**

L'adhésion de la population aux activités de vaccination demeure encore faible. Selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2017, l'insuffisance d'information et de communication constitue la première cause de non vaccination (41%).

Les données administratives révèlent également que le pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC1 – DTC3 > 10 % reste très élevé. Il est de 33% au 1^{er} semestre 2017, de 59% en 2016 et de 63% en 2015. Des efforts doivent être consentis pour réduire ce taux en mettant un accent sur l'équité.

➤ **La faible motivation des relais communautaires**

L'engagement des relais communautaires demeure mitigé. Ceux-ci sont généralement motivés et accomplissent correctement leurs tâches que lorsqu'ils reçoivent leurs primes mensuelles. Il est impératif de mettre en place un système de motivation pérenne des relais communautaires.

➤ **Le faible partenariat avec les OSC et les médias**

Les Organisations de la Société Civile et les médias constituent des structures capables de contribuer efficacement à la promotion de la santé en général et de la vaccination en particulier. Ils peuvent, entre autres, servir d'interface entre les communautés et les services de santé, les informer et susciter la demande de services. Ainsi, depuis la mise en place de la Plateforme des Organisations de la Société Civile pour le soutien à la Vaccination et à l'Immunisation au Tchad (POSVIT) les liens établis avec le MSP se renforcent au fur du temps. Cependant, la nécessité d'un appui matériel et financier se fait sentir pour permettre à ladite plateforme de mobiliser davantage d'OSC en faveur des activités de vaccination. Du côté, des médias, Il y a lieu de renforcer les capacités financières de la DSEPS, de l'Unité de communication de la DVSE et du PNSN pour les impliquer davantage dans les activités de promotion de la vaccination.

➤ **La non fonctionnalité des comités de santé (COSAN) et comités de gestion (COGES)**

Il est constaté que les membres des comités de gestion des comités de santé ne sont pas souvent représentatifs de la population. Des évaluations menées ont montré que les comités de santé ne sont pas vraiment fonctionnels et ne participent pas à la sensibilisation des communautés. Redynamisés, les comités de santé soutenus par des comités de gestion solides pourraient non seulement contribuer à stimuler la demande pour les services de vaccination et la promotion des structures de santé mais aussi à la prise en charge des relais communautaires.

➤ **L'absence des unités d'animation communautaires au niveau des villages.**

Selon le plan stratégique de santé communautaire, les COSAN devraient servir de liens entre le système de santé et la communauté. Néanmoins, des unités d'animation communautaires

villageoise sont nécessaires pour "déclencher" la prise de conscience de la vaccination et de la demande des services dans les communautés et, une fois "le déclenchement acquis", s'assurer que les membres de la communauté mettent en œuvre et maintiennent les comportements clés sans aucun soutien externe au-delà du suivi et de l'encouragement. Cette unité est composée d'un homme et une femme qui représentent le village au niveau des assemblées générales des comités de santé. Ils sont mandatés pour rendre compte au comité de toutes les interventions dans le domaine de la santé qui concernent le village.

➤ **La faiblesse dans la capitalisation des données en matière de communication pour la vaccination**

Les acteurs de la communication pour la vaccination évoluent de manière disparate. Leurs contributions ne sont pas systématiquement capitalisées pour évaluer leurs impacts. Il importe de les former, de les amener à utiliser les mêmes outils de rapportage et faire remonter leurs données selon le circuit défini par la Direction de la Statistique et de l'Information Sanitaire (DSIS).

3.3.6.4. Analyse des activités prévues dans le PPAc 2015-2017

Tableau 30 :

GENERATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION		2015	2016	2017		
D'ici 2017, récupérer 70 % des enfants perdus de vue dans 20 districts ACD ayant le taux d'abandon le plus élevé	Communication pour le Changement de Comportement	Mettre à jour le plan stratégique de communication 2008-2012	PR	PR	PR	
		Former des agents de santé en techniques de communication interpersonnelle et organisationnelle	NR	NR	NR	
		Organiser des activités de recherche formatives dans les 6 hubs	AR	AR	AR	
		Impliquer les médias sociaux et les mass media de proximité	NR	NR	NR	
	- Plaidoyer	Doter tous les DS en matériels et supports de communication (affiche, boîtes à image, badges, casquettes, etc...) relative à la vaccination.	PR	PR	PR	
		- Mobilisation Sociale	Appuyer les formations en cascade des relais communautaires	NR	AR	AR
			Organiser la recherche active des enfants perdus de vue	AR	AR	AR
	- Recherche sociale sur les obstacles et les opportunités	Organiser la semaine africaine de la vaccination dans 5 DS chaque année	AR	AR	AR	
		Organiser les lancements officiels à chaque campagne de vaccination	AR	AR	AR	
		- Renforcement	Créer des accords de partenariats avec les associations de la société civile pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation en faveur de la vaccination	AR	AR	AR
Amener d'ici 2017, 50 organisations répertoriées de la société civile et 70 %						

GENERATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION			2015	2016	2017
de leaders communautaires à s'engager dans les activités de mobilisation sociale en faveur de la vaccination dans 50 DS ACD	des capacités des acteurs	Faire un plaidoyer en vue d'équiper la DSEPS et le service EC/PEV en matériel informatique et bureautique pour la coordination (5 laptops, 2 ordinateurs de bureau, 1 imprimante, 1 photocopieuse, 2 vidéoprojecteurs, 2 caméras photo numériques, 1 connexion internet)	PR	PR	PR
		Faire un plaidoyer en vue d'équiper la DSEPS et le service IEC/PEV en moyen roulant et en assurer l'entretien (2 véhicules, 5 motos)	NR	NR	NR
		Faire un plaidoyer en vue de financer des missions et voyages d'études pour les agents de la DSEPS/PEV	NR	NR	NR

3.3.6.5. Analyse des indicateurs proposés en lien avec la situation de la communication pour la vaccination

Tableau 31 :

Composante	Indicateur proposés	Résultats			Commentaires
		2015	2016	2017	
GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION					
Stratégie de communication	Existence d'un plan stratégique de communication pour la vaccination	partiellement élaboré et demande à être finalisé et validé	demande à être finalisé et validé	demande à être finalisé et validé	Sa finalisation et validation s'avère urgente pour la mise en œuvre efficace des activités de communication et une bonne organisation des structures chargées de la communication pour la vaccination
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	La dernière étude CAP date de 2012	Une enquête LQAS a été menée dans 15 districts avec quelques composantes de communication – Rapport disponible	Réalisation d'une Enquête de Couverture Vaccinale	Même si une étude CAP n'a pas été organisée depuis 2012, une enquête de couverture vaccinale a été réalisée en 2017. Cette enquête révèle que l'insuffisance d'information et de communication constitue la première cause de non vaccination (41%).

Plaidoyer	Existence de cadre formel de mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Des activités de plaidoyer sont mises en œuvre uniquement lors des AVS cependant il n'existe pas un cadre formel en la matière et surtout pour la vaccination de routine.
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC1 – DTC3 > 10 %	64% Données administratives	59% Données administratives	33% au 1er semestre Données administratives	Le pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC1 – DTC3 > 10 % demeure encore très élevé. Des efforts doivent être consentis pour réduire ce taux en mettant un accent sur l'équité.
Equité	Pourcentage de visites de sensibilisation planifiées qui ont été effectivement réalisées	Données non disponibles	Données non disponibles	Données non disponibles	De plus en plus d'acteurs interviennent ces dernières années pour appuyer la communication pour la vaccination. Malheureusement, la faiblesse constatée au niveau de la structure de coordination ne favorise pas la capitalisation efficace des données relatives aux activités de communication (nombre de visites à domicile organisées dans les ménages, nombre de causeries éducatives tenues dans les centres de santé, nombre d'enfants perdus de vue récupérés...). Ainsi, le nombre de visites de sensibilisation planifiées par chacun des acteurs de la communication n'est pas connu.

3.4. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces du programme

3.4.1. Gestion du programme

Tableau 32 : Gestion du programme

Composante	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
1. GESTION DU PROGRAMME				
Politique	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une PNS 	<ul style="list-style-type: none"> Non mise à jour de la politique nationale de vaccination et du guide de la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement politique à un haut niveau (réunion du 24) 	<ul style="list-style-type: none">

Législation et réglementations	<ul style="list-style-type: none"> • Création du comité des experts et formation de ses membres sur l'imputabilité en cas de MAPI grave, • élaboration du manuel national de pharmacovigilance des vaccins • Existence des lignes budgétaires propres au PEV dans la loi de finance 	<ul style="list-style-type: none"> • Non enregistrement et non renouvellement de l'AMM des vaccins du PEV • Absence de législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement du PEV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des partenaires à soutenir le pays pour la mise en place d'une autorité nationale de Réglementation des vaccins fonctionnels 	•
Planification	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un PNDSIII, d'un PPAc et d'un POA annuel validé par le CCIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Micro plan non intégré au niveau des districts sanitaires (PEV, PALU, SIDA, IRA...) • Insuffisance d'appui technique du niveau central aux DS du BET 	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité d'intégrer les activités 	•
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du CCIA • Existence du CTA/PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrégularité des réunions et Non suivi des décisions des réunions • Non existence du GTCV 	•	•

3.4.2. Gestion des ressources humaines

Tableau : Gestion des ressources humaines

Composante	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
• 2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutements de nouveaux agents de santé entre 2015 et 2017 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance quantitative et Répartition inéquitable dans les pays des médecins et des sages-femmes • Insuffisance des ressources humaines de qualité au niveau opérationnel • 20% des responsables PEV des DS et région sont formés en MLM 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de 3 facultés de médecine et des nombreuses écoles de formation paraclinique • Formation de plusieurs centaines de médecin à l'extérieur. • Volonté des partenaires à 	l.

		<ul style="list-style-type: none"> • Non organisation des ateliers MLM pour conflit d'agenda 	soutenir le renforcement des ressources humaines au Tchad	
Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'enseignants formés en Vaccination et introduction des modules PEV dans les curricula de formation • Ressources disponibles pour un atelier MLM • Révision du curriculum pour la formation des agents de santé (ATS, IDE et SF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non formation des agents nouvellement recrutés • Non diffusion du curriculum révisé 		
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système de monitoring des activités • Existence d'un guide de supervision intégrée • Centres de santé supervisés dans le cadre de l'ACD 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la supervision • Faible qualité de la supervision • Non diffusion du guide de supervision intégrée 		

3.4.3. Calcul des coûts et financement

Tableau 33 : Calcul des coûts et financement

3.4.4. Communication

Tableau 34 : Communication

COMMUNICATION			
Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Existence d'une structure chargée de la communication pour la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance quantitative et qualitative en matière de ressources humaines à tous les niveaux Insuffisance de ressources matérielles et financières pour la communication 	Volonté politique au plus haut niveau à soutenir le secteur santé/vaccination	<ul style="list-style-type: none"> Incertitude par rapport au financement des activités de communication due à la crise économique

COMMUNICATION			
Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Motivation des agents du SIEC/PEV à contribuer à la promotion de la communication pour la vaccination	Insuffisance de mise en œuvre des activités de communication au niveau central, intermédiaire et périphérique	Disponibilité des partenaires au développement à appuyer la DVSE Présence des C4D sur le terrain	Insécurité occasionnée par les groupes terroristes « Boko Haram »
Existence d'un sous-comité national de mobilisation sociale	Insuffisance de liens fonctionnels entre la DSEPS et les points focaux chargés de la communication Mobilité des points focaux au niveau périphérique	Existence du plan stratégique de santé communautaire Existence des relais communautaires pour la mise en œuvre des activités de communication du PEV	
Mise en œuvre de l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination	Faiblesse du partenariat entre la DVSE/MSP et les médias	Implication de plus en plus accrue des OSC dans les activités de communication pour la vaccination	
	Absence d'une politique nationale en matière de communication pour la vaccination	Existence des opérateurs de la téléphonie mobile	
	Faible information et adhésion des populations aux activités de vaccination	Existence des radios communautaires au niveau des régions	
	Faiblesse du partenariat entre les OSC et la DVSE /MSP	Implication des autorités politiques, administratives, communales, traditionnelles et religieuses	

3.4.5. Services de vaccination

Tableau 35 : Services de vaccination

Forces	Faiblesse	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Implication des plus hautes autorités du pays dans les activités en général et dans la vaccination en particulier (réunion mensuelle santé du chef de l'Etat) • Mobilisation importantes des ressources financières par l'Etat pour l'achat des vaccins et le financement de l'IEP • Décentralisation sanitaire effective avec 1334 centres de santé qui offre la vaccination y compris les structures privés • Appui techniques décentralisé des staffs technique des partenaires OMS, UNICEF (épidémiologistes et C4D) • L'existence des cliniques mobiles dans certaines régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes • Faible offre de service de vaccination (rupture fréquente de vaccin et de la chaîne de froid) • Discordance entre les données administration de vaccination et des enquêtes • Faible accessibilité de service de vaccination (stratégie avancée non réalisée) pour atteindre les populations éloignées • La non appropriation de la vaccination par les parents d'enfants • Difficulté dans la transmission des données vaccinales des DS au PEV central • Insuffisance des stratégies mobiles dans les zones non couvertes • Insuffisance de la supervision formative à tous les niveaux • Taux d'abandon toujours élevé lié à la non continuité des services de vaccination • Mauvaise qualité des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte implication des autorités régionales et les districts dans la mobilisation sociale en faveur de la vaccination • Appui des ONG locales (POSVIT) dans les activités de mobilisation sociale • Vaccination mixte (bétail et Humain) avec la participation du ministère de l'élevage facilitant l'atteinte des populations nomades • Gavi RSS et polio transition pour l'appui technique et financier 	<ul style="list-style-type: none"> • La situation sécuritaire dans une partie du pays (Lac Tchad) • La crise financière et économique découlant de la baisse de prix de baril de pétrole

3.4.6. Surveillance et notification des cas

Tableau 36 : Surveillance et notifications des cas

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	<ul style="list-style-type: none"> • Les structures de coordination et les organes d'appui au système de surveillance et de lutte contre la maladie (SSEI, CNC, CNEP, etc.) sont en place, fonctionnels et 	<ul style="list-style-type: none"> • 2. L'organisation des laboratoires en réseau bien que théoriquement opérationnel depuis 2011, demeure peu fonctionnelle • 2. L'absence d'un laboratoire national de référence (santé 	<ul style="list-style-type: none"> • L'engagement politique au plus haut niveau des autorités en faveur des initiatives de 	<ul style="list-style-type: none"> • L'insécurité résiduelle dans le bassin du Lac Tchad gêne la mise en œuvre normale des activités de

	<p>disposent des outils/guides et directives nécessaires sur la surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le système intégré de surveillance des maladies en place et fonctionnel au cours des trois dernières années (2014, 2015 et 2016) • Existence du manuel national et du guide de formation sur la pharmacovigilance • Mise en place effective du Comité National de Pharmacovigilance et du Comité Technique de Pharmacovigilance par arrêté ministériel • Bonne réactivité du système de surveillance pour la détection et la riposte aux épidémies • Bonne complétude (98) et promptitude (97) des rapports de surveillance hebdomadaire • Existence d'un système fonctionnel pour la transmission des échantillons des maladies sous surveillance à l'intérieur et à l'extérieur • Ténue régulière des réunions hebdomadaires de suivies des maladies sous surveillance et partages des données hebdomadaires avec tous les partenaires • • 	<p>publique) avec mission d'appuyer la lutte contre la maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. La faible supervision des activités de surveillance des régions par le niveau central • 1. Faible implication des MCD et des DSR dans le suivi de la surveillance des maladies • 1. La grande majorité des acteurs de terrain ont tendance à mettre le focus sur la surveillance des PFA et manifestent moins d'attention à d'autres maladies prioritaires comme le TNN, fièvre jaune, rougeole et la méningite • 2. La surveillance à base communautaire reste pour le moment timide • 2. Certains districts de santé ont des performances PFA (taux de PFA non polio et les selles dans les 14 jours) en deçà des objectifs majeurs • 3. Les délais de transmission des selles au labo supérieur à 3 jours du fait de l'absence de laboratoire au niveau du pays • 1. Insuffisance de kit de surveillance méningite • 1. Irrégularité des réunions bilans surveillance • 1. Retard dans la mise en œuvre des activités de surveillance des MAPI notamment la formation sur la notification, l'investigation et la prise en charge des MAPI. • 2. Retard dans la retro information sur les résultats labo de rougeole et de fièvre jaune • Instabilité du personnel 	<p>contrôle accéléré de la maladie démontré par la participation constante du Gouvernement dans le financement des campagnes de vaccination et l'organisation par la Présidence de réunions mensuelles sur la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'appui constant des partenaires traditionnels aux activités de surveillance et de vaccination à tous les niveaux du système de santé • La présence de nouveaux partenaires qui investissent fortement dans la vaccination et la surveillance à côté des acteurs traditionnels 	<p>vaccination et de surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inaccessibilité de certains DS impacte négativement sur la mise en œuvre des activités de la surveillance • L'instabilité au niveau de certaines frontières (RCA, etc.) • Les contraintes budgétaires nationales impactent les activités •
--	---	--	---	---

3.4.7. Logistique et gestion des vaccins

Tableau 37 : Logistique et gestion des vaccins

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
7. LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS				
LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un camion frigorifique au niveau central • Dotation du PEV central en véhicules de supervision • Depuis 1998 le pays dispose d'une ligne fiable pour l'achat des vaccins et des intrants • Acquisition d'un générateur 110 KVA en renforcement du maintien de la CDF centrale • Equipement de tous les districts en réfrigérateurs solaires • Renforcement de la capacité de stockage au niveau central : en positif, de 8m3 à 40m3 et en négative de 5m3 à 25m3 • Tous les dépôts sous régionaux ont été renforcés en capacité de stockage des vaccins • Réhabilitation et construction de dépôts • Utilisation de SAB et réceptacles pour la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaires physiques irréguliers et incomplets • Faible acquisition des moyens roulants planifiés • Insuffisance de moyens de transport • Inexistence d'une politique de gestion et de maintenance du parc auto et moto • Absence de systèmes fiables d'approvisionnement des districts • Faible couverture des Centres de santé en réfrigérateurs • Insuffisance de suivi (monitorage de température pour action) et de la maintenance à tous les niveaux • Insuffisance dans l'élimination des déchets • Technique non appropriées pour l'élimination des déchets 		

IV. PROBLEMES PRIORITAIRES ET OBJECTIFS

Tableau 38 : Gestion du programme

COMPOSANTES	PROBLEMES	OBJECTIFS
GESTION DU PROGRAMME		
1. GESTION DU PROGRAMME	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance dans la gouvernance et le leadership du programme La politique nationale de vaccination et le guide de la vaccination n'intègrent pas les nouveaux vaccins et sont insuffisamment mis en application (gratuité, respect du calendrier vaccinal, de tranches d'âge, vaccination au quotidien) 	<ol style="list-style-type: none"> Assurer le bon fonctionnement des structures institutionnelles et managériales de la DVSE (CCIA, CTA/PEV, ANR) d'ici le 31 décembre 2022 Améliorer la gestion du programme et les mécanismes de redevabilité à tous les niveaux d'ici 2022
	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance de la supervision, du monitoring et de la retro information 	<ol style="list-style-type: none"> Assurer la planification, la supervision et le monitoring du programme y compris l'amélioration de la qualité des données à tous les niveaux d'ici 2022
RESSOURCES HUMAINES		
2. RESSOURCES HUMAINES	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la DVSE au niveau opérationnel 	<ol style="list-style-type: none"> Faire un plaidoyer pour le déploiement du personnel vers les structures périphériques
		<ol style="list-style-type: none"> Assurer la formation continue de 2000 agents impliqués dans la vaccination d'ici le 31 décembre 2022
GENERATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION		
3. GENERATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION	<ol style="list-style-type: none"> Seulement 59 % (ECV 2017) des parents en charge des enfants de 12 à 23 mois sont informés sur la vaccination de leurs progénitures 	<ol style="list-style-type: none"> D'ici 2022, réviser et mettre en œuvre le plan stratégique national de communication pour la promotion pour la vaccination
		<ol style="list-style-type: none"> D'ici 2022, amener au moins 80% des partenaires sociaux (OSC, médias) à contribuer à la promotion de la vaccination

COMPOSANTES	PROBLEMES	OBJECTIFS
		8. D'ici 2022, amener au moins 90% des parents d'enfants y compris les communautés d'accès difficile à être informés et à demander les services de vaccination et autres services de santé
SERVICE DE VACCINATION		
4. SERVICE DE VACCINATION	4. Faible taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes selon les données de l'enquête de couverture vaccinale de 2017	9. D'ici fin 2022, la CV de tous les antigènes au niveau de chaque district est d'au moins 80% et d'au moins 90% a niveau national.
	5. Faible qualité des données de vaccination	10. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données D'ici 2022,
	6. Forte prévalence des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques chez les enfants de 0-11 mois ;	11. Introduire d'ici 2022 deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine.
	7. Persistance des zones non ou mal vaccinées lors des AVS	12. Accélérer d'ici 2022, la lutte contre la polio, la rougeole, la méningite et le tétanos en organisant des AVS de qualité.
SURVEILLANCE ET NOTIFICATION/INITIATIVE DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES		
5. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION/INITIATIVE DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES	8. Non atteinte des principaux indicateurs de surveillance des PFA dans tous les districts	13. Atteindre les 2 indicateurs majeurs de surveillance PFA dans 100% des DS (taux de PFA non polio supérieure ou égale à 2 et selles prélevées dans les 14 jours > 80%)
	9. La Surveillance rougeole, fièvre jaune, TMN et Méningite n'est pas performante ;	14. D'ici 2022 80% des DS/régions auront atteints les indicateurs majeurs de performance de la surveillance, rougeole, méningite, TNM et fièvre jaune
	10. La surveillance des MAPI demeure faible dans le cadre du PEV	15. Mettre en œuvre la surveillance des MAPI dans 100%

COMPOSANTES	PROBLEMES	OBJECTIFS
		des districts
LOGISTIQUE/GESTION DES VACCINS ET CHAINES DE FROID		
6. LOGISTIQUE/ GESTION DES VACCINS ET CDF	Insuffisance dans les chaines d'approvisionnement, du froid et la gestion des déchets	16. Ramener les ruptures de stocks en vaccins et matériels au niveau de tous les maillons de conservation (dépôts nationaux, sous nationaux, DS et PPS) de 40 à 0% d'ici 2022
		17. Ramener sensiblement les taux de pertes de vaccins en deçà des seuils retenus par l'OMS d'ici 2022
		18. Amener la couverture des centres de santé en CDF sans rupture de fonctionnement de 55 à 80% d'ici 2022
		19. Eliminer les déchets contondants par des méthodes appropriées dans 80% de DS d'ici 2022
FINANCEMENT		
7. FINANC EMENT	Faible financement de la vaccination par L'Etat.	20. d'ici fin 2022, faire passer la part du financement de l'Etat dans la vaccination à au moins 60%
	Faible mobilisation des financements par l'Etat	21. Faire passer le taux de mobilisation des ressources à 100% pour l'Etat d'ici fin 2022
	Insuffisance dans le suivi des financements	22. Mettre en place un système de suivi mensuel des dépenses liées aux activités de vaccination à tous les niveaux d'ici fin 2022

V. STRATEGIES, ACTIVITES ET CHRONOGRAMME

Tableau 41 : Stratégies, activités essentielles et calendrier de mise en œuvre

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	Chronogramme				
			2018	2019	2020	2021	2022
GESTION DU PROGRAMME							
1. Rendre fonctionnel les structures institutionnelles et managériales de la DVSE d'ici le 31 décembre 2022	Plaidoyer pour la révision des textes de base institutionnels de la DVSE (CCIA, CTA/PEV, Politique nationale de vaccination et Guide de vaccination	Mettre à jour et valider la politique nationale de vaccination					
		Mettre à jour et valider le guide du PEV à l'attention des agents vaccinateurs					
		Définir et diffuser des procédures claires pour l'élargissement et le fonctionnement du CCIA					
		Mettre en place un GTCV opérationnel					
		Organiser un forum national sur la vaccination					
		Réviser les outils de gestion prenant en compte les nouveaux vaccins					
2. Assurer la planification, la supervision et le monitoring du programme à tous les niveaux d'ici 2022	Renforcement de la gestion du programme	Rendre effective l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans la vaccination de routine					
		Organiser une enquête nationale de CV (début 2016)					
		Evaluer chaque trimestre les activités de vaccination du niveau central					
		Conduire des réunions de monitoring semestriel des activités vaccinales au niveau central impliquant les acteurs du terrain					
	Renforcement de la planification, supervision, suivi et évaluation	Développer des plans intégrés annuels d'activités au niveau des districts					
		Amener les régions, les districts et les ZR à élaborer et mettre en œuvre chaque année un plan de supervision intégrée.					

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	Chronogramme				
			2018	2019	2020	2021	2022
		Promouvoir la collaboration avec les différents intervenants (partenaires, MSP, ONG, Associations...) sur la vaccination et les communautés dans le cadre des plans d'action du PEV et des orientations nationales					
	Renforcement en équipement information et en logistique de tous les districts sanitaires	Doter les régions et les districts sanitaires en kits informatique complet pour la planification et le monitoring des activités du programme					
		Doter régions et les districts sanitaires en moyen logistique pour la supervision et le monitoring des activités du programme					
RESSOURCES HUMAINES							
3. Assurer le recrutement et l'affectation d'au moins 600 personnels qualifiés dans les CS fonctionnels d'ici 2022	Plaidoyer pour le recrutement et affectation du personnel qualifié dans les CS fonctionnel	Faire un plaidoyer pour l'affectation du personnel qualifié au niveau opérationnel					
		Recruter à travers le RSS des agents pour assurer les activités de vaccination au niveau DS et CS					
4. Développer les compétences par la formation continue de 2000 agents impliqués dans la vaccination d'ici le 31 décembre 2022	Renforcement des capacités - Formation sur le PEV en pratique et les outils de monitoring	Former les gestionnaires du programme à tous les niveaux (Central, régional, et district) sur le (cours MLM)					
		Former les agents sur la logistique et maintenance (cours CCL)					
		Former les agents en charge de la communication sur techniques et stratégie de communication en faveur du PEV					
		Former les responsables du PEV au niveau des centres de santé sur le PEV en pratique et les outils de monitoring					
LOGISTIQUES							

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	Chronogramme				
			2018	2019	2020	2021	2022
Ramener les ruptures de stocks en vaccins et matériels au niveau de tous les maillons de conservation (dépôt national, sub-nationaux, DS et PPS) de 25% à 0% d'ici 2022	Renforcement des infrastructures et équipements Logistiques	Acquérir 500 motos					
		Acquérir 90 véhicules les DSN et DS					
		Acquérir et installer 1430 réfrigérateurs solaires					
		Acquérir et installer 3 chambres froides dont 2 de 40m ³ au DC et 1 de 20m ³ au DSN de Moundou					
		Solariser les dépôts sub-nationaux d'Abéché, Moundou, Sarh et N'Djamena					
		Acquérir un camion de 7 tonnes pour le transport des consommables					
		Assurer le fonctionnement des matériels roulants et de la CdF (Motos, Véhicules, CF, Réfrigérateurs, Congélateurs, Générateurs)					
		Doter les DSN et DS en outils informatiques (voir grpe offre service)					
	Amélioration de l'approvisionnement de qualité	Acquérir 2000 glacières pour les dépôts (DC, DSN, DS, CS)					
		Acquérir les antigènes et matériels de vaccination pour la vaccination de routine et les AVS					
		Organiser 4 missions de distribution des vaccins du niveau central vers les sub-nationaux selon le plan de distribution					
		Organiser 6 missions de distribution des vaccins du niveau subnational vers les districts sanitaires selon le plan de distribution					
		Acquérir et installer un système de monitoring de température continue dans toutes les chambres froides (un système avec téléphonie)					
Réduire sensiblement les taux de pertes de vaccins en deçà des seuils recommandés par	Renforcement de la gestion des vaccins	Former 150 superviseurs PEV DS/DSR et 1742 RCS en Gestion des vaccins et maintenance de la CDFS					
		Assurer la supervision formative des points focaux du PEV de districts mensuellement et des sub-nationaux trimestriellement					
		Assurer la participation des logisticiens par vague à la formation LOGIVAC					

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	Chronogramme				
			2018	2019	2020	2021	2022
l'OMS d'ici 2022		Adapter, reproduire et rendre disponible les outils de collecte de données à tous les niveaux					
Augmenter la couverture des centres de santé en CDF sans rupture de fonctionnement de 29% à 100% d'ici 2022	Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements Logistiques	Formaliser et rendre opérationnel les contrats de maintenance des CF et GE au niveau des dépôts sub et DSN					
		Assurer le suivi de l'utilisation des vaccins					
		Acquérir et installer un système de monitoring de température continue dans toutes les chambres froides (un système avec téléphonie)					
		Acquérir 508 enregistreurs automatiques de température					
		Conduire une étude GEV					
		réaliser une cartographie des chambres froides					
		Réaliser des inventaires physiques annuels					
De 2018 à 2022 Améliorer la gestion des déchets issus des activités de vaccination dans au moins 80% de DS	Renforcement des structures en capacité de destruction de déchets	Acquérir/installer 4 incinérateurs électriques pour les 4 dépôts subNat					
	Amélioration de la gestion des déchets	Elaborer un plan et des outils de gestion des déchets					
		Former 15 agents à l'élimination correcte des déchets					
		Superviser les dépôts sub-nationaux dans la mise en œuvre de leur plan de gestion de déchets					
FINANCEMENT							
Mettre en place un système de suivi mensuel des dépenses liées aux activités de vaccination à tous les niveaux d'ici fin 2022	Renforcement des capacités	Former 10 gestionnaires au niveau central sur le suivi des dépenses liées à la vaccination	X				
		Former 23 gestionnaires au niveau régional sur le suivi des dépenses liées à la vaccination	X				
		Former 117 gestionnaires au niveau district sur le suivi des dépenses liées à la vaccination	X				
		Equiper 6 gestionnaires du niveau central en ordinateurs munis du logiciel Tompro	X				
		Equiper le niveau central en VSAT pour faciliter les échanges de données financières	X				

OBJECTIFS	STRATEGIES	ACTIVITES	Chronogramme				
			2018	2019	2020	2021	2022
		Reproduire et diffuser le manuel de procédures financières aux 23 délégations et 117 districts sanitaires	X				
Faire passer le taux de mobilisation des ressources à 100% pour l'Etat d'ici fin 2022	Suivi des dépenses à tous les niveaux	Elaborer et diffuser à tous les niveaux les outils de supervision financière	X				
		Intégrer le suivi du financement aux activités de supervision trimestrielle du niveau central vers les districts	X	X	X	X	X
		Organiser un audit interne annuel de l'utilisation des Fonds	X	X	X	X	X
d'ici fin 2022, faire passer la part du financement de l'Etat dans la vaccination à au moins 60%	Plaidoyer	Organiser des réunions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources de l'Etat au cours de la conférence budgétaire avec le Ministère de l'Economie et des Finances	X	X	X	X	X
		Organiser une table ronde annuelle pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires traditionnels, du privé et d'autres partenaires internationaux	X	X	X	X	X
SERVICES DE VACCINATION							
D'ici fin 2022, la CV de tous les antigènes au niveau de chaque district est d'au moins 80% et d'au moins 90% au niveau national	Mise en œuvre de l'ACD et autres stratégies spéciales d'atteinte des populations défavorisées	Appuyer l'organisation de la micro planification dans districts .					
		Effectuer la supervision formative des agents en charge de la vaccination					
		Organiser les stratégies fixes, avancées et mobiles dans les zones de responsabilité					
		Mettre à jour l'analyse de l'équité dans les districts à faible performance					
		Mettre en œuvre les stratégies spéciales (AVI, vaccination mixte homme-bétail, vaccination dans les lieux publics comme marchés et autres,...) pour atteindre les populations défavorisées identifiées (nomades, populations insulaires, des zones marécageuses, désertiques et autres communautés d'accès difficile)					
	Recherche active des perdus de vue	Promouvoir l'utilisation effective et systématique des échéanciers dans toutes les formations sanitaires du pays					
		Etendre la mise en œuvre de l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination (ACPV)					
		Former les membres des EC de tous les districts du pays, les agents des formations sanitaires et les agents de santé communautaires sur les occasions manquées de vaccination (OMV)					
		Organiser des réunions de monitoring mensuel avec les communautés au					

		niveau de toutes les zones de responsabilité					
D'ici 2022, réduire de 55% à 10% l'écart entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF	Amélioration de la qualité des données à travers la collecte, l'analyse et la transmission dans les délais	Mettre en œuvre le plan stratégique pour l'amélioration de la qualité des données					
		Mettre en place et promouvoir de nouvelles technologies aux fins de collecte, d'analyse, de transfert et d'archivage des données					
		Rendre disponibles les outils et supports de collecte des données à tous les niveaux (centre de santé-district, région et national)					
		Organiser des réunions périodiques de monitoring et validation des données à tous les niveaux (Central, régional et district)					
		Organiser des enquêtes rapides dans tous les districts, une revue de la qualité des données et une enquête de couverture vaccinale nationale					
Introduire d'ici 2022 deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine.	Introduction des nouveaux vaccins	Elaborer et soumettre les documents des propositions pour l'introduction de trois nouveaux vaccins					
		Introduire le vaccin contre le pneumocoque dans le PEV de routine					
		Introduire le vaccin contre le Rota virus dans le PEV de routine					
		Introduire le vaccin contre le HPV (Human Papilloma Virus) dans le PEV de routine dans 3 districts de démonstration					
		Conduire des évaluations post introduction					
Accélérer d'ici 2022, la lutte contre la polio, la rougeole, la fièvre jaune et le tétanos en organisant des AVS de qualité.	Introduction de la 2ème dose de VAR	Introduire la 2ème dose VAR dans le PEV de routine					
		Conduire l'évaluation post introduction de la 2ème dose de VAR					
	Conduite des AVS de qualité	Renforcer la micro planification en prenant en compte les spécificités de chaque district					
		Organiser des AVS qualité contre la polio					
		Organiser des AVS de qualité contre le TMN					
		Organiser des AVS de qualité contre la rougeole					
		Organiser des AVS contre la méningite à méningocoque A					
		Conduire l'évaluation de la validation de l'élimination du tétanos néonatal					
		Organiser des ripostes aux épidémies des maladies sous surveillance, en cas de crise humanitaire et dans les zones en conflit					
		Organiser le monitoring indépendant et le LQAS après chaque AVS					
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE							
1. Atteindre les 2 indicateurs majeurs de surveillance PFA dans 100% des DS (taux de PFA	1. Renforcement de la mise en œuvre, et du suivi de la surveillance	Assurer la surveillance active des cas de PFA dans les zones de santé à travers les visites des sites y compris la surveillance environnementale					
		Etendre la stratégie AVADAR aux régions et districts prioritaires ou à risque					
		Assurer l'expédition des échantillons des prélèvements de toutes les maladies sous surveillance dans les délais recommandés					
		Investiguer tout cas de PFA, de rougeole, fièvre jaune, TMN, méningite et MAPI					

<p>non polio supérieure ou égale à 2 et selles prélevés dans les 14 jours > 80%)</p> <p>2. Atteindre les indicateurs majeurs de performance de la surveillance, rougeole, méningite, TMN et fièvre jaune dans au moins 80% des DS/régions d'ici fin 2022</p> <p>3. Mettre en œuvre la surveillance des MAPI dans 100% des districts</p>		Installer une base de données pour les cas de MAPI notifiés et investigués					
		Organiser les réunions bilans semestrielles dans les hubs					
		Organiser les revues périodiques au niveau national					
		Organiser l'évaluation externe de la surveillance					
		Organiser des réunions techniques OMS-MSP et tous les laboratoires de référence des échantillons (Labo rougeole, Institut Pasteur e Yaoundé)					
	2. Renforcement du fonctionnement des comités polio	Assurer le fonctionnement des comités (CNEP, CNC.....)					
		Organiser des réunions annuelles de concertation au Ministère avec les membres des comités polio					
		Organiser les activités de préparation du rapport de certification de l'éradication de la polio					
		Assurer le fonctionnement du Sous-groupe confinement de la Polio					
	3. Renforcement des capacités du personnel au niveau opérationnel	Organiser les sessions de formation du personnel au niveau opérationnel en surveillance des maladies évitables par la vaccination					
		Réaliser 4 supervisions par an dans les régions et DS					
		Assurer la formation du personnel sur la notification et la prise en charge des MAPI dans les régions et districts					
		Actualiser et vulgariser les directives sur la gestion des échantillons biologiques à tous les niveaux					
	4. Appui logistique à la surveillance (Approvisionnement du Laboratoire national et périphérique en kit et dotation en moto, véhicule et ordinateur, etc)	Doter toutes les ZS et les hôpitaux régionaux et de districts en kits de prélèvement et/ou réactifs de labo pour les maladies sous surveillance					
		Appuyer le fonctionnement du laboratoire national rougeole, fièvre jaune et méningite (kit et réactifs) HGRN					
Maintenir l'appui logistique aux PF et CASE dans le cadre des activités de surveillance							
COMMUNICATION							
D'ici 2022, amener au moins 90% des parents d'enfants y compris les communautés d'accès difficile à demander les services de	Elaboration des documents stratégiques	Elaborer le plan stratégique de communication	X				
		Elaborer les outils de communication (kit de plaidoyer, outil de suivi et de documentation des meilleures pratiques)	X				
		Vulgariser les textes de création des sous-comités de mobilisation sociale à travers des réunions d'information.	X	X			
	Améliorer l'offre de service par une communication de Qualité	Rendre fonctionnels les comités de mobilisation sociale à tous les niveaux	X	X	X		

vaccination et autres services de santé	Renforcer les capacités des agents de santé en charge de la vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en communication pour le PEV et autres problèmes de santé ainsi qu'à l'utilisation des outils de suivi et évaluation.	X				
	Renforcer les capacités matérielles et financières de l'unité de communication de la DVSE, du PNSN, de la DSEPS et des points focaux IEC des régions et districts	X	X	X	X	X
	introduire et promouvoir les outils de suivi-évaluation et de documentation des meilleures pratiques	X	X	X	X	X
Mobilisation sociale pour renforcer les liens entre les autorités traditionnelle, Politique et administrative et le système de sante	Organiser les activités régulières de supervision intégrée des activités de communication à tous les niveaux. (Cf. Gestion de programme)	X	X	X	X	X
	Réaliser une étude CAP				X	
	Organiser la semaine africaine de la vaccination (SAV)					
	Créer un cadre d'échanges entre les services de santé et les autres acteurs concernés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	X	X	X	X	X
Mobilisation sociale pour l'introduction des nouveaux vaccins et la 2ème dose de VAR	Elaborer et mettre en œuvre le Plan de communication pour l'introduction du vaccin contre le pneumocoque dans le PEV de routine			X		
	Elaborer et mettre en œuvre le Plan de communication pour l'introduction du vaccin contre le Rota virus dans le PEV de routine					X
	Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication pour l'introduction de la 2ème dose de VAR	X				
Mobilisation sociale pour conduire des AVS de qualité	Organiser la mobilisation sociale pour des AVS de qualité contre la polio	X	X	X	X	
	Organiser la mobilisation sociale pour des AVS de qualité contre le TMN		X	X		

	Organiser la mobilisation sociale pour des AVS de qualité contre la rougeole	X		X		X
	Organiser la mobilisation sociale pour des AVS de qualité contre la méningite à méningocoque A				X	
	Organiser la mobilisation sociale pour des ripostes aux épidémies des maladies sous surveillance, en cas de crise humanitaire et dans les zones en conflit	X	X	X	X	X
Renforcement des capacités et institutionnelle des partenaires sociaux	Renforcer les capacités des membres des plateformes de la société civile et des médias sur la promotion de la vaccination et d'autres services de santé.	X		X		
	Apporter un appui matériel et financier à la Plateforme des OSC et media pour le soutien au suivi de la communication pour la Vaccination	X	X	X	X	X
	Créer un cadre de suivi avec les secteurs intéressés pour le monitoring des activités de communication dans la communauté (Cf Gestion de programmes)	X	X	X	X	X
Communication pour le changement de sociale pour améliorer les liens entre le système de santé et les Communautés	Faire une analyse des gaps sur l'existence et la fonctionnalité des structures de Dialogues (COSAN/COGES) dans les zones de responsabilité.	X				
	Renforcer les capacités des structures de dialogue (COSAN/COGES/Unité d'animation communautaire) en techniques de communication et les briefer sur leurs rôles et responsabilités	X				
	Redynamiser les Unités d'animation d'information aux parents d'enfants dans les formations sanitaires et dans les communautés	X	X	X	X	X
	Renforcer les capacités des relais communautaires (Agents de santé Communautaire/Unité d'Animation Communautaire) en techniques de communication et les briefer sur leurs rôles et responsabilités	X		X		X
	Etendre l'ACPV et mener des Visites a Domiciles et causeries éducatives pour CIP avec les Parents d'enfants	X	X	X	X	X

	Communication pour le changement de comportement pour la surveillance	Communication pour la surveillance a base Communautaire des Maladies sous Surveillance Epidémiologique	X	X	X	X	X
	Communication pour le changement de comportement pour améliorer la demande des services de vaccination et d'autres services de sante	Renforcer les capacités des agents de santé en charge de la vaccination en techniques d'accueil et techniques de communication interpersonnelle	X		X		X
		Mener les séances de causeries éducatives dans les postes de vaccination fixe et avancée et lors des AVI	X		X		X

VI. ALIGNEMENT DU PPAc

Tableau 39 : Alignement du PPAc et objectifs 2018-2020

OBJECTIFS NATIONAUX (OPNDS)	OBJECTIFS REGIONAUX (OR)	OBJECTIF MONDIAUX (OM)		
<p>OPNDS 1 : Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle</p> <p>OPNDS 2 : contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvénile</p> <p>OPNDS 3 : Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles</p> <p>OPNDS 4 : Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles</p> <p>OPNDS 5 : Contribuer à l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle (accès équitable aux services de santé curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation ainsi que la protection contre le risque financier lié au paiement des soins)</p>	<p>OR 1. Accroître la couverture vaccinale;</p> <p>OR 2. Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus;</p> <p>OR 3. Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale;</p> <p>OR 4. Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination.</p>	<p>OM 1 : Tous les pays s'engagent à donner la priorité à l'activité de vaccination</p> <p>OM 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité</p> <p>OM 3 : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus.</p> <p>OM 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement.</p> <p>OM 5 : Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.</p> <p>OM 6 : Les innovations de l'activité R&D (recherche et développement) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination</p>		
OBJECTIFS DU PPAC 2018 – 2020		NATIONA UX	REGIONAU X	MONDIAU X
GESTION DU PROGRAMME				
Rendre fonctionnel les structures institutionnelles et managériales de la DVSE d'ici le 31 décembre 2022		OPNSD 2	OR 2	OM 1

OBJECTIFS NATIONAUX (OPNDS)	OBJECTIFS REGIONAUX (OR)	OBJECTIF MONDIAUX (OM)	
Assurer la planification, le supervision et le monitoring du programme à tous les niveaux d'ici 2022		OPNSD 2	OR 1 OM 4
RESSOURCES HUMAINES			
Assurer le recrutement et l'affectation d'au moins 600 personnels qualifiés dans les CS fonctionnels d'ici 2022		OPNSD 5	OR 2 OM 4
Développer les compétences par la formation continue de 2000 agents impliqués dans la vaccination d'ici le 31 décembre 2022		OPNSD 5	OR 1 OM 4
SERVICES DE VACCINATION			
D'ici fin 2022, la CV de tous les antigènes au niveau de chaque district est d'au moins 80% et d'au moins 90% au niveau national		OPNSD 2 & 3	OR 1 & 4 OM 3
D'ici 2022, 80% des districts ont les taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 < 10%		OPNSD 2 & 3	OR 1 & 4 OM 3
D'ici 2022, réduire de 55% à 10% l'écart entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF		OPNSD 2 & 3	OR 1 & 4 OM 3
Introduire d'ici 2022 deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine.		OPNSD 2 & 3	OR 1 & 4 OM 3 & 4
Accélérer d'ici 2022, la lutte contre la polio, la rougeole et le tétanos en organisant des AVS de qualité.		OPNSD 1, 2 & 3	OR 1 & 4 OM 1, 2, 3 & 4
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE			

OBJECTIFS NATIONAUX (OPNDS)	OBJECTIFS REGIONAUX (OR)	OBJECTIF MONDIAUX (OM)	
Atteindre les 2 indicateurs majeurs de surveillance PFA dans 100% des DS (taux de PFA non polio supérieure ou égale à 2 et selles prélevés dans les 14 jours > 80%)		OPNDS2 et OPNDS3	OR2 OM4
D'ici 2022 80% des DS/régions auront atteints les indicateurs majeurs de performance de la surveillance, rougeole, méningite, TNM et fièvre jaune		OPNDS3	OR3 et OR4 OM4
Mettre en œuvre la surveillance des MAPI dans 100% des districts		OPNDS3	OR2, OR3 et OR4 OM6
LOGISTIQUE			
Ramener les ruptures de stocks en vaccins et matériels au niveau de tous les maillons de conservation (dépôt national, subnationaux, DS et PPS) de 25% à 0% d'ici 2022		OPNDS1,2,3,5	OR 1,2,3,4 OM 4,5
Ramener sensiblement les taux de pertes de vaccins en deçà des seuils recommandé par l'OMS d'ici 2022		OPNDS1,2,3,5	OR 1,2,3,4 OM 4,5
Amener la couverture des centres de santé en CDF sans rupture de fonctionnement de 29% à 100% d'ici 2022		OPNDS1,2,3,5	OR 1,2,3,4 OM 4,5
Eliminer les déchets issus de la vaccination par des méthodes appropriées dans 80% de DS d'ici 2022 □		OPNDS1,2,3,5	OR 1,2,3,4 OM 4,5
COMMUNICATION			
D'ici 2022, au moins 90% des parents sont informés et demandent les services de vaccination et autres services de santé		OPNDS 5	OR 2 & 3 OM 1, 2&3

VII. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Tableau 40 :cadre de suivi et évaluation

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
GESTION DU PROGRAMME							
1. Rendre fonctionnel les structures institutionnelles et managériales de la DVSE d'ici le 31 décembre 2022	Plaidoyer pour la révision des textes de base institutionnels de la DVSE (CCIA, CTA/PEV, Politique nationale de vaccination et Guide de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur du PEV nommé par Décret • Politique nationale signée par le Ministre de la Santé • Nombre de réunions tenues • Document de normes et standards valide 					
2. Assurer la planification, la supervision et le monitoring du programme à tous les niveaux d'ici 2022	Renforcement de la gestion du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de réunions dont le Secrétariat a été assuré par le DGAS 					
	Renforcement de la planification, supervision, suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de décisions du CCIA appliquées. • Proportion de réunions ordinaires du CCIA tenues 					
	Renforcement en équipement information et en logistique de tous les districts sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de renforcement de l'ANR élaboré • Proportion de districts avec micro-plans intégrés disponibles • Proportion de régions, districts et de ZR mettant en œuvre des plans de supervision intégrés. • Nombre d'agents recrutés pour assurer les activités de vaccination • Proportion des réunions de monitoring tenues • GTCV fonctionnel mis en place • Proportion des réunions d'évaluation tenues • Résultats d'enquête nationale disponibles 					
RESSOURCES HUMAINES							

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
Développer les compétences par la formation continue de 2000 agents impliqués dans la vaccination d'ici le 31 décembre 2022	Renforcement des capacités - Formation sur le PEV en pratique et les outils de monitoring	Nombres d'agents formés	500	500	500	500	0
LOGISTIQUES							
Ramener les ruptures de stocks en vaccins et matériels au niveau de tous les maillons de conservation (dépôt national, subnationaux, DS et PPS) de 25% à 0% d'ici 2022	Renforcement des infrastructures et équipements Logistiques Amélioration de l'approvisionnement de qualité	Proportion de structures sans ruptures	20%	15%	10%	5%	0%
Réduire sensiblement les taux de pertes de vaccins en deçà des seuils recommandés par l'OMS d'ici 2022	Renforcement de la gestion des vaccins	Taux de perte par antigène	VAR 30% PENTA 10% BCG 50%	VAR 25% PENTA 10% BCG 45%	VAR 25% PENTA 10% BCG 45%	VAR 20% PENTA 10% BCG 40%	VAR 20% PENTA 5% BCG 40%
Augmenter la couverture des centres de santé en CDF sans rupture de fonctionnement de 29% à 100% d'ici 2022	Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements Logistiques	Proportion des CS avec CDF continue	32%	60%	80%	90%	100%
De 2018 à 2022 Améliorer la gestion des déchets issus des	Renforcement des structures en capacité de destruction de déchets	Proportion des DS éliminant les déchets par	10%	30%	50%	65%	80%

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
activités de vaccination dans au moins 80% de DS	Amélioration de la gestion des déchets	incinération					
FINANCEMENT							
Mettre en place un système de suivi mensuel des dépenses liées aux activités de vaccination à tous les niveaux d'ici fin 2022	Renforcement des capacités.	Proportion des structures avec rapports mensuels financier disponible.	Rapports mensuels de suivi disponibles à 90%	Rapports mensuels de suivi disponibles à 95%	Rapports mensuels de suivi disponibles à 100%	Rapports mensuels de suivi disponibles à 100%	Rapports mensuels de suivi disponibles à 100%
Faire passer le taux de mobilisation des ressources à 100% pour l'Etat d'ici fin 2022	Suivi des dépenses à tous les niveaux	Taux de mobilisation des ressources étatique	60%	70%	80%	90%	100%
d'ici fin 2022, faire passer la part du financement de l'Etat dans la vaccination à au moins 60%	Plaidoyer	Proportion de la contribution de l'état au financement de la vaccination	20%	25%	30%	40%	50%
SERVICES DE VACCINATION							
D'ici fin 2022, la CV de tous les antigènes au niveau de chaque district est d'au moins 80% et d'au moins 90% au niveau national	Mise en œuvre de l'ACD et autres stratégies spéciales d'atteinte des populations défavorisées	Proportion des districts ayant atteint une couverture vaccinale $\geq 80\%$ pour tous les antigènes Couverture vaccinale nationale $\geq 90\%$ pour tous les antigènes	74%	81%	88%	93%	100%
D'ici 2022, 80% des districts ont les taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 < 10%	Recherche active des perdus de vue	Proportion des districts ayant atteint un taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 < 10%	49%	57%	65%	73%	80%

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
D'ici 2022, réduire de 55% à 10% l'écart entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF	Amélioration de la qualité des données à travers la collecte, l'analyse et la transmission dans les délais	Ecart entre les données officielles et les estimations OMS/UNICEF	47%	37%	28%	19%	10%
Introduire d'ici 2022 deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine.	Introduction des nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits	0	0	1	0	1
Accélérer d'ici 2022, la lutte contre la polio, la rougeole et le tétanos en organisant des AVS de qualité.	Introduction de la 2ème dose de VAR	Nombre des AVS conduites contre chaque maladie : la polio, la rougeole, la méningite et le tétanos néonatal	4	4	4	4	4
	Conduite des AVS de qualité						
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE INTEGREE							
Atteindre les 2 indicateurs majeurs de surveillance PFA dans 100% des DS (taux de PFA non polio supérieure ou égale à 2 et selles prélevés dans les 14 jours > 80%)	1. Renforcement de la mise en œuvre, et du suivi de la surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de PFA non polio supérieure ou égale à 2 dans toutes les régions /districts • % des échantillons prélevés dans les 14 jours qui suivent la paralysie • % de DS ayant notifié au moins 1 cas suspect de rougeole par an • Proportion des cas de rougeole investigués • Le Taux d'éruption non rougeoleux supérieur à 2 • Proportion de district ayant notifié au moins 1 cas suspect de fièvre jaune par an • Proportion des cas de fièvre jaune suspects notifiés investigués • Proportion de cas de TMN notifiés investigués • Proportions de cas de TMN investigués suivi de riposte • Proportion de cas de méningite notifié investigués avec prélèvement • Nombre de cas de MAPI notifié 	80%	85%	100%	100%	100%
D'ici 2022 80% des DS/régions auront atteints les indicateurs majeurs de performance de la surveillance, rougeole, méningite, TNM et fièvre jaune	2. Renforcement du fonctionnement des comités polio		50%	75%	80%	85%	90%
Mettre en œuvre la surveillance des MAPI dans 100% des districts	3. Renforcement des capacités du personnel au niveau opérationnel		50%	100%	100%	100%	100%
	4. Appui logistique à la surveillance (Approvisionnement du						

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
	Laboratoire national et périphérique en kit et dotation en moto, véhicule et ordinateur, etc)	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de cas de MAPI notifiés et investigués lors des AVS et des activités routine <ul style="list-style-type: none"> Nombre de rapport de certification soumis sur attendu 					
COMMUNICATION							
D'ici 2022, amener au moins 90% des parents d'enfants y compris les communautés d'accès difficile à demander les services de vaccination et autres services de santé	Elaboration des documents stratégies	Plan stratégique de communication élaboré	100%				
	Amélioration de l'offre de service par une communication de Qualité	Pourcentage des mères d'enfants de 12-23 mois qui ont déclaré qu'ils ont reçu un message (s) à partir d'une source officielle sur les vaccinations de routine des enfants dans les six derniers mois	50%	60%	70%	80%	90%
	Amélioration de l'analyse comportementale et la compréhension du contexte socio-anthropologique	Rapport de l'enquête CAP et des missions de supervisions	50%			100%	
	Mobilisation sociale pour renforcer le lien entre les autorités traditionnelle, Politique et administrative et le système de sante	Proportions de comités de mobilisation sociale qui tiennent régulièrement les réunions	50%	60%	70%	80%	90%
	Mobilisation sociale pour l'introduction des nouveaux vaccins et la 2ème dose de VAR	Taux d'information des parents lors de l'introduction des nouveaux vaccins et la 2ieme dose de VAR	95%				95%
	Mobilisation sociale pour conduire des AVS de qualité	Taux d'information des parents lors des campagnes de vaccination	95%	95%	95%	95%	95%
	Renforcement des capacités institutionnelles des partenaires sociaux	Pourcentage des mères d'enfants de 12-23 mois qui ont déclaré qu'ils ont reçu un message (s) à partir d'une source de la société civile ou	50%	60%	70%	80%	90%

OBJECTIFS	STRATEGIES	INDICATEURS	JALONS				
			2018	2019	2020	2021	2022
		les media					
	Communication pour le changement de sociale pour améliorer les liens entre le système de santé et les Communautés	Pourcentage de mères d'enfants de 12-23 mois qui déclarent qu'elles n'ont pas de barrière à la vaccination.	50%	55%	60%	70%	80%
	Communication pour le changement de comportement pour la surveillance	Pourcentage des mères d'enfants de 0-59 mois qui ont correctement cité au moins deux maladies sous surveillance épidémiologique	60%	65%	70%	75%	80%
	Communication pour le changement de comportement pour améliorer la demande des services de vaccination et d'autres services de santé	Pourcentage des mères d'enfants de 12-23 connaissant le calendrier vaccinal	50%	60%	70%	80%	90%

VIII. ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS

Afin d'analyser les coûts et financement actuels et projetés du programme de vaccination pour les années 2018-2022, le Tchad a utilisé l'outil de prévision de la logistique de décembre 2016 et l'outil d'analyse des coûts et financement pour la planification pluriannuel, version 3.9.4 de mars

2017. Les deux outils dûment remplis sont joints sous forme électronique à ce plan. L’outil d’analyse des coûts a permis au pays d’estimer les écarts financiers correspondants

8.1. Méthodologie

La collecte des données a été faite sur base du guide de révision du PPAc aligné au GVAP prenant en compte les informations demandées dans l’outil d’analyse des coûts et financements du programme. Une revue des documents disponibles dans différents secteurs de la vie nationale, tels que les Ministères du Budget, des Finances et de la Santé, a complété les informations recherchées. Les partenaires impliqués dans le secteur de la santé ont été impliqués dans l’élaboration du présent PPAc.

Le coût total du Programme Elargi de Vaccination inclut les coûts récurrents, les coûts en capital¹ ainsi que les coûts partagés répartis à tous les niveaux du système sanitaire.

Les coûts directs de la vaccination incluent les vaccins, les matériels d’injection, le personnel, le transport, la maintenance et les frais généraux, la formation à court terme, la mobilisation sociale et l’IEC, le contrôle et la surveillance des maladies, la gestion du programme, et autres coûts récurrents.

La difficulté rencontrée dans la reconstitution des données sur le financement du PEV au niveau central, intermédiaire et opérationnel est à la base de la sous-estimation des coûts du programme. En conséquence, les coûts des interventions sont mal connus au niveau national.

8.2. Données quantitatives sur les coûts relatifs à l’année de base

Pour l’année 2016, le coût total du programme s’est élevé à 72 418 576 USD dont 5 694 186 USD (8%) pour les vaccins et logistiques du PEV de routine, 2 703 745 USD (4%) pour la prestation des services, 688 640 USD (1%) pour le plaidoyer et communication, 2 599 030 USD (4%) pour le monitoring et contrôle des maladies, 8 267 602 USD (11%) pour la gestion du programme, 25 445 214 USD (35%) pour les vaccinations supplémentaires et 27 020 160 USD (37%) pour les coûts partagés du système de santé.

Au cours de l’année 2016, le coût de vaccination de routine a été évalué à 1,41 \$USD par habitant, ce qui équivaut à 0,2% du PIB pour la même année. Il ressort de ce tableau que la proportion de la contribution du gouvernement à lui seul est de 40.3% et que ce montant représente 3.5% des dépenses totales de santé.

¹ ils comprennent les équipements de la chaîne de froid et de transport ainsi que les équipements informatiques et de communication

8.3. De l'analyse des coûts et financement des programmes

On noté avec satisfaction l'amélioration remarquable du financement en faveur du PEV par le gouvernement. En effet depuis quelques années le pays achète le vaccin traditionnel du PEV de routine et honore ses engagements dans le cofinancement des nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés. Malgré les progrès réalisés dans l'augmentation des financements du PEV par le Gouvernement, la maîtrise des coûts actuels et des tendances futures, le PEV demeure en partie dépendant du financement extérieur (GAVI, OMS et UNICEF).

Concernant la période du PPAc 2018-2022, le budget global est estimé à 486 154 917 USD. Le coût d'une cible complètement vaccinée s'élèvera en moyenne à 136.58 USD. Le financement du PEV augmente progressivement pour toute la période de projection en fonction notamment de l'introduction des nouveaux vaccins.

8.4. Besoins en ressources futures et financement du programme

Tableau 41 : Besoins en ressources futures et financement du programme

Composantes du PPAc	Besoins futurs en ressources en USD					Total 2018-2022
	2 018	2 019	2 020	2021	2022	
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	7 575 514	12 148 302	14 918 043	14 147 650	14 889 226	63 678 735
Prestation des services	2 850 202	4 821 508	3 491 752	3 513 548	3 641 864	18 318 874
Plaidoyer et communication	2 338 698	875 715	1 822 296	897 125	1 835 667	7 769 500
Monitoring et contrôle des maladies	7 143 232	6 247 743	5 164 336	4 866 670	5 081 404	28 503 385
Gestion du programme	25 907 739	27 689 320	27 306 352	29 312 866	31 267 273	141 483 550
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) (y compris vaccins et coûts opérationnels)	7 712 360	8 837 093	9 510 362	14 873 446	10 910 517	51 843 777
Coûts partagés du système de santé	31 633 892	34 698 157	35 759 783	37 445 860	35 019 404	174 557 096
Total global	85 161 637	95 317 838	97 972 922	105 057 165	102 645 355	486 154 917

Les projections des ressources futures reflètent les actions envisagées dans ce plan. Ces actions ont été développées à partir des priorités du programme, lesquelles ont été identifiées par un nombre d'évaluations conduites (MICS 2014, EGEV en 2015, la revue externe du PEV en 2017 et l'évaluation du PPAc 2015-2017). D'autres documents ont aussi servi à l'élaboration des estimations des besoins futurs.

Le PEV prévoit un grand volet de gestion du programme axé sur des actions de renforcement de la coordination et du partenariat, et celui de la pérennisation financière. Cette gestion de programme se fera au niveau central, intermédiaire et opérationnel à travers les réunions de coordination et les revues trimestrielles de districts. La surveillance épidémiologique sera renforcée surtout au niveau des zones de santé en tandem avec la vaccination de routine et les AVS.



Figure 5 : Répartition des coûts du PPAc 2018-2022

Comparés aux documents mentionnés plus haut, les projections de ressources prennent aussi en compte un nombre plus élevé des campagnes de vaccination de masse sous forme des AVS contre la polio, la rougeole, le TMN la fièvre jaunes et le MenAfriVac eu égard aux efforts régionaux de lutte accélérée contre les maladies évitables par la vaccination.

Pour poursuivre ses efforts dans l'introduction des nouveaux vaccins, le pays introduira dans le PEV de routine au cours de la période du présent PPAC, la 2^{ème} dose du vaccin contre la rougeole, le vaccin contre les infections à pneumocoque, le vaccin contre le rotavirus et un projet de démonstration pour le vaccin HPV.

Les besoins en ressources pendant la période de ce PPAC sont estimés à 486 154 917 USD. Les besoins les plus importants sont représentés par les coûts partagés (36%), la gestion du programme (29%), les vaccins et logistiques (13%).

8.5. Financement du PPAC 2018-2022

8.5.1. Coûts récurrents de la vaccination systématique

Tableau 42 : Coûts récurrents de la vaccination systématique en USD

Coût récurrents de la vaccination de routine	Dépenses		Besoins futurs en ressources				Total
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018 - 2022
Vaccins (vaccins de routine seulement)	3,654,373	5,623,715	5,842,693	7,661,723	10,502,228	12,155,297	41,785,656
Traditionnel	399,673	1,081,598	1,100,538	1,167,797	1,181,354	1,222,696	5,753,983
Sous utilisé	542,287	991,575	1,005,937	1,098,993	1,069,037	1,106,451	5,271,992
Nouveau	2,712,413	3,550,543	3,736,217	5,394,933	8,251,838	9,826,150	30,759,681
Matériel d'injection	203,999	769,699	779,865	855,992	872,256	894,249	4,172,060
Personnel	4,565,428	4,769,135	5,141,363	5,369,245	5,554,634	5,746,313	26,580,691
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	272,620	280,799	289,223	297,899	306,836	316,042	1,490,799
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	2,258,928	2,393,440	2,694,397	2,848,870	2,958,648	3,072,447	13,967,802
Per diem pour supervision et monitoring	2,033,880	2,094,896	2,157,743	2,222,476	2,289,150	2,357,824	11,122,089
Transport	172,196	175,963	337,888	344,982	248,064	253,375	1,360,273
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	84,456	86,303	165,722	169,201	121,666	124,271	667,164
Stratégie avancée	75,072	76,714	147,308	150,401	108,148	110,463	593,034

Coût récurrents de la vaccination de routine	Dépenses		Besoins futurs en ressources				Total
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018 - 2022
Stratégie mobile	12,668	12,946	24,858	25,380	18,250	18,641	100,075
Entretien et frais généraux	6,983,714	6,826,051	7,633,521	8,021,426	8,858,522	8,691,714	40,031,235
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	742,514	339,651	661,921	822,626	1,418,122	1,251,314	4,493,635
Entretien et d'autre équipement d'investissement	0	40,000	80,000	120,000	160,000	160,000	560,000
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	6,241,200	6,446,400	6,891,600	7,078,800	7,280,400	7,280,400	34,977,600
Formation de courte durée	104,030	815,404	815,404	190,404	190,404	190,404	2,202,020
IEC/ mobilisation sociale	688,640	2,338,698	875,715	1,822,296	897,125	1,835,667	7,769,500
Surveillance des maladies	565,150	5,048,336	4,090,000	2,941,860	2,577,520	2,723,580	17,381,296
Gestion du programme	1,844,332	17,874,335	19,210,716	19,265,548	21,070,462	23,024,869	100,445,930
Autres coûts récurrents de routine	78,040	771,600	771,600	771,600	771,600	771,600	3,858,000
Sous-total	18,859,902	45,012,937	45,498,765	47,245,076	51,542,814	56,287,068	245,586,660

Tableau 43 : Coûts d'investissement de la vaccination de routine en USD

Coûts d'investissement pour la vaccination systématique	Dépenses		Besoins futurs en ressources				Total
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018 - 2022
Véhicules (100% PEV)	0	2,448	157,675	2,547	83,322	2,650	248,642
Équipements de la chaîne du froid	\$1,093,300	0	3,826,148	4,655,155	311,724	425,716	9,218,742
Autres biens d'équipement	0	800,000	800,000	800,000	800,000	0	3,200,000
Bâtiments Construction (100% PEV)	0	0	1,500,000	0	0	0	
Sous-total	1,093,300	802,448	6,283,823	5,457,702	1,195,045	428,366	14,167,384

8.5.2. Coûts des vaccins, matériels d'injection et des activités de vaccination supplémentaire

Tableau 44 : Coûts des vaccins, matériels d'injection et coûts opérationnels des AVS en USD

Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	Dépenses		Besoins futurs en ressources				Total
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018 - 2022
<u>VPO</u>	18,493,879	4,401,434	4,712,217	5,049,473	5,415,706	3,507,691	23,086,521
Vaccins et matériel d'injection	\$3,892,343	2,005,634	2,076,837	2,150,555	2,226,897	0	8,459,922
Coûts opérationnels	14,601,536	2,395,800	2,635,380	2,898,918	3,188,810	3,507,691	14,626,599
<u>VAR</u>	3,812,832	3,310,926	0	3,760,889	229,940	4,018,704	11,320,459
Vaccins et matériel d'injection	\$1,183,121	1,123,600	0	1,188,154	229,940	1,257,398	3,799,091
Coûts opérationnels	2,629,711	2,187,326	0	2,572,735	0	2,761,306	7,521,368
<u>VAA</u>	0	0	1,755,728	0	0	0	1,755,728
Vaccins et matériel d'injection	\$0	0	1,078,331	0	0	0	1,078,331
Coûts opérationnels	0	0	677,397	0	0	0	677,397
<u>VAT</u>	3,138,503	0	2,369,149	700,000	0	0	3,069,149
Vaccins et matériel d'injection	\$702,251	0	969,149	0	0	0	969,149
Coûts opérationnels	2,436,252	0	1,400,000	700,000	0	0	2,100,000
<u>MenAfriVac</u>	0	0	0	0	9,227,800	3,384,122	12,611,921
Vaccins et matériel d'injection	\$0	0	0	0	9,227,800	0	9,227,800
Coûts opérationnels	0	0	0	0	0	3,384,122	3,384,122
Sous-total	25,445,214	7,712,360	8,837,093	9,510,362	14,873,446	10,910,517	51,843,777

8.5.3. Acquisition d'équipements de la chaîne du froid et de véhicules

Tableau 45 : Acquisitions d'équipements chaîne du froid

Équipements de la chaîne du froid	2018		2019		2020		2021		2022		Total 2018 - 2022	
	Nbre	US\$	Nbre	US\$								
<u>Boîtes de Froid</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Porte-vaccins</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>BP Solar VR50F</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Refrigérateur Non PQ</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Domestic TCW 2000 SDD</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Domestic TCW 40 SDD</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Electrolux RCW 42DC/CF</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Electrolux RCW 50 AC</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Electrolux RCW 50 EK</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Sibir V 170 EK</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>SunDanzer BFRV55</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>TATA BP Solar TBP VR 50</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>True Energy BLF100 DC</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Vestfrost MF 314</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Vestfrost MK 304</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Vestfrost VLS 054 SDD Greenline</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Zanotti WICR-20m3 ChFr (+)</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Zanotti WIFR-10m3 ChFr (-)</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Équipements de la chaîne du froid	2018		2019		2020		2021		2022		Total 2018 - 2022	
	Nbre	US\$	Nbre	US\$	Nbre	US\$	Nbre	US\$	Nbre	US\$	Nbre	US\$
Zanotti WIFR-20m3 ChFr (-)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZERO APPLIANCE PR 265 K/E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zhendre WICR-25m3 ChFr (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zhendre WICR-40m3 ChFr (+)	0	0	1	64,230	1	65,515	0	0	0	0	2	129,744
Zhendre WIFR-15m3 ChFr (-)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zhendre WIFR-20m3 ChFr (-)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accumulateur 0,6L	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accumulateur 0,3L	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B Medical TCW 3043 SDD	0	0	57	405,821	35	254,172	0	0	0	0	92	659,993
B Medical TCW 15 SDD	0	0	511	2,546,704	359	1,824,955	0	0	0	0	870	4,371,660
B Medical TCW 40 SDD	0	0	173	975,685	109	627,033	0	0	0	0	282	1,602,718
B Medical TCW 2043 SDD	0	0	65	617,896	63	610,862	0	0	0	0	128	1,228,758
B Medical TFW 40 SDD	0	0	42	258,356	23	144,311	0	0	0	0	65	402,667
B Medical TFW 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zhendre WIFR-20m3 ChFr (+)	0	0	1	48,263	0	0	0	0	0	0	1	48,263
TOTAL		0		4,916,957		3,526,847		0		0		8,443,804

Tableau 46 : Acquisition de véhicules

Acquisition de véhicules	2018		2019		2020		2021		2022		Total 2018 - 2022	
	Quantités	US\$	Quantités	US\$	Quantités	US\$	Quantités	US\$	Quantités	US\$	Quantités	US\$
<u>Véhicules 4x4</u>	0	0	4	155,178	4	0	6	80,724	6	0	20	235,902
<u>Camion frigorifique</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Voiture berline</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Hors bord</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Vélo</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Motocycles</u>	1	2,448	2	2,497	3	2,547	4	2,598	5	2,650	15	12,739
<u>Mini car de transport</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Camion utilitaire</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<u>Véhicule frigorifique</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		2,448		157,675		2,547		83,322		2,650		248,642

8.6. Analyse de la disponibilité des financements projetés

La disponibilité des ressources financières est assurée à 56,5% pour le présent PPAc, 19,6% est probable et 23,9% de financement est à rechercher.

Le financement disponible couvre 76,5% des besoins du PEV de routine et 30,5% pour les AVS.

Tableau 47 : Analyse de disponibilité des financements projetés

	Total : ressources nécessaires	Financement disponible	%	Total financement probable	%	Non financé	%
Total global	\$486,154,918	\$359,242,760	73.9%	\$123,812,157	25.5%	\$1,600,000	0.3%
Vaccination systématique	\$434,311,140	\$340,944,194	78.5%	\$90,266,946	20.8%	\$1,600,000	0.4%
Activités de vaccination supplémentaire	\$51,843,777	\$18,298,567	35.3%	\$33,545,211	64.7%	\$0	0.0%

La proportion de financement sécurisé pour la période allant de 2018 à 2022 reste pratiquement constante et à la hausse. Cette situation est liée au fait que l'Etat assurera son régalien de paiement des salaires. A cela, il faut ajouter la construction de nouveaux centres de santé avec l'appui des partenaires.

Tableau 48 : Coûts récurrents de la vaccination systématique et supplémentaires pour la période 2015-2017

	Ressources nécessaires	Financement disponible	financement probable	Non financé	Gouvernement	Cofin gouvmt	GAVI	OMS	UNICEF	ROTA RY	ACF
Total global	486,154,918	359,242,760	123,812,157	1,600,000	235,612,073	7,868,704	100,121,379	61,130,025	76,513,921	2,735,081	573,734
Vaccination systématique	434,311,140	340,944,194	90,266,946	1,600,000	234,885,544	7,868,704	77,233,212	51,676,704	60,473,242	0	573,734
Activités de vaccination supplémentaire	51,843,777	18,298,567	33,545,211	0	726,529	0	22,888,167	9,453,321	16,040,679	2,735,081	0
Total financement sécurisé	0	75,088,664	0	0	222,461,785	7,868,704	0	59,219,195	71,193,076	0	0
Financement probable	0	0	27,556,691	0	13,150,288	0	100,121,379	1,910,830	5,320,845	2,735,081	573,734
Total financement sécurisé (coûts/financement partagés exclus)	0	0	0	0	62,011,528	7,868,704	0	59,219,195	69,659,035	0	0
Total financement probable (ex coûts/financement partagés)	0	0	0	0	690,288	0	100,121,379	1,910,830	5,320,845	2,735,081	460,937

Les financements sécurisés donnent les engagements concrets du Gouvernement et des partenaires.

8.7. Stratégies de la viabilité financière du PPAc 2015-2017

Au Tchad, comme dans la plupart des pays pauvres, la situation de l'état de santé des populations demeure toujours précaire à cause essentiellement des difficultés de mobilisation de ressources additionnelles en faveur du secteur de la santé. Ceci fait de la définition de stratégies pertinentes de financement la condition sine qua non de la viabilité du PEV. Ainsi le plan stratégique de financement sera axé sur les stratégies suivantes :

- 1) La stratégie de l'amélioration de l'efficacité des ressources disponibles. Il s'agit d'atteindre de meilleurs résultats par une gestion rationnelle et efficiente des ressources qui seront rendues possibles, on pourrait citer entre autre: la réduction du taux de perte des vaccins, le renforcement de la coordination à tous les niveaux, la réalisation des contrôles réguliers et la formation/recyclage des gestionnaires
- 2) La stratégie d'amélioration de la fiabilité des ressources mobilisables. En ce qui concerne ce volet, Il est important de veiller à ce que les fonds qui sont inscrits dans le budget soient décaissés entièrement dans les délais raisonnables pour réaliser les tâches planifiées. L'établissement du plan d'un programme d'activités avec un plan de trésorerie mensuelle est nécessaire pour être cohérent avec les règles et la cadence d'exécution du budget sur le plan national.
- 3) La stratégie de mobilisation des ressources supplémentaires. Elle s'applique au gouvernement, à la communauté internationale et aux bailleurs.

En ce qui concerne ce point spécifique, cette mobilisation de ressources supplémentaires se fera au niveau national et international.

Au niveau national, la part du budget consacrée à la santé sera augmentée, en particulier celle relative à la vaccination pour être en adéquation avec l'objectif de réduction de la pauvreté. En plus il est prévu de faire des actions de marketing en direction du secteur privé et de la population afin de contribuer à la vaccination. Il ne s'agira nullement pour la communauté, de payer pour la vaccination, par contre elle payera pour les services de santé soutenus par le recouvrement de coûts.

Au niveau international, le gouvernement s'engage à mener un plaidoyer auprès des partenaires en vue de solliciter un accroissement de leur financement aux activités de vaccination. Il est prévu d'étendre le partenariat à d'autres à travers l'organisation des tables rondes pour identifier de nouveaux partenaires susceptibles d'intervenir dans le financement du PEV et le renforcement de la coordination des partenaires qui interviennent dans certains départements.

Le présent document sera également utilisé comme outil de mobilisation de ressources

IX. MISE EN ŒUVRE DU PPAC

9.1. Diffusion

Le plan de diffusion du PPAC est le suivant :

- Après sa finalisation, le plan sera présenté au CCIA
- Le plan sera après son adoption par le CCIA, diffusé aux régions et districts à travers :
 - l'organisation d'un atelier au délégués sanitaire régionaux à N'Djamena
 - Des copies dures partagées aux autres parties prenantes (DSR, Partenaires technique et financier et partenaires sociaux)

9.2. Elaboration de plans annuels

Chaque année un plan d'action Opérationnel (PAO) sera préparé par le CTA/PEV et adopté par le CCIA. Ce plan sera diffusé et discuté lors du comité directeur annuel du ministère de la sante. Chaque année, une évaluation des activités menés sera fait et avec une analyse de la situation pour réviser et adapter éventuellement les activités prévu en fonction de la situation.

L'analyse de situation mettra un accent particulier sur la revue des performances par district en vue de détecter les zones de faible performance en termes de couverture vaccinale, d'équité d'accès, de surveillance, de chaîne du froid ou de la logistique ou de toute autres composante du système de vaccination.

9.3. Renforcement et intégration des activités

Chaque année le niveau central du PEV va identifier toutes les interventions qui peuvent potentiellement être liées aux activités du PEV pour une planification conjointe et un partage des ressources. On peut citer : Les réunions de suivi, l'évaluation de la situation dans les districts, les ateliers de microplanification et les visites de supervision dans les districts. Au niveau des districts l'intégration se fait déjà au niveau des microplans et dans la mise en œuvre.

Dans ce cadre, la mise en œuvre du PPAC veillera à la mise en commun des ressources avec d'autres programmes :

- Fond mondial VIH/Tuberculose/Paludisme : notamment dans l'implication des Agents de santé communautaire aux activités de vaccination
- La collaboration avec le programme sante Nomade notamment :
 - dans la facilitation des planifications conjointes en liens avec les services vétérinaires

- Dans l'atteinte des populations d'accès difficile dans les zones arides et insulaires
- Les micros planification et supervisions conjointe avec le programme polio, le programme de lutte contre la malnutrition dans les districts

9.4. Établissement des activités prioritaires au profit des districts et des communautés

Afin de vacciner équitablement tous les enfants, le PPAC à adopter une nouvelle approche axée sur la connaissance de ces enfants marginalisés et sur les défis spécifiques auxquels leurs communautés sont confrontées d'une part et identifier les principaux déterminants d'équité dans la vaccination d'autre part.

Chaque année, une analyse des districts prioritaires sera fait en identifiant les principaux goulots d'étranglement dans chacun des districts prioritaires et les communautés d'accès difficile. Une analyse causale des déterminants de non atteints dans les communautés sera faite et le plan annuel en tiendra compte pour réduire les risques.

9.5. Planification annuel et intégration avec les plans infranationaux

La planification opérationnelle se fera en s'alignant sur le PNDS, le PPAC et le POA PEV. Chaque année, les réunions semestrielles des comités directeurs des districts et régions serviront de plateforme pour l'intégration de la planification donc la prise en compte des priorités du système de vaccination dans le plan global des districts et des régions. Ces plans intégrés au niveau infranational doivent être des plus efficient et tiendront compte de la capacité de mobilisation des ressources par l'état et ces partenaires.

9.6. Plan de suivi et évaluation

Une réunion bilan des suivie des activites du plan annuelle et d'analyse des performances de la vaccination est organisée une fois par semestre avec la participation du niveau national, des régions ainsi que des partenaires. En fin d'année une réunion bilan est également organisée avec les mêmes participants. Ces réunions seront l'occasion d'évaluer le plan de travail des périodes précédentes en se basant sur les objectifs assignés. Elles permettront de discuter des réussites et des problèmes rencontrés. Les recadrages de la période suivante seront également arrêtés.

9.7. Plan de mise en Œuvre 2018

DOMAINES D'INTERVENTION		Responsables	CHRONOGRAMME												
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
GESTION DU PROGRAMME															
1. Redynamiser les structures institutionnelles et managériales de la DVSE (CCIA, CTA/PEV, ANR) d'ici fin 2018	1. Organiser un atelier de mise à jour et de validation de la politique nationale de vaccination et du guide du PEV à l'attention des agents vaccinateurs	DGSLEM													
	2. Organiser un forum national sur la vaccination														
	3. Elaborer un cadre de redevabilité														
	4. Organiser une rencontre nationale avec tous les gouverneurs et les DSR sur la redevabilité														
	5. Organiser 2 missions d'inspection dans les régions														
	6. Procéder à l'enregistrement systématique de tous les vaccins du PEV														
	7. Tenir des rencontres trimestrielles du CCIA														
	8. Mettre en place et rendre fonctionnel le GTCV (réunions trimestrielles)														
	9. Elaborer et adopter le PAO 2019														
	10. Assurer la prise en charge du personnel contractuel (4 chauffeurs, 1 sentinelle et 1 personnel de MO)														
	11. Assurer l'entretien et la réparation de 5 véhicules de la DVSE														
	12. Doter en carburant pour le fonctionnement de la DVSE (5 véhicules et 3 groupes)														
	13. Assurer la connexion internet à la DVSE														
	14. Assurer le fonctionnement courant de la DVSE (fournitures de bureau, consommables, subsistances)														
	15. Assurer l'entretien des locaux et leurs équipements.														
2. Développer les connaissances et les compétences par la formation continue des agents impliqués dans la vaccination en 2018	16. Former 500 responsables du PEV au niveau des centres de santé sur le PEV en pratique et les outils de monitoring														
	17. Former 25 gestionnaires du programme à tous les niveaux (Central, régional, et district) sur le (cours MLM)														
	18. Former 140 gestionnaires au niveau des DSR et DS sur le suivi des dépenses liées à la vaccination (en 4 sessions)														
	19. Former les 17 agents sur la logistique et maintenance (cours CCL)														
	20. Former 2 cadres de la DVSE dans le domaine de la planification														
	21. Former 4 cadres de la DVSE en Logivac à Ouidah en 9 mois														
LOGISTIQUE ET GESTION DES VACCINS															
1. Assurer la disponibilité permanente des	1. Acquérir des vaccins et intrants pour la routine	DVSE													

7. Appuyer l'organisation des réunions d'information et de sensibilisation dans les DS pour redynamiser les sous-comités de mobilisation sociale	DVSE														
8. Doter la section de communication de la DVSE en 2 motos	DVSE														
9. Doter la section de communication de la DVSE en 4 Kits informatiques (portables) et 4 appareils photos numériques	DVSE														
10. Faire des supervisions régulières pour le suivi de la mise en œuvre des activités	DVSE														
11. Organiser la semaine Africaine de Vaccination	DVSE														
12. organiser trois réunions de plaidoyer au niveau central à l'endroit des leaders religieux	DVSE														
13. Appuyer une réunion de plaidoyer au niveau régional	DSR														