

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

DIVISION DE L'IMMUNISATION

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-liberté-Patrie



**PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016 – 2020
ETENDU A 2022
DU
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

Avant-propos

La vaccination est l'une des interventions en santé publique les plus coût-efficaces qui existent actuellement dans le monde.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est mis en œuvre depuis 1980 par le Gouvernement togolais afin de réduire la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination surtout chez les enfants de moins d'un an et chez les femmes enceintes. Ce programme est maintenant bien implanté au Togo et constitue une priorité de la Politique Nationale de Santé.

Depuis l'année 2002, avec l'introduction de nouvelles approches notamment l'approche « Atteindre Chaque District, ACD » puis l'approche « Atteindre Chaque Enfant, ACE », le PEV du Togo a connu une évolution satisfaisante, grâce à l'engagement de l'Etat et des partenaires au développement.

La recherche mondiale dans le domaine de la vaccination a permis de mettre en place ces dernières années de nouveaux vaccins dont les coûts des services de qualité ne cessent de croître.

Afin de garantir aux enfants togolais l'accès permanent à ces services qui sont à la base de la promotion de leur survie,

Nous, Ministres chargés de la Santé et des Finances, avons élaboré, sous l'impulsion du Gouvernement et en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers, un Plan PluriAnnuel complet (PPAc) du PEV qui couvre la période 2016 à 2022.

Avec ce nouveau plan, le Gouvernement togolais s'engage, comme il le fait depuis 2002, à augmenter davantage la dotation budgétaire allouée à la Santé en général et à la vaccination en particulier.

Ce plan, qui a pris en compte les orientations de la politique nationale de santé, du nouveau Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011 – 2020 et du nouveau Plan Stratégique Régional pour la Vaccination en Afrique 2014 - 2020, ainsi que du guide révisé d'élaboration des PPAc, est destiné à assurer à la population togolaise un meilleur accès et utilisation des services de vaccination.

Le PPAc précédemment élaboré a couvert la période de 2016 à 2020. Cependant pour l'aligner sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2017 – 2022), le Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA), réuni le 12 juillet 2019, a recommandé de réaliser l'extension du PPAc jusqu'en 2022. Le processus d'extension du PPAc à 2022 a suivi un processus participatif et impliqué le personnel du ministère de la santé au niveau central et au niveau périphérique (régions et districts) ainsi que des membres d'autres ministères tel que le ministère des finances ; de plus, des ONG impliqués dans la vaccination ont apporté leur contribution à son élaboration.

Le Gouvernement a accordé un grand soin à son élaboration ; il a été discuté au sein du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA). Il a fait l'objet d'une revue critique et constructive par le personnel technique du Ministère de la Santé et des Agences bilatérales et multilatérales.

Le PEV est une priorité au Togo, c'est un élément-clé dans l'arsenal mis en place par le Gouvernement pour promouvoir un état de bien-être mental, physique et social. Conscient de l'urgente nécessité d'en assurer la pérennité, le Gouvernement togolais souhaite instamment que GAVI et les partenaires poursuivent leurs efforts dans la recherche afin que les nouveaux vaccins et technologies soient disponibles à un coût abordable.

Le Gouvernement saisit par ailleurs la présente opportunité pour exprimer toute sa gratitude à GAVI et aux partenaires du domaine de la vaccination pour les efforts entrepris en vue d'assurer la disponibilité de vaccins de qualité et la pérennisation du programme au Togo.

En foi de quoi, Nous, Ministres chargés de la Santé et des Finances de la République Togolaise, déclarons solennellement, par la présente, soutenir ce plan pluriannuel complet et y apposons nos signatures.

Fait à Lomé, le 01 septembre 2020

Le Ministre de l'Economie et des Finances

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

M. Sani YAYA

Professeur Moustafa MIJIYAWA

Liste des abréviations, sigles et symboles utilisés

ACD : Atteindre chaque district	Hib : Haemophilus influenzae de type B
AFD : Agence Française de Développement	HP : Hôpital préfectoral
AME : Allaitement maternel exclusif	IB : Initiative de Bamako
AMP : Association pour la médecine préventive	IEC : Information éducation communication
APD : Aide publique au développement	IHP+ : Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées
ARIVA : Appui au renforcement de l'initiative vaccinale en Afrique	JNVP : Journées nationales de vaccination contre la poliomyélite
ARV : Anti rétro viraux	JICA : Agence Japonaise de Coopération Internationale
ASC : Agent de santé communautaire	LNR : Laboratoire National de Référence
BCG : Bacille de Calmette-Guérin (Vaccin contre la tuberculose)	MAPI : Manifestation adverse post immunisation
BID : Banque islamique de développement	MPE : Maladie à potentiel épidémique
BM : Banque mondiale	MICS : Etude à indicateurs multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
BS : Boîte de sécurité	MII : Moustiquaire imprégnée d'insecticide
CAMEG : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques	MLM : Middle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)
CAP : Connaissance attitude et pratique	OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
CCC : Communication pour un changement de comportement	OMS : Organisation mondiale de la santé
CCIA : Comité de coordination inter-agences	PCV : Pastille de contrôle des vaccins
CDF : Chaîne du froid	PEV : Programme élargi de vaccination
CDQ : Comité de développement de quartier	PF : Panification familiale
CEFA : Centre d'études de la famille africaine	PFA : Paralysie flasque aiguë
CHR : Centre hospitalier régional	PIB : Produit intérieur brut
CHU : Centre hospitalier universitaire	PMA : Pays les moins avancés
CMS : Centre médico-social	PNUD : Programme des Nations unies pour le développement
CNC : Comité National de Certification de l'éradication de la poliomyélite	PNDS : Plan national de développement sanitaire
CNE : Comité National des Experts de la poliomyélite	PNS : Politique Nationale de Santé
CPC : Contrôle promotion de la croissance	PPTE : Pays pauvres très endettés

CPN : Consultation prénatale	PTME : Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
COGES : Comité de gestion de santé	PVF : Plan de viabilité financière
COSAN : Comité de santé	SAB : Seringue autobloquante
CVD : Comité villageois de développement	SAET : Système d'alerte épidémiologique du Togo
DAC : Direction des affaires communes	SD : Seringue de dilution
DC : Directeur de cabinet	SNIEC : Service national d'information, d'éducation et de communication
DI : Division de l'immunisation	SNIS : Système national d'information sanitaire
DEST : Direction des établissements de soins et des techniques de diagnostic	VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquis
DGS : Direction générale de la santé	SIMR : Surveillance intégrée des maladies et riposte
DIRSP : Document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté	SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
DISER : Direction Information, Statistiques Etudes et Recherches	SOU : Soins obstétricaux d'urgence
DOT : Direct Observed Traitement « Traitement directement observé »	SR : Santé de la reproduction
DPFR : Direction de la planification, de la formation et de la recherche	SRO : Sel de réhydratation orale
DPLET : Direction des pharmacies, laboratoires et équipements techniques	SRP : Stratégie de réduction de la pauvreté
DPM : Direction des pharmacies et médicaments	SSP : Soins de santé primaires
DPS : Direction préfectorale de la santé	SWAp : Approche sectorielle (Sector-wide approach)
DQA : Audit de la qualité des données	TMN/TNN : Tétanos maternel et néonatal/Tétanos néonatal
DRS : Direction régionale de la santé	TPI : Traitement préventif intermittent du paludisme
DS : District sanitaire	UE : Union Européenne
DSSP : Direction des soins de santé primaires	UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'Enfance
DTC3 : Vaccin antidiphthérique, antitétaniques et anticoquelucheux (3 ^{ème} dose)	UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population
ECV : Enfant complètement vacciné	USP : Unité de Soins Périphérique
EDST : Enquête démographique et de santé du Togo	USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international
EPIVAC : Cours d'épidémiologie vaccinologie	VAA : Vaccin anti amaril
GAVI : Alliance du Vaccin (Global alliance for vaccines and immunization)	VAM : Vaccin anti méningitique
GIVS : Vision et stratégie mondiale pour la vaccination	VAR : Vaccin anti rougeoleux

GTZ : Coopération allemande		VAT2+ : Vaccin anti tétanique (2 ^{ème} dose et plus)
Hép B : Vaccin anti hépatite B		VPO3 : Vaccin anti-poliomyélite (3 ^{ème} dose)

Table des matières

Avant-propos	2
Liste des abréviations, sigles et symboles utilisés	3
1. Introduction et Contexte général du pays	9
1.1. <i>Contexte socio-économique</i>	9
1.1.1. Situation géographique et socioculturelle	9
1.1.2. Situation économique et sociale	10
1.2. <i>Prestations et utilisation des services</i>	11
1.2.1. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire	11
1.2.2. Offre de services	12
1.3. <i>Financement de la santé</i>	13
1.4. <i>Ressources humaines</i>	15
1.5. <i>Le système national d'information sanitaire</i>	15
1.6. <i>La recherche en santé</i>	16
1.7. <i>Approvisionnement en médicaments et vaccins de qualité</i>	16
1.8. <i>Politiques et stratégies nationales de développement</i>	17
2. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination	18
2.1. <i>Vaccination systématique</i>	18
2.1.1. Organigramme du PEV	18
2.1.2. Calendrier vaccinal actuel	18
2.1.3. Partenariat	19
2.1.1. Point sur l'évolution des indicateurs de PEV au cours des trois dernières années	19
2.2. <i>Initiative de lutte accélérée contre les maladies</i>	21
2.2.1. Lutte contre les maladies transmissibles	21
2.2.2. Lutte contre les maladies non transmissibles	25
2.2.3. Analyse de la situation de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies	25
2.3. <i>Analyse de la performance du système de vaccination</i>	31
2.3.1. Gestion du programme et ressources humaines	34
2.3.2. Coût et financement	36
2.3.3. Vaccins, chaîne de froid et logistique	36
2.3.4. Prestation des services de vaccination	39
2.3.5. Information : Surveillance et notification	41
2.3.6. Génération et Communication de la demande	41
2.4. <i>Points forts et points faibles de la performance du programme</i>	44
2.4.1. Gestion du programme et information	44
2.4.2. Prestation des services de vaccination	45
2.4.3. Gestion des ressources humaines	45
2.4.4. Coûts et financement	46
2.4.5. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins	47
2.4.6. Génération et communication de la demande	48
2.4.7. Surveillance des maladies évitables par la vaccination	49
2.4.8. Causes des problèmes prioritaires	50
3. Établissement et fixation des objectifs et étapes à l'échelon national	51
3.1. <i>Buts, objectifs et étapes</i>	51
3.1.1. Buts du PPAc 2016 – 2022	51
3.1.2. Priorités	52
3.1.3. Vision	52

3.1.4.	Objectifs	52
4.	Planification des stratégies pour chaque composante du système	59
4.1.	<i>Prestation de services de vaccination</i>	<i>60</i>
4.1.1.	Renforcement de l'approche « ACD/ACE » pour vacciner toutes les populations cibles dans les districts et surtout dans ceux à faible performance	60
4.1.2.	Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies	60
4.2.	<i>Gestion du programme</i>	<i>61</i>
4.2.1.	Renforcement des capacités de gestion du programme à tous les niveaux	61
4.2.2.	Opérationnalisation de l'Autorité Nationale de Réglementation (ANR) et du nouvel organigramme du Ministère de la Santé	61
4.2.3.	Suivi évaluation	61
4.3.	<i>Gestion des ressources humaines</i>	<i>61</i>
4.4.	<i>Vaccins, chaîne du froid et logistique.....</i>	<i>62</i>
4.4.1.	Analyse de la capacité de stockage au niveau central	62
4.4.2.	Capacité de stockage en magasins sec au dépôt central	63
4.4.3.	Analyse de la capacité au niveau régional	63
4.4.4.	Analyse de la capacité au niveau district	64
4.4.5.	Analyse de la capacité au niveau opérationnel (formations sanitaires).....	64
4.4.6.	Capacité de stockage en magasins sec au niveau des régions et districts.....	65
4.4.7.	Renforcement de la sécurité des injections.....	65
4.5.	<i>Surveillance et notification.....</i>	<i>65</i>
4.6.	<i>Renforcement de la génération de la demande, communication et plaidoyer</i>	<i>66</i>
5.	Calendrier des activités et cadre de suivi et d'évaluation national	68
5.1.	<i>Calendrier des activités du PPAC 2016 - 2022</i>	<i>68</i>
5.1.1.	Prestation des services de vaccination	68
5.1.2.	Gestion du programme	71
5.1.3.	Ressources humaines	75
5.1.4.	Coût et financement	77
5.1.5.	Vaccins, chaîne de froid et logistique	79
5.1.6.	Surveillance et notification	82
5.1.7.	Génération de la demande, communication et plaidoyer	83
5.2.	<i>Cadre national de suivi et d'évaluation de la vaccination</i>	<i>88</i>
6.	Analyse des coûts, du financement et des déficits de financement	94
6.1.	<i>Environnement économique général du Togo</i>	<i>95</i>
6.2.	<i>Estimation des coûts et du financement du PPAC.....</i>	<i>96</i>
6.2.1.	Estimation des coûts du programme en 2016	96
6.2.2.	Estimation du financement du programme en 2016.....	99
6.2.3.	Projection des besoins en ressources futures 2018-2022	101
6.2.4.	Projection du financement futur 2018-2022	107
6.3.	<i>Élaboration de stratégies de viabilité financière</i>	<i>114</i>
7.	Mise en œuvre du PPAC : approbation, diffusion, exécution et suivi.....	114
7.1.	<i>Diffusion</i>	<i>114</i>
7.2.	<i>Mise en œuvre - création d'un plan annuel</i>	<i>115</i>
7.3.	<i>Renforcement et intégration des activités.....</i>	<i>115</i>
7.4.	<i>Hiérarchiser les activités</i>	<i>115</i>
7.5.	<i>Etablissement des liens avec les plans infranationaux</i>	<i>115</i>
7.6.	<i>Plans de suivi et de supervision.....</i>	<i>116</i>

8. Conclusion116

1. Introduction et Contexte général du pays

1.1. Contexte socio-économique

1.1.1. Situation géographique et socioculturelle

Situé en Afrique de l'Ouest, le Togo a une superficie de 56 600 Km². Il est limité à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique.

Sur le plan administratif, le pays est organisé en : 5 régions économiques (la région des Savanes, la région de la Kara, la région Centrale, la région des Plateaux et la région Maritime).

Chaque région économique est subdivisée en préfectures, chaque préfecture en communes et chaque commune en cantons, soit 39 préfectures, 117 communes et 393 cantons en 2020. Cependant dans le souci de mieux organiser et exécuter certaines actions propres¹ à la capitale (Lomé), dont certains volets d'aménagement, d'entretien et de fonctionnalité vont au-delà des compétences des communes, il a été créé le District Autonome du Grand Lomé² qui est une entité territoriale particulière dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est l'autorité locale représentant la ville de Lomé dans son ensemble. Il regroupe la préfecture du Golfe et la préfecture d'Agoè-Nyivé et les 13 communes du Grand Lomé. Ces limites se confondent avec les limites des préfectures du Golfe et d'Agoè-Nyivé réunies.

Sur le plan démographique, le Togo a une population de 6 191 155 habitants selon les résultats du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2010. Selon les estimations de l'Institut National des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED – Togo), , cette population est estimée à 7 796 140 habitants en 2020 et sera autour de 8 159 621 en 2022. La proportion des moins de 15 ans dans la population totale est estimée à 40,7%, celle des moins de 5 ans à 20% et celle des moins de 1 an à 4,15%. Par ailleurs, selon les mêmes résultats, l'accroissement naturel annuel est de l'ordre de 2,84 % avec une densité moyenne de 123 habitants au Km², inégalement répartie. Cette population est en majorité rurale (63%) en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2% par an).

Selon l'enquête démographique et de santé du Togo (EDST3), le taux brut de natalité est de 32,9 pour 1000 etes femmes en âge de procréer représentent 25% de la population totale.

En ce qui concerne l'enseignement primaire, le pays présente des taux élevés de scolarisation comparativement à la plupart des pays de la sous-région. Selon les résultats de l'enquête QUIBB 2015, le taux net de fréquentation scolaire au primaire a progressé passant de 81,8% en 2011 à 84,8% en 2015. Quel que soit l'âge, les garçons (86,3%) ont un taux net de fréquentation primaire plus élevé que les filles (83,6%). Ce taux est nettement plus élevé en milieu urbain (91,4%) qu'en milieu rural (81,5%). Dans toutes les régions, le taux net de fréquentation au primaire est supérieur à 80,0% sauf dans la région des Savanes où ce taux est de 72,3%.

A Lomé et dans les autres villes, les taux de fréquentation sont respectivement 91,2% et 91,9%. Par ailleurs, en 2015, on retrouve plus de garçons (86,3%) que de filles (83,6%) à l'école primaire.

¹ Loi n° 2019-018 du 15 novembre 2019 portant attributions et fonctionnement du District Autonome du grand Lomé.

² La loi n° 2019-006 du 26 juin 2019 portant modification de la loi n° 2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales, modifiée par la loi n° 2018-003 du 31 janvier a créé le district autonome du Grand Lomé en son article 324-2.

1.1.2. Situation économique et sociale

Le Togo a connu au cours de ces cinq (5) dernières années, une hausse régulière de sa croissance économique bénéficiant des faveurs du climat et des effets induits des politiques gouvernementales. Le taux de croissance a été de 5,2 % en 2014-2016, porté par les investissements en infrastructures et une forte production agricole. L'inflation a été bien contenue du fait du recul des prix des denrées alimentaires, de l'énergie et des transports.

Le rythme rapide des investissements publics a contribué à une augmentation sensible de la dette publique et du déficit du compte courant. La dette publique, calculée en incluant les préfinancements, les arriérés de paiement intérieurs et la dette des entreprises publiques, est passée de 48,6 % du PIB en 2011 à 80,8 % en 2016, en raison d'investissements en infrastructures publiques financés à la fois par des emprunts intérieurs et extérieurs. Le déficit du compte courant est resté élevé, atteignant 9,8 % du PIB en 2016, essentiellement à cause des importations liées aux investissements.

La croissance économique devrait augmenter progressivement à moyen terme, à mesure que l'orientation de la politique se place sur une trajectoire viable. Il est prévu que la croissance s'accélère, de 5,0 % en 2016 à 5,6 % d'ici 2021, l'économie bénéficiant de l'amélioration du réseau de transport et de gains de productivité dans le secteur agricole. On s'attend à ce que le secteur privé contribue davantage à la croissance, l'investissement public revenant à un niveau viable à long terme³.

Sur le plan social, beaucoup d'efforts restent à faire pour enregistrer des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2019, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,513, le classant au 167^e rang sur 189 pays (contre 166^e rang en 2016). Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté y est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%).

Tableau I : Indicateurs socio-économiques clés du pays, 2015-2017

Indicateurs	2015	2016	2017	Sources
PIB (milliards USD)	4,17	4,52	4,50	Banque Mondiale 2017
Revenu National Brut par habitant (USD)	570\$	602	—	
Taux de croissance du PIB réel	5,40%	5,30%	4,4	<u>Banque Mondiale 2017</u>
Taux d'inflation annuel moyen	1,80%	2,10%	0,7	
Incidence de la	55,10%	58,70%	53,5	QUIBB, 2015 ; Cartographie de la pauvreté

³ Fonds monétaire international : Rapport des services du FMI pour les consultations de 2016 au titre de l'article IV et demande d'un accord au titre de la facilité élargie de crédit ; communiqués de presse ; rapport des services du FMI ; annexe d'information; analyse de viabilité de la dette et déclaration de l'administrateur pour le TOGO : Communiqué de presse n°17/179 pour diffusion immédiate le 17 mai 2017, p 1-2.

pauvreté				2017
Indice de développement humain (IDH)	0,495	0,500	0,503	PNUD, Rapports sur le développement humain, 2015, 2016 ; Perspective Monde 2017
% ménage ayant accès à de l'eau potable	61,80%	ND	68,5	QUIBB 2015 ; MICS6- 2017
% ménages ayant recours à la nature comme lieu d'aisance.	42,90%	ND	—	QUIBB 2015

1.2. Prestations et utilisation des services

1.2.1. Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire.

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir :

- (i) l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ;
- (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations;
- (iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les Hôpitaux de région (CHR).

Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérent se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques.

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- le **niveau périphérique** ou **opérationnel** correspondant aux 39 préfectures sanitaires (districts sanitaires). Ces préfectures sanitaires ou districts sanitaires sont organisées en 117 communes sanitaires dirigées par un médecin-chef de commune (Arrêté N°171/2020/MSHP/CAB/SG du 19 juin 2020). Ce niveau est le lieu de mise en œuvre des interventions de santé inspirées de la politique et des directives du niveau central.
- le **niveau intermédiaire** ou **régional** correspondant aux 6 régions sanitaires : Région des Savanes, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime et Grand Lomé. Ce niveau est chargé de

l'appui et du suivi - évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales.

- le **niveau central** ou **national**, et ses services techniques sont chargés de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays.

1.2.2. Offre de services

❖ Secteur public de soins

Le Togo compte 1274 structures sanitaires toutes catégories confondues (Rapport annuel de performance, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Togo, 2018), inégalement réparties sur l'étendue du territoire, avec un plateau technique plus ou moins complet.

Les données mises à jour de la carte sanitaire en 2017 montrent que le Togo compte, 3 CHU (2 à Lomé et 1 à Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 101 hôpitaux (72 de type 1, 29 de type 2 et 4 spécialisés), 1047 USP (744 de type 1 et 303 de type 2), 54 infirmeries et 59 autres formations sanitaires.

❖ Secteur privé de soins

Le secteur privé de soins se compose de :

- Prestataires privés à but non lucratif, essentiellement confessionnels et communautaires ;
- Prestataires privés à but lucratif, concentrés dans la capitale. Ces dernières années, on a remarqué un développement du secteur privé informel échappant au contrôle de la tutelle.
- Thérapeutes traditionnels (tradithérapeutes), ils sont omniprésents sur le terrain.

On note au total, 315 structures sanitaires privées à but lucratif et plus de 200 officines pharmaceutiques. Le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure faible.

❖ Couverture sanitaire

D'après les résultats de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services. A cette offre, il faut ajouter, la présence du secteur de la médecine traditionnelle assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

❖ Santé communautaire

La santé communautaire au Togo est partie intégrante du système de santé. Au cours de ces dernières années, la santé communautaire a été renforcée afin de répondre aux défis de l'accès universel aux services promotionnels, préventifs et curatifs en vue de la réduction durable de la morbidité et de la mortalité.

Un comité technique assure la coordination des interventions à base communautaire (IBC) de santé. Plusieurs projets et programmes de santé ont développé à ce jour des interventions à base communautaire avec l'implication de la communauté et des ONG / Associations à travers des relais / Agents de Santé Communautaire (ASC).

En 2009, la politique nationale des IBC a été élaborée et mise en œuvre à travers le plan stratégique 2010-2013. Elle a été actualisée en février 2015 pour prendre en compte les défis majeurs et les

différents goulots liés à la santé communautaire. Pour la mise en œuvre de cette dernière, un plan stratégique IBC 2016-2020, assorti d'un manuel de procédures a été élaboré.

Ainsi, des efforts ont été consentis au niveau communautaire pour augmenter la proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés ou PCIMNE. La proportion de villages éloignés d'un centre de santé qui disposent d'un ASC formé sur les soins intégrés (diarrhée, pneumonie et paludisme) ou PCIMNE communautaire est passée de 10% en 2012 à 48% en 2019.

1.3. Financement de la santé

Le financement des activités du secteur de la santé est assuré par l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et le recouvrement des coûts (recettes propres) des formations sanitaires. Selon les résultats des comptes de la santé 2015 & 2016, le Togo a consacré 6,7% de son PIB aux dépenses courantes de santé. Sur la période de 2013-2016, les dépenses de santé de l'Etat sont restées constantes et tournent autour de 20% des dépenses totales en santé. Chacun des comptes a montré que l'Etat est en deuxième position des sources de financement de la santé après les ménages.

Tableau II : Ratios des dépenses de santé au Togo, années 2013 à 2016

Indicateurs	2013	2014	2015	2016
Dépenses totales de santé par habitant (FCFA par habitant)	20 319	21 094	23 098	25 076
Dépenses courantes de santé en pourcentage (%) du PIB	6,3	6,3	6,2	6,7
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	21,9	22,2	20,7	19,8
Dépenses privées de santé en % des dépenses totales de santé	60,5	60,7	62,3	59,1
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	17,6	17,1	17,0	21,1
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	54,7	53,6	57,5	50,4
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses totales de santé	54,2	53,1	53,4	49,6
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses courantes de santé	55,4	54,1	54,5	50,4
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	13,6	8,8	14,4	18,1
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	30,8	34,2	27,9	30,5
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	31,6	31,4	30,0	27,8
Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	13,3	15,3	13,5	11,4
Ratio formation brute de capital sur dépense totale de santé	2,1	1,9	2,2	1,7
Dépenses courantes de santé en % des dépenses totales de santé	97,9	98,1	97,8	98,3

Sources : MSHP, Comptes de la Santé (2013 & 2014 ; 2015 & 2016)

En ce qui concerne la part du budget général de l'Etat alloué au ministère de la santé, l'analyse montre une tendance en dents de scie de 2016 à 2019. En effet, la proportion du budget général de l'Etat allouée à la santé est passée respectivement de 5,14% (51,47/1002,2 milliards de FCFA) en 2016 à 4,63% (56,82/1227,423 milliards) en 2017 puis de 4,4% (58,05/1310,54 milliards) en 2018 à 4,28 % (59,20 milliards de F CFA/ 1 381,86 milliards F CFA)⁴ en 2019.

En considérant le budget général alloué au secteur de la santé (y compris les autres départements et institutions) et le service de la dette dans le budget général de l'Etat⁵, on constate que la part du budget alloué au secteur de la santé est passée de 6,08% en 2016 à 7,32% en 2017 et de 7,28% en 2018 à 6,78% en 2019. Ceci en dépit des engagements pris au sommet d'Abuja par les chefs d'Etats et de Gouvernements de consacrer au moins 15 % du budget général de l'Etat au secteur de la santé.

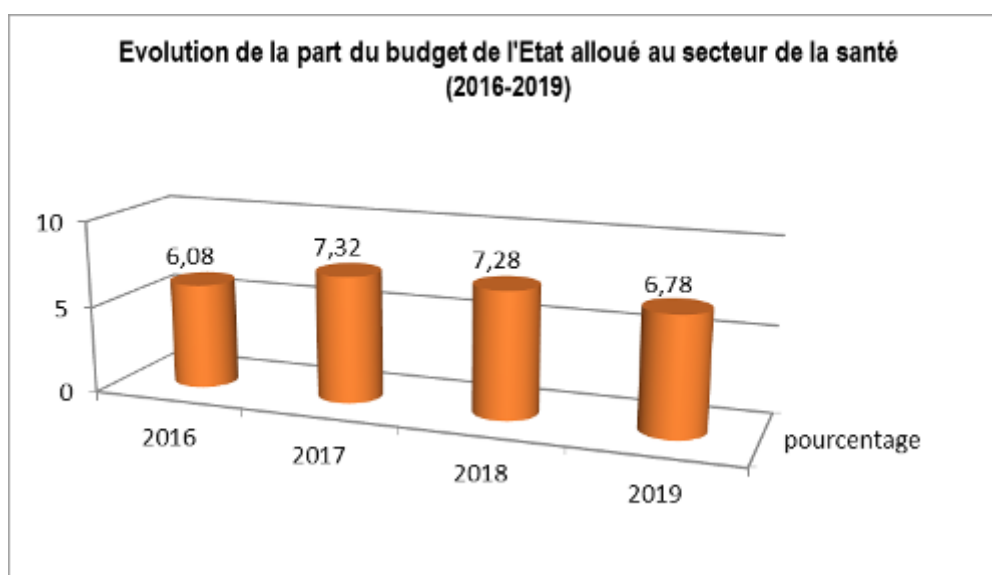


Figure 1 : Evolution de la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé
Source : DAF/MSHP, Rapport gestion 2019

En matière de mobilisation, de gestion et de suivi des ressources financières, plusieurs mécanismes sont utilisés. En effet, les procédures de gestion de l'Etat ne sont pas systématiquement utilisées par les différents partenaires. On assiste à une multiplicité de procédures rendant difficile la coordination de l'aide des partenaires.

Considérant la mise en commun des ressources, plusieurs mécanismes de financement cohabitent au sein du système. Ils fonctionnent de façon isolée sans réelle coordination, chaque mécanisme disposant de sa propre structure de gestion. Ceci a pour conséquence, une duplication, un éparpillement des ressources et compétences et une inefficience dans la gestion des financements. L'optimisation de la mobilisation des financements ainsi que leur gestion efficace attendue à travers la signature⁶ du deuxième Compact le 10 décembre 2019 entre le Gouvernement et les partenaires au développement du secteur de la santé est un défi majeur pour le système de santé. Ce nouveau Compact doit permettre au secteur de la santé d'établir un cadre unique et harmonisé pour une aide accrue, efficace et plus prévisible pour accélérer l'atteinte des objectifs du PNDS 2017-2022. La mise en œuvre de la stratégie nationale de

⁴ Loi des finances rectificative 2019

⁵ Financement du secteur de la santé est constitué du budget alloué au ministère de la santé et les le financement de la santé dans les autres institutions de l'Etat. Dans le calcul dénominateur, le service de la dette est exclu du budget général.

⁶ Les signataires du compact sont le gouvernement, la société civile, le secteur privé, les partenaires du développement bilatéraux et multilatéraux, les acteurs non étatiques du niveau national et autres parties prenantes.

financement de la santé permettra de réduire la fragmentation du système de financement de la santé pour une meilleure équité dans l'accès aux soins de santé et dans la contribution financière.

1.4. Ressources humaines

Les ressources humaines en santé sont insuffisantes, mal réparties et peu motivées. Deux causes principales expliquent cette situation : l'insuffisance de financement et l'insuffisance du cadre de formation et de renforcement des compétences.

Par ailleurs, on note aussi une absence de stratégie efficace favorisant l'exercice des pratiques en zones éloignées. Conscient de cette situation, le gouvernement a opéré d'importantes réformes légales et institutionnelles, en vue d'améliorer le pilotage et la coordination des ressources humaines en santé. A ce jour, on note entre autres réformes,

- la création de la direction des ressources humaines (décret n°2011-110/PR du 09 juin 2011),
- la réorganisation du ministère de la santé (décret n°2012-006/PR du 07 mars 2012),
- la mise en œuvre de programmes particuliers en faveur du développement des RHS (PROVONAT, PAGRHSM, initiative MUSKOKA, Soutien RSS-GAVI, etc.).

Pour renforcer le cadre de coordination et de facilitation du dialogue entre les parties prenantes engagées dans le développement des ressources humaines, un observatoire sur les ressources humaines en santé a été créé. En outre, d'autres réformes transversales ont permis d'enrichir le cadre légal de la gestion des ressources humaines.

L'effectif du personnel de santé du secteur public a connu une augmentation passant de 9 982 agents en 2012 à 10 911 agents au 31 décembre 2018. Ce renforcement des effectifs est dû à l'organisation de concours régionalisés de recrutement du personnel médical, paramédical et administratif pour le compte du ministère de la santé. Malgré cette approche de recrutement adoptée pour corriger les insuffisances quantitatives et la mauvaise répartition des ressources humaines, des écarts importants persistent. C'est pourquoi le début de la mise en œuvre du plan de recrutement qui est l'une des interventions du PDRHS (2016-2020) a conduit au recrutement de 2044 agents (1049 en 2017 et 995 en 2019).

Selon le rapport d'activités 2019 de la Direction des ressources humaines, l'effectif du personnel de santé du secteur public est passé de 10911 en 2018 à 11556 agents en 2019.

L'analyse des données du secteur privé fait ressortir que l'effectif des agents du privé est plus important dans les régions Lomé-Commune et Maritime (respectivement 1023 soit 27,46% et 971 soit 26,06%) que dans les autres régions (par exemple 313 soit 8,40% dans la région de la Kara et 366 soit 9,82% dans la région des savanes).

1.5. Le système national d'information sanitaire

Le SNIS est un ensemble composé de différents sous⁷ systèmes d'information, gérés par différentes structures au sein du ministère de la santé sous la coordination de la Direction du Système National d'Information Sanitaire et de l'Informatique (DSNISI). Il est décentralisé avec la mise en place de points focaux dans les structures déconcentrées. Toutefois, il est important de noter que le SNIS fait actuellement l'objet d'une attention particulière au regard de l'orientation vers les résultats. Il existe un plan directeur du SNIS 2018-2022 pour prendre en compte les problématiques émergentes. Ce plan a conduit à la mise à échelle du logiciel « District Health Information Software (DHIS2) » dont l'objectif est de disposer à terme d'un système intégré d'information pour la gestion globale de la connaissance avec les données issues de l'ensemble

⁷ Sous système de surveillance, sous système de gestion des programmes, sous système de gestion des ressources humaines, sous système de routine, sous système à base communautaire, sous système des finances

des sous-systèmes. A ce jour, l'utilisation du DHIS2 est effective pour toutes les parties prenantes dans le processus de collecte et d'analyse des données dans le système de santé ; ce qui a permis une amélioration de la qualité des données.

Par ailleurs avec l'appui de l'OMS, un projet pilote de surveillance épidémiologique avec l'outil Argus est en cours dans les régions Lomé commune et Savanes. Cet outil qui vise la détection précoce des épidémies et autres urgences de santé publique, permet d'envoyer des alertes sur des événements de santé, les rapports hebdomadaires et leur analyse en temps réel pour une réponse prompte.

Malgré ces efforts, des actions doivent être entreprises afin de : (i) rendre régulière la tenue des réunions des pools SNIS à tous les niveaux pour la validation des données, (ii) élaborer des outils propres aux structures hospitalières, (iii) rendre exhaustive la collecte des données du secteur privé, (iv) mobiliser de financement suffisant pour la reprographie des outils afin d'éviter leur rupture fréquente au niveau des formations sanitaires et d'acquérir de matériels (tablettes et d'ordinateurs) pour la gestion des données.

Par ailleurs, l'instabilité de la connexion internet constitue une grande menace pour le SNIS.

En termes de perspectives, il s'agit de :

- conduire la phase pilote du DHIS2 communautaire ;
- renforcer le cadre de concertation entre les programmes et la DSNISI pour finaliser le paramétrage des données des programmes ;
- organiser régulièrement les missions de triangulation des données à tous les niveaux ;
- intégrer les informations manquantes dans le DHIS2 aux RMA de collecte de données pour le suivi des indicateurs du PNDS notamment les données financières, les campagnes de vaccination et les enquêtes ;
- élaborer les RMA des grandes structures hospitalières à renseigner dans le DHIS2 compte tenu des services spécialisés ;
- réviser les RMA pour prendre en compte les nouvelles désagréments des indicateurs.

1.6. La recherche en santé

La recherche en santé souffre d'une insuffisance de financements. A titre d'exemple, les comptes de la santé 2016 estiment à 17,5 millions de FCFA, les dépenses consacrées à la recherche et développement dans le domaine de la santé, soit 0,01% des dépenses courantes de la santé. Ce montant est en deçà des recommandations de la déclaration d'Alger (2% des dépenses nationales de santé et au moins de 5% de l'aide extérieures destinée aux projets et programmes de santé). Toutefois, il faut relever que ces dépenses restent sous évaluées dans les activités des programmes. Un défi à relever par la division des études et recherche mise en place conformément au nouvel organigramme.

1.7. Approvisionnement en médicaments et vaccins de qualité

Il existe au niveau national, une Centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG-TOGO) chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments essentiels à travers sept (07) pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) dont deux (2) dans la région des Plateaux. La liste nationale des médicaments essentiels est régulièrement mise à jour avec l'appui de l'OMS.

En dehors de cette structure étatique il existe d'autres grossistes importateurs/distributeurs des médicaments.

Au cours de ces cinq (05) dernières années, le Ministère chargé de la santé a engagé une restructuration du secteur pharmaceutique suivant deux axes : le renforcement des fonctions de régulation pharmaceutique et la consolidation du système national d'approvisionnement

pharmaceutique (SNAP). La consolidation du SNAP s'est faite notamment à travers le renforcement de la CAMEG : l'opérationnalisation du nouvel organigramme de la CAMEG, élaboration d'un plan stratégique 2016-2020, la définition d'un nouveau modèle de gestion des médicaments et le démarrage de la mise en œuvre de la démarche assurance qualité pharmaceutique.

Cependant, le non respect des dispositions du SNAP (qui lui-même semble dépassé) participe au dysfonctionnement du système de santé et constitue un facteur limitant à l'accès aux produits de santé jusqu'au dernier kilomètre, sans compter le fardeau (dépenses de santé) qu'il représente pour les ménages.

Le circuit de distribution des vaccins utilisés dans le PEV est assuré jusqu'à ce jour par la Division de l'Immunisation faute d'une chaîne intégrée d'approvisionnement en produits de santé. La commande des vaccins et des consommables du PEV est faite par l'intermédiaire de l'UNICEF ; les approvisionnements passent par les étapes successives : l'élaboration du forecast, la validation du forecast par l'UNICEF et le Supply Division à Copenhag.

1.8. Politiques et stratégies nationales de développement

Les documents de politique et de stratégies nationales de développement sont les suivants :

- **Plan national de Développement (PND 2018-2022) :**

Adopté le 03 août 2018 par le gouvernement togolais, il a pour objectif global de ***transformer structurellement l'économie, pour une croissance forte, durable, résiliente, inclusive, créatrice d'emplois décents et induisant l'amélioration du bien-être social.*** Il est décliné en trois axes stratégiques qui sont : (i) mettre en place un hub logistique d'excellence et un centre d'affaires de premier ordre dans la sous-région, (ii) développer des pôles de transformation agricole, manufacturiers et d'industries extractives, (iii) consolider le développement social et renforcer les mécanismes d'inclusion.

- **Politique Nationale de Santé (PNS) :**

La nouvelle politique nationale de santé (horizon 2022) est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé. Cette politique nationale de santé sert de base à la planification nationale et de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé. Elle est en harmonie avec les priorités du programme mondial d'action sanitaire 2006-2015, la politique de la santé pour tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle, agenda 2020 et les orientations stratégiques 2010-2015 de la région Africaine de l'Organisation mondiale de la santé.

- **Plan National de Développement Sanitaire 2017 – 2022 :**

Il a été adopté le 08 février 2017 par le gouvernement. Son élaboration s'inscrit dans une double perspective : le souci d'apporter des solutions idoines aux problèmes dégagés par l'évaluation du PNDS 2012 - 2015 d'une part et l'alignement sur les ODD dans le cadre de la mise en place de la couverture sanitaire universelle d'autre part. Il est organisé en cinq axes stratégiques : (i) Accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile et renforcement de la planification familiale et de la santé des adolescents (ii): Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles ; (iii) Amélioration de la sécurité sanitaire et la réponse aux épidémies et autres urgences de santé publique ;(iv) Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé ; (v) Renforcement du système de santé vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) y compris la santé communautaire.

Notons que le programme élargi de vaccination s'inscrit dans les orientations du premier axe stratégique.

L'extension du PPAc jusqu'en 2022 est réalisée pour l'aligner sur le PNDS qui s'étend jusqu'en 2022.

2. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination

2.1. Vaccination systématique

2.1.1. Organigramme du PEV

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a démarré au Togo en 1980 et sa mise en œuvre a commencé par la région des Savanes. Le PEV a été étendu progressivement aux autres régions pour couvrir l'ensemble du territoire national en 1984.

La coordination du PEV est assurée par la Division de l'Immunisation (DI) qui est l'une des six Divisions de la Direction de Lutte contre la Maladie et des Programmes de Santé Publique (DLM/PSP) (selon l'arrêté 0021/2013/MS/CAB/SG).

La gestion du PEV au niveau régional et au niveau district est assurée par les Directeurs régionaux de santé et les Directeurs préfectoraux de la santé. Le suivi quotidien des activités du PEV dans les régions et districts est sous la responsabilité des points focaux PEV. Dans les formations sanitaires, le paquet minimum d'activités des soins de santé primaires comprend, entre autres, les activités de vaccination.

Le PEV est mis en œuvre à travers :

- la vaccination systématique des enfants de 0 à 11 mois contre douze (12) maladies meurtrières de l'enfance (tuberculose, tétanos, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, rougeole, rubéole, fièvre jaune, hépatite B, infections à l'*Haemophilus influenzae* b, infections à pneumocoque et diarrhées à rotavirus) ;
- la vaccination systématique des enfants de 15 à 23 mois contre la rougeole et la rubéole ;
- la vaccination systématique des femmes enceintes contre le tétanos maternel et néo-natal et la diphtérie ;
- les activités de vaccination supplémentaires.
- la surveillance des maladies évitables par la vaccination qui bénéficie de l'appui d'un Réseau de Laboratoires dont l'Institut National d'Hygiène (INH) est la référence.

2.1.2. Calendrier vaccinal actuel

Les âges et les périodes minima recommandés pour les différentes vaccinations sont présentés dans le tableau III ci-dessous :

Tableau III : Calendrier vaccinal actuel du PEV de routine au Togo

Contacts	Âges/périodes	Antigènes
Vaccinations des enfants de 0-11 mois		
1	Naissance	BCG, VPO 0
2	6 semaines	DTC-HepB-Hib1, VPO 1 Pneumo 1, Rota1*
3	10 semaines	DTC-HepB-Hib2, VPO 2 Pneumo2, Rota2*
4	14 semaines	DTC-Hep B-Hib3, VPO 3 Pneumo3*, VPI
5	9 mois	RR1, VAA, Vit A
Vaccinations des enfants de 15-23 mois		

6	15-23 mois	RR2
Vaccination antitétanique et antidiphtérique chez les femmes enceintes		
1	Au premier contact	Td1
2	4 semaines après Td1	Td2
3	6 mois après Td2	Td3
4	1 an après Td3	Td4
5	1 an après Td4	Td5

Dans le but d'élargir le spectre de protection des enfants contre les maladies évitables par la vaccination, de nouveaux vaccins seront progressivement introduits dans la vaccination de routine au Togo, notamment :

- le MenAfriVac contre la méningite A
- le vaccin contre le virus du Papillome Humain (VPH) contre le cancer du col de l'utérus ;
- le vaccin contre l'hépatite B à la naissance
- la 2^{ème} dose du VPI

2.1.3. Partenariat

La mise en œuvre du PEV mobilise d'importantes ressources provenant des partenaires et de l'Etat. Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA), dans lequel sont représentés le Ministère chargé de la Santé, le Ministère chargé de l'Economie, le Ministère chargé du Développement et les partenaires du PEV, est l'organe chargé de la coordination des interventions des différents partenaires pour le renforcement du programme.

Le PEV bénéficie également des interventions de la 2^{ème} subvention de soutien de GAVI Alliance au Renforcement du Système de Santé (RSS) en appui à la vaccination. Elle est mise en œuvre par le Ministère de la santé dans les formations sanitaires depuis 2018.

Par ailleurs le PEV collabore avec les organisations de la société civile (OSC) regroupées au sein de la plateforme POSCVI dans le cadre de la 2^{ème} subvention du Renforcement du Système de la Santé (RSS).

Pour répondre aux recommandations de la 59^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé visant à renforcer les capacités nationales pour une prise de décision adéquate, le Togo s'est doté du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination - Togo (GTCV-Togo) par arrêté n°2015/MS/CAB/SG/DGAS/DLMPSP/DI. Il est chargé d'apporter au Ministre de la Santé et aux Responsables nationaux de l'Immunisation des orientations dans la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

En vue de renforcer la coordination et la mise en œuvre des activités, d'autres organes consultatifs ont été mis en place en 2019, notamment le Groupe National Logistique pour la Vaccination (GNLV) et l'Equipe Nationale Qualité des Données (ENQD). Le GNLV a pour mission d'apporter au PEV l'expertise, l'assistance technique et le conseil en matière de renforcement de la chaîne d'approvisionnement pour la vaccination. L'ENQD est chargée de promouvoir et d'assurer le suivi des activités d'amélioration de la qualité des données.

2.1.1. Point sur l'évolution des indicateurs de PEV au cours des trois dernières années

Le tableau IV résume les principaux indicateurs du PEV au cours des 4 dernières années.

Tableau IV : Analyse de la situation de la vaccination systématique

Vaccination systématique	Indicateurs	Situation nationale			
		2016	2017	2018	2019
Couverture vaccinale administrative	Couverture pour le DTC-Hepb-Hib3 (%)	89	90	88	91
	Couverture pour le vaccin contre VAR/RR1 (%)	87	91	85	89
	couverture VAT/Td 2+ (%)	83	77	76	70
	Couverture DTC-Hepb-Hib3 selon l'enquête la plus récente (%) MICS 6 III réalisée en 2017	79	NA	NA	NA
	Pourcentage des enfants complètement vaccinés (%) MICS 6 réalisée en 2017	49	NA	NA	NA
Demande de vaccination	Pourcentage d'abandon du DTC-Hepb-Hib1 – DTC-Hepb-Hib3 (%) (données administratives)	4	2	5	3
	Pourcentage d'abandon du DTC-Hepb-Hib1 – VAR/RR1 (%) ; données administratives	7	2	8	5
Équité de la vaccination	Écart DTC-Hepb-Hib3 en pourcentage entre le milieu urbain (80,2%) et le milieu rural (77,8%) chez les enfants de 12-23 mois selon l'enquête MICS 6 réalisée en 2017	2,4	NA	NA	NA
	Nombre et pourcentage des districts ayant une couverture DTC-Hepb-Hib3 supérieure à 80% (données administratives)	37/40 (92,5%)	37/40 (92,5%)	39/41 (95%)	43/44 (97,7%)
	Ecart de couverture de DTC-Hepb-Hib3 entre le quintile le plus riche (83%) et le quintile le plus pauvre, (74%) selon l'enquête MICS 6 réalisée en 2017	9	NA	NA	NA
Introduction de nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée	0	0	2 (RR1, VPI)	1 (RR2)
	Couverture de la 1 ^{ère} dose de RR* (%)	NA	NA	85	89

	Couverture de la 2 ^{ème} dose de RR* (%)	NA	NA	NA	67
	Couverture du vaccin VPI* (%)	NA	NA	21	91
Effets indésirables post immunisation	Nombre de MAPI graves enregistrées	6	2	2	6
	Nombre de MAPI non graves enregistrées	472	462	375	418
	Ratio de reporting des MAPI pour 100 000 nourrissons survivants	162	154	122	134
Financement du PEV par l'Etat	Part de l'Etat au financement du PEV (%)	42	56	18	15

* Les nouveaux vaccins ont été introduits dans le PEV en février 2018 pour le RR1, le 4 octobre 2018 pour le VPI et le 30 janvier 2019 pour le RR2

- On note une stagnation des indicateurs du PEV au cours des quatre dernières années. Les couvertures vaccinales sont cependant supérieures à 80% pour le DTC-HepB-Hib3 et le VAR/RR1. Pour le VAT2+ ou le Td2+, la couverture est en baisse constante depuis 2016 et inférieure à 80% depuis 2017. La proportion d'enfants complètement vaccinés reste faible (49%) selon la dernière enquête MICS de 2017.
- Les abandons entre DTC-HepB-Hib1 et DTC-HepB-Hib 3, DTC-HepB-Hib1 et VAR/RR1 restent dans les limites acceptables (< 10%) ; cependant des actions doivent être menées pour améliorer davantage l'utilisation des services de vaccination.
- Les indicateurs de l'équité de la vaccination s'améliorent : le pourcentage de districts ayant une couverture en DTC-HepB-Hib3 supérieur à 80% a augmenté, en passant de 92,5% en 2016 à 97,7% en 2019. La différence de couverture DTC-HepB-Hib3 entre le milieu urbain et le milieu rural est de 2,4 selon l'enquête MICS6 2017 contre 4,3 en 2013 (MICS5/EDST3). Cependant l'écart de couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3 selon le quintile de bien-être économique entre les ménages pauvres et les ménages riches a augmenté en passant de 7 points en 2013 (MICS5/EDST3) à 9 points selon l'enquête MICS6 2017. Des actions doivent être menées pour améliorer davantage et de manière durable l'équité de l'accès aux services de vaccination.
- Le ratio des MAPI pour 100 000 nourrissons survivants a été de 162 en 2016, 154 en 2017, 122 en 2018 et 134 en 2019. Ce ratio chaque année a été supérieur au seuil attendu qui est 10 cas pour 100 000 nourrissons survivants.
- La part de l'Etat au financement du PEV prend en compte l'achat des vaccins, et le financement de l'approche ACD/ACE. Cependant le financement des activités de l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD) sont pour une grande part à la charge des partenaires (notamment GAVI Alliance, l'OMS et l'Unicef) et des COGES ; ce qui pose le problème de la pérennité du financement du PEV.

2.2. Initiative de lutte accélérée contre les maladies

2.2.1. Lutte contre les maladies transmissibles

Les maladies évitables par la vaccination qui sont l'objet des activités du PEV au Togo sont : la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B, les infections dues à *Haemophilus influenzae type b*, les infections à rotavirus et au pneumocoque, la rougeole, la rubéole et la fièvre jaune.

La lutte pour l'éradication de la poliomyélite a fait des avancées notables au Togo, avec des indicateurs de surveillance satisfaisants. Le taux de Paralysie Flasque Aiguë (PFA) non polio, indicateur majeur de la surveillance des cas de poliomyélite, est resté supérieur à 2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans depuis l'année 2000 et supérieure à 3 depuis l'année 2013. La proportion d'échantillon de selles adéquats a également été acceptable ces dernières années bien que des efforts doivent être déployés pour une amélioration continue de cet indicateur.

En 2007, le Togo a été déclaré pays libéré de poliovirus sauvage autochtone. Cependant, 9 cas importés de poliovirus sauvage ont été notifiés en 2008 et 2009. Le dernier cas importé remonte au 28 mars 2009 dans le district de Est-Mono. Cette situation a donné lieu à l'organisation de 9 campagnes de vaccination de riposte antipolio entre décembre 2008 et novembre 2014. Depuis le mois de mars 2009, le Togo n'a plus connu de cas de PVS. Par ailleurs, le Togo n'a jamais enregistré de PVS de type 2.

En avril 2016, le Togo a procédé au remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent (Switch) dans la vaccination de routine dans le cadre du processus mondial d'éradication. Le vaccin antipoliomyélique inactivé qui devait être introduit en 2016 ne l'a été qu'en octobre 2018, soit 2 ans après le Switch.

Depuis septembre 2019, le Togo fait face à une épidémie de poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale de type 2 (cVDPV2). A la date du 1 juillet 2020, 17 cas de cVDPV2 ont été confirmés dont la répartition est faite dans le tableau V ci-dessous.

Tableau V : Répartition des cas confirmés de PVDV2 au Togo de 2019 à 2020

N°	N° EPID	Année	District de notification	District de résidence	Région de résidence	Cas contacts ou communautaires positifs
1	TOG-PLA-EST-19-081	2019	Est-Mono	Est-Mono	Plateaux	TOG6-PLA-EST-19-081C6
2	TOG-SAV-OTS-19-111		Oti-Sud	Oti-Sud	Savanes	TOG-SAV-OTS-19-111CC14
3	TOG-SAV-OTS-19-116		Oti-Sud	Oti-Sud	Savanes	RAS
4	TOG-PLA-ANI-19-120		Anié	Anié	Plateaux	RAS
5	TOG-SAV-TON-19-126		Tone	Tone	Savanes	RAS
6	TOG-PLA-ANI-19-141		Anié	Anié	Plateaux	RAS
7	TOG-SAV-CIN-19-152		Cinkassé	Cinkassé	Savanes	RAS

8	TOG-LCO-DN2-19-155		D2	D2	Lomé-Commune	RAS
10	TOG-LCO-DN1-20-003		Agoe	Agoè	Maritime	TOG-MAR-GOL-20-003CC3, TOG-MAR-GOL-20-003CC6 , TOG-MAR-GOL-20-003CC14, TOG-MAR-GOL-20-003CC15, TOG-MAR-GOL-20-003CC17
11	TOG-LCO-DN5-20-005	2020	District 5	D2	Lomé-Commune	RAS
12	TOG-SAV-CIN-20-007		Cinkassé	Cinkassé	Savanes	RAS
13	TOG-LCO-DN5-20-011		District 5	Golfe	Maritime	RAS
14	TOG-SAV-KPE-20-012		Kpendjal	Kpendjal	Savanes	RAS
15	TOG-LCO-DN5-20-016		District 5	Golfe	Maritime	TOG-LCO-DN5-20-016CC2, TOG-LCO-DN5-20-016CC4
16	TOG-LCO-DN5-20-030		District 5	Agoè	Maritime	RAS
17	TOG-LCO-DN5-20-034		District 5	Golfe	Maritime	RAS
18	TOG-MAR-VO -20-043		Vo	Vogan	Maritime	RAS

Cette nouvelle donne a amené le pays à l'organisation de 7 tours de vaccination ayant déjà couvert les 4 régions septentrionales. D'autres campagnes sont planifiées pour couvrir les régions Maritime et Lomé Commune après la stabilisation de la pandémie de COVID-19.

La campagne de vaccination de masse contre la rougeole des enfants de 9 mois à 14 ans organisée en 2001, a permis la réduction de 100% de la mortalité liée à cette affection, ainsi qu'une baisse de la morbidité de 84 %, entraînant la disparition des épidémies quasi-annuelles de rougeole en 2002 et 2003.

Fort de ces résultats, une nouvelle campagne contre la rougeole a été organisée en décembre 2004 et janvier 2008. Cependant, depuis 2008 le pays connaît des flambées épidémiques dans certains districts.

Ce qui justifie l'organisation d'une quatrième et une cinquième campagne de vaccination en novembre 2010 et novembre 2013 pour 4 régions, complétée en janvier 2015 pour les 2 régions restantes.

En février 2018, pour augmenter la protection des enfants, une autre campagne nationale contre la rougeole et la rubéole intégrée à la supplémentation à la vitamine A et au déparasitage à l'albendazole a ciblé les enfants 6 mois à 14 ans. A la suite de cette campagne, le vaccin anti-rougeole a été remplacé par le vaccin contre la rougeole et la rubéole. En outre, la 2^{ème} dose de ce vaccin combiné rougeole – rubéole a été introduit en janvier 2019 et cible les enfants âgés de 15 mois.

Tétanos néonatal (TNN) : Les performances du Togo en matière de vaccination ont conduit à la validation de son élimination en 2005. Toutefois en 2019, 11 districts ont notifiés 13 cas dont 2

décès. Pour le premier semestre de 2020, 6 districts ont notifiés 7 cas sans décès. Les cas de TNN restent toujours en dessous de 1 cas pour 1000 naissances vivantes.

D'une manière générale, une attention particulière doit être accordée au renforcement de la surveillance épidémiologique afin de mieux apprécier les tendances actuelles en matière d'évolution des cas de TNN.

La Tuberculose (TB):

En 2019, 2664 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés, donnant un taux de notification de la TB de 33 cas pour 100 000 habitants. Les nouveaux cas pulmonaires confirmés bactériologiquement représentent 76,38% de l'ensemble, suivis des cas de tuberculose extra-pulmonaire, confirmés bactériologiquement ou diagnostiqués cliniquement (12,5%). Les cas de rechute confirmés bactériologiquement font 4,39% des cas. Les cas de tuberculose pulmonaire, diagnostiqués cliniquement (TPB-) viennent en 4ème position avec 3,56% des cas et les cas déjà traités hors rechutes (échecs et traités après avoir été perdus de vue) terminent le classement avec 3,15% des cas notifiés. Les cas incidents toutes formes (Nouveaux cas et rechutes) font 96,69% des cas totaux (2576/2664). On note une légère hausse des cas notifiés par rapport à l'année 2018 pendant laquelle 2501 cas toutes formes confondues ont été notifiés. Cette hausse est de 6,51%, soit 163 cas de TB de plus qu'en 2019.

En 2019 et parmi les cas toutes formes confondues, 2508 cas sur les 2664 ont été testés à la sérologie VIH ou ont leur statut VIH documenté (94,14%). Parmi les 2508 cas testés 409, soit 16,30% ont été séropositifs au VIH. Un total de 401 patients coinfectés TB/VIH sur les 409 (98,04%) ont démarré un traitement ARV et sont également mis sous chimioprophylaxie au cotrimoxazole. Le dépistage de l'infection au VIH chez les patients tuberculeux est rentré dans les habitudes des prestataires, ce qui explique cette progression remarquable de 17% en 2008 à 94,3% parmi les Cas de TB toutes formes confondues en 2019. Toutefois la cible recommandée qui est 100% n'est toujours pas atteinte. (Source = Rapport annuel des activités du Programme national de lutte contre la tuberculose au Togo en 2019).

Méningites : La surveillance de la méningite reste capitale dans la lutte contre les épidémies. Au Togo, il existe 3 types de surveillance de la méningite : La surveillance renforcée, la surveillance au cas par cas et la surveillance sur site sentinelle de méningites bactériennes pédiatriques.

De 1997 à 2019, le Togo a connu 6 épidémies dont les plus importantes sont celles de 1997 (3387 cas et 515 décès) et de 2016 (1854 cas et 118 décès). La dernière est celle de 2019 (498 cas et 15 décès). Toutes ces épidémies ont fait l'objet d'une riposte vaccinale adaptée. La létalité a beaucoup régressé passant de 21,6% en 2003 à 2,2% en 2019.

Le profil épidémiologique a connu une évolution. En effet, on note une prédominance de pneumocoque Hib et NmA avant 2013. Depuis 2014, on note une prédominance NmW, la disparition de NmA et l'apparition de NmX et NmC.

En 2019, les germes mis en cause sont : méningocoque C (104 cas soit 77%), le pneumocoque (22 cas soit 16%), *Haemophilus influenzae* (3 cas soit 2%), le méningocoque W (1 cas soit 1%), autres (5 cas soit 4%).

Depuis 2003, la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques est réalisée au Togo au CHU-SO de Lomé qui constitue l'unique site sentinelle du pays.

A partir de 2010, trois sites sentinelles sont impliquées dans la surveillance : CHU Sylvanus Olympio, CHU Campus et CHR Dapaong.

Le nombre de cas confirmés de méningites bactériennes pédiatriques a connu une diminution après l'introduction des vaccins PCV13 passant de 18 en 2011 à 1 en 2018.

Diarrhées à Rota virus : La surveillance des diarrhées à rota virus a démarré au site sentinelle du CHU Sylvanus Olympio au Togo en février 2008. Les résultats de cette surveillance révèlent que plus de 50% des cas de diarrhée hospitalisés au site chez les enfants de moins de 5 ans sont dus aux rotavirus.

Le Human Papilloma Virus (HPV ou VPH) : Selon les données issues de GLOBOCAN pour les estimations sur les cancers dans le monde, le Togo a une population de 1,79 millions de femmes âgées de 15 ans et plus qui sont à risque de développer le cancer du col de l'utérus. Les estimations actuelles indiquent que chaque année, 595 femmes sont diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus et 417 en meurent.

Selon toujours les estimations du GLOBOCAN, le cancer du col de l'utérus, au Togo, est le 2^e cancer tous sexes confondus (14,9%) après le cancer du sein (16,6%). Le cancer du col est également, au Togo, le 2^e cancer de la femme (24,8%) après le cancer du sein (27,6%).

Les estimations font état d'environ 21,5% des femmes dans la population générale en Afrique de l'Ouest qui sont porteuses du virus HPV à un moment donné.

La disponibilité du vaccin contre le HPV qui protège contre le cancer du col à 70% est une bonne opportunité pour le Togo de réduire la mortalité et la morbidité chez les femmes à risque.

Le Togo a bénéficié du financement de GAVI pour réaliser un projet de démonstration de l'administration de ce vaccin dans deux districts (Tchamba et Golfe) pour deux années scolaires (2015-2016 ; 2017-2018). La première dose a été administrée du 2 au 6 novembre 2015.

Maladies émergentes : l'émergence dans la sous-région Ouest africaine de nouvelles maladies telles que la grippe aviaire (due au virus H5N1), la maladie à Virus Ebola et COVID-19 constituent un danger pour la santé publique et doivent être prises en compte dans la surveillance et la riposte.

N.B : Les données sur la surveillance des maladies évitables par la vaccination sont issues des bases des données de la Division de la Surveillance Intégrée des Urgences Sanitaires de la Riposte.

Pour les autres maladies transmissibles telles que l'**ulcère de Buruli**, le **noma**, la **filariose lymphatique**, la **bilharziose**, la **lèpre**, la **trypanosomiase**, le **pian**, les efforts sont à renforcer sur la base des acquis actuels.

2.2.2. Lutte contre les maladies non transmissibles

La situation sanitaire se traduit également par l'émergence des maladies non transmissibles dont la plupart sont liées aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales, du diabète, des cancers, des accidents domestiques, des violences dans les foyers, de la drépanocytose, etc.

Les carences en micro nutriments (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. La distribution de la vitamine A est réalisée en routine chez les enfants, lors de la vaccination et chez la femme accouchée et lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

Les indicateurs de performance contenus dans le tableau VI ci-dessous donnent le sens de l'évolution des efforts en matière de lutte contre la maladie.

2.2.3. Analyse de la situation de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies

Le tableau VI montre une analyse de la situation de **l'initiative de lutte accélérée contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination**.

Il ressort que :

- D'une manière générale, les districts les moins performants sur les 3 dernières années sont les districts D2, Golfe et Ogou
- Au niveau régional, en 2014, les districts les moins performants appartiennent essentiellement aux régions Centrale et Plateaux.
- De 2012 à 2014, deux tours de JNV Polio ont été organisés chaque année avec des couvertures supérieures à 95%, le dernier cas de PVS remonte à mars 2009.
- Le taux de PFA non Polio est resté supérieur à 2 pour 100 000 habitants sur les trois dernières années.

Tableau VI : Analyse de situation de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination

Initiative du contrôle des maladies	Indicateurs	Situation nationale							
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polio	Estimation officielle de Couverture VOP3 (%)	91	76	85	88	89	84	66	86
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans (%)	2,9	5,21	4,2	3,26	3,33	3,96	4,7	5,2
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV) et locales (JLV)	1	2	2	0	0	0	0	5
	Écart de couverture entre les tours de JNV	97,90%	2 (97,6%/99,7%)						2 à 4 (105,3 ; 109,7 ; 106,9 ; 104,6 ; 107,2)
TMN	Couverture par VAT2+ ou Td2+ en 2019 (%)	83	79	80	78	83	77	76	70

	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal	66	65	66	69	64	73	73	75
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ya-t-il eu des activités supplémentaires de Vaccination ? (O/N)	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (EDST III en 2013 (%))	59							
Rougeole Rubéole	Couverture du vaccin anti-rougeole (1ère dose) (%)	87	82	82	85	87	91	85	89
	Couverture du vaccin anti-rougeole (2e dose)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	67

	Nombre de flambées de rougeole confirmées par laboratoire	15	23	14	0	1	2	3	5
	Étendue géographique des JNV		Sub-National		Sub-National			National	
	Groupe d'âge	NA	9mois-9 ans		9mois-9 ans			9mois-14 ans	
	Couverture		96%		99%			98%	
	Nombre total de cas de rougeole confirmé au laboratoire	238	286	151	20	15	47	35	69
	Nombre total de cas suspect de rubéole confirmé au laboratoire	33	38	16	57	276	39	37	2
Fièvre jaune	Couverture de vaccination antiamarile	87	83	82	85	86	91	86	89
	Nombre et pourcentage des districts notifiant au moins un cas suspect	34/35 (97%)	39/40 (97,5%)	37/40 (92,5%)	39/40 (97,5%)	40/40 (100%)	40/40 (100%)	41/41 (100)	44/44 (100%)
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ? (O/N)	N	N	N	N	N	N	N	N

Méningite épidémique	Couverture du vaccin antiméningococcique A (%), Campagne MenAfriVac dans les quatre régions septentrionales (Résultat d'enquête de couverture)	NA	NA	102% (adm)	NA	NA	NA	NA	NA
				98% (évaluation externe)					
Performance des districts	Nombre de districts ayant une couverture en DTC-Hepb-Hib3 inférieur à 80%	1/35 (Golfe)	3/40 (Ogou, Kloto, Golfe)	6/40 (Doufelgou, Tchamba, Sotouboua, Moyen-Mono, Golfe, D2)	7/40 (D2, D3, Golfe, Bassar, Kpendjal, Tandjouare et Tône)	3/40 (D2, Danyi et Kpélé)	3/40 (D2, Anié et Tandjouare)	2/41 (D2, D3)	1/44 (D2)
	Nombre de districts ayant une couverture en VAR/RR1 inférieur à 80%	7/35 (Assoli, Wawa, Ogou, Golfe, D4, D2)	14/40 (Tône, Oti, Kozah, Wawa, Akébou Anié, Ogou, Moyen-Mono, Kloto, Haho, Agou, Vo, Golfe, D2)	14/40 (Tandjoare, Doufelgou, Binah, Tchamba, Sotouboua, Wawa, Ogou, Moyen-Mono, Haho, Danyi, Vo, Golfe, Avé, D2)	8/40 (D2, D3, Golfe, Danyi, Wawa, Sotouboua, Tchamba, Tandjouare)	9/40 (D2, D3, Avé, Golfe, Danyi, Kpélé, Moyen-Mono, Ogou, Tchaoudjo)	6/40 (D2, Anié, Danyi, Ogou, Wawa, Tandjouare)	12/41 (D2, Agou, Anié, Danyi, Kpélé, Ogou, Wawa, Assoli, Binah, Doufelgou, Kozah et Tandjouare)	4/44 (D2, Akebou, Ogou, Blitta)

NB : les données de routine sont celles des estimations officielles OMS/UNICEF

2.3. Analyse de la performance du système de vaccination

Le tableau VII présente l'analyse de la situation des 7 composantes du système de vaccination. Ne sont pas présentées, les composantes « Prestations des services de vaccination » et « Surveillance et notification » qui ont été déjà présentées séparément dans les sections précédentes.

Sont présentés dans ce tableau une analyse succincte de quelques indicateurs des composantes « gestion du programme », « gestion des ressources humaines », « coût et financement », « approvisionnement, qualité et logistique des vaccins », « génération et communication de la demande ».

Tableau VII : Analyse de la situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

		RÉSULTATS			
Composantes du système	Indicateurs	2016	2017	2018	2019
1. GESTION DU PROGRAMME					
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par l'Agence Nationale de Règlementation	5	5	5	5
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (line item) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui	Oui
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Oui	Oui	Oui	Oui
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ? (Politique	Non	Non	Non	Non
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par	Oui	Oui	Oui	Oui
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microproplan annuel de vaccination	35 (100%)	40 (100%)	44(100%)	44 (100%)
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues et au cours desquelles la question de la vaccination matérialisée a été abordée	4	3	4	3
	Nombre de réunions du GTCV* (ou équivalent) tenues (réunions statutaires)	NA	3	2	3

Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de	0	0	0	0
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé (médecin, infirmiers et sages-femmes) pour une population de 10 000 habitants	5	6,4	7,3	7,1
	Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants		?	?	?
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 Mild Level Management (MLM) ou VDP		2 agents	0	0
	Nombre 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)	431		1 989	1 700
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination		Oui	Non	Non
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central	1 sur 2	1 sur 2	1 sur 2	1 sur 2
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT					
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	42%	56%	18%	15%
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700) y compris les coûts partagés		USD	3,5USD	4,2USD

	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés au programme de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	Non	Non	Non	Non
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS					
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	0	0	0	0
Approvisionnement des vaccins	Ya-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	Non	Non	Oui	Oui
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois	NA	NA	2	3
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s) ? NB: Rupture des seringues BCG, BS et S dilution	NA	NA	VAR, VPO	BCG, VPO
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	31/40 (77%)	34/40 (77%)	34/44 (77%)	33/44 (75%)
	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) ? Deux GEV réalisées en 2011 et 2015	Non	Non	Non	Non
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	NA	NA	NA	NA

	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid NB : il existe un plan national de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid qui prend en compte les besoins des districts	0%	100%	100 %	100 %
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des	Oui	Oui	Oui	Oui
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE					
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la		Oui	Oui	Oui
Recherche	Année des études Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) au sein de la		Oui	Non	Oui

*Le Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) a été créé en 2015 mais n'est devenu fonctionnel qu'en 2017.

2.3.1. Gestion du programme et ressources humaines

❖ Gestion du programme

La Division de l'Immunisation est l'institution nationale chargée de la planification, de la supervision et de l'évaluation des activités du programme élargi de vaccination tant pour la vaccination de routine que pour les activités de vaccination supplémentaires (AVS). Les activités du PEV sont mises en œuvre avec l'appui des partenaires (GAVI, OMS, UNICEF, Plan Togo OOAS etc.). Le pays dispose d'un plan stratégique pluriannuel de vaccination (PPAC). Chaque année, un plan annuel budgétisé est élaboré au niveau national à partir du PPAC pour la mise en œuvre du PEV. Des microplans annuels prenant en compte le PEV sont élaborés dans tous les districts. Cependant le pays ne dispose pas d'un document spécifique de politique nationale de vaccination.

Pour la coordination des activités, le CCIA et le GTCV jouent un rôle important. Ayant démarré ses activités en 2017, le GTCV a déjà émis 4 avis sur différents thématiques (utilisation de la dose fractionnée du VPI, introduction nationale en routine des vaccins VPH, MenAfriVac, introduction de la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B). Les termes de référence du CCIA ont été renouvelés en 2018 par arrêté ministériel pour prendre en compte les résultats des évaluations de son fonctionnement. Selon l'article 9 de son règlement intérieur, le CCIA tient chaque année trois sessions ordinaires et des sessions extraordinaires chaque fois que de besoin.

En matière de réglementation des vaccins, le PEV collabore avec la Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DPML) qui joue le rôle d'Agence Nationale de Réglementation (ANR). Sur les 8 principales fonctions essentielles de la réglementation pharmaceutique, la DPML en remplit 5, notamment l'octroi des licences, l'homologation, l'inspection pharmaceutique, la pharmacovigilance et le contrôle des importations. Les fonctions qui ne sont pas encore assurées sont : l'approbation des essais cliniques, la libération des lots et le contrôle qualité.

Cependant tous les vaccins utilisés par le PEV au Togo sont préqualifiés par l’OMS et leur approvisionnement est réalisé à travers l’Unicef.

Le PEV bénéficie d’un engagement du Gouvernement qui se traduit par l’inscription et l’exécution de lignes budgétaires consacrées à (i) l’achat des vaccins traditionnels et le cofinancement des vaccins achetés par GAVI dans le budget national depuis 2004 et (ii) à la subvention de l’approche ACD/ACE depuis 2016.

❖ **Gestion des ressources humaines**

L’analyse des ressources humaines en santé au Togo montre que le personnel de santé est plus concentré dans la région Lomé-Commune que dans les autres régions. Selon le rapport de performance 2018 du Ministère de la Santé, la région Lomé-Commune y compris le niveau central regorge à elle seule près du tiers (32,4%) du personnel de santé du secteur public alors que la région des Savanes ne compte que 10,5% de l’effectif du secteur public. En ce qui concerne le PEV et la surveillance, les points focaux sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer la gestion des différentes composantes du programme sous l’autorité des Directeurs régionaux et préfectoraux de la santé.

Cependant, la revue externe du PEV 2019 a révélé une insuffisance du personnel en quantité et en qualité pour réaliser l’ensemble des activités dévolues au PEV surtout au niveau formation sanitaire.

Suite aux recommandations de l’évaluation de la GEV de 2015 et de l’évaluation post-introduction des nouveaux vaccins PCV13 et Rotarix en 2015, le personnel du PEV a bénéficié des formations à différents niveaux de la pyramide sanitaire de 2015 à 2019, avec l’appui technique et financier des partenaires, notamment l’OMS et l’Unicef. Ces formations ont concerné différents domaines, notamment :

- ✓ la gestion des vaccins;
- ✓ la gestion du PEV ;
- ✓ la gestion informatisée des données de vaccination et des stocks de vaccins (utilisation du DVD-MT et du SMT) ;
- ✓ la maintenance préventive des équipements de la chaîne du froid ;
- ✓ les stratégies de vaccination pendant la deuxième année de vie des enfants (2YL) ;
- ✓ l’optimisation du DHIS2 pour l’analyse des données du PEV (utilisation du WHO data quality App et du Routine Immunization App) ;
- ✓ l’analyse de l’équité de l’accès aux services de vaccination ;
- ✓ la surveillance et la gestion des Manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).

Ces formations ont contribué à l’amélioration de la couverture vaccinale.

Malgré les efforts consentis, des besoins de formation et de mise à niveau sont exprimés dans plusieurs domaines de la gestion du PEV selon les résultats de la dernière revue externe du PEV. Ces besoins en formations ont été surtout formulés dans le domaine de la gestion de la chaîne de froid (71% des enquêtés), de la gestion des vaccins (64% des enquêtés), la gestion des MAPI (62% des enquêtés) et la gestion des données (40% des enquêtés).

En vue d’améliorer la qualité des services de vaccination de routine, le plan de supervision des gestionnaires du PEV et des prestataires est structuré de la manière suivante :

- ✓ supervision semestrielle du niveau national vers les régions et districts ;

- ✓ supervision trimestrielle du niveau régional vers les districts ;
- ✓ supervision mensuelle du niveau district vers les formations sanitaires.

Toutefois les supervisions sont irrégulières à tous les niveaux selon les résultats des différentes évaluations. L'insuffisance de supervision du personnel du PEV a été relevée surtout au niveau opérationnel (38% des enquêtés ont été supervisés depuis plus de 6 mois) selon la revue externe du PEV 2019.

Selon les résultats de la Revue du PEV réalisée en 2019, de nombreux défis restent à relever :

- **au niveau de la gestion du programme :**
 - l'augmentation du financement de l'Etat alloué pour le cofinancement des vaccins
 - l'augmentation du financement global du PEV y compris pour l'achat des vaccins et la mise en œuvre du programme (stratégie fixe et avancée) ;
 - La capitalisation de la part du financement des COGES dans le PEV ;
 - l'élaboration de la politique nationale de vaccination.

- **Au niveau de la gestion des ressources humaines :**
 - l'appui des formations sanitaires, des districts, des régions et du niveau central en ressources humaines qualifiées ;
 - la formation du nouveau personnel en gestion du PEV, en gestion de la chaîne de froid et des vaccins ainsi qu'en gestion des données y compris la surveillance ;
 - le développement de la supervision formative de qualité à travers la formation et la réalisation effective des supervisions selon les fréquences requises ;

2.3.2. Coût et financement

Pour l'analyse des coûts et du financement de l'année de référence (2016), voir la section 6 du présent document entièrement consacré aux coûts et financement du programme.

2.3.3. Vaccins, chaîne de froid et logistique

La situation actuelle de l'équipement de la CDF à ce jour se présente de la manière suivante :

➤ Au niveau central :

Le dépôt central dispose des équipements de chaîne du froid suivants :

- 2 chambres froides positives de 10 000 litres chacune ;
- 1 chambre froide positive de 20 000 litres ;
- 2 chambres froides positives de 25 000 litres chacune ;
- 1 chambre froide positive de 40 000 litres ;
- 2 chambres froides négatives de 15 000 litres chacune ;
- 4 congélateurs FC W 300 d'une capacité nette de 1056 litres.

Au total le dépôt central dispose d'une capacité brute en positif de 120 000 litres soit une capacité nette de 32432 litres et en négatif une capacité brute de 30 000 litres soit une capacité nette de 8108 litres.

En 2019, le Togo a bénéficié de l'appui de GAVI pour l'achat de 2 chambres froides d'une capacité de 30 000 litres chacune qui sont en cours d'installation. Ce qui pourrait augmenter la capacité brute à 180 000 litres soit une capacité nette de 48 648 litres et rendre satisfaisante le stockage en positif.

Suite à la mise à jour de l'inventaire 2019, le dépôt central dispose d'une capacité suffisante de stockage en positif et en négatif. Par contre la capacité nette des congélateurs dédiés à la production des accumulateurs de froid est insuffisante.

Toutes ces chambres froides sont munies de moniteurs continus de températures et d'un système d'alarme (Friedge tag).

Ces équipements sont en bon état de fonctionnement. Le contrat de maintenance des équipements de chaîne de froid qui est reconduit chaque année depuis 2002 est d'actualité.

L'ensemble des chambres froides du niveau central est équipé d'un système d'enregistrement automatique et continu de la température qui depuis 2016 ne fonctionne plus.

Pour pallier au déficit de capacité de stockage en négatif pour la production des accumulateurs de froid, le dépôt central a acquis en 2019 des fonds GAVI de 9 congélateurs FCW 300 dont 5 seront dédiés au niveau central.

➤ **Au niveau régional**

L'évaluation des besoins en capacités de stockage de chaîne du froid des dépôts régionaux donne la situation suivante :

- Le pays dispose de cinq (5) dépôts régionaux opérationnels qui sont ceux de la région Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. Dans la situation actuelle, aucune de ces régions ne dispose de capacité de stockage au froid positif suffisant pour stocker les vaccins pour les trois mois d'approvisionnement prévus. Les districts du grand Lomé s'approvisionnent directement au dépôt central compte tenu de la proximité immédiate (1Km) et du fait que le dépôt régional du Grand Lomé n'est pas opérationnel. En ce qui concerne le stockage en négatif, aucun problème n'est à signaler d'ici 2022 . Les tableaux ci-dessous illustrent la situation.

Pour pallier l'insuffisance de capacité de stockage en positif dans les régions, le pays a bénéficié de l'appui de GAVI pour un achat de trois (3) chambres froides en 2017 d'une capacité de 30 000 litres chacune qui sont en cours d'installation. Les travaux vont s'achever au cours de l'année 2020. Ce retard est dû au non financement du transport, de la construction des locaux devant abriter les chambres froides de même que l'installation des dites chambres.

Ainsi chacune des chambres froides avec un groupe électrogène de 60KVA sera installée dans les dépôts des régions Maritime, Plateaux et Kara. Le dépôt de Kara pourra servir les régions des Savanes et Centrale. Dans chaque dépôt où seront installées les chambres froides, un véhicule à long châssis est prévu pour le convoyage des vaccins et consommables dans les districts et régions.

Tableau VIII : Capacité de stockage positive versus besoins projetés pour chaque dépôt régional

Nom dépôt	Population totale (2017)	Capacité nette disponible réfrigération (litres) à +5°C	Capacité nette disponible congélation (litres) à -20°C	Besoins annuels en capacité de froid positive					
				2017	2018	2019	2020	2021	2022
Maritime sans Golfe	1 205 668	776 litr	575 litr	1 378 litr	1 462 litr	1 565 litr	1 602 litr	1 760 litr	1 815 litr
Plateaux	1 609 994	377 litr	281 litr	1 841 litr	1 952 litr	2 089 litr	2 140 litr	2 349 litr	2 424 litr
Centrale	725 394	601 litr	973 litr	830 litr	880 litr	942 litr	965 litr	1 059 litr	1 092 litr
Kara	903 368	553 litr	271 litr	1 033 litr	1 096 litr	1 173 litr	1 201 litr	1 319 litr	1 361 litr
Savanes	963 411	1 428 litr	562 litr	1 101 litr	1 168 litr	1 251 litr	1 281 litr	1 406 litr	1 451 litr

➤ **Au niveau district**

- Le pays dispose de 44 dépôts de district. Dans la situation actuelle des capacités de stockage, 16 districts ont une capacité de stockage insuffisante surtout avec la création de nouveaux districts (Mô, Kpendjal, Ouest Oti sud et Agoè-nyivé). A ce jour, 17 dépôts de districts ont une capacité de stockage insuffisante.
 - Afin de résoudre de façon durable la couverture des besoins de chaîne du froid des dépôts districts, il se dégage un besoin de 30 réfrigérateurs TCW 3000 pour les dépôts des districts. C'est ainsi que dans le cadre du CCEOP 2 et 3, au total 17 réfrigérateurs de type TCW 80 AC de capacité de 80 litres seront acquis pour équiper les districts à faible capacité de stockage.

➤ **Au niveau périphérique (formations sanitaires)**

Des résultats de l'inventaire actualisé en avril 2015 et mise à jour en 2019, il ressort :

- au moins un réfrigérateur fonctionnel dans 525 formations sanitaires sur 713 (soit 74%), fonctionnant à pétrole, à l'électricité, au gaz et à l'énergie solaire ;
- 78 centres de vaccination (11%) ne disposaient pas de réfrigérateur fonctionnel pour la conservation des vaccins. Par ailleurs, 299 centres de vaccination (soit 59%) ne disposent pas de moyens de déplacement (moto). Cette situation n'est pas favorable à l'exécution de la stratégie avancée et de la supervision.

De façon générale l'inventaire fait ressortir :

- Une grande disparité des équipements
- Un fort taux (11%) des équipements en panne.

Il est prévu, dans le but de remplacer les réfrigérateurs qui seront amortis au cours de la période 2016-2022, l'acquisition de 110 réfrigérateurs pour les centres de santé.

Avec l'approbation de la soumission à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid auprès de Gavi en 2017, cent quatre-vingt-neuf (189) réfrigérateurs sont acquis et installés prioritairement dans les formations sanitaires sans réfrigérateur ou disposant de réfrigérateur en panne en 2018. Cela a amélioré la capacité de stockage dans ces formations sanitaires.

Cette année 2020 dans le cadre du CCEOP2 et 3 il est commandé dans la soumission à Gavi, 154 réfrigérateurs pour équiper les formations sanitaires ayant des équipements non homologués par OMS.

Il est aussi prévu en 2020 dans la soumission à Gavi, 285 réfrigérateurs pour équiper les formations sanitaires ayant des équipements vétustes (âge > 10 ans).

Maintenance des équipements de la chaîne du froid

Un système de maintenance impliquant les techniciens du froid privés sera mis en place à travers la mise en œuvre des plans de maintenance (préventive et curative) de la chaîne de froid (des chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs), des groupes électrogènes et des bâtiments à tous les niveaux. Il sera utilisé dans ce cadre des cahiers ou registres de maintenance pour le suivi au niveau opérationnel.

Le coût total de la mise en place de ce système de maintenance, y compris la formation, d'environ 50 000 \$US sera financé sur les fonds SSV de GAVI, par l'OMS, l'Unicef.

La formation des utilisateurs sera assurée par les fournisseurs des équipements de chaîne du froid.

⇒ Approvisionnement en vaccins et sécurité des injections

L'achat des vaccins et du matériel d'injection est assuré par l'Etat et GAVI. ; L'approvisionnement du pays est réalisé par l'intermédiaire de l'UNICEF grâce à une convention d'achat-assistance signée avec l'Etat togolais.

Malgré ces dispositions, des ruptures de stock de vaccins ont été enregistrées au niveau opérationnel. Ces ruptures ont été exacerbées par l'introduction des nouveaux vaccins (PCV13, Rotarix, VPI et RR). On note aussi des ruptures de consommables (seringues BCG et Boîtes de sécurité) à tous les niveaux. Toutes ces ruptures sont liées à l'insuffisance de capacité de stockage au niveau des régions et la lourdeur des procédures douanières et portuaires.

Le rythme d'approvisionnement des régions est bimestriel. Ce rythme révisé par le niveau central pour des raisons de d'insuffisance de capacité de stockage dans les régions. La pratique des injections sûres et la gestion des déchets issus de la vaccination sont en nette amélioration dans le pays. Après l'élaboration et la diffusion de la politique de la sécurité des injections en 2002, l'approvisionnement des régions et des districts en vaccins est couplé avec la fourniture de quantités adéquates de seringues autobloquantes (SAB), de seringues de dilution (SD) et de boîtes de sécurité (BS).

Sur les 208 incinérateurs de type DE MONFORT DM8 améliorés recensés sur l'ensemble du pays en 2014, 192 sont fonctionnels soit 92%.

A ce jour, chaque district a au moins 1 incinérateur De MONFORT fonctionnel pour la destruction sans risques des déchets issus de la vaccination et d'un plan de gestion des déchets actualisé en 2019. De nos jours, le pays dispose de 06 incinérateurs conventionnels.

Les boîtes de sécurité remplies sont convoyées au site d'incinération fonctionnel dans chaque district. Actuellement, il y a un besoin de réhabilitation de 16 incinérateurs et la construction de 105 nouveaux incinérateurs e dans les districts.

Quelques faiblesses ont été relevées, notamment :

- Des pratiques non satisfaisantes en matière de conservation des vaccins au niveau opérationnel ;
- Non-respect des conditions de remplissage des boîtes de sécurité ;
- Insuffisance du matériel et équipement d'incinération ;
- Mauvaise utilisation des incinérateurs ;
-
- Insuffisance des moyens de transport pour l'approvisionnement en vaccins à tous les niveaux et la réalisation de la stratégie avancée.

2.3.4. Prestation des services de vaccination

Depuis 2002, la mise en œuvre de la stratégie ACD au Togo, a conduit à une amélioration progressive, de la couverture vaccinale, de l'achèvement de la série vaccinale DTC-HepB-Hib et la réduction des taux de perte en vaccin. Ces tendances traduisent une amélioration progressive de l'accès aux services de vaccination et de l'utilisation de ces services par la communauté. Elles témoignent également de l'impact positif de la formation des acteurs en gestion du PEV et des vaccins.

L'évolution des couvertures vaccinales de 2015 à 2019 est présentée au graphique ci-dessous.

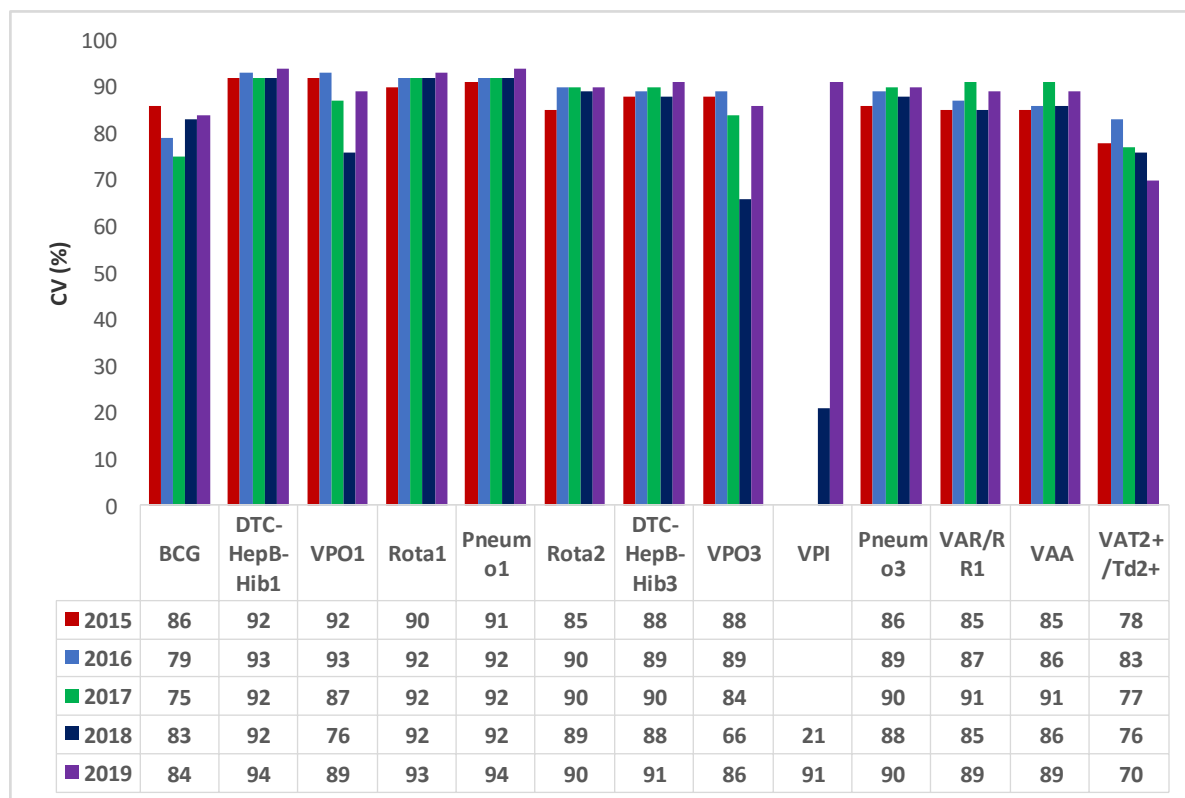


Figure 2 : Evolution des couvertures vaccinales administratives de routine de 2015 à 2019, PEV Togo

Cette évolution est marquée d'une manière générale par une augmentation progressive des couvertures vaccinales de 2015 à 2017, suivie d'une baisse en 2018 et d'une reprise en 2019. En ce qui concerne particulièrement les vaccins BCG, VPO et VAT2+ ou Td2+, la tendance est marquée par :

- ✓ une baisse de la couverture de 2015 à 2017 pour le BCG en raison de l'insuffisance de l'approvisionnement du pays en ce vaccin ;
- ✓ une baisse de couverture en 2017 et 2018 pour le VPO (en raison de la rupture de stock) et une baisse de la couverture du VAT2+ ou Td2+ depuis 2017. Les résultats des différentes enquêtes conduites sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau IX : Données de couvertures vaccinales (en %) selon les différentes enquêtes nationales :Revue du PEV 2006 et 2012, MICS IV, EDST III et MICS 2017,,

Antigène	Revue PEV 2006	MICS IV 2010	Revue PEV 2012	EDST 2013	III	MICS 2017
BCG	92	90,7	96,9	95,3		93
VPO1	90	83,7	93,5	94,1		90
DTC-HepB-Hib1	88	72	93,5	93,2		90
VPO3	76	65,4	83,8	74,1		67
DTC-HepB-Hib3	76	59,1	84,1	82,9		79
Pneumo 3						78
Rota 2						80
VAR	64	63,8	71,7	74,4		73
VAA	53	60,3	71,6	74,2		69
ECV	34	29,7	70	61,4		49
Zéro dose	7	3,8	2,2	13,5		4,5
VAT2	80	ND	78,4	ND		50,9
Enfants protégés à la naissance contre le tétanos	58	66,9	66	77		79

ECV : Enfants complètement vaccinés avant l'âge d'1 an

Zéro dose : enfants n'ayant reçu aucune vaccination

Les données d'enquête confirment une évolution progressive des couvertures vaccinales de routine qui restent toutefois inférieures à 80%. En dehors du BCG et des 1ères doses (VPO1 et DTC-HepB-Hib1) dont la couverture est supérieure à 80%, les autres antigènes affichent des couvertures inférieures à 80%. La proportion d'enfants complètement vaccinés est faible, inférieure à 80%.

La défi majeur reste l'augmentation des couvertures vaccinales pour atteindre pour chaque antigène, une couverture d'au moins 80% dans chaque district sanitaire et 90% au niveau national.

2.3.5. Information : Surveillance et notification

L'analyse de la situation de la surveillance et notification est un domaine transversal qui est abordé dans les autres composantes du système de vaccination.

2.3.6. Génération et Communication de la demande

La Communication qui vient en appui au programme de santé dans son ensemble a pour objectif principal d'accroître la demande des services de vaccination à travers le renforcement de l'information et de la sensibilisation de la population en faveur de la vaccination et de la surveillance épidémiologique.

La communication pour le développement est pour le Programme Elargi de vaccination (PEV) un outil essentiel qui contribue à l'atteinte d'une couverture universelle des cibles et d'une surveillance épidémiologique efficace.

Une communication bien adaptée stimule la demande et habilite les collectivités à faire vacciner leurs enfants. La couverture vaccinale ne peut augmenter que s'il y a une forte demande de la part de ces collectivités bien informées et convaincues des avantages de la vaccination et de la nécessité du respect du calendrier vaccinal.

Pour faire face aux besoins en informations et communication en santé, le Ministère de la santé du Togo dispose d'une Division de promotion de la santé dont l'une des missions est de concevoir, de

planifier et coordonner les interventions en matière de communication. Cette division a ses répondants aux niveaux régional, préfectoral et communal.

Conscient de la place de la communication pour l'atteinte de ses résultats, la Division de l'immunisation dispose en son sein d'un point focal communication qui travaille en étroite collaboration avec la Division de la promotion de la santé.

Dans le souci d'améliorer les interventions en matière de communication pour le PEV, un plan de communication a été élaboré. Ce plan a révélé que les origines des problèmes de la communication en faveur du PEV au Togo sont essentiellement d'ordre structurel, administratif, opérationnel et programmatique

Il s'agit de l'insuffisance d'informations adéquates (sur la vaccination) des participants primaires, que sont les parents, surtout les mères, les grandes- mères et toutes les pourvoyeuses traditionnelles des soins aux enfants dans la communauté togolaise. Toutefois, ce sont les attitudes et les pratiques au sein des structures institutionnelles de santé qui posent plus de problèmes. Les activités de communication et de mobilisation pour la vaccination de routine et la surveillance sont rares. Au niveau opérationnel, cette activité est faite par les agents de santé souvent surchargés et qui n'ont pas toujours les arguments ni les attitudes relationnelles nécessaires pour motiver à souhait les femmes à compléter le calendrier vaccinal.

Les agents de santé communautaires (ASC) qui doivent aider le personnel de santé dans les villages sont en nombre insuffisant, peu suivis, pas suffisamment outillés et/ou bien souvent démotivés. Par conséquent, un ensemble de comportements des agents de santé, des organisations de la société civile et des organisations à base communautaires aux différents niveaux sont à revoir. A cela s'ajoute la collaboration pas toujours systématique entre les services de santé publics, les structures de santé privées et les organisations de la société civile.

La supervision des activités de communication est insuffisante pour la vaccination de routine ou lors des campagnes de vaccination.

Notons également des franges de population difficiles à atteindre ou réfractaires à la vaccination. L'insuffisance de supports de communication et de supports didactiques, la sous-utilisation des médias de masse ne permettent pas d'obtenir une communication de masse à grande échelle.

Le manque de planification ou l'impossibilité pour les régions/districts ayant des plans opérationnels à trouver le financement nécessaire pour la mise en œuvre du programme est un souci constant.

Cependant des atouts et opportunités existent :

- ✓ L'engagement et la détermination des autorités socio sanitaires ;
- ✓ L'existence de la Division de la Promotion de la Santé, structure nationale en charge de la conception et la planification de la communication et qui est décentralisé au niveau régional, préfectoral et communal ;
- ✓ L'existence d'une unité de communication au sein de la Division de l'Immunisation ;
- ✓ Les acquis des campagnes de vaccination (réunions de coordination, de préparation, de restitution et la mobilisation de la communauté) ;
- ✓ Les Journées de santé de l'enfant qui réussissent à booster les couvertures vaccinales ;
- ✓ La disponibilité de dispositifs traditionnels et modernes propices à une bonne mobilisation sociale.

De manière générale, les interventions de communication sociale en appui aux programmes et projets de développement notamment le PEV souffrent de plusieurs maux dont les principaux sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau X : Principaux problèmes de communication et leurs causes

N°	Goulots	Problèmes
1	Faible documentation sur les activités de communication	Le suivi-évaluation des activités de communication est insuffisant à tous les niveaux Insuffisance d'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination
2	Insuffisance dans la mobilisation des ressources en faveur de la communication sur la vaccination et la surveillance épidémiologique	Faible contribution de l'Etat au financement des activités de vaccination Insuffisance de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la communication pour la vaccination de routine et la surveillance
3	Faible appropriation des communautés des structures de santé privées et structures connexes aux activités de promotion de la vaccination	Insuffisance de motivation des acteurs communautaires Insuffisance de professionnalisme chez les acteurs des médias en matière de vaccination Insuffisance de formation des agents
4	Méconnaissance des mères sur l'importance de la vaccination	Les activités de communication pour la vaccination de routine en direction de mères sont insuffisantes Insuffisance de ressources humaines pour mener les activités de communication
5	Insuffisance de coordination des activités de communication du PEV	Comité national de communication PEV trop restrictif et non fonctionnel Faible collaboration entre les agents sanitaires et les OSC dans le cadre des activités de Communication sur le PEV
6	Les communautés ne notifient pas suffisamment les cas de maladies sous surveillance	Lemanque d'information des acteurs communautaires sur les maladies sous surveillance épidémiologique, notamment leur identification.

L'identification des interventions à haut impact dans le cadre du présent PPAC permettra de corriger ces faiblesses afin de renforcer l'adhésion des collectivités aux activités du PEV et de surveillance épidémiologique.

2.4. Points forts et points faibles de la performance du programme

L'analyse faite plus haut sur le contexte démographique, politique, institutionnel, économique fait ressortir les faiblesses, les forces, les menaces et les opportunités du système national de santé. Cette situation influe sur le PEV qui est un maillon important du système.

2.4.1. Gestion du programme et information

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un PPAC et de plan de travail annuel en faveur de la vaccination • Disponibilité des directives du PEV et des directives sur l'introduction des nouveaux vaccins et la gestion des MAPI • Disponibilité des PAO intégrant les activités du PEV dans tous les districts • CCIA fonctionnel • GTCV disponible et fonctionnel • Décision d'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV • L'amélioration du système de collecte et de rapportage des données. • Appui financier des COGES aux activités de vaccination à travers les stratégies avancées • Satisfaction des bénéficiaires de l'accueil du prestataire lors de la séance de vaccination • Fonctionnalité du centre national de pharmacovigilance • Existence d'un cadre formel et fonctionnel de collaboration entre le Ministère de la santé et le secteur privé de la santé pour l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé y compris la vaccination 	<p><u>Points faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'une politique nationale de vaccination • Absence d'un mécanisme de mobilisation des ressources en faveur du PEV • Faible capacité de mobilisation des ressources pour la communication (confère communication) • Persistance des épidémies de rougeole dans certains districts ; • Faible utilisation du Data Quality Self assessment (DQS) dans le système de monitoring du PEV pour l'amélioration de la qualité des données ; • Faible réalisation des stratégies avancées de vaccination
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnement international en faveur du renforcement du PEV • Implication des communautés et OSC au processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation des activités du PEV • Appui des partenaires pour les activités de vaccination • 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise financière • Conflits politiques • Crises socio-sanitaires

2.4.2. Prestation des services de vaccination

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la proportion des districts ayant une couverture en penta 3 > 80% (cette proportion est passée de 92% en 2016 à 98% en 2019) • L'introduction des nouveaux vaccins dans la vaccination systématique (Pentavalent en 2008, PCV 13 et Rotarix en 2014, démonstration de l'utilisation du vaccin contre le HPV en 2015 ; • L'intégration de certaines interventions pour la santé de la mère et de l'enfant (distribution de MII, administration de vitamine A et déparasitage à l'Albendazole) lors des activités de vaccination ; • Bonne fréquence des services de vaccination aux postes fixes 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les couvertures vaccinales n'ont pas atteint les objectifs escomptés à cause de problèmes analysés dans les autres composantes • La faible implication des ONG/Associations par les services de vaccination dans les activités du PEV ; • La persistance de certaines barrières à la vaccination (tabous, rumeurs) dans certaines localités, affaiblissant la demande de vaccination ; • Insuffisance de prise en compte des données de vaccination des structures privées • Insuffisance du personnel pour la réalisation des stratégies fixes et avancées
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Environnement international en faveur du renforcement du PEV • Implication des communautés et OSC au processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation des activités du PEV • Appui des partenaires pour les activités de vaccination 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise financière • Conflits politiques • crises socio-sanitaires

Comme contrainte majeure, on peut noter une faible accessibilité géographique aux services de vaccination (59% selon la revue externe du PEV 2019).

2.4.3. Gestion des ressources humaines

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de prestataires formés dans la gestion du PEV (Maintenance, gestion des données, pilotage) • L'implication des Agents de Santé Communautaire dans les activités de PEV ; • La disponibilité d'un noyau de cadres du niveau central et district ayant une compétence en vaccinologie grâce aux formations EPIVAC et MLM ; 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de supervision du niveau central vers les régions et des régions vers les districts • Insuffisance du nombre de prestataires formés en gestion du PEV et gestion des vaccins (261/776) • Insuffisance de supervision en gestion logistique des acteurs du niveau opérationnel
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Non révision des modules du PEV dans la formation initiale du personnel médical et soignant
<p><u>Opportunités</u></p> <p>Environnement international en faveur du renforcement du PEV</p>	<p><u>Menaces</u></p>

2.4.4. Coûts et financement

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'existence et l'augmentation progressive du budget de l'Etat destiné à l'achat des vaccins et consommables traditionnels et cofinancement du PEV ; • L'utilisation du recouvrement de coût pour le financement partiel des activités de vaccination ; 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte dépendance du PEV vis-à-vis des partenaires pour les activités du PEV et l'achat des vaccins (90 à 95% du financement par les partenaires) • Insuffisance de budget de l'Etat alloué au financement du PEV(achat des vaccins, équipements de CDF et de matériels roulant et ACE) • Faiblesse du plaidoyer pour le financement endogène des activités du PEV ;
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt renouvelé des partenaires internationaux pour le financement du PEV • L'engagement de la société civile dans le développement du système de santé ; • L'appui de GAVI au Renforcement du Système de Santé (RSS) et au PEV ; • L'engagement politique du Ministère de la Santé à introduire les nouveaux vaccins (t VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) ; • L'adhésion en mai 2010 du Togo à l'initiative partenariat international pour la santé (IHP+) ; • Accroissement progressif de l'aide publique au développement. 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise économique mondiale pouvant impacter sur le financement du PEV

2.4.5. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins

<u>Points Forts</u>	<u>Points Faibles</u>
<ul style="list-style-type: none"> • L'estimation des besoins est faite conjointement avec les acteurs du PEV et les partenaires en développement • Existence de politique et d'un plan de gestion des déchets des soins médicaux intégrant la gestion des déchets issus de la vaccination • Existence d'une politique de sécurité des injections ; • Existence d'un plan national de maintenance des équipements de la chaîne du froid ; • Signature d'un mémorandum d'accord d'achat-assistance entre le Ministère de la santé et l'Unicef pour l'achat des vaccins et consommables du PEV • Capacité de stockage suffisante en positif et en négatif au dépôt central conformément aux objectifs du programme • Utilisation du système wireless pour le monitoring de température au dépôt central • Un plan de distribution de vaccins aux abonnés est élaboré annuellement • Gestion informatisée des vaccins et des données de vaccination au dépôt central, dans certaines directions régionales et districts sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du nombre d'incinérateur • Rupture des vaccins et consommables • Insuffisance en ressources humaines qualifiées • Plus de la moitié des réfrigérateurs ont plus de 10 ans d'âge. • Financement de la majeure partie du coût des vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins par GAVI • Insuffisance de visibilité des données; • Capacité de stockage insuffisante en positif dans certains dépôts de districts et de régions • Capacité de stockage insuffisante en température ambiante au dépôt central et dans certains dépôts de districts et de régions pour les objectifs du programme • 22% des FS ne disposent pas de réfrigérateur pour la conservation des vaccins, affectant ainsi 21% de la population togolaise • 25% des réfrigérateurs sont en panne • Existence de plus de 50 modèles différents de réfrigérateurs compliquant la maintenance • Insuffisance d'équipement informatique (microordinateurs) pour la gestion informatisée à tous les niveaux • La majeure partie des agents formés en gestion informatisée des vaccins en 2016 ne s'occupent plus de la gestion des vaccins (transfert région et district) • Insuffisances de supervision en gestion logistique des acteurs du niveau opérationnel ; • Insuffisance de capacité de stockage de vaccins aux niveaux des régions, districts et formations

	<p>sanitaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du budget alloué pour le Co-financement Gavi et l'achat des vaccins traditionnels ; • Insuffisance de la logistique roulante (motos pour les activités) dans les formations sanitaires.
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de partenariat pour la logistique 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de fiabilité des données démographiques surtout au niveau district et aires de santé • Lourdeur des procédures douanières et portuaires pour l'enlèvement des produits • Taxation des produits de vaccination (vaccins, consommables et matériels de la CDF) • Retard dans l'approvisionnement des intrants du PEV dû à la pandémie COVID-19

2.4.6. Génération et communication de la demande

<p>Points Forts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de communication sur la vaccination systématique • Déclinaison du plan national de communication en plans régionaux • Réalisation d'une analyse de la situation de la vaccination de routine dans les districts de Lomé Commune et proposition de stratégie de vaccination en milieu urbain • Implication des OSC dans la mobilisation sociale • La mise en œuvre de l'analyse sur l'équité en matière de vaccination dans les districts à faible performance 	<p>Points Faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de capacité pour la mise en œuvre du plan de communication (compétence, supports ; ressources financières) • Faible participation communautaire au processus de planification • Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de recherche de perdu de vue • Non maîtrise de la gestion des réseaux sociaux (désinformation sur la vaccination) •
<p>Opportunité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de PTF • Existence des OSC pour mobilisation sociale • Mise en place des communes, • Existence des entreprises du secteur privé 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fake news - La pandémie de covid-19 - Crise socio politique, - Couverture téléphonie mobile

parapublic <ul style="list-style-type: none"> • Existence des associations des journalistes, • Existence des réseaux sociaux (diffusion des information) 	
--	--

2.4.7. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Surveillance des maladies évitables par la vaccination	
Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Existence des points focaux surveillance dans tous les districts/région et des chargés de surveillance dans toutes les FS - La formation en épidémiologie de terrain FETP des points focaux de surveillance qui a amélioré la détection des cas - Existence des fiches de notifications des Maladies à Potentiel Epidémique dans toutes les FS, tous les districts et la région - Disponibilité des formulaires et fournitures nécessaires pour enquêter et signaler un cas de PFA et rougeole, district et région - Bonne complétude des investigations des cas au niveau district et région (> 80% à tous les niveaux) - Bonne catégorisation de toutes les formations sanitaires par niveau de priorité dans tous les districts - Utilisation du logiciel ODK pour la notification des MAPI - Formalisation du système de convoyage des échantillons à travers un transporteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de formation des chargés de surveillance des FS et non-participation des cliniciens à une session de formation/remise à niveau - Insuffisance des supervisions formatives dans les FS , district et à la région (6/6) - Insuffisance de connaissance de la conduite à tenir devant les cas de MEV - Insuffisance de connaissance des indicateurs de la surveillance des PFA, rougeole par les PF SIMR de district et par les PF SIMR de la région - Insuffisance de connaissance des points focaux de district et de région sur l'utilisation des données de surveillance - Non maîtrise de la définition des cas de MEV par les cliniciens - Insuffisance de feedback des résultats de laboratoire vers les FS - Insuffisance des visites faites par le chargé de surveillance auprès des cliniciens
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Appui des partenaires techniques et financiers pour soutenir la riposte contre les maladies (OMS, UNICEF, Banque Mondiale...) - Projet REDISSE en cours 	<ul style="list-style-type: none"> - Survenue des épidémies de type Lassa, méningite, COVID-19 qui peuvent désorganiser les systèmes de surveillance de routine - Crise financière mondiale avec pour conséquence la limitation du financement

	de la surveillance - Troubles sociopolitiques et grèves récurrentes du personnel de santé - Insécurité grandissante liée à la recrudescence des actes de terrorisme
--	---

2.4.8. Causes des problèmes prioritaires

Le tableau XI analyse les causes des problèmes prioritaires et présente les stratégies d'amélioration

Tableau XI : Analyse des causes des problèmes prioritaires

PROBLEMES	CAUSES	STRATEGIES
Faible continuité des services de vaccination (Taux d'abandon DTC-Hepb-Hib1/RR2 à 28% en 2019)	Irrégularité des stratégies avancées	- Accroissement du financement de la stratégie avancée -Renforcement du parc auto et moto des districts -Appui en personnel qualifié
	Faible analyse des données par les prestataires (ECD, RFS)	-Formation/Monitorage
	Faible recherche des perdus de vue	-Supervision -Utilisation des échéanciers et des supports -Implication des ASC/OSC
	Insuffisance de communication pour le développement en faveur du PEV (méconnaissance de l'importance de la vaccination et du calendrier vaccinal, la négligence des parents, la peur des MAPI, multiplicité des vaccins, le mauvais accueil du personnel, temps d'attente trop long)	-Le plaidoyer -La mobilisation sociale -L'engagement communautaire -La communication pour le changement -Le renforcement des capacités
	Insuffisance dans l'organisation des services de vaccination	-Organisation continue des services de vaccination -Réduction des occasions manquées
	Rupture de certains des vaccins et consommables	-Approvisionnement régulier en quantité requise en vaccins et consommables
	Faible capacité de stockage des vaccins	-Renforcement des équipements de la chaîne de froid

Faible capacité de gestion du PEV à tous les niveaux	Le financement du PEV reste fortement dépendant des ressources extérieures ;	-Renforcement du plaidoyer pour le financement endogène des activités du PEV ;
	Insuffisance de personnel qualifié	-Formation/supervision/Recrutement continu du personnel pour répondre aux normes sanitaires
	Dysfonctionnement des cadres de concertation entre le PEV et les différents acteurs intervenant dans la vaccination à tous les niveaux ;	-Renforcement des cadres de concertation entre le PEV et les différents acteurs intervenant dans la vaccination à tous les niveaux ;
	Insuffisance de supervisions à tous les niveaux	-Supervisions/mobilisation des ressources financières et logistiques/réorganisation du service
	Insuffisance de données factuelles sur la vaccination et la surveillance pour la prise de décisions	-Recherche opérationnelles -Renforcement de la surveillance

3. Établissement et fixation des objectifs et étapes à l'échelon national

3.1. Buts, objectifs et étapes

3.1.1. Buts du PPAc 2016 – 2022

Les buts du PPAc Togo pour la période 2016 - 2022 découlent des buts du GVAP 2011 – 2020 :

- 1) Maintenir le Togo indemne de Polio pour aboutir à un monde affranchi de poliomyélite.
- 2) Atteindre les objectifs d'éradication des diverses maladies à l'échelle mondiale et régionale.
- 3) Atteindre les cibles de couverture vaccinale universelle au Togo
- 4) Introduire des vaccins améliorés et de nouvelles technologies.
- 5) Atteindre les cibles des Objectif de Développement Durable (ODD3) sur la réduction de la mortalité de l'enfant

Le Togo adhère aux 6 stratégies de la Décennie du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) 2011 - 2020, qui ont été reprises dans le Plan d'Action Régional Afrique pour les Vaccins. Ces stratégies sont les suivantes :

1. Tous les pays s'engagent à donner la **priorité à l'activité de vaccination** ;
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 ;
3. Les avantages de la vaccination sont **équitablement distribués** entre tous les individus ;
4. Des systèmes de vaccination solides font **partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement** ;
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 ;

6. Les innovations de l'activité R&D (**recherche et développement**) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination.

3.1.2. Priorités

L'analyse des différents problèmes du PEV au Togo a permis de définir pour les cinq prochaines années en lien avec les buts, objectifs et stratégies régionaux et mondiaux les priorités suivantes :

- Développement d'un partenariat national et international pour une meilleure gestion du PEV (Approvisionnement, Financement et Evaluation) ;
- Renforcement de la collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle ;
- Renforcement de la communication pour le développement en faveur du PEV ;
- Renforcement de l'équipement de la chaîne de froid à tous les niveaux ;
- Mise en place d'un système de maintenance de la chaîne de froid et des incinérateurs ;
- Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination ;
- Introduction de nouveaux vaccins (2^{ème} dose VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et les nouvelles technologies ;
- Equipement des formations sanitaires en moto pour la réalisation des stratégies avancées ;
- Mise en place des différents guides (monitorage et supervision) ;
- Renforcement de la supervision et du monitorage intégrés à tous les niveaux ;
- Renforcement de la collaboration entre la Division de l'Immunisation et le réseau national des laboratoires d'une part et l'Autorité Nationale de Réglementation d'autre part
- Renforcement du processus d'intégration à la vaccination des interventions de santé de la mère et de l'enfant ;
- Renforcement de la surveillance intégrée des maladies ;
- Renforcement de la disponibilité des services de vaccination ;
- Recherche opérationnelle ;
- Suivi/Evaluation avec focus l'amélioration de la qualité des données
- L'appropriation de l'analyse de l'équité dans tous les districts

3.1.3. Vision

D'ici 2022 :

- Davantage de personnes sont vaccinées contre un plus grand nombre de maladies évitables par la vaccination dans le respect de l'équité et l'égalité aux services de la vaccination

3.1.4. Objectifs

❖ Objectif général :

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

❖ Objectifs spécifiques :

De 2016 à 2022 :

- ✓ Accroître la couverture vaccinale au plan national chez les enfants de 0 à 23 mois et les femmes enceintes :

- de 86% à 98 % pour le BCG ;
 - à 98% pour le vaccin contre l'hépatite B à la naissance
 - de 91% à 96% pour DTC-Hepb-Hib1 et VPO1 ;
 - de 86% à 93% pour le DTC-Hepb-Hib3 et VPO3 ;
 - de 84% à 93% pour le PCV13-3 ;
 - de 82% à 94% pour le Rota2 ;
 - de 84% à 92% pour le VAR/RR1 et le VAA ;
 - à 93% pour le VPI1 et 92% pour le VPI2
 - à 75% pour le RR2
 - de 77% à 85% pour le VAT2+/Td2+ ;
 - à 92% pour le VPH1 et 90% pour le VPH2 ;
- ✓ Introduire dans la vaccination de routine, le vaccin anti-Hépatite B à la naissance, la première et la deuxième dose du vaccin contre la poliomyélite injectable (VPI), le vaccin contre le Virus du Papillome Humain (VPH), le vaccin conjugué contre la méningite A (MenAfriVac) et le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR en 1^{ère} et 2^{ème} doses) .
 - ✓ Accroître la couverture vaccinale de DTC-Hepb-Hib3 à au moins 90% dans chaque district
 - ✓ Atteindre les cibles mondiales/régionales des indicateurs de performance de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination à l'échelle nationale
 - Poliomyélite : maintenir à zéro cas le nombre de poliovirus sauvage
 - Rougeole : maintenir la réduction de la mortalité rougeoleuse à plus de 98%
 - TMN : maintenir le taux de morbidité due au TMN à moins de 1 cas pour 1000 naissances vivantes
 - Fièvre jaune : prévoir et détecter à temps les épidémies de fièvre jaune sur toute l'étendue du territoire national

Les tableaux XII et XIII ci-dessous présentent les détails sur les objectifs de couverture vaccinale et de taux de perte de vaccin par année et par antigène de 2016 à 2022.

Tableau XII : Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2022 par antigène

Type de Vaccin	Objectifs de la Couverture Vaccinale											
	2016		2017		2018		2019		2020		2021	2022
	Objectif	Réalisation	Objectif	Réalisation	Objectif	Réalisation	Objectif	Réalisation	Objectif initial	Objectif corrigé		
Vaccination de Routine												
Vaccins Traditionnels												
BCG	90%	79%	93%	75%	95%	83%	96%	84%	98%	98%	98%	98%
VAT2+ - Femmes enceintes	80%	83%	82%	77%	85%	76%	87%	70%	90%	73%	80%	85%
VAR	86%	87%	88%	91%	89%		90%					
VPO (1)	93%	93%	94%	87%	95%	76%	96%	89%	98%	91%	96%	96%
VPO (3)	86%	89%	88%	84%	90%	66%	92%	86%	93%	92%	93%	93%
HepB à la naissance	90%		93%		95%		96%		98%	98%	98%	98%
Vaccins sous-utilisés et nouveaux												
DTC-HepB- Hib (1)	93%	93%	94%	92%	95%	92%	96%	94%	98%	96%	96%	96%
DTC-HepB-Hib(3)	86%	89%	88%	90%	90%	88%	92%	91%	93%	92%	93%	93%
Pneumo1	93%	92%	94%	92%	95%	92%	96%	94%	98%	96%	96%	96%
Pneumo3	84 %	89%	88%	90%	90%	88%	92%	90%	93%	92%	93%	93%
Rota 1	93%	92%	94%	92%	95%	92%	96%	93%	98%	96%	96%	96%
Rota 2	82%	90%	86%	90%	90%	89%	93%	90%	95%	92%	94%	94%
RR1					89%	85%	90%	89%	92%	91%	92%	92%
RR2							85%	67%	86%	68%	71%	75%

VAA	86%	86%	88%	91%	89%	86%	90%	89%	92%	91%	92%	92%
MenAfriVac					89%		90%		92%	68%	71%	75%
VPI1	50%		94%		95%	21%	96%	91%	98%	92%	93%	93%
VPI 2							96%	91%	98%	91%	92%	92%
VPH 1											92%	92%
VPH2											90%	90%
Campagne de Vaccination												
Polio	≥95%		≥95%		≥95%		≥95%		≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Rougeole/Rubéole			≥95%								≥95%	
VPH1			≥80%		≥80%		≥80%		≥80%			
VPH2			≥70%		≥70%		≥70%		≥70%			
Vitamine A	≥95%		≥95%		≥95%		≥95%		≥95%		≥95%	≥95%
Albendazole	≥95%		≥95%		≥95%		≥95%		≥95%		≥95%	≥95%

Tableau XIII : Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2022 par antigène

Type de Vaccin	Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
BCG	30%	30%	25%	25%	30%	30%	30%
DTC-HepB-Hib (10doses)	5%	4%	10%	10%	10%	10%	10%
Td	20%	15%	15%	15%	15%	15%	15%
VAR	25%	24%	19%	18%	16%		
RR						15%	15%
VAA	25%	24%	19%	18%	16%	20%	20%
VPOb	20%	15%	15%	15%	15%	10%	10%
PCV13	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%

Rota (monodose)	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
VPI						5%	5%
MenA						16%	16%
VPH						5%	5%
HepB						15%	15%
Campagne de Vaccination	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
VPO	5%	5%	5%	5%	5%		
mVPO2					10%	10%	10%
VAR			10%				
RR						10%	
Vitamine A	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Albendazole	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

Les conditionnements des différents vaccins sont résumés dans le tableau suivant

Tableau XIV: Vaccins avec leur conditionnement et le coût par dose

Nom du vaccin	Population cible	Classification des vaccins	Doses dans le calendrier	Administration	Présentation	Taille du flacon	Seringue à mélange	Prefilled device	Prix / dose (incl. fret)				
									2018	2019	2020	2021	2022
Vaccination systématique	Selectionner	Selectionner	Selectionner	Selectionner	Selectionner	Selectionner	Selectionner	Selectionner	\$	\$	\$	\$	\$
BCG	Naissances	Traditional	1	ID	Lyophilized	20	BCG/Hib_Norm	N	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14
VPOb	Naissances	Traditional	4	Oral	Liquid	20	None	N	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14
VPI	Nourrissons Survivants	New	2	IM	Liquid	5	None	N	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
Td	Femmes Enceintes	Traditional	2	SC	Liquid	10	None	N	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
VAT	Nourrissons Survivants	Traditional	1	SC	Lyophilized	10	MSL/YF_Norm	N	0,27	0,27			
VAA	Nourrissons Survivants	Under Use	1	SC	Lyophilized	10	MSL/YF_Norm	N	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17
DTC-HepB-Hib	Nourrissons Survivants	Under Use	3	IM	Liquid	10	None	N	1,65	1,65	1,65	1,65	1,65
Pneumo (PCV13)	Nourrissons Survivants	New	3	IM	Liquid	1	None	N	3,30	3,30	3,30	3,30	3,30
Men	Nourrissons	New	1	SC	Lyophilized	10	Mening/YF	N		0,6	0,6	0,6	0,6

Afrivac Conjugué	ns Survivants				d		_RN			2	2	2	2
Rotavirus	Nourrisso ns Survivants	New	2	Oral	Liquid	1	None	N	2,3 3	2,3 3	2,3 3	2,3 3	2,3 3
Rougeole- Rubeole	Nourrisso ns Survivants	Under Use	1	SC	Lyophilize d	10	MSL/YF_ Norm	N			0,5 2	0,5 2	0,5 2
HepB- naissance	Naissance s	Under Use	1	IM	Liquid	10	None	N				0,1 7	0,1 7

4. Planification des stratégies pour chaque composante du système

La mise en œuvre du plan stratégique pluriannuel complet 2016 - 2022 s'articulera autour des sept (7) composantes du système de santé qui sont :

- Direction et Gouvernance ;
- Personnel de santé ;
- Financement ;
- Techniques et produits médicaux ;
- Prestations de services ;
- Information ;
- Communauté.

Sous chaque composante il a été développé les stratégies suivantes :

Direction et Gouvernance (Gestion du programme) :

- Développement d'un partenariat national et international pour une meilleure gestion du PEV (Approvisionnement, Financement) ;
- Renforcement de la collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle ;
- Renforcement de la collaboration entre la Division de l'Immunisation et le réseau national des laboratoires d'une part et l'Autorité Nationale de Réglementation d'autre part ;
- Mise en place des différents guides (monitorage et supervision)

Personnel de santé :

- Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination

Financement :

- Renforcement du plaidoyer pour le financement endogène du PEV

Techniques et produits médicaux :

- Renforcement de l'équipement de la chaîne de froid à tous les niveaux
- Mise en place d'un système de maintenance de la chaîne de froid et des incinérateurs
- Equipement des USP en moto pour la réalisation des stratégies avancées

Prestations de services :

- Introduction de nouveaux vaccins (1^{ère} et 2^{ème} doses VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et les nouvelles technologies
- Renforcement de la disponibilité des services de vaccination
- Renforcement du processus d'intégration à la vaccination des interventions de santé de la mère et de l'enfant
- Renforcement de la mise en œuvre de l'approche ACD

Information :

- Renforcement de la surveillance intégrée des maladies
- Recherche opérationnelle
- Suivi/Evaluation

Communauté :

- Renforcement de la communication pour le développement en faveur du PEV.

4.1. Prestation de services de vaccination

4.1.1. Renforcement de l'approche « ACD/ACE » pour vacciner toutes les populations cibles dans les districts et surtout dans ceux à faible performance

L'approche « Atteindre Chaque District » (ACD)/ACE sera renforcée dans les 39 districts à travers ses cinq composantes, à savoir la stratégie avancée, la supervision formative, le suivi pour action ou monitoring, la mobilisation sociale, la planification et la gestion des ressources afin de rendre plus équitable l'accès aux services de vaccination et d'accroître la couverture vaccinale. Un accent sera mis sur l'analyse de l'équité à chaque niveau du système sanitaire pour atteindre les enfants non vaccinés et les populations mal desservies. La notion « Atteindre Chaque District » (ACD) évoluera vers « Atteindre Chaque Enfant ».

4.1.2. Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies

Le vaccin anti-amaril a été introduit dans la vaccination de routine au Togo depuis 2005, le vaccin DTC-HepB-Hib (Pentavalent) en juillet 2008, le PCV13 et le Rotarix en juin 2014.

En vue d'augmenter le spectre de protection contre les maladies évitables par la vaccination, il s'avère nécessaire d'introduire, au cours des sept (07) prochaines années, d'autres vaccins tels que le vaccin contre la rubéole - rougeole (RR), les 1^{ère} et 2^{ème} de VPI, le MenAfriVac, le vaccin contre le HPV, le vaccin contre l'hépatite B à la naissance, le vaccin contre la diphtérie et le tétanos en remplacement du vaccin antitétanique et bien d'autres selon la charge de la maladie et les priorités. Le programme devra également adopter progressivement les nouvelles technologies et autres nouveaux vaccins qui sont déjà disponibles sur le marché et ceci, selon le contexte épidémiologique et la disponibilité des ressources.

Tableau XV: Calendrier vaccinal du PEV de routine au Togo prenant en compte les nouveaux vaccins

Contacts	Agés/périodes	Antigènes
Vaccinations des enfants de 0-11 mois		
1	Naissance	BCG, polio 0, HepB*
2	6 semaines	DTC-HepB-Hib1, VPO 1 Pneumo1, Rota1
3	10 semaines	DTC-HepB-Hib2, VPO 2 Pneumo2, Rota2
4	14 semaines	DTC-HepB-Hib3, VPO 3, VPI-1* Pneumo3
5	9 mois	RR1*, VAA, VPI-2*, VitA
6	15 à 23 mois	MenAfriVac*, RR2*
Vaccination des adolescentes naïves (9-13 ans)		
1	9 à 13ans	HPV1*
2	6mois après HPV1	HPV2*
Vaccination antitétanique et antidiphtérique chez les femmes enceintes		
1	Au premier contact	Td1*
2	4 semaines après Td1	Td2*
3	6 mois après Td2	Td3*

4	1 an après Td3	Td4*
5	1 an après Td4	Td5*

* Pentavalent= DTC-HépatiteB-Hib

4.2. Gestion du programme

4.2.1. Renforcement des capacités de gestion du programme à tous les niveaux

L'accent sera mis sur la formation du personnel, notamment en management du PEV, en gestion de la CDF, en logistique et en gestion informatisée des vaccins.

Il s'agira aussi de renforcer les moyens de communication des régions, des districts et des USP en vue d'améliorer le système d'information sanitaire. L'équipement de la division de l'immunisation en matériel informatique sera également renforcé en vue d'une meilleure coordination du programme.

4.2.2. Opérationnalisation de l'Autorité Nationale de Réglementation (ANR) et du nouvel organigramme du Ministère de la Santé

La fonction d'autorité nationale de réglementation et de mise sur le marché des médicaments et vaccins est assurée par la direction de la pharmacie, du médicament et des Laboratoires (DPML).

. Une concertation entre l'ANR et la division de l'immunisation s'avère nécessaire pour que les vaccins du PEV de routine suivent la même procédure que les autres produits pharmaceutiques.

4.2.3. Suivi évaluation

Une place de choix sera accordée comme par le passé, au monitoring des activités du PEV en général et de la surveillance des maladies en particulier. Ainsi l'auto-évaluation de la qualité des données en cours déjà dans le pays sera renforcée et rendue systématique, les feed-back entre différents niveaux seront plus réguliers et renforcés notamment à travers les ateliers semestriels de monitoring qu'il faudra maintenir.

L'accent sera également mis sur la supervision à tous les niveaux et les suivi-évaluations périodiques.

Le comité de coordination inter agences (CCIA) doit continuer par assumer la coordination participative et concertée ainsi que le suivi de la mise en œuvre des interventions en matière de vaccination .

4.3. Gestion des ressources humaines

La composante ressources humaines qui est une composante centrale du système de vaccination a été discutée dans les autres composantes d'une façon ou d'une autre.

Les programmes et projets du Ministère de la santé, appuyés par les partenaires (AFD, GAVI, Fonds Mondial, KFW, ...) et le soutien du secteur privé et des OSC apporteront un appui au programme pour le renforcement du personnel au niveau opérationnel. Le PEV étant un domaine très sensible, il est souhaitable de mettre un accent particulier sur le remplacement des départs à la retraite, des affectations et d'insister sur la formation des nouveaux venus dans le système de vaccination afin de pérenniser les acquis du PEV.

En ce qui concerne les zones reculées et d'accès difficile, les réflexions en cours dans ce domaine dans le pays doivent être renforcées pour la fidélisation du personnel dans ces zones.

4.4. Vaccins, chaîne du froid et logistique

4.4.1. Analyse de la capacité de stockage au niveau central

Le dépôt central de vaccins du PEV dispose de :

- 06 chambres froides positives de capacité totale brute de 160000 litres soit une capacité nette de 43243 litres
- 02 deux chambres froides négatives de capacité totale brute de 30000 litres soit une capacité nette de 8108 litres
- 04 FCW300 de volume pour la production des accumulateurs de froid d'une capacité nette de 1056 litres
- En 2019 le pays a acquis 02 nouvelles chambres froides de capacité brute de 30 m³ chacune de Gavi qui sont en cours d'installation. Ce qui permettra d'augmenter la capacité de stockage au niveau central.

Tableau 1 XVI : Capacité de stockage positive versus besoins projetés pour niveau central

		Formules	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	28,472 litr	30,603 litr	33,277 litr	34,448 litr	38,299 litr	40,014 litr
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	43,243 litr	43,243 litr	43,243 litr	43,243 litr	43,243 litr	43,243 litr
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	0.66	0.71	0.77	0.80	0.89	0.93
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A * (1/D + Réserve/12) - B)$	- 29,007 litr	- 27,942 litr	- 26,605 litr	- 26,019 litr	- 24,094 litr	- 23,236 litr
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

D'après le tableau XVI, la capacité requise en positif en 2022 est de 40 014 litres qui est inférieure à la capacité positive disponible actuellement (43 243 litres).

Tableau 2 XVII : Capacité de stockage négative versus besoins projetés pour niveau central

		Formules	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	1,305 litr	1,366 litr	1,417 litr	1,462 litr	1,512 litr	1,579 litr
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	#	8,108 litr	8,108 litr	8,108 litr	8,108 litr	8,108 litr	8,108 litr
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	0.16	0.17	0.17	0.18	0.19	0.19
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	- 7,455 litr	- 7,425 litr	- 7,399 litr	- 7,377 litr	- 7,352 litr	- 7,319 litr
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

4.4.2. Capacité de stockage en magasins sec au dépôt central

L'espace d'entreposage du matériel sec au niveau central est quasi inexistant avant 2019 car l'ancien magasin sec abrite désormais 04 chambres froides en plus des consommables d'où une nécessité d'en construire un nouveau d'un volume d'environ 1500 mètre cube.

Avec l'appui de Gavi, le pays a bénéficié d'une subvention qui a permis de réaménager un magasin de 800 m³ en 2019. Ceci qui permis d'augmenter la capacité de stockage en ambiant. Toutefois un besoin additionnel de 600 m³ permettra de résoudre le problème pour les années avenir (2022)

4.4.3. Analyse de la capacité au niveau régional

La réévaluation des besoins en capacités de stockage de chaîne du froid des dépôts régionaux donne la situation dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVIII : Capacité e stockage positive versus besoins projetés pour chaque dépôt régional

Nom dépôt	Population totale (2017)	Capacité nette disponible réfrigération (litres) à +5°C	Capacité nette disponible congélation (litres) à -20°C	Besoins annuels en capacité de froid positive					
				2017	2018	2019	2020	2021	2022
Maritime sans Golfe	1 205 668	776 litr	575 litr	1 378 litr	1 462 litr	1 565 litr	1 602 litr	1 760 litr	1 815 litr
Plateaux	1 609 994	377 litr	281 litr	1 841 litr	1 952 litr	2 089 litr	2 140 litr	2 349 litr	2 424 litr
Centrale	725 394	601 litr	973 litr	830 litr	880 litr	942 litr	965 litr	1 059 litr	1 092 litr
Kara	903 368	553 litr	271 litr	1 033 litr	1 096 litr	1 173 litr	1 201 litr	1 319 litr	1 361 litr
Savanes	963 411	1 428 litr	562 litr	1 101 litr	1 168 litr	1 251 litr	1 281 litr	1 406 litr	1 451 litr

D'après ce tableau, il se dégage un déficit en capacité de stockage dans toutes les régions. L'installation en cours des 3 chambres froides de 30m³ nouvellement acquises avec l'appui de GAVI dans les régions Maritime, Plateaux et Kara permettra d'améliorer ce déficit de capacité de stockage en positif jusqu'au-delà de 2022. Pour les autres régions il est prévu l'achat des réfrigérateurs et congélateurs pour combler les gaps en capacité de stockage.

Tableau XIX : Volume de stockage additionnel requis au niveau intermédiaire en 2022

		Formules	Maritime sans Golfe	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	6,224 litre	8,312 litre	3,746 litre	4,667 litre	4,975 litre
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	776 litre	377 litre	601 litre	553 litre	1,428 litre
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	8.02	22.05	6.23	8.44	3.48
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	1,169 litre	2,221 litre	569 litre	905 litre	127 litre
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$18,550	\$54,286	\$9,275	\$13,913	\$2,319

4.4.4. Analyse de la capacité au niveau district

La réévaluation des besoins en capacité de stockage de chaîne du froid des dépôts de district montre une amélioration.

Les districts de D2, D3, D5, Golfe, Zio, Haho, Tchamba et Tchaoudjo sont ceux qui présentent désormais un gap en capacité de stockage en positif en 2015. Ce gap pourra être comblé facilement avec la mise en place de 10 réfrigérateurs de type TCW 3000 supplémentaires dont 09 en 2016 et 01 en 2017. Le besoin sera plus important en tenant compte de la vétusté des équipements de chaîne du froid sur le terrain (93% des équipements selon l'inventaire de 2015, soit 37 réfrigérateurs de type TCW 3000).

Avec la création de 4 nouveaux districts, les besoins de renforcement des capacités de stockage sont au nombre de 17 districts. Ce gap sera comblé en 2020 avec l'acquisition de 17 réfrigérateurs TCW 80 AC avec l'appui de Gavi dans le cadre du CCEOP 2 et 3.

4.4.5. Analyse de la capacité au niveau opérationnel (formations sanitaires)

Dans la perspective de renforcement de la chaîne du froid au niveau opérationnel, 110 réfrigérateurs, seront acquis avec l'appui financier des divers partenaires du PEV pour les USP n'en disposant pas. L'acquisition de ces 110 réfrigérateurs s'étalera sur toute la période 2016 - 2022 couverte par le PPAC.

Pour cette année 2020 dans le cadre du CCEOP 2 et 3, le pays dans les trimestres suivants va acquérir 154 réfrigérateurs pour équiper les formations sanitaires ne disposant pas et remplacer ceux qui ne sont pas homologués par l'OMS.

Le financement de l'achat de tous les équipements ci-dessus énumérés se fera conjointement par les fonds de l'Etat, les fonds RSS GAVI, l'UNICEF, l'OMS, le Rotary International et certaines ONG nationales (AGAIB, GEF, Plan International Togo).

Un système de maintenance impliquant les techniciens du froid privés sera mis en place à travers la mise en œuvre des plans de maintenance (préventive et curative) de la chaîne de froid (des chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs), des groupes électrogènes et des bâtiments à tous les niveaux. Pour opérationnaliser le système de maintenance, une formation des prestataires en maintenance préventive a été faite en 2018 pour les Points Focaux PEV des régions et des districts. La même formation a été mise en œuvre en faveur des Responsables des Formations Sanitaires (RFS) en 2019. I.

La formation en maintenance préventive de la chaîne du froid évoquée plus haut a permis aux pools de maintenance mis en place au niveau périphérique (districts et régions) d'être opérationnels.

4.4.6. Capacité de stockage en magasins sec au niveau des régions et districts

L'espace d'entreposage du matériel sec dans les régions et districts est insuffisant en raison surtout de la faiblesse dans l'organisation des espaces pour l'emmagasinage des intrants de tout le système de santé.

4.4.7. Renforcement de la sécurité des injections

La pratique des injections sûres et la gestion des déchets issus de la vaccination sont devenues systématiques depuis 2002, néanmoins des efforts seront orientés dans le sens de la disponibilité du matériel d'injection sûr, de l'adoption de manière durable des pratiques d'injection sans risque et de la réhabilitation/construction/maintenance des incinérateurs dans les formations sanitaires publiques et privées.

Une attention particulière sera accordée à la surveillance et à la prise en charge des manifestations adverses post-immunisations (MAPI) en vue de prendre les mesures qui s'imposent pour assurer la crédibilité des services de vaccination.

4.5. Surveillance et notification

La surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination réalisée à tous les niveaux du système sanitaire a permis, de 2011 à 2014, de détecter 459 cas suspect de PFA dont 0 cas confirmés, 1821 cas rougeole dont 837 cas confirmés, 66 cas TMN et 1675 cas suspects de FJ dont 12 cas confirmés. Suite à ces cas détectés et confirmés, des campagnes et ripostes de vaccination ont été réalisées.

Cette performance a été réalisée grâce aux structures mise en place notamment les réseaux de surveillance, les circuits d'acheminement des données et les agents de santé communautaires. Afin de renforcer la surveillance intégrée des maladies, toutes les composantes de la communauté (autorités politiques, traditionnelles, tradithérapeutes, ONG, etc) seront de nouveau mises à contribution pour détecter et notifier les cas.

Au cours des 5 prochaines années l'accent sera mis sur le renforcement de la surveillance des maladies basée sur les cas, du système de surveillance à base communautaire et du processus de contrôle des maladies, en vue de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et de la fièvre jaune, l'éradication de la poliomyélite et le maintien de l'élimination du tétanos néonatal

Comme le précédent plan, la mise en œuvre de cette stratégie sera basée sur :

La notification au cas par cas et l'investigation de tous les cas suspects de PFA, de rougeole, de rubéole, de fièvre jaune, de TMN, de choléra, de méningite et éventuellement d'autres maladies comme la diarrhée, la grippe aviaire, la grippe A H1N1, le paludisme, l'ulcère de Buruli, la fièvre typhoïde et la maladie à virus Ebola. Cette surveillance se poursuivra dans tous les districts et dans les sites sentinelles en vue d'orienter les actions de renforcement du PEV de routine et des vaccinations supplémentaires éventuelles.

La sensibilisation des responsables de réseaux du système d'alerte précoce, des cliniciens et tradithérapeutes, des points focaux régionaux et préfectoraux de surveillance intégrée, (PFA, Rougeole, rubéole, MCS, Fièvre jaune, TMN, maladie à virus Ebola et des autres maladies à potentiel épidémique) se poursuivra afin de relever le niveau de détection des cas suspects.

La supervision s'intéressera aux modalités de notification, d'investigation des cas et des épidémies et d'analyse des données. Elle s'intéressera également à la recherche active des cas dans les registres des hôpitaux et centres de santé et sera guidée par les résultats de l'analyse. Ainsi chaque niveau hiérarchique supérieur devra appuyer techniquement le niveau inférieur dans l'investigation et la réponse aux épidémies.

Les prélèvements et l'acheminement des échantillons de sang et de selles, de LCR se feront par les responsables des formations sanitaires ou les responsables de surveillance vers la Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte qui est chargée du remboursement des frais de transport et de la transmission de ces échantillons au Laboratoire National de Référence (LNR).

Les réunions hebdomadaires d'harmonisation des données entre le LNR et la Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte seront renforcées afin de minimiser les discordances entre les données collectées dans les deux services. Les rapports de surveillance ainsi que ceux de laboratoire seront partagés avec les partenaires.

La rétro-information sur les données de surveillance sera faite aux directeurs de région, de districts et aux points focaux de surveillance lors des réunions de monitoring, afin qu'ils puissent discuter du contenu avec les responsables des USP lors des réunions de monitoring mensuelles de district. L'accent sera mis sur la qualité des documents de rétro-information.

Les performances de la surveillance de certaines maladies prioritaires seront utilisées comme éléments de motivation du personnel. Comme indiqué plus haut, au cours des cinq prochaines années, la surveillance basée sur le cas sera renforcée et étendue à d'autres maladies prioritaires afin de prévoir et détecter à temps les flambées épidémiques.

Dans le but d'assurer une réponse appropriée aux flambées épidémiques, les capacités des équipes de santé des régions et districts seront renforcées en investigation et en gestion des épidémies.

Des activités supplémentaires de vaccination (Journées nationales de vaccination, ratissage dans les zones à haut risque, etc.) seront organisées sur la base des tendances épidémiologiques.

4.6. Renforcement de la génération de la demande, communication et plaidoyer

La communication pour le développement (C4D) se définit comme l'utilisation rationnelle et orientée des techniques de communication pour la promotion du développement, à travers un changement positif d'attitude et de comportement. Elle implique la participation efficiente de tous les acteurs.

Parmi les principaux facteurs qui entravent les activités du PEV, se trouvent le déficit de communication en vue de la mobilisation des populations vers les services de vaccination et le plaidoyer auprès des décideurs en faveur du PEV.

Afin de mener à bien les activités de communication pour le PEV, un plan stratégique de communication pour la vaccination a été élaboré et décliné en plans régionaux. Sa mise en œuvre avec la contribution des points focaux promotion de la santé, des ONG et associations, des agents de santé communautaire et de la communauté dans son ensemble permettra d'améliorer les couvertures vaccinales. Les axes stratégiques retenus pour ce plan sont : le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement, le renforcement de capacités, le partenariat /coordination et le suivi-évaluation. Ces différents axes stratégiques seront pris en compte dans le PPAC 2016 -2022.

❖ Le Plaidoyer :

Il vise l'engagement, l'adhésion et le soutien actif des décideurs et des partenaires. Les actions de plaidoyer en faveur du PEV seront orientées au niveau national vers les plus hautes autorités (Ministre de la Santé/Gouvernement/Partenaires...) et au niveau déconcentré vers les décideurs communautaires (autorités administratives, les leaders religieux, les leaders des organisations de la société civile) pour susciter leur intérêt en faveur des activités de vaccination.

❖ **La mobilisation sociale**

Permet de renforcer la participation des institutions, des réseaux communautaires y compris les groupes religieux en vue d'atteindre les objectifs du programme. Les activités de mobilisation sociale permettront à la communauté de s'impliquer et de s'approprier la mobilisation en faveur de la vaccination de routine et de la surveillance à base communautaire.

❖ **La communication pour le changement de comportement et le changement social**

Elle est nécessaire pour informer, stimuler et influencer les individus, les ménages, les leaders communautaires et les réseaux communautaires à l'adoption de comportements favorables à la vaccination et au renforcement des normes sociales.

Cette stratégie permettra de renforcer la communication de proximité pour la vaccination des enfants. Elle sera faite par les relais, agents de santé communautaires ou organisations de la société civile (OSC) issus de la communauté. Leur rôle consistera à mener des activités d'identification des ménages, des cibles, de sensibilisation de proximité, de recherche des perdus de vue, et d'orientation vers les centres de santé ou les sites de vaccination. Ils joueront un grand rôle dans la réduction du taux d'abandon et dans la notification des cas de maladies à potentiel épidémique.

❖ **Le renforcement des capacités**

Donner les compétences aux agents de santé et aux acteurs communautaires sur la C4D afin qu'ils puissent mener des activités de communication de qualité.

❖ **Le partenariat/ la coordination**

Renforcer le partenariat dans la mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale en encourageant les participations d'autres intervenants tels que la société civile ou autres groupes communautaires.

❖ **Le suivi/évaluation**

Renforcer le suivi des activités de communication du PEV, afin d'évaluer les stratégies de communication identifiées à tous les niveaux. Pour cela, des outils de suivi seront actualisés et/ou développés.

5. Calendrier des activités et cadre de suivi et d'évaluation national

5.1. Calendrier des activités du PPAc 2016 - 2022

Pour les plans annuels budgétisés de 2016 à 2022, voir l'outil costing (cMYP V3_9.8) dans la feuille « Plan annuel ».

5.1.1. Prestation des services de vaccination

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Renforcement de l'approche ACD	1.1 Organiser 39 ateliers de micros planifications (1 X 39 districts) annuelles en impliquant le personnel des structures privées, les leaders communautaires les responsables d'ONG/ association et les secteurs connexes	DPS / DRS / DI	X	X	X	X	X	X	X
	1.2 Organiser 7 ateliers de planifications (1 X 6 DRS + 1 DI) annuelles en impliquant le personnel des structures privées, les leaders communautaires les responsable d'ONG/ association et les secteurs connexes	DRS / DI	X	X	X	X	X	X	X
	1.3 Organiser la vaccination en stratégies fixes dans toutes les formations sanitaires (publiques et privées)	RFS	X	X	X	X	X	X	X
	1.4 Organiser en stratégie avancée la vaccination dans les 4000 villages situés à plus de 5km d'une formation sanitaire (1stratégie par mois par village.)	RFS	X	X	X	X	X	X	X
	1.5 Organiser la vaccination en stratégie mobile dans 500 villages enclavés et/ou d'accès difficiles.	DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.6 Organiser la surveillance et la prise en charge des MAPI	RFS	X	X	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	1.7 Organiser une réunion de monitoring mensuel dans les 39 districts avec les 850 structures offrant la vaccination en impliquant le personnel des structures privées, les responsable d'ONG/associations : pilier gestion du programme	DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.8 Organiser une réunion de monitoring mensuel dans les 117 communes sanitaires	DPS					X	X	X
	1.9 Organiser semestriellement un atelier national de monitoring des activités PEV/SIMR/Nutrition regroupant les 39 districts, les 6 DRS, la DLMPSP	DLMPSP/DI	X	X	X	X	X	X	X
	1.10 Organiser un atelier de monitoring semestriel des activités PEV/SIMR au niveau des régions et districts avec la participation du niveau central	DRS	X	X	X	X	X	X	X
	1.11 Organiser une supervision formative trimestrielle des agents PEV/SIMR des formations sanitaires par les équipes cadre de district	DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.12 Organiser une supervision formative trimestrielle des agents PEV/SIMR des 39 districts sanitaires par les équipes cadre de région	DRS	X	X	X	X	X	X	X
	1.13 Organiser une supervision formative semestrielle des agents PEV/SIMR des 6 régions et de 39 districts sanitaires par les acteurs du niveau central	DI	X	X	X	X	X	X	X
	1.14 Organiser un atelier de révision des outils de gestion pour prendre en compte les nouveaux vaccins	DI	X			X		X	X
	1.15 Reproduire et diffuser les supports de collecte des données du PEV ainsi que leurs guides de remplissage prenant en compte les nouveaux vaccins introduits	DI	X			X		X	x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	1.16 Doter les formations sanitaires de 500 échéanciers et annuellement 300 000 cartes pour la recherche des perdus de vue.	DI	X	X	X	X	X	X	X
	1.17 Motiver les ASC pour la recherche des perdus de vue	RFS /DPS / DRS	X	X	X	X	X	X	X
	1.18 Réaliser l'auto évaluation de la qualité des données dans les régions districts et formations sanitaires	DPS/DRS/DI	X	X	X	X	X	X	X
Introduction de nouveaux vaccins	1.19 Elaborer les documents de soumission du vaccin contre le HPV et RR, VPI-1 et 2, MenAfriVac	DI		X	X	X	X		
	1.20 Elaborer les documents de plan d'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance, HPV MenAfriVac,VPI-1 et 2 dans le PEV de routine	DI	X	X	X	X	X		
	1.21 Mettre en œuvre les plans d'introduction	DI	X		X	X	X	X	X
	1.22 Evaluer la mise en œuvre des plans d'introduction	DI	X		X	X	X		X
Organisation des AVS selon le profil épidémiologique	1.23 Organiser des ripostes de vaccination aux épidémies	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.24 Faire la riposte autour des cas de TNN confirmés	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.25 Organiser des ratissages en cas d'isolement de polio virus sauvage	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
	1.26 Organiser une campagne nationale de vaccination contre la rougeole/Rubéole en 2018 et 2021	DI			X				x
	1.27 Organiser une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite	DI	X	X	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Extension de la vaccination à d'autres cibles en fonction du profil épidémiologique	1.28 Vacciner d'autres cibles en fonction du profil épidémiologique	DI/DLMPSP	X	X	X	X	X	X	X

5.1.2. Gestion du programme

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Elargissement de la collaboration à d'autres structures et institutions.	2.1 Recenser les structures privées faisant la vaccination et non impliquées dans le système national de vaccination et de SIMR	DI /DRS /DPS	X	X	X	X	X		x
	2.2 Impliquer le personnel des structures privées et des OSC dans les activités de vaccination et de SIMR	DI/DLMPSP	X	X	X	X	X		
	2.3 Organiser un atelier d'actualisation et d'harmonisation des enseignements de vaccinologie dans les curricula des écoles de formation en santé	DI/DLMPSP	X			X			
Renforcement des capacités de gestion du programme	2.4 Doter les districts et USP de moyens de communication (téléphone, fax, internet, intranet et en réseau aérien de communication)	MS	X	X	X	X	X		

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	2.5 Doter la DI de 30 +10ordinateurs et (15+5 desktops et 15 +5lap top) et accessoires (onduleurs, régulateurs), de 5 vidéoprojecteurs, de 4 photocopieurs, 10 imprimantes, 15 disques durs externes et 4 scanners	MSPS/DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.6 Doter les points focaux des régions et districts des ordinateurs portatifs pour les activités de PEV	MSHP/DI						x	x
	2.7 Doter les chefs réseaux (150+50) de motos tout terrain pour la notification des cas.	DLMPSP	X	X	X	X	X	x	x
	2.8 Assurer le fonctionnement de la DI (fournitures de bureau, mobilier de bureau, matériel de bureau, carburant, maintenance des équipements et bâtiments, assurance des véhicules, connexion internet, électricité, eau, téléphone, antivirus)	MSPS/DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.9 Faire le plaidoyer pour le renforcement du personnel technique et de soutien	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.10 Organiser un atelier d'élaboration de la politique nationale de la vaccination et du guide de monitoring du PEV	DI	x					x	
	2.11 Organiser un atelier d'actualisation des directives et des outils de monitoring et d'investigation des MAPI	DI	X					x	x
	2.12 Produire et diffuser les documents de politique nationale de la vaccination et de guide de monitoring du PEV	DI	X					x	x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	2.13 Organiser un atelier d'élaboration et de validation du manuel de procédure opératoire normalisé sur la gestion des vaccins, de la chaîne de froid et des déchets de vaccination	DI			x				
	2.14 Doter chaque district et chaque région d'un ordinateur pour la gestion informatisée des données de PEV/SIMR	DI/DLMPSP/DRS	X	X	x				
	2.15 Organiser une fois par trimestre les réunions de CCIA (Pilier gestion du programme)	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.16 Organiser les réunions du GTCV une fois par semestre	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.17 Organiser des réunions de concertation entre l'ANR, la DI et les partenaires pour l'enregistrement des vaccins du PEV	DI/DPML	X	X	X	X	X	x	x
	2.18 Organiser mensuellement des réunions de GNLV	DI					x	x	x
	2.19 Organiser trimestriellement les réunions de l'équipe nationale qualité des données	DI				x	x	x	x
	2.20 Doter la DI de 3 véhicules de supervision LAND CRUSER 4X4	MS			x			x	
	2.21 Doter la DSIURS de deux véhicules de supervision Pick-up pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination	RSS/DI						x	x
	2.22 Doter les points focaux PEV et SIMR du niveau central de 10 motos, du niveau régional, des districts et les ICP de 300 motos pour les activités de vaccination et de supervision	MSPS/ DI	X	X	X	X	X	x	x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	2.23 Mettre en place à tous les niveaux les cahiers de bord pour les véhicules et les cahiers de maintenance pour le matériel de la chaîne de froid	DI/DRS/DPS/USP	X	X	X	X	X		
	2.24 Briefer les chauffeurs et les utilisateurs de motos au remplissage des cahiers de bord et à la maintenance préventive	DI/DRS/DPS/USP	X	X	X	X	X		
	2.25 Organiser un atelier d'extension du PPAC 2016-2020 étendu à 2022	DI					x		
	2.26 Organiser un atelier d'élaboration du PPAC post 2022	DI							x
Suivi-évaluation	2.27 Organiser une revue du PEV	DI				x			x
	2.28 Organiser 4 ateliers de classification par an des cas de PFA	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.29 Organiser 4 ateliers de validation par an des cas de PFA	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.30 Evaluer en interne annuellement la mise en œuvre du plan pluriannuel	DI	X	X	X	X	X	x	x
	2.31 Evaluer le système national de surveillance des maladies cibles du PEV	DSIUSR	X	X					x
Recherche et développement	2.32 Organiser des recherches-action sur les contraintes/résistances à la vaccination							x	
	2.33 Evaluer la mise en œuvre des microplans des districts ayant fait l'analyse de l'équité en vaccination	DI						x	x

5.1.3. Ressources humaines

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination	3.1 Former 39 PF de district, 6 PF de région et 1200 prestataires y compris les privés en gestion du PEV pendant 5 jours	DI/DRS/DPS	X	X	X	X		x	x
	3.2 Former 30 membres des ECR et 160 membres des ECD en supervision intégrée et en autoévaluation de la qualité des données pendant 05 jours	DI/DRS/DPS	X		X				X
	3.3 Former les 50 points focaux PEV des régions et districts à l'utilisation des bases de données informatisées pour le PEV (DVDMT/SMT) / DHIS2.	DI/DRS/DPS	X		X		X	X	
	3.4 Former 39 PF de district, 6 PF de région et 117 médecins communaux à l'analyse des données de la surveillance des maladies cibles PEV pendant 5 jours	DI/DSIUSR						X	X
	3.5 Former les prestataires y compris les hôpitaux publics et privés (1200) à la surveillance des maladies cibles du PEV pendant 3jours	DI/DSIUSRDR/DPS	x	x	x	X		x	X
	3.6 Former 10 cadres nationaux et 30 régionaux/districts en logistique de santé.	DI/DLMPSP	x	X	x	x	X	X	x
	3.7 Former / mettre à niveau 45 points focaux PEV, 06 chargés régionaux de la gestion des stocks, 39 DPS, 6 DRS et 10 gestionnaires de données au niveau central à la gestion des vaccins et consommables pendant 5jours	DI							X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	3.8 Former/ Mettre à niveau 1200 RFS en gestion des vaccins en 5 jours	DI/DRS/ DPS	X	X	X	X	X		X
	3.9 Former 50 PF pharmaco vigilance p et 50 PF SIMR sur la surveillance des MAPI en 3 jours	DI/DSIUSR/pharmaco vigilance		X					X
	3.10 Former 12 magasiniers en santé et sécurité au travail	DI	X					X	
	3.11 Former 50 prestataires/technicien en maintenance de la chaîne de froid	DI			X			X	
	3.12 Former les membres du Groupe Régional Logistique	DI						X	
	3.13 Briefer 210 chargés d'incinération à l'utilisation des incinérateurs	SRHA/DRS/ DPS	X					X	
	3.14 Briefer les ASC (7000) et les tradithérapeutes (1000) sur la surveillance des maladies (PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal)	DI/DSIUSR/DRS/DPS	X		X		X	x	X
	3.15 Organiser 02 session de 02 pools régionaux de formation des formateurs pour le renforcement des capacités en : communication interpersonnelle, en contenus de messages PEV / utilisation des supports	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X					
	3.16 Organiser des ateliers de formation des agents de santé communautaires, animateurs des ONGs, CDV, CDQ, des élèves adoptants et des OBCs au niveau district en communication pour le PEV	DI/DivPS/DRS	X	X					
	3.17 Organiser des ateliers régionaux de formation des directeurs régionaux et inspecteurs des enseignements primaire et secondaire et de l'Action Sociale sur le	DI/DivPS/DRS	X	X					

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	PEV sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves et sa mise en œuvre								
	3.18 Organiser des ateliers de briefing des élèves parrains et les membres des comités des parents d'élèves pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DI/DivPS/DRS	X	X					
	3.19 Former les acteurs des sites sentinelles à la surveillance des maladies évitables par la vaccination (Méningite bactérienne pédiatrique, infection à Rotavirus, Rubéole congénitale et grippe)	DSIUSR/DI						X	X

5.1.4. Coût et financement

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Amélioration des procédures de budgétisation et de décaissement des fonds de l'Etat	4.1 Appuyer l'organisation des ateliers de formation des comptables des DRS (6), DPS (40) et DI (4) sur les procédures budgétaires de l'Etat et des partenaires	DI/DAF	X		X			x	
	4.2 Elaborer un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le PEV	DI	X					x	
	4.3 Organiser un forum de haut niveau pour la mobilisation des ressources pour le PEV	MSHP							x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	4.4 Faire le plaidoyer pour l'application effective de l'accord de coopération entre l'Etat Togolais et GAVI pour l'exonération des frais de douane des vaccins, consommables et matériel de chaîne de froid	DI	X				x	x	x
	4.5 Faire le plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire pour le dédouanement des vaccins, consommables et matériel de chaîne de froid	DI	X				x	x	x
	4.6 Faire le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour l'augmentation de la contribution financière de l'Etat aux activités opérationnelles du PEV	DI	X				x	x	x
Augmentation des ressources financières allouées/utilisées au PEV	4.7 Reproduire et diffuser le PPAC 2016-2020 étendu à 2022 aux partenaires	DI					x	x	
	4.8 Organiser un atelier de réflexion sur les stratégies innovantes de mobilisation des fonds en faveur du PEV	DI						X	
	4.9 Faire le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour augmenter l'allocation de la ligne budgétaire vaccin et consommables dans le but de prendre en compte les nouveaux vaccins	DAF/DI	X	X	X	X	X	x	x

5.1.5. Vaccins, chaîne de froid et logistique

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Approvisionnement en vaccins de qualité et consommables	5.1 Maintenir le mécanisme d'achat assistance avec l'UNICEF	DI/MSPS	X	X	X	X	X	X	X
	5.2 Acquérir (estimer les besoins, commander, réceptionner) les vaccins, les consommables et les équipements de chaîne de froid pour le PEV Togo	DI/MSPS	X	X	X	X	X	X	X
	5.3 Approvisionner une fois tous les trois mois les vaccins et consommables aux régions et une fois par mois aux districts / USP	DI/ DRS/ DPS	X	X	X	X	X	X	X
Renforcement de la chaîne de froid et de la logistique roulante	5.4 Construire trois chambres froides positives de 30 m3 chacune équipées d'un système d'alarme automatique, de 03 générateurs de secours et de 05 Beyond Wirless au niveau des régions maritime, plateaux et Kara	MSPS/ DI	X				X	X	
	5.5 Construire un magasin de 1000 m3 au dépôt central et extension des 06 magasins secs dans chacune des régions	MSPS/DI		X		X		X	X
	5.6 Réhabiliter la zone de colisage au niveau du dépôt central	DI							
	5.7 Equiper 312 réfrigérateurs et 14 congélateurs électriques de tous les dépôts en régulateurs de tension	MSPS/DI	X			X	X	X	X
	5.8 Doter le dépôt du niveau central de 4 congélateurs MF314, 200 glaciaires-large pour le convoyage des vaccins, 48 log-tags et 150 freezetag	MSPS/ DI	X	X	X	X	X	X	
	5.9 Doter les dépôts régionaux et de districts de 52 réfrigérateurs TCW 3000, 10 congélateurs MF314, 2400 Fridge tag, et	MSPS/ DI	X	X	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	1800 freeze-tag								
	5.10 Doter 400 FS de réfrigérateurs Solaires et électriques	MSPS/ DI	X	X	X	X	X	X	X
	5.11 Faire annuellement l'inventaire de la CDF à tous les niveaux	DI		X	X	X	X	X	X
	5.12 Organiser une tournée d'inventaire de la chaîne de froid et de la logistique tous les 3 ans	DI	X		X		X	X	
	5.13 Etablir un contrat avec 7 techniciens privés (un par région et un pour la DI) pour la maintenance de la CDF	DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
	5.14 Doter les dépôts et centres de vaccination en pièces de rechange pour les différents types de réfrigérateurs et de congélateurs	DI	X	X	X	X	X	X	X
	5.15 Doter la DI d'un camion long châssis pour l'approvisionnement des régions en vaccins et consommables	MSPS/DI				X		X	
	5.16 Doter le personnel du dépôt central kit de protection individuelle (de combinaisons, casque, botte, gang et masque) et pour le travail dans les chambres froides et les magasins	DI						X	X
Renforcement de la sécurité des injections	5.17 Construire 105 nouveaux et réhabiliter 54 incinérateurs	DNHA/ DI	X	X	X	X	X		
	5.18 Fournir le matériel d'incinération à 105 FS (gants, bottes, lunettes, masques, blouses, pyromètres, brouettes et pelles)	DNHA/ DI	X		X	X	X		
	5.19 Organiser l'entretien de tous les incinérateurs (290 incinérateurs)	DNHA/ DPS	X	X	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	5.20 Acquérir 02 incinérateurs de grande capacité pour l'élimination des déchets de vaccination	DNHA/ DI	X					X	
	5.21 Incinérer 100% des déchets issus de la vaccination	DRS/ DPS	X	X	X	X	X	X	X
	5.22 Doter les formations sanitaires (publiques et privées) en SAB et seringues de dilution pour la vaccination	DRS/ DPS	X	X	X	X	X	X	X
	5.23 Réaliser une étude systématique de contrôle et la fiabilité de température de conservation des vaccins dans les chambres froides, dans les dépôts de régions, districts et USP	DI/DRS/DPS						X	X
Renforcement de la coordination des activités de la logistique	5.24 Organiser les réunions du Groupe National et Régional Logistique	DI/DRS						X	X
	5.25 Reproduire et diffuser les supports de gestion de stocks de vaccins et consommables (registres de vaccin, des solvants, consommables et les bons de commandes et de livraison des vaccins et consommables)	DI		X		X			

5.1.6. Surveillance et notification

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Renforcement de la surveillance basée sur les cas	6.1 Assurer le convoyage des échantillons biologiques vers les laboratoires de référence	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X	x	x	
	6.2 Notifier les cas de maladies sous surveillance	DPS/RFS	X	X	X	X	X	x	x	
	6.3 Faire la recherche active des cas de maladies sous surveillance à travers le réseau des relais communautaires	DPS/RFS	X	X	X	X	X	x	x	
	6.4 Investiguer les suspicions des épidémies	DSIUSR/DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X	x	x	
	6.5 Equiper les laboratoires en matériel, réactifs et consommables pour la confirmation des maladies évitables par la vaccination	DSIUSR/INH	X	X	X	X	X	X	X	
	6.6 Doter les sites sentinelles en matériel pour la surveillance des Méningites Bactériennes Pédiatriques et des diarrhées à Rotavirus	DLMSPS	X	X	X	X	X	X	X	
	6.7 Organiser un atelier d'élaboration du rapport annuel conjoint OMS-UNICEF	DSIUSR/DI	X	X	X	X	X	x	X	
	6.8 Organiser un atelier d'élaboration du rapport annuel de progrès de l'éradication de la poliomyélite	DMT/DI	X	X	X	X	X	x	X	
	6.9 Superviser les acteurs de la surveillance à tous les niveaux	DSIUSR/DI/DRS/DPS							X	X
	6.10 Réaliser des visites sur les sites prioritaires de surveillance	DPS							X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	6.11 Faire la reprographie des directives et outils de surveillance y compris les affiches	DSIUSR/DI						X	X
	6.12 Doter la DSIURS de 2 véhicules de supervision Pick-up pour la surveillance des maladies évitables par la vaccination	MSPS/DI						X	

5.1.7. Génération de la demande, communication et plaidoyer

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
La communication pour le changement de comportement et le changement social	7.1 Diffuser sur les médias de proximité des microprogrammes sur la vaccination et la surveillance épidémiologique (4 diffusions/mois)	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X	x	x
	7.2 Animer une émission radio phonique/mois sur la vaccination et la surveillance épidémiologique	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X	x	x
	7.3 Organiser des séances semestrielles d'information et de sensibilisation des leaders communautaires, des chefs religieux et des autorités sur la vaccination et la surveillance épidémiologique dans les districts	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X	x	x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	7.4 Organiser des séances d'information et de sensibilisation au cours des séances de vaccination à l'endroit des parents	RFS-DPS-DRS	X	X	X	X	X	x	x
	7.5 Diffuser des SMS sur le PEV et la surveillance épidémiologique sur les réseaux de téléphonie mobiles	DI/ DivPS	X	X	X	X	X	x	x
	7.6 Organiser un voyage d'étude d'une semaine pour échanger sur l'approche élèves adoptants	DI	X	X				x	
	7.7 Mettre en place un système de parrainage de la vaccination des enfants par les élèves/enseignants/cadres dans les districts à faible couverture Penta 3<80%	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X	x	
	7.8 Evaluer la stratégie élève adoptant	DI							X
	7.9 Organiser des visites à domicile pour la recherche des perdus de vue	RFS-DPS-DRS	X	X	X	X	X	x	x
La mobilisation sociale	7.10 Organiser des ateliers annuels conjoints en pool (Ministère, OSC, OBC) pour la planification des activités de vaccination et de surveillance épidémiologique afin de susciter leur implication	DI	X	X	X	X	X	x	x
	7.11 Dynamiser les comités de mobilisation sociale dans les communautés (COGES)	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X				x	X
	7.12 Organiser un atelier de révision du plan intégré de communication afin de l'aligner sur le PPAC et le PNDS								X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	7.13 Organiser tous les deux ans une réunion nationale de mobilisation de l'association des médias pour un engagement en vue de renforcer la communication pour le PEV dans leur plan d'action	DI/DivPS/DRS/DPS	X		X		X	x	
	7.14 Organiser les journées de communication sur la vaccination (SAV, journées portes ouvertes, journées de lancement)	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X	X		X	x	x
	7.15 Organiser des séances semestrielles d'information et de sensibilisation des leaders communautaires, des chefs religieux et des autorités sur la vaccination et la surveillance épidémiologique dans les districts (par les OSC							x	x
	7.16 Organiser des dialogues communautaires dans les districts à faible couverture en Penta 3 (<80%)	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X	X	X	X	x	x
Le plaidoyer	7.17 Elaborer un document de plaidoyer pour le PEV	DI/DivPS	X					x	
	7.18 Appuyer l'organisation de réunion de mobilisation de fonds en faveur de la vaccination à tous les niveaux chaque année							X	x
	7.19 Organiser 02 réunions de plaidoyer avec la Commission Santé de l'Assemblée Nationale (AN) pour le soutien au PEV	DI/DivPS	X	X				x	x
	7.20 Organiser 02 réunions de plaidoyer avec les hautes autorités des Ministères connexes aux pour intégrer le volet communication PEV dans leurs plans sectoriels	DI/DivPS	X						x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	7.21 Organiser deux réunions de plaidoyers aux autorités locales, organisations de la société civile (ONGs), syndicats et élus locaux pour la mobilisation des ressources au niveau régional et préfectoral	DRS/DPS	X	X				x	x
	7.22 Organiser des réunions de plaidoyers à l'endroit des chefs des sociétés privées (entreprises de téléphonie mobile, banques, chambre de commerce, sociétés pétrolières, ...) pour la mobilisation des ressources au niveau national, régional et préfectoral.	DI/DRS/DPS	X	X				x	x
Le développement des partenariats	7.23 Elaborer un document de politique nationale de communication	DI/DivPS		X					x
	7.24 Mettre en place un comité national de communication pour le PEV	DI/DivPS	X					x	
	7.25 Elaborer les documents de d'attribution du comité national de communication sur le PEV	DI/DivPS						X	
	7.26 Valider le document d'attribution	DI/DivPS						X	
	7.27 Assurer le fonctionnement du comité national de communication	DI/DivPS						X	X
Elaboration et production des supports	7.28 Organiser un atelier national d'élaboration et de validation des supports de communication sur le PEV	DI/DivPS	X	X					
	7.29 Produire les supports éducatifs aux ONGs, Associations, ASCs, formations sanitaires publiques et privées, enseignants, tradipraticiens, OBCs, etc.	DI/DivPS	X	X	X	X	X		x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	7.30 Equiper les structures sanitaires en équipement audio visuels (Poste téléviseur, DVD et Mégaphone) et supports de communication	DI/DivPS /DRS/DPS	X	X	X			x	x
	7.31 Réaliser un film documentaire sur le PEV	DI		X	X				x
	7.32 Organiser des ateliers d'élaboration de plans de communication régionaux / de districts pour la mise en œuvre du plan stratégique (DPS, PF PEV, PF IEC, PF SIMR et OSC)	DI/DRS/DPS	X						
	7.33 Organiser des missions de supervision mensuelles intégrées des Agents de Santé Communautaires et des élèves adoptants par les Responsables des Formations Sanitaires	DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X	X	x
	7.34 Signer des contrats de prestation avec les ONGs pour le suivi des Agents des Santé communautaires et des animateurs des ONGs et les élèves adoptants		X					X	X
SUIVI-EVALUATION	7.35 Organiser un atelier d'élaboration et validation du mécanisme de suivi-évaluation des activités de communication, ainsi que les outils de collecte de gestion des données ;							X	
	7.36 Organiser des missions de supervision intégrées dans les régions							X	X
	7.37 Organiser l'évaluation finale du plan de communication								x

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	7.38 Mener une enquête CAP sur la vaccination (conservation des cartes de vaccination/nouveaux vaccins pour avoir une base d'évidence et orienter les options stratégiques pour le prochain plan de communication								x
	7.39 Réaliser le monitoring des activités de communication à tous les niveaux							x	x
	7.40 Appuyer l'organisation des études socio anthropologiques sur les raisons de non vaccination et d'abandons								x

5.2. Cadre national de suivi et d'évaluation de la vaccination

Sous-composante des systèmes de vaccination	Indicateurs	Source des données	VAL. RÉF.	CIBLES				
			2017	2018	2019	2020	2021	2022
1. GESTION DU PROGRAMME								
Législation et réglementations	Nombre de fonctions gérées par les ANR	Termes de référence des ANR	3	3	4	4	4	4
	Législation sur le financement de la vaccination prescrivant une ligne budgétaire concernant les vaccins dans le budget de santé national	Loi sur la vaccination	Non					Oui
	Législation sur le financement de la vaccination identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination.	Loi sur la vaccination	Non					oui
Politique	Elaboration de la politique nationale de vaccination	Politique de vaccination nationale	Non				Oui	
	Mise à jour de la politique nationale de vaccination	Politique de vaccination nationale	Non		NA	NA	NA	Oui
Planification	Elaboration d'un plan d'action annuel en faveur de la vaccination	Plan opérationnel de vaccination national	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Nombre de districts bénéficiant d'un microplan annuel de vaccination (cumulatif)	Rapports PEV	40	44	44	44	39	39
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	Compte rendu du CCIA	4	4	4	4	3	3

	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	Comptes rendus du GTCV	3	2	3	4	4	4
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination	Rapports sur le programme de vaccination	0	2	2	2	2	2
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES								
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé/vaccinateurs. pour une population de 10 000 habitants	Données sur les ressources humaines du MdS	6,4	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Renforcement des capacités	Nombre du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM (cumulative)	Rapports PEV	2	10	15	20	25	30
Supervision	Moyenne annuelle des visites de contrôle central dans chaque district	Rapports PEV	2	2	2	2	2	2
3. Coûts et Financement								
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	Rapports PEV	56%	50%	50%	50%	50%	50%
	Existence d'une ligne budgétaire dans le budget national en faveur du programme de vaccination qui soit intégralement financé	Budget national de la santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant – Sans les coûts partagés (RCN 6700)	Rapport Conjoint RCN - JRF	1000 000 USD/286510 survivants = 3,5 USD	5	10	15	20	25
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS								

Approvisionnement des vaccins	Ruptures de stock au cours de l'année passée au niveau national	Rapport PEV	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois			0-12	0-12	0-12	0-12	0-12
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s)			0 antigène	0 antigène	0 antigène	0 antigène	0 antigène
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	Rapports sur le programme de vaccination	1/40 (2,5%)	5%	7%	10%	15%	25%
	Année où 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)	Rapport GEV	GEV et mise à jour de l'inventaire réalisés en 2015)	Non	Non	Oui	Non	Non
Élimination des déchets	Existence d'un plan de gestion des déchets	Plan de gestion des déchets et rapport GEV	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

5. PRESTATION DES SERVICES DE VACCINATION

Couverture de routine	Couverture par DTC-HepB-Hib3	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	90%	90%	92%	92%	93%	93%
	Pourcentage de districts avec une couverture DTC-HepB-Hib3 >80 %	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	93%	93%	95%	95%	97%	97%
	Pourcentage d'abandon du DTC-HepB-Hib1 / DTC-HepB-Hib3 à l'échelon national	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	2%	2%	2%	2%	2%	2%
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC-HepB-Hib1 / DTC-	Informations sur la santé au plan national	2,5%	2,5%	2,5%	2%	2%	2%

	HepB-Hib3 > 10 %	- Rapports PEV							
Equité	Nombre de districts avec une couverture DTC-HepB-Hib3 >80 %	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	37/40	41/44	42/44	42/44	38/39	38/39	
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles DTC-HepB-Hib3	Enquête EDS	9%				5%		
Intégration au système de santé	Pourcentage des services de santé faisant la vaccination	Étude sur la couverture vaccinale	NA				80		
Nouveaux vaccins	Couverture de vaccination en VPI	Informations sur la santé au plan national	NA	95%	96%	92%	93%	93%	
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION									
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté	Informations sur la santé au plan national ou système de surveillance de la santé publique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Suivi de la couverture	Pourcentage de districts avec des performances médiocres (Penta3 <50%) l'année dernière	Informations sur la santé au plan national	15%	10%	8%	5%	0%	0%	
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans (%)	Rapport PEV et Surveillance	4,2	4,2	4,5	4,5	4,5	5	
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Rapports sur le programme de vaccination	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Comptes rendus de la réunion MAPI	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE								
Stratégie de communication	Existence d'un plan	Stratégie de communication	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	Enquête CAP	Non (dernière en 2009)	Non	Oui	Non	Oui	Non
Demande	Pourcentage des services de santé faisant la vaccination	Étude sur la couverture vaccinale	70%	75%	80%	85%	90%	95%
Planification	Plan à haut risque pour les communautés défavorisées et résistantes à la vaccination	Plan à haut risque	Aucun plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan

6. Analyse des coûts, du financement et des déficits de financement

L'analyse des coûts, du financement et des déficits en financement du PPAc 2016-2022 ont été réalisées à l'aide des outils suivants :

- Outil Excel du costing du PPAc (cMYP_V3_9.8, version de décembre 2018)
- Guide révisé d'élaboration des PPAc, OMS – UNICEF 2013
- Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV ou GVAP)

L'ensemble des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées dans le PPAc, 2016 - 2022 a été intégré dans l'outil Excel pour le calcul des besoins en ressources et des financements sur la période. Ces ressources émaneront des financements de l'Etat, des approbations de soutien de GAVI et des intentions de financement des partenaires notamment l'OMS, UNICEF, Initiative Mondiale d'Eradication de la Poliomyélite (IMEP), Plan Togo, Rotary International, Initiative PPTE...

Pour ce qui concerne la projection des financements de 2018 à 2022, les risques 1 et 2 leur ont été attribués selon la forte probabilité de réalisation du financement.

Le risque 1 a été attribué aux financements assurés, et le risque 2 aux financements non assurés ou probables. En l'occurrence, en 2021 et 2022, la majorité des financements ont été considérés comme probable étant donné qu'on ne peut avoir d'engagements fermes de la part des différents bailleurs ; seuls les financements sur budget de l'Etat ont été considérés en majorité comme assuré, compte tenu des postes de coûts qu'il couvre (salaires, maintenance, ...etc.).

En outre, la survenue de la pandémie à COVID-19 a créé un nouvel environnement externe au PEV qui doit être pris en compte. Cette pandémie a en effet eu pour conséquence l'arrêt ou le ralentissement de certaines activités ainsi que la réorientation de certaines ressources vers la lutte contre cette pandémie. Ceci peut entraîner un sous-financement des activités du PEV.

Les données qui ont permis de confectionner les tableaux qui ont fait l'objet d'analyse dans ce Plan ont été collectées dans une large mesure auprès des administrations nationales et des partenaires et pour d'autres, estimées à partir des tendances passées.

L'absence des informations disponibles sur le financement de la communauté et de certains partenaires n'ont pas facilité les prévisions de financement sur les prochaines années.

L'analyse des coûts et financements du Programme va porter essentiellement sur les points suivants :

- Les coûts du Programme pour l'année de base qui est 2016 avec un accent particulier sur les plus importantes rubriques,
- Le financement du Programme au cours de l'année 2016
- La projection des coûts du Programme de 2016 à 2022 avec un accent particulier sur l'introduction de nouveaux vaccins en routine (Vaccin contre le VPH, MenAfriVac, Vaccin Rougeole – Rubéole)
- Les financements assurés et probables projetés sur la période
- Et enfin l'analyse des gaps et les stratégies de viabilité financière.

6.1. Environnement économique général du Togo

La situation générale du pays au plan économique reste encore fragile. Le revenu par tête d'habitant était de 679 USD en 2018.

Le Togo a connu au cours de ces cinq (5) dernières années, une hausse régulière de sa croissance économique bénéficiant des faveurs du climat et des effets induits des politiques gouvernementales. Le taux de croissance a été de 5,2 % en 2014-2016, porté par les investissements en infrastructures et une forte production agricole. L'inflation a été bien contenue du fait du recul des prix des denrées alimentaires, de l'énergie et des transports.

Le rythme rapide des investissements publics a contribué à une augmentation sensible de la dette publique et du déficit du compte courant. La dette publique, calculée en incluant les préfinancements, les arriérés de paiement intérieurs et la dette des entreprises publiques, est passée de 48,6 % du PIB en 2011 à 80,8 % en 2016, en raison d'investissements en infrastructures publiques financés à la fois par des emprunts intérieurs et extérieurs. Le déficit du compte courant est resté élevé, atteignant 9,8 % du PIB en 2016, essentiellement à cause des importations liées aux investissements.

La croissance économique devrait augmenter progressivement à moyen terme, à mesure que l'orientation de la politique se place sur une trajectoire viable. Il est prévu que la croissance s'accélère, de 5,0 % en 2016 à 5,6 % d'ici 2021, l'économie bénéficiant de l'amélioration du réseau de transport et de gains de productivité dans le secteur agricole. On s'attend à ce que le secteur privé contribue davantage à la croissance, l'investissement public revenant à un niveau viable à long terme.

Cependant, la pandémie à COVID-19 a amené le pays à revoir les prévisions de croissance économiques en 2020 à 1,3% au lieu des 5,6% planifié jusqu'en 2021. Ceci va amener à revoir les perspectives de financements du pays.

Le rapport de la Banque mondiale sur l'économie togolaise (Août 2020) « Dynamiser l'investissement privé pour plus de croissance et d'emplois » met l'accent sur les principaux aspects pour dynamiser l'économie togolaise.

Selon ce rapport, la COVID-19 aura un impact néfaste sur l'économie mondiale, y compris l'Afrique et le Togo. Selon les projections du Fonds Monétaire International et de la Banque mondiale, la croissance de 2020 pourrait chuter de 4,5 points de pourcentage par rapport aux estimations antérieures à la crise sanitaire. La pandémie pourrait réduire les gains de réduction de pauvreté et laisser des séquelles économiques durables, notamment en termes de réduction des investissements et d'érosion du capital humain en raison du chômage et de la fermeture temporaire des écoles.

Ce rapport présente la toute première analyse exhaustive de l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'économie togolaise en général et sur le secteur privé en particulier.

Le rapport montre que, le Togo part d'une situation de stabilité macroéconomique qui reflète une pluralité de réformes engagées au cours des trois dernières années aussi bien sur le plan de la gestion des finances publiques que de l'amélioration du climat des affaires. Mais la crise de la COVID-19 a mis un frein à cet élan du fait de la contraction de l'activité économique aussi bien du côté de l'offre que du côté de la demande. Les données disponibles montrent que la crise sanitaire frappe de plein fouet l'économie. Les entreprises ont observé en moyenne, une baisse de la moitié du niveau des ventes en Juin 2020 par rapport au mois précédent. Les secteurs les plus affectés sont le tourisme, le transport et la logistique, l'agriculture et l'agro-industrie. En conséquence, les prévisions de croissance pour 2020 sont substantiellement revues à la baisse tandis que la pauvreté pourrait s'accroître. La riposte du Gouvernement à la crise a été rapide, ciblée et pourrait permettre d'atténuer l'impact de la crise sur les ménages et les entreprises les plus vulnérables.

Le rapport propose un agenda de réformes qui s'articule autour de trois grands axes : (i) le renforcement de la résilience ; (ii) la levée des contraintes structurelles au développement du secteur privé ; et (iii) la mise en œuvre de mesures ciblées pour l'optimisation de la performance de quelques secteurs prioritaires du PND : transport et logistique, agriculture et agro-industrie, industrie et mines.

Sur le plan social, beaucoup d'efforts restent à faire pour enregistrer des avancées significatives. Selon le rapport mondial sur le développement humain 2019, l'Indice de développement humain (IDH) du Togo est évalué à 0,513, le classant au 167^e rang sur 189 pays (contre 166^e rang en 2016). Cela met en exergue le déficit important en matière d'investissement, entre autres, dans les domaines sociaux de base (santé, éducation, eau/assainissement, protection sociale) qui sont les éléments clés du développement humain.

Par ailleurs, bien que l'incidence de la pauvreté ait régressé sur la période 2011 à 2015 au niveau national, la pauvreté y est encore très répandue. En 2015, plus de la moitié des ménages (55,1%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 68,9%) et parmi les ménages dirigés par une femme (57,5%).

6.2. Estimation des coûts et du financement du PPAc

6.2.1. Estimation des coûts du programme en 2016

Les informations ci-dessous résultent de l'analyse faite à partir des données de l'outil Excel du Plan Pluri Annuel Complet (cMYP version V3_9_8).

Le tableau XX suivant présente les données macro-économiques de 2016 et leurs projections de 2018 à 2022. Les données de 2016 sont les estimations du Fonds Monétaire International en ce qui concerne le PIB et du National Health Account (NHA) en ce qui concerne les dépenses totales de santé par habitant. Les projections ont été obtenues en appliquant aux données de 2009 le taux de croissance économique annuel du pays qui est évalué à 2,5% jusqu'en 2019. A partir de 2020, la pandémie à COVID-19 a amené le Gouvernement à revoir la croissance à 1,3%.

Tableau XX : Données macroéconomiques en 2016 au Togo et leurs projections

Indicateur	2016	2018	2019	2020	2021	2022
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
PIB par habitant	691	599	621	629	637	646
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	56	59	61	62	63	64
	%	%	%	%	%	%
Dépenses publiques de santé (DPS) en % des dépenses totales en santé (DTS)	53,99%	58,1%	60,2%	61,0%	61,8%	62,6%
http://www.WHO.int/nha/country						

Le tableau XXI présente les coûts spécifiques et les coûts partagés de la vaccination (vaccination de routine et vaccinations supplémentaires) en 2016.

Tableau XXI : Coûts spécifiques et partagés du PEV 2016

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité Référence	2016
PIB par habitant (US\$)	\$691
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$56
Population	6 974 212
PIB (US\$)	
	\$4 819 180 492
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	
	\$390 555 872
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	
	\$210 861 115
Besoins en ressources : vaccination	
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$32 542 358
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$29 112 666
Par enfant vacciné avec la DTC	\$ 116,99
% dépenses totales en santé	
Besoins en ressources : vaccination	
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	8,33%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	7,45%
Écart de financement	
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	
% Dépenses publiques de santé (DPS)	
Besoins en ressources : vaccination	
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	15,43%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	13,81%
Écart de financement	
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	
% PIB	
Besoins en ressources : vaccination	
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0,68%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0,60%
Par habitant	2016

Besoins en ressources : vaccination	
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ 4,67
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 4,17

- Vaccination de routine

Le total des dépenses pour le PEV en 2016 (y compris les coûts partagés) représente **8,33%** des dépenses de santé, vaccination systématique et campagnes comprises. Les dépenses consacrées au PEV s'élèvent à **\$32 542 358 (\$22 961 397 sans les coûts partagés)** soit **\$4,67 /ht (\$3,29 / ht sans les coûts partagés)**. Les dépenses publiques spécifiques pour la vaccination représentent **15,43%** des dépenses totales publiques en santé.

Les dépenses pour le PEV en 2016 se répartissent comme suit :

- ✓ 85,0% pour la vaccination de routine, soit **\$29 112 666 (\$19 531 705 sans les coûts partagés)**
- ✓ 15,0% pour les campagnes de vaccination, soit **\$3 429 692**

En 2016, le premier poste de coûts du PEV de routine est représenté par les vaccins & le matériel d'injection (80%), suivi du personnel et du transport pour la stratégie avancée (un peu plus de 8%) et la chaîne du froid (3%) (voir figure 3).

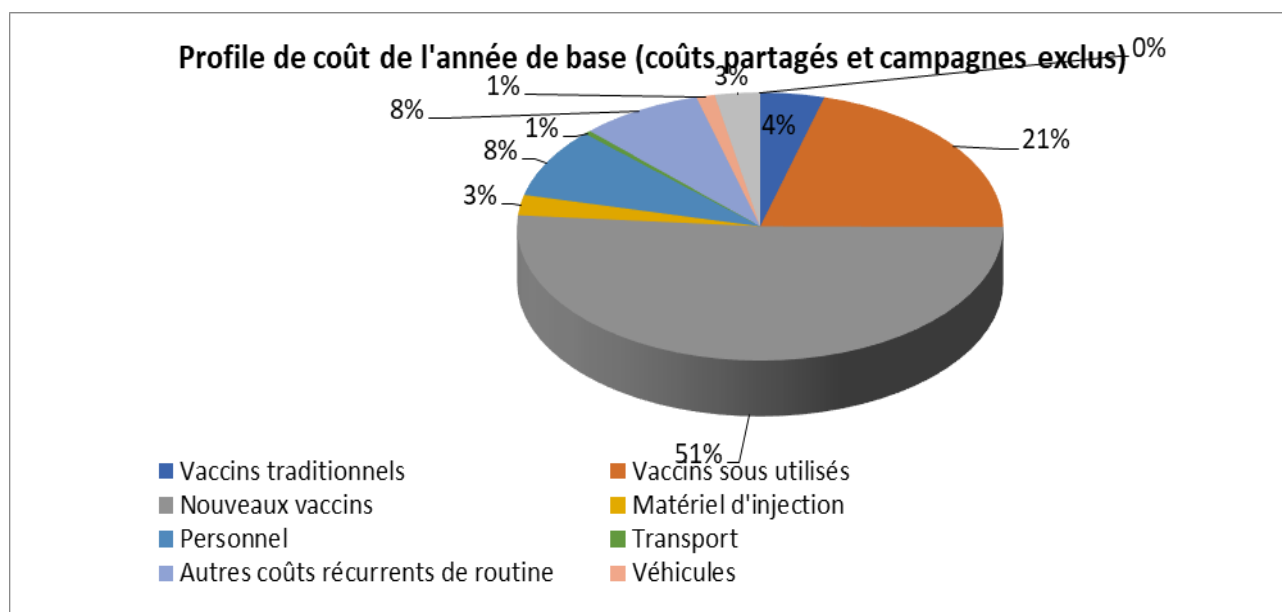


Figure 3 : Profile des coûts pour l'année de base

Le **coût par enfant complètement vacciné (Penta3, VAR et VAA)** était de **\$ 78,49** si l'on exclut les coûts partagés (**\$ 116,99** avec les coûts partagés).

La plus grande part du financement de la vaccination de routine en 2016, année de base de l'analyse des coûts, est apportée par l'Alliance du Vaccin GAVI (67%), suivi par le Gouvernement

(17%), de l'UNICEF (8%). Les COGES (fonds de recouvrement dans les formations sanitaires) et l'OMS ont respectivement financé 5% et 3% (Figure 4).

Le financement de GAVI a servi essentiellement à payer :

- Les nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés ainsi que le matériel d'injection
- Les transports et quelques indemnités pour les stratégies avancées, la réception et la livraison des vaccins et de la maintenance de la chaîne de froid ;

Le gouvernement a financé essentiellement :

- Les vaccins traditionnels, le cofinancement des nouveaux vaccins et 100% des salaires
- les frais de maintenance des équipements (véhicules, chaînes de froid et bâtiments)

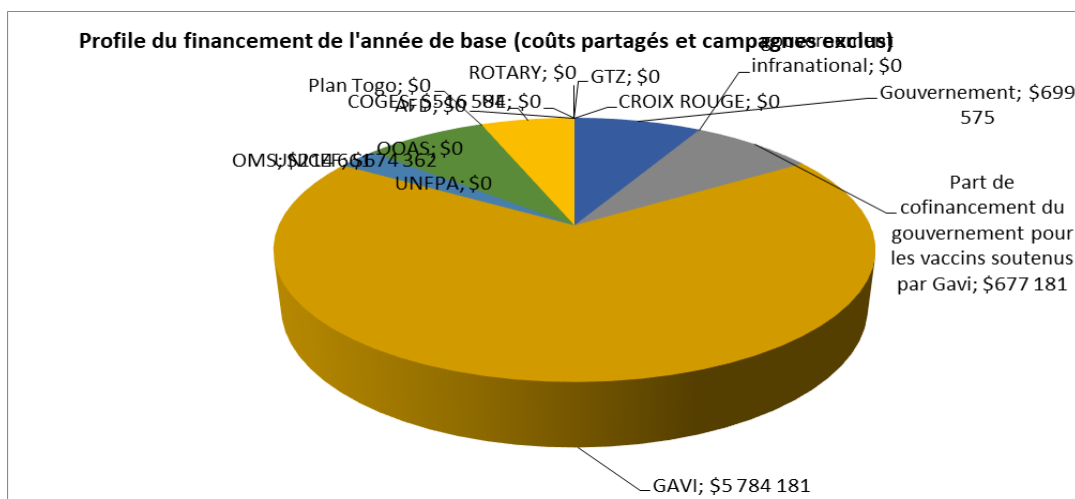


Figure 4 : Profil du Financement (Année de base - Routine)*

- Activités de vaccination supplémentaires

Les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont été financées par l'OMS, l'UNICEF :

- L'UNICEF a financé la totalité des vaccins des JNV polio en 2016
- Les dépenses opérationnelles (sans les coûts partagés) ont été financées par l'OMS (tous les autres coûts sauf la communication) et l'UNICEF (la communication).

Les campagnes de distribution de vitamine A et de l'Albendazole ont été entièrement financées par l'UNICEF.

6.2.2. Estimation du financement du programme en 2016

❖ Sources de financement du PEV au Togo

Le financement du PEV est à plus de 77,5% assuré par les ressources extérieures. Jusqu'en 2003, la quasi-totalité du financement des vaccins et consommables de vaccination a été assurée par les partenaires techniques et financiers qui sont l'UNICEF, l'OMS, Plan Togo, GAVI, la Coopération française, le Rotary Club, ARIVA, AMP, ADSS/UE et le UNFPA. A partir de 2003, l'Etat et les fonds de recouvrement ont progressivement apporté leurs contributions.

Tableau XXII : Contributions des partenaires au financement du PEV de routine

Baseline Financing

Baseline Financing Profile for Routine Immunization

Donor	US\$
Gouvernement Total	\$699 575

Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	\$677 181
GAVI	\$5 678 809
OMS	\$214 661
UNICEF	\$416 444
UNFPA	\$0
OOAS	\$0
Plan Togo	\$0
COGES	\$516 584
UE	\$0
AFD	\$0
TOTAL	\$8 203 254

Les partenaires qui interviennent dans le PEV de routine sont essentiellement :

- ✓ L'Etat pour l'achat des vaccins traditionnels et le cofinancement des vaccins nouveaux et sous utilisés ;
- ✓ GAVI, pour l'achat des nouveaux vaccins, le soutien à l'introduction de nouveaux vaccins, l'appui de la mise en œuvre de l'ACD et dans le renforcement de l'équipement de la chaîne de froid ;
- ✓ OMS, UNICEF, OOAS, et Plan-Togo pour l'appui à la mise en œuvre du PEV et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- ✓ Rotary, pour le renforcement de la chaîne de froid.

Cependant depuis quelques années certains partenaires (Rotary) n'ont plus apporté d'appui au PEV au niveau pays.

L'Etat a consenti d'inscrire et d'exécuter une ligne utilisée pour l'achat des vaccins et consommables dans le budget national depuis 2004.

Selon les projections, en tenant compte de l'introduction de nouveaux vaccins en perspective (VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et du renouvellement de la logistique, pour être autonome financièrement sur le poste « vaccins et consommables » (indépendance vaccinale), le Togo devrait dépenser sur ce poste, **\$9 011 264** en 2021 et **\$9 353 434** en 2022 sans les coûts partagés (voir feuille « Costing », Tableau 2).

L'appui de GAVI pour l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous utilisés (VAA, Penta, Pneumo, Rota, VPI, et MenAfriVac) est à plus de 85%. La part réelle du gouvernement togolais, pour l'achat de tous les vaccins, revient à environ **1 200 000 USD** par an entre 2018 et 2022.

Les autres contributions de l'Etat pour le programme sont des coûts partagés (frais du personnel, frais d'entretien, frais de fonctionnement des structures).

Beaucoup d'efforts ont été faits dans le cadre du processus d'appropriation de l'initiative pour l'indépendance vaccinale. Cependant, la ligne budgétaire ne couvre pas tous les besoins annuels en vaccins et consommables, et ne contribue pas aux coûts opérationnels du programme. Cette ligne budgétaire n'augmente pas en fonction des besoins en vaccins traditionnels mais aussi en nouveaux vaccins. Des plaidoyers doivent se poursuivre régulièrement auprès des parties prenantes notamment à l'endroit du Ministère des Finances pour une augmentation de la contribution de l'Etat au financement des vaccins et consommables.

La dépendance du PEV aux ressources extérieures a pour conséquences :

- La mise en œuvre incomplète du plan stratégique et des plans d'action annuels du PEV avec une faible proportion d'activités exécutées faute de financement ;
- Les retards de financement et de mise en œuvre des plans d'action dus au retard de décaissement des fonds par l'Etat ;
- Une baisse d'efficacité du PEV ;
- La démotivation du personnel impliqué dans les activités du PEV.

Pérennité des financements

L'Alliance du Vaccin (GAVI) appui le financement du PEV depuis 2003 à travers le renforcement des services de vaccination, à l'introduction de nouveaux vaccins et des vaccins sous utilisés, à la sécurité des injections, au renforcement du Système de Santé.

Au niveau local, seuls l'OMS et l'UNICEF et les autres partenaires qui interviennent dans le PEV, prévoient dans leur plan de coopération avec le Togo des lignes d'aide à la surveillance et à la vaccination.

En définitive, le nombre de partenaires qui appuient le PEV au Togo est limité.

Pour garantir la pérennité du programme de vaccination au Togo, il est important donc que l'Etat augmente régulièrement sa participation à ce programme et à terme, prendre complètement en charge le financement de ce programme.

6.2.3. Projection des besoins en ressources futures 2018 - 2022

Le montant total des besoins en ressources pour la période 2018-2022 s'élève à

\$127 734 192 dont **\$ \$50 516 879** de coûts partagés (Voir outil « Costing », feuille « Costing », 1^{er} tableau).

Il y a une augmentation progressive des besoins en ressources de 2018 à 2022 due notamment à l'introduction de nouveaux vaccins (VPI, VPH, MenAfriVac, Rougeole-Rubéole). Cependant, le montant des coûts ne varie pas substantiellement pour chaque année pendant les 5 années (2018-2022) du PPAc (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Besoins en ressources pour le PEV, avec et sans les coûts partagés, 2018-2022

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2016	2018	2019	2020	2021	2022
Référence						
PIB par habitant (US\$)	\$691	\$599	\$621	\$629	\$637	\$646
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$56	\$59	\$61	\$62	\$63	\$64
Population	6 974 212	7 585 450	7 800 877	8 022 422	8 250 258	8 484 566
PIB (US\$)						
PIB (US\$)	\$4 819 180 492	\$4 543 684 536	\$4 845 616 009	\$5 048 013 513	\$5 258 864 999	\$5 478 523 583
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	\$390 555 872	\$447 541 549	\$477 281 043	\$497 216 690	\$517 985 033	\$539 620 854
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	\$210 861 115	\$259 887 377	\$287 411 914	\$303 309 299	\$320 086 004	\$337 790 665
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$22 920 597	\$13 013 492	\$14 481 079	\$14 939 289	\$18 879 842	\$19 835 583
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$19 490 905	\$12 246 932	\$12 491 579	\$12 909 447	\$14 760 351	\$13 611 285
Par enfant vacciné avec la DTC	\$ 78,32	\$ 43,24	\$ 41,95	\$ 41,70	\$ 46,37	\$ 41,58
% dépenses totales en santé						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	5,87%	2,91%	3,03%	3,00%	3,64%	3,68%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	4,99%	2,74%	2,62%	2,60%	2,85%	2,52%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		0,84%	1,10%	1,11%	0,78%	0,46%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		0,17%	0,11%	0,28%	0,50%	0,05%
% Dépenses publiques de santé (DPS)						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	10,87%	5,01%	5,04%	4,93%	5,90%	5,87%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	9,24%	4,71%	4,35%	4,26%	4,61%	4,03%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		1,45%	1,82%	1,81%	1,26%	0,74%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		0,29%	0,19%	0,46%	0,81%	0,08%
% PIB						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0,48%	0,29%	0,30%	0,30%	0,36%	0,36%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0,40%	0,27%	0,26%	0,26%	0,28%	0,25%
Par habitant						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ 3,29	\$ 1,72	\$ 1,86	\$ 1,86	\$ 2,29	\$ 2,34
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ 2,79	\$ 1,61	\$ 1,60	\$ 1,61	\$ 1,79	\$ 1,60

Le niveau des besoins totaux en ressources et les taux de croissance annuels entre 2018 et 2022 s'expliquent par l'introduction des nouveaux vaccins, les activités et les achats d'équipement prévus dans le plan stratégique.

En particulier par :

- Les couvertures vaccinales croissantes sur l'ensemble de la période

- L'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance, du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), du vaccin contre la méningite (MenAfriVac) et de la campagne contre la rougeole et rubéole.

Le renouvellement de l'équipement de la chaîne de froid et du matériel roulant, avec un effort particulier d'achat de matériel de CDF est en cours avec le CCEOP de GAVI.

La part des vaccins et matériels d'injection et équipement de la CDF tourne autour de 72% du coût total du PEV de routine (hors campagnes de vaccination et hors coûts partagés).

Les campagnes de vaccination représentent plus de 19,6% du coût total du PEV sur la période, hors coûts partagés.

(\$15 129 690) (voir outil Costing, feuille « costing », 1er tableau) ; il s'agit :

- des JNV polio (2 passages par année pour tout le pays de 2019 à 2020)
- une campagne contre la rougeole et rubéole en 2022
- une campagne de suivi des enfants des enfants de 1 à 8 ans contre le MenAfriVac avant son introduction en PEV de routine
- une campagne de vaccination de la cohorte des enfants n'ayant pas reçu le VPI après le Switch
- la vaccination des filles de 10 ans en 2 doses par année dans les établissements scolaires, équivalents aux campagnes de vaccination

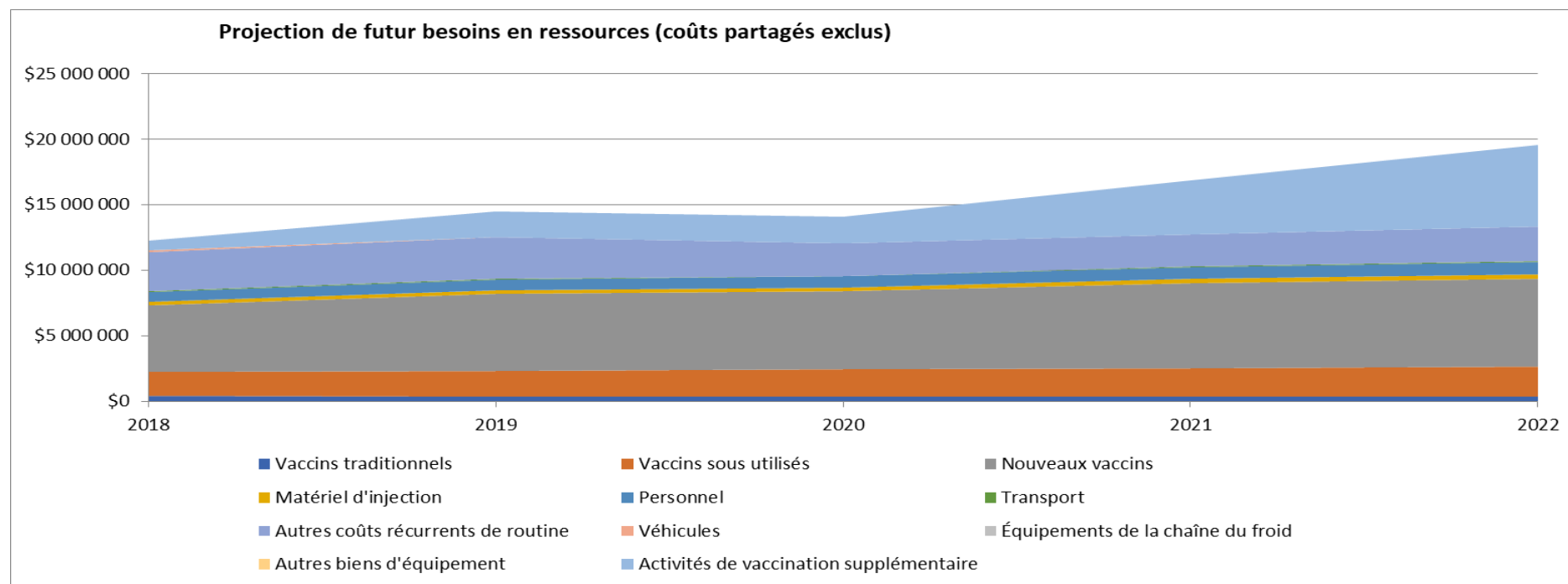


Figure 5 : Projection des Besoins en Ressources

Le coût moyen annuel (sans les coûts partagés) du PEV sur la période est de \$15 443 463. Il a diminué par rapport au dernier PPAc 2018 - 2022 (il était alors de 16 655 000 \$).

La part des coûts totaux du PEV de routine dans les dépenses totales de santé va rester entre 5 et 6,5%. Le coût du PEV de routine par habitant varie de 1,72\$ à 2,34\$. En incluant les coûts partagés, ce coût varie de \$2,9 à \$3,66.

En outre le coût par enfant complètement vacciné en Penta (DTCoq-HepB-Hib3) varie de \$73,94 et 79,74\$ en incluant les coûts partagés (Voir outil « Costing » et feuille « Sustainability » le 1^{er} tableau).

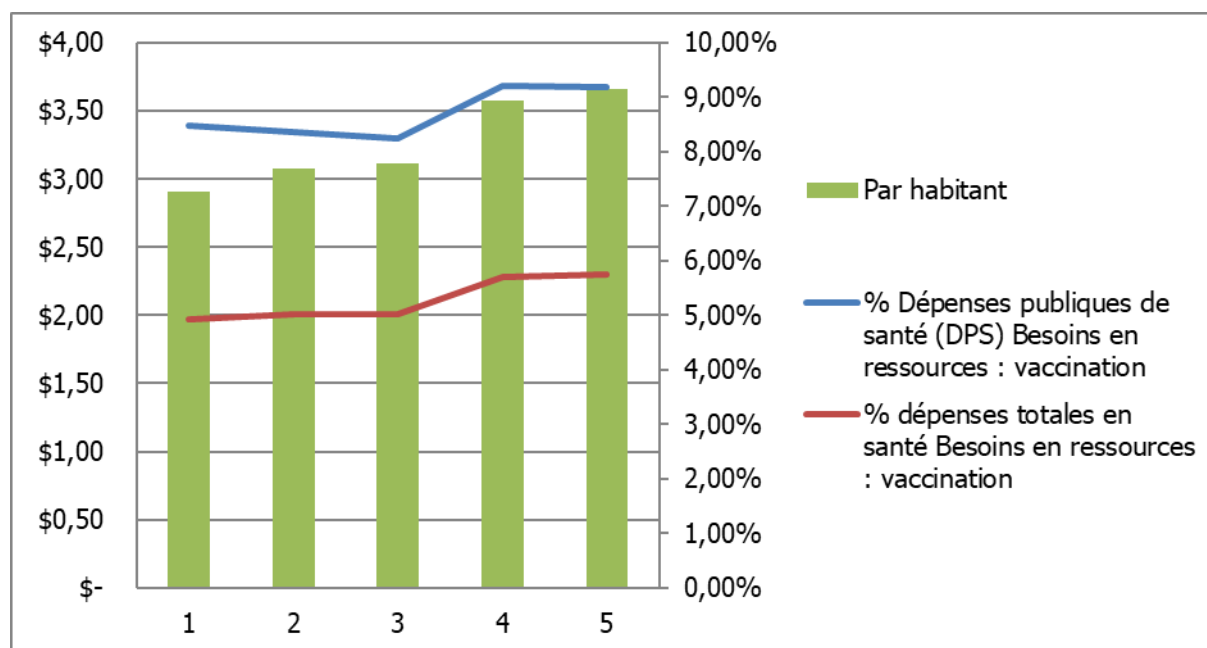


Figure 6 : Evolution des besoins en ressources pour le PEV (y compris les prix partagés) par habitant et en part des dépenses de santé, 2018-2022

Les principaux postes et les coûts totaux directs moyens du PEV entre 2018 et 2022 sont :

- Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement) : 34,8%

- Prestation des services : 3,2%
- Plaidoyer et communication : 1,5%
- Monitoring et contrôle des maladies : 1,1%
- Gestion du programme : 7,9%
- Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS) : 11,8%
- Coûts partagés du système de santé (PEV Portion) : 39,5%

(voir tableau XXIV)

Tableau XXIV : Synthèse des besoins en ressources futures de 2018 à 2022 (US \$)

cMYP Compon ent	Dépenses		Besoins futurs en ressources					%
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2018 - 2022	
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	\$ 7 230 488	\$ 7 779 845	\$ 8 615 602	\$ 8 792 772	\$ 9 466 501	\$ 9 821 607	\$ 44 476 327	34,8%
Prestation des services	\$ 642 344	\$ 744 582	\$ 778 438	\$ 808 592	\$ 854 938	\$ 887 246	\$ 4 073 796	3,2%
Plaidoyer et communication	\$ 150 000	\$ 411 336	\$ 692 073	\$ 280 731	\$ 272 415	\$ 292 073	\$ 1 948 627	1,5%
Monitoring et contrôle des maladies	\$ 161 105	\$ 271 794	\$ 284 222	\$ 289 906	\$ 296 007	\$ 301 927	\$ 1 443 856	1,1%
Gestion du programme	\$ 341 807	\$ 2 276 329	\$ 2 122 173	\$ 1 881 248	\$ 1 835 760	\$ 2 029 506	\$ 10 145 017	7,9%
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	\$ 3 429 692	\$ 766 560	\$ 1 989 500	\$ 2 029 842	\$ 4 119 491	\$ 6 224 298	\$ 15 129 690	11,8%

Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	\$ 8 384 761	\$ 9 030 176	\$ 9 542 243	\$ 10 093 017	\$ 10 642 325	\$ 11 209 117	\$ 50 516 879	39,5%
Total global	\$ 20 340 196	\$ 21 280 622	\$ 24 024 251	\$ 24 176 107	\$ 27 487 438	\$ 30 765 774	\$ 127 734 192	100,0%

6.2.4. Projection du financement futur 2018 - 2022

La part des financements internes (Etat et communautés), assurés et probables, de 2018 à 2022 est de 52% des coûts spécifiques du PEV (sans les coûts partagés), si toutes les ressources sont mobilisées.

En fonction des hypothèses de financement, l'Etat financerait essentiellement :

- L'achat des vaccins traditionnels (100%) et les salaires (100%)
- Le matériel d'injection
- Les coûts partagés de systèmes de santé : 100%
- Le cofinancement des vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins : 4%

Toujours selon les hypothèses de financement, la communauté financerait principalement l'entretien de la chaîne de froid, certains coûts de personnel surtout les perdiems pour les stratégies avancées et certains coûts de carburant.

L'Alliance GAVI financerait essentiellement les nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés (84%). Cette forte proportion de financement GAVI est lié au fait que la période 2018-2022, en dehors des nouveaux vaccins qui seront introduits, GAVI continuera par financer les 2 nouveaux vaccins qui ont été introduits en 2014 dans le PEV de routine (Pneumocoque, Rota virus) essentiellement financés sur fonds GAVI ainsi que le VPI (introduit en octobre 2018) et le vaccin RR1 et RR2 (introduit en janvier 2019).

Les partenaires habituels du PEV du Togo, en dehors de GAVI et de l'Etat, financeraient 12% des coûts totaux du PEV (essentiellement l'OMS et l'UNICEF).

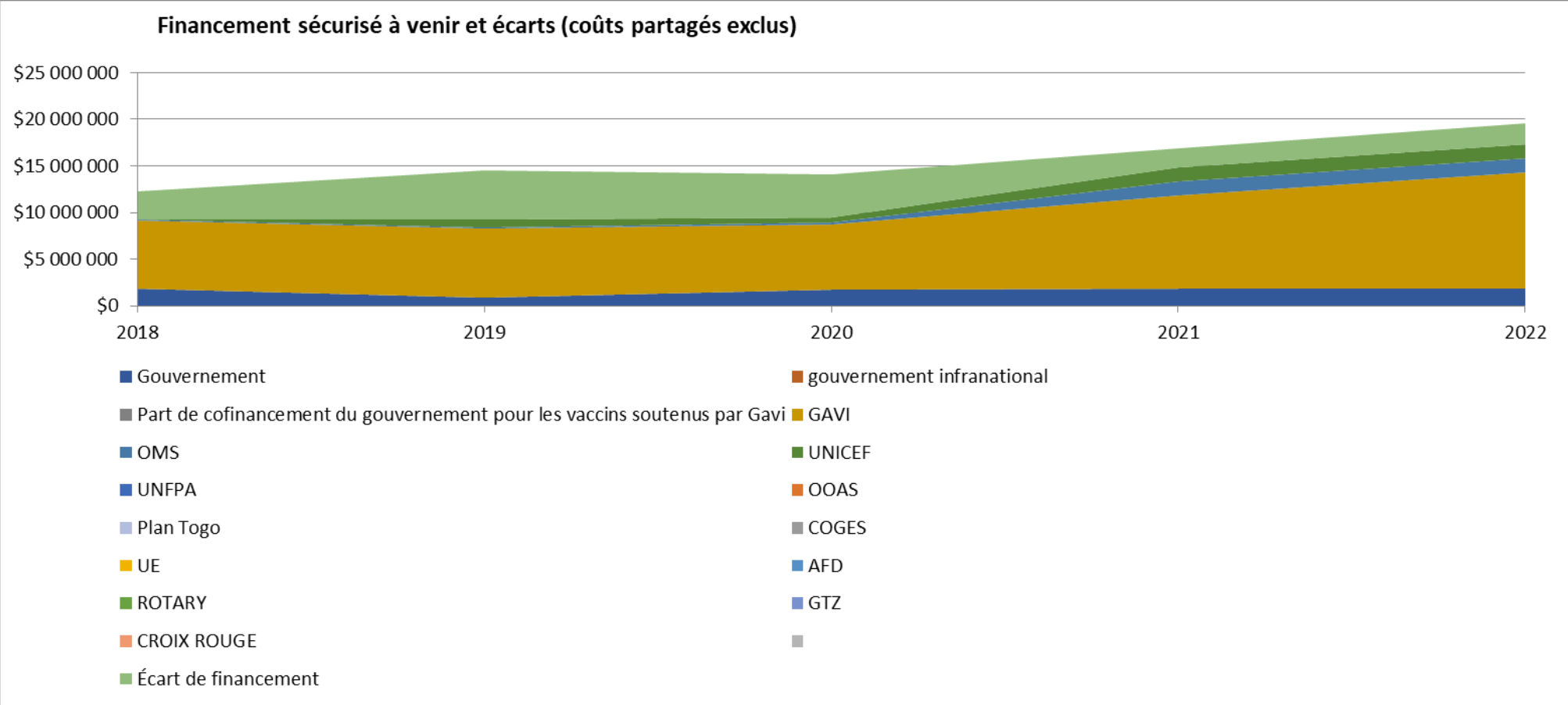


Figure 7 : Projection du Financement Assuré

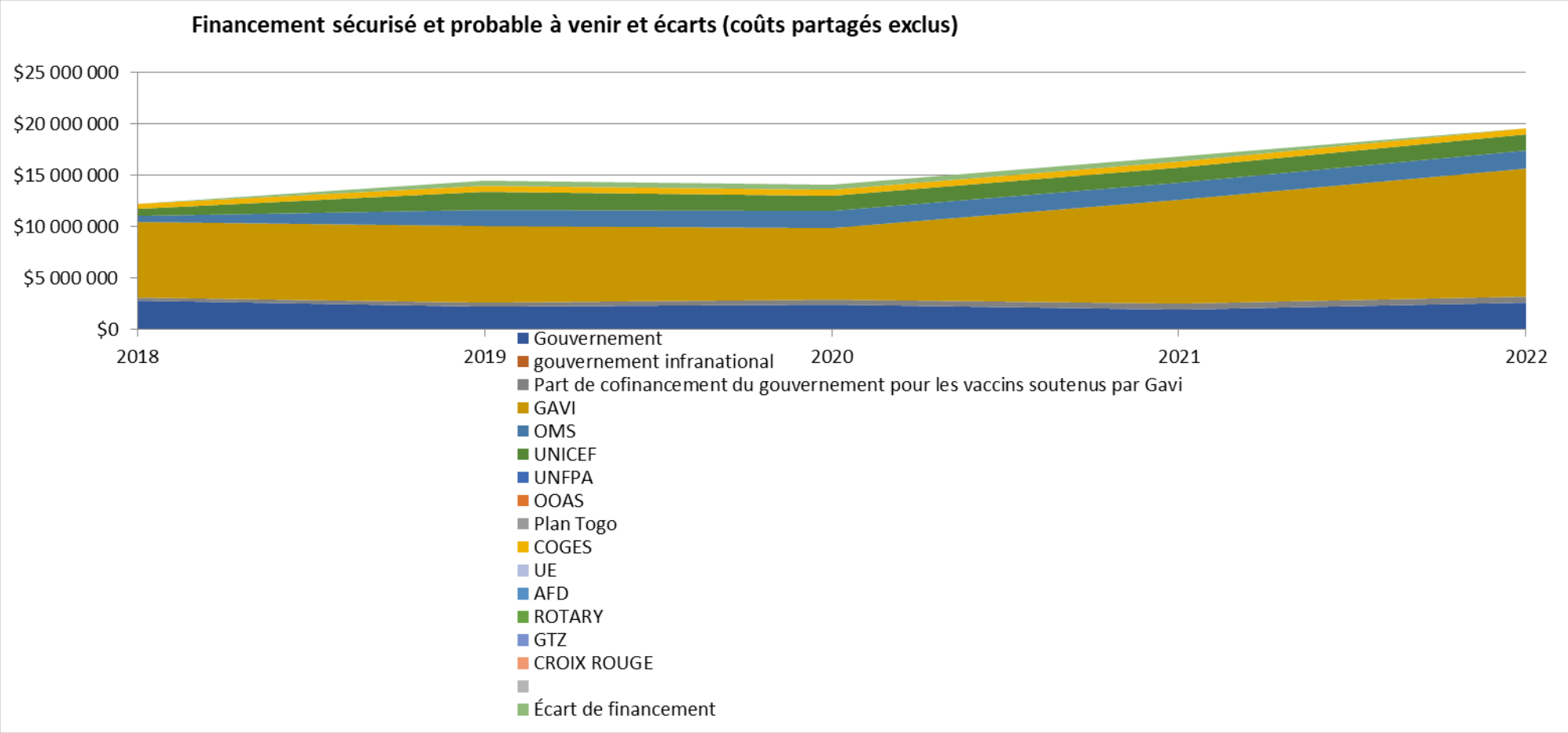


Figure 8 : Projection du financement assuré et probable

Tableau XXV : Plan et schéma de financement des nouveaux vaccins dans le PEV de 2018 à 2022 (sans les coûts partagés)

Financement sécurisé à venir et écarts (coûts partagés exclus)

Financement sécurisé	2018	2019	2020	2021	2022
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gouvernement	\$1 861 880	\$910 523	\$1 726 693	\$1 790 822	\$1 860 632
gouvernement infranational	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GAVI	\$7 296 005	\$7 387 737	\$6 945 858	\$10 061 498	\$12 436 879
OMS	\$78 608	\$87 171	\$288 726	\$1 527 651	\$1 509 521
UNICEF	\$0	\$857 655	\$473 215	\$1 452 610	\$1 542 553
UNFPA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OOAS	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Plan Togo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
COGES	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
UE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AFD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ROTARY	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GTZ	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CROIX ROUGE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$9 236 492	\$9 243 087	\$9 434 492	\$14 832 581	\$17 349 585
Total : ressources nécessaires	\$12 250 446	\$14 482 007	\$14 083 090	\$16 845 113	\$19 556 657
Écart de financement	\$3 013 954	\$5 238 920	\$4 648 599	\$2 012 532	\$2 207 072

Projection des écarts de financement

Les prévisions de financements assurés de 2018 à 2022 représentent 68% des besoins en ressources spécifiques, 32% des besoins sont non couverts pour le moment.

La pandémie à coronavirus a donné un sérieux coup de frein à l'économie mondiale y compris l'économie du Togo. Les possibilités de financement des programmes de santé peuvent se réduire ou même s'orienter vers le financement des activités liés à la pandémie à COVID-19.

En partant du principe que les financements probables se concrétiseront, l'écart financier se réduit à 5% des besoins.

Les principaux postes des coûts du PEV de routine pour lesquels il manque une partie des financements sont :

- la logistique/équipement : véhicules et matériel de la chaîne de froid
- les activités de formation, de mobilisation sociale et de surveillance
- pour les stratégies avancées et la supervision : les indemnités journalières
- la mise en œuvre à l'échelle nationale de la vaccination contre le VPH

Tableau XXVI : Composition des écarts financiers pour le PEV de routine, financements assurés et probables, 2018-2022

Financement sécurisé et probable à venir et écarts (coûts partagés exclus)

Financement sécurisé + probable	2018	2019	2020	2021	2022
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gouvernement	\$2 809 278	\$2 197 234	\$2 443 431	\$1 940 017	\$2 612 558
gouvernement infranational	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	\$356 567	\$457 960	\$530 613	\$638 935	\$644 874
GAVI	\$7 296 005	\$7 387 737	\$6 945 858	\$10 061 498	\$12 436 879
OMS	\$635 077	\$1 555 501	\$1 621 995	\$1 618 646	\$1 718 632
UNICEF	\$653 524	\$1 824 249	\$1 459 693	\$1 452 610	\$1 542 553
UNFPA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OOAS	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Plan Togo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
COGES	\$499 996	\$525 916	\$550 557	\$574 953	\$601 161
UE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AFD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ROTARY	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

GTZ	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CROIX ROUGE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$12 250 446	\$13 948 598	\$13 552 147	\$16 286 659	\$19 556 657
Total : ressources nécessaires	\$12 250 446	\$14 482 007	\$14 083 090	\$16 845 113	\$19 556 657
Écart de financement	-\$0	\$533 409	\$530 943	\$558 454	\$0

Les écarts financiers calculés ci-dessus sont basés sur les principales hypothèses de financement suivantes :

- Les vaccins traditionnels sont financés à 100% par l'Etat
- Les vaccins nouveaux et sous utilisés sont financés par l'Etat et GAVI, avec une dévolution progressive à l'Etat, fonction du type d'antigène
- Le matériel d'injection est financé par l'Etat et GAVI

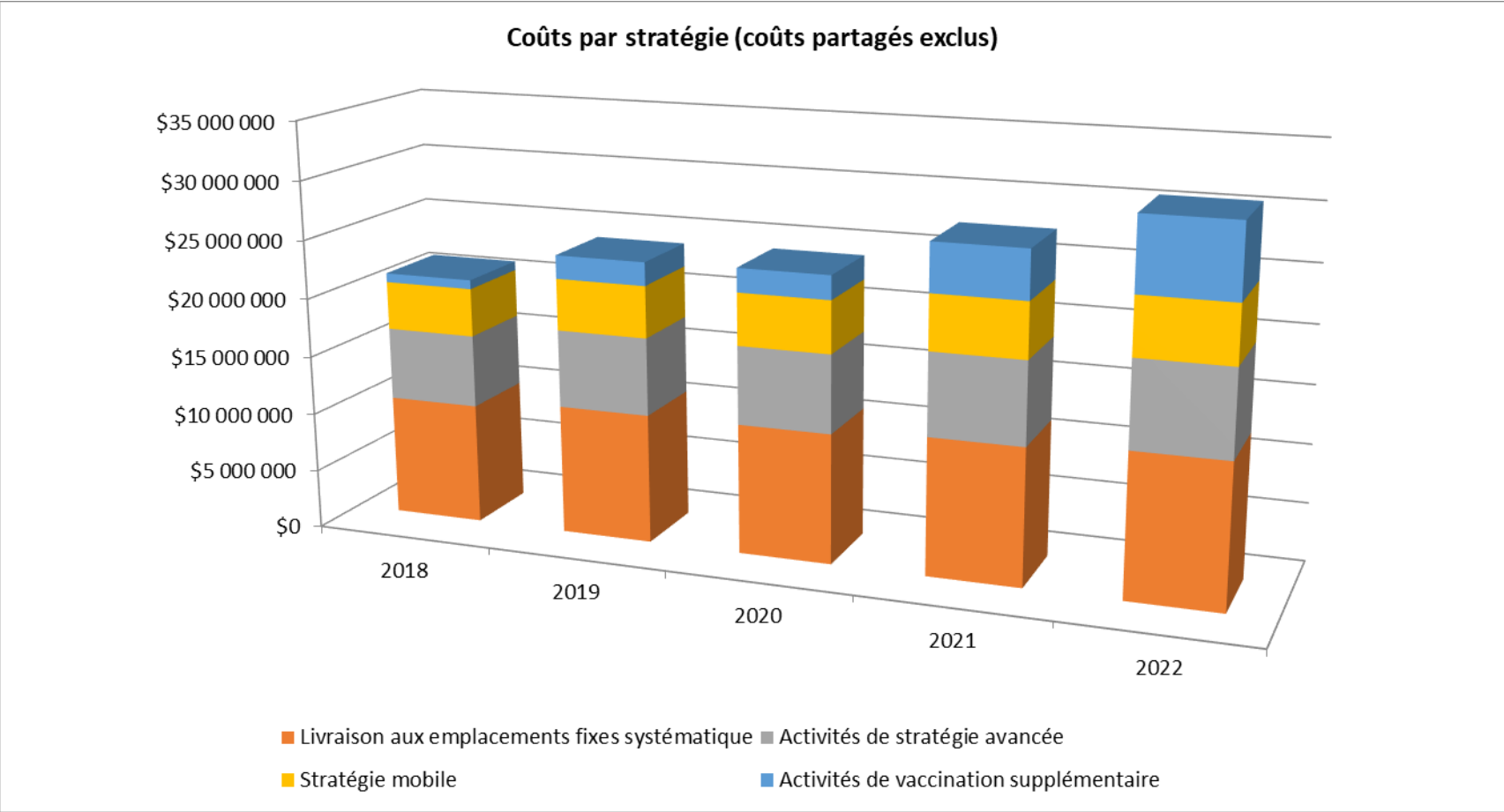


Figure 9 : Besoins de financement et de ressources et écarts financiers

6.3. Élaboration de stratégies de viabilité financière

Le PEV du Togo est fortement dépendant des financements externes puisqu'ils représentent près de 80% des besoins en ressources du PEV. Par ailleurs, 24% des besoins en ressources sur la même période ne sont pas financés si l'on s'en tient aux seuls financements assurés, 5% si l'on tient compte aux financements assurés et probables.

En outre, la pandémie à COVID-19 a considérablement ralenti l'économie dans le monde et au Togo. Le PEV doit analyser ce nouveau contexte et définir de nouvelles stratégies de mobilisation des ressources pour améliorer la viabilité financière du programme.

C'est pour cela qu'en vue d'augmenter la mobilisation des ressources pour le PEV, le PPAc 2016-2020 étendu à 2022 a mis l'accent sur l'importance de :

- Faire un plaidoyer renforcé auprès de l'Assemblée Nationale pour mieux faire connaître le PEV, faciliter une législation du financement du PEV et la mobilisation de ressources supplémentaires auprès de l'Etat ;
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation de la ligne budgétaire en fonction des besoins en vaccins et coûts opérationnels ;
- Appuyer la réalisation d'études sur les sources de financements internes et externes au Togo
- Faire un plaidoyer envers les sociétés privées pour le financement du PEV notamment de la Chaîne de Froid

7. Mise en œuvre du PPAc : approbation, diffusion, exécution et suivi

Le PPAc 2016 – 2020, étendu à 2022 est un document de référence pour accompagner toutes les interventions en matière de vaccination pour les 2 prochaines années 2021 et 2022. Il s'agit donc d'un cadre qui devrait guider tous les acteurs impliqués dans les activités de vaccination. Il sert de base à l'élaboration des plans d'action annuels et pourra donc être adapté à chaque contexte selon les spécificités relevées.

Le processus participatif adopté pour son élaboration nous garantit l'adhésion de tous les départements techniques concernés, de la société civile et des principaux partenaires techniques et financiers du PEV.

Le succès de ce processus dépendra non seulement de son appropriation par les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire mais aussi de sa traduction en plans de travail annuel et surtout de la mise en œuvre et du suivi des interventions identifiées pour un mieux-être des enfants et des femmes togolaises.

7.1. Diffusion

Après la validation du PPAc par le CCIA, les prochaines étapes sont les suivantes :

- Présentation du PPAc aux autorités nationales (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Gouvernement et à l'Assemblée Nationale) afin d'obtenir l'approbation et l'appropriation du plan.
- Intégration du PPAc dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

- Organisation d'une réunion avec le Ministère des finances et les partenaires techniques et financiers afin que le financement du plan fasse partie des engagements du financement pluriannuel.
- Diffusion du plan à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan.
- Organisation des forums publics en s'assurant de la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias

7.2. Mise en œuvre - création d'un plan annuel

- Au niveau intermédiaire et opérationnel : chaque début d'année une analyse de la situation sera faite pour identifier les performances et les contre-performances en vue d'élaborer les plans annuels. Ces plans sont élaborés dans un premier temps au niveau des formations sanitaires en tenant compte des activités spécifiques du plan annuel du PPAC ; ensuite ces plans sont consolidés au niveau district puis au niveau régional au cours d'un atelier.
- Au niveau national les plans consolidés au niveau des régions sont pris en compte par le niveau central au cours d'un atelier en vue d'actualiser le PPAC duquel découlera l'élaboration du plan annuel du PEV.

7.3. Renforcement et intégration des activités

Le but de cette intégration est de contribuer à l'optimisation des ressources et à la réduction de la mortalité materno-infantile.

Elle se fera en associant les interventions ci-après :

- la supplémentation en vitamine A, la distribution des MILDA, le déparasitage systématique des enfants d'âges scolaires contre les helminthiases ;
- la sensibilisation des enfants des écoles au lavage systématique des mains à l'eau et savon et les interventions de santé à l'endroit des jeunes et adolescents (éducation santé sexuelle et reproductive, prévention du VIH et des IST).
- l'intégration avec les activités de lutte contre la pandémie à coronavirus, COVID-19

L'atteinte des objectifs de ce plan passera par le renforcement des activités de gestion de programme (supervision, planification, suivi-évaluation, coordination, formation), de la concertation entre les coordinations dont les interventions sont intégrées et de la mobilisation sociale.

7.4. Hiérarchiser les activités

La hiérarchisation des activités du plan annuel se fera à chaque niveau de la pyramide sanitaire en se basant sur les critères de priorisation suivants :

- impact sur la santé (réduction de la morbidité et de la mortalité) ;
- valeurs stratégiques (alignement à la politique nationale de santé, au PNDS, plan stratégique régional pour la vaccination, au plan mondial de la vaccination) ;
- efficacité ;
- équité ;
- faisabilité.

7.5. Etablissement des liens avec les plans infranationaux

- ✓ Les plans de vaccination des régions et districts doivent se baser sur les PAO des régions et districts qui sont l'émanation du PNDS et du PPAC ; ils doivent suivre le processus de

planification du secteur de santé et tenir compte des besoins en ressources et priorités concernant la vaccination et les services de santé maternelle et infantile ;

- ✓ Les micro plans de vaccination des régions et districts doivent accorder une priorité à des communautés à haut risque ou non desservis et prendre en compte la question d'équité et de genre.

7.6. Plans de suivi et de supervision

- ✓ Le suivi des indicateurs de performance élaboré dans la rubrique « Suivi évaluation » du PPAc doit être réalisé chaque année pour analyser le niveau d'atteinte des objectifs ;
- ✓ Il faut faire une micro planification annuelle suivi de monitoring mensuel au niveau des districts et trimestriel au niveau des régions pour apprécier les indicateurs de performance ;
- ✓ Il faut impliquer dans les prestations de services de vaccinations les autorités locales, les ONG, les secteurs privés ;
- ✓ La supervision sera réalisée :
 - une fois par trimestre par l'équipe cadre du district vers les formations sanitaires publiques et privées;
 - une fois par semestre par l'équipe cadre de région vers le niveau district ;
 - une fois par semestre par le niveau central vers les régions et les districts.
- ✓ La supervision sera intégrée au niveau régional et district.

8. Conclusion

Le Plan pluriannuel Complet (PPAc) 2016 – 2020 a été étendu à 2022 pour l'aligner sur les plans nationaux notamment le Plan National de Développement Sanitaire qui couvre la période 2017 – 2022. Un nouveau PPAc sera élaboré en 2022 concomitamment avec le PNDS pour prendre en compte les orientations des priorités nationales qui seront identifiées.

Le PPAc s'inscrit dans le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011 – 2020 (GVAP). Les stratégies qui y sont décrites découlent pour la plupart de celles proposées dans le GVAP, en y ajoutant quelques spécificités nationales. L'introduction de nouveaux vaccins, le renouvellement de la logistique et de la chaîne de froid ainsi que l'intégration des interventions de santé, occupent une grande part des activités à réaliser.

Pour les cinq années à venir, le budget du PPAc qui s'élève à **\$127 734 192** et pour lequel la contribution annoncée (financement assuré et probable) de l'Etat et des communautés est de **\$110 388 295** (86,4%) y compris les coûts partagés, est dépendante des ressources extérieures (voir outil costing, feuille « Gaps & Indicators »).

Ce budget présente un gap financier de **\$17 345 897** si l'on s'en tient au financement assuré seulement. Dans le but de réduire ce gap financier, un ensemble de stratégies de viabilité financière y a été développé pour mobiliser de façon efficace les ressources de l'Etat et des ressources privées.

L'objectif global du Plan National de Développement (PND) est de transformer structurellement l'économie, pour une croissance forte, durable, résiliente, inclusive, créatrice d'emplois décents et induisant l'amélioration du bien-être social. La mise en œuvre effective du PND sera un atout pour la mobilisation des ressources pour le financement des programmes de santé tels que le PEV par le Togo.

La reprise et la recherche de diversification de l'Aide Publique au Développement (APD), l'accès du Togo aux financements de GAVI, et des autres partenaires (OMS, UNICEF etc), la mise en œuvre effective de l'Initiative IHP+ et d'une contribution accrue du gouvernement aux dépenses de santé et en particulier au PEV sont des stratégies pour améliorer la viabilité financière du PEV au Togo.