

## Rapport de l'évaluation conjointe

En soumettant ce rapport, le pays confirme que le cadre de performance des subventions a fait l'objet d'un examen dans le cadre de cette évaluation conjointe. Les résultats obtenus au regard de critères convenus ont été analysés, puis expliqués le cas échéant.

<b>Pays</b>	TCHAD
<b>Période considérée</b>	1 <sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2015
<b>Exercice financier</b>	1 <sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2015
<b>Si la période considérée ne coïncide pas avec l'exercice financier, veuillez fournir une brève explication</b>	NA
<b>Durée du Plan pluriannuel complet (PPAC)</b>	2013 – 2017 révisé
<b>Durée du Plan stratégique national de santé</b>	2016 - 2020

### 1. RÉSUMÉ DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT

[Ces tableaux seront préalablement complétés par le Secrétariat de Gavi. En cas de modifications, celles-ci seront examinées en groupe lors de l'évaluation conjointe puis mises en relief dans le rapport – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

Programme	Recommandation	Période	Objectif	Montant indicatif payé par le pays	Montant indicatif payé par le Gavi
SVN - Pentavalent dans sa présentation existante	Prolongation	2017	904,000	US\$ 181,000	US\$ 956,500
SVN – VAA dans sa présentation existante	Prolongation	2017	991,700	US\$ 198,500	US\$ 982,000
SVN - VPI	Renouvellement	2017	609,300	--	US\$ 1,217,000

Indiquez si vous souhaitez introduire de nouveaux vaccins ou bénéficier d'une subvention RSS grâce au soutien de Gavi*	Programme	Année de demande prévue	Année d'introduction prévue
	RRS2	Q4 2016 ou 2017	n/a

\*Ne s'applique pas aux pays dans leur dernière année de soutien Gavi

### 2. CONTEXTE NATIONAL (maximum 1 page)



**Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires**

[Le cas échéant, décrivez uniquement les modifications apportées depuis la dernière évaluation conjointe aux principaux facteurs contextuels qui affectent directement la performance des subventions de Gavi – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]

Grâce à l'engagement du Gouvernement et de ses Partenaires Techniques et Financiers, des résultats notables ont été enregistrés en matière de vaccination malgré les différents défis qui restent à relever.

#### Leadership, gouvernance et gestion des programmes

Le Gouvernement du Tchad a marqué son grand engagement pour la santé à travers diverses activités telles que les réunions mensuelles régulières présidées par le Chef de l'Etat et réunissant les différents

Représentants des grandes institutions intervenant dans la santé. Ces réunions sont précédées par des réunions mensuelles des régions présidées par les Gouverneurs. Au cours de ces réunions, le bilan des activités du mois est présenté et les orientations sont données pour le prochain mois.

Bien qu'il y ait plusieurs réunions du CCIA, force est de constater que la plus part d'entre elles sont extraordinaires. Les réunions ordinaires qui devraient lui permettre d'accomplir des missions de suivi, d'évaluation et d'orientation des actions à prendre sont très irrégulières. Les réunions hebdomadaires du CTA/PEV, placées sous la présidence du SG se tiennent régulièrement.

La faible implication des communautés dans la mise en œuvre des activités de vaccination représente elle aussi un frein pour l'atteinte des objectifs du programme.

### **Couverture et équité**

Bien qu'il y ait une amélioration de la couverture vaccinale entre 2014 et 2015 en ce qui concerne l'ensemble des antigènes, selon les données administratives, mais aussi les estimations OMS/UNICEF, des efforts méritent d'être consentis.

S'agissant de l'équité, la comparaison entre les données d'enquêtes EDS-MICS de 2014-2015 montre des disparités dans la couverture selon le niveau d'instruction (enfants de mères alphabétisées mieux vaccinés), le niveau de richesse (enfants de riche plus vaccinés), selon la région (le Mandoul mieux vaccinée que le Chari Baguirmi), selon le milieu de résidence (Njamena :36%, autres villes :30% et rural :23% ).

Il faut également relever que compte tenu du nombre insuffisant de structures de santé, il est difficile à toute la population tchadienne d'y accéder aisément plus particulièrement celle vivant dans les zones d'accès difficile (nomades, insulaires, désertiques, etc.). Il est question de stimuler la demande en mettant en œuvre les stratégies adaptées à chaque cible.

### **Financement de la vaccination**

Il faut saluer le financement adéquat et régulier des prestations vaccinales par le Gouvernement. Il a entièrement financé l'achat des vaccins traditionnels et matériels d'inoculation, et contribué au co financement de certains vaccins avec GAVI (Penta et VAA).

Au cours de l'année 2015, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ACD, 23 districts ont reçu un financement conjoint de GAVI et du gouvernement, 23 de l'Unicef et 10 de l'OMS soit un total de 56 districts.

Il est constaté un retard dans la mise à disposition des ressources financières au niveau opérationnel. La proportion de décaissement de fonds est passée de 14% en 2014 à 56% en 2015, mais reste en deçà de l'objectif 2015 (80%). Cette augmentation a eu un impact positif sur la couverture vaccinale.

Le financement de la vaccination doit être amélioré en vue de la mise en œuvre efficace des activités sur le terrain.

### **La gestion des ressources humaines, la gestion de la chaîne logistique, la fourniture des services de vaccination, la surveillance et la communication des résultats, la promotion de la demande et la communication**

Si une priorité est donnée au recrutement du personnel sanitaire à la Fonction Publique, le nombre des agents de santé demeure encore insuffisant par rapport aux besoins. Il persiste une insuffisance des ressources humaines aux niveaux centres de santé, districts et central. La mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines a permis d'augmenter substantiellement l'effectif du personnel qui est passé de 8 176 agents en 2013 à 9176 agents en fin 2015.

Cependant, le personnel sanitaire est très mal réparti. Ce qui pose également le problème d'équité en ressource humaine. Cette disparité est encore plus criarde quand il s'agit du personnel dédié à la vaccination (agents de santé, gestionnaire des données, technicien en maintenance...).

Il est donc prévu dans le cadre du RSS2/GAVI, le recrutement de 174 agents de santé qui auront pour tâche principale de renforcer les activités vaccinales.

Aussi, le Tchad pays prioritaire pour l'éradication de la polio, bénéficie d'un important appui en ressources humaines en termes de staff et de consultants nationaux par le biais de l'OMS et de l'Unicef. Ce personnel, dans le cadre de la phase finale de l'éradication sera réduit progressivement à partir de 2017, ce qui affecterait les activités de vaccination de routine.

La couverture en chaîne de froid constitue un défi majeur à relever par la Direction de la Vaccination et

de la Surveillance Epidémiologique. Ce défi se caractérise par la mutation vers le solaire. En effet, les réfrigérateurs à pétrole et à électricité existant doivent être remplacés. Pour l'instant, le taux de couverture en réfrigérateur solaire n'est que de 20%. Il est envisagé d'équiper les formations sanitaires en équipements solaires à hauteur de 1362 (1113 pour les CS, 118 pour les 59 DS non pourvus et 131 pour les DS ayant une forte densité).

La faiblesse du système d'information sanitaire est notable au Tchad. Le problème de la qualité des données se pose avec acuité. Des efforts doivent être faits pour réduire substantiellement l'écart entre les données administratives et celles d'enquêtes. Un accent doit également être mis sur les supervisions qui doivent être régulières et de qualité. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'amélioration de la qualité des données peuvent contribuer à redorer le blason dans ce domaine.

La demande de services de vaccination est marquée par une faible mobilisation et adhésion de la population. L'implication des OSC en faveur de la vaccination demeure également faible. De plus, le leadership que doit assurer le service de communication du Ministère de la Santé Publique est balbutiant malgré l'appui des partenaires.

La politique de santé communautaire a été adoptée afin de booster la demande des services de vaccination.

#### **Autres facteurs / événements :**

L'environnement sécuritaire précaire dû à la menace terroriste de la secte Boko Haram, a eu un impact négatif sur la mise en œuvre des activités vaccinales dans la région du Lac.

### **3. PERFORMANCE DES SUBVENTIONS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES** (*maximum 3 à 4 pages*)



*Décrire uniquement ce qui a changé depuis l'évaluation conjointe menée l'année précédente. Pour les pays procédant à une « mise à jour » de l'évaluation conjointe, inclure uniquement des informations concernant les besoins futurs et les mesures stratégiques décrits à la section 5*

#### **3.1. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)**

##### **3.1.1. Performance des subventions, enseignements tirés et difficultés rencontrées**

*[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : performance de chaque programme de vaccination par rapport aux objectifs approuvés et aux activités planifiées, état d'avancement de la mise en œuvre et les obstacles y afférents; dépenses réelles par rapport aux dépenses financières prévues, défis associés, propositions sur la façon d'utiliser les fonds non dépensés, et complémentarité entre l'ensemble des subventions en espèces]*

En 2015 le soutien de GAVI au PEV du Tchad est présenté dans le tableau ci-dessous.

<b>Types de vaccine</b>	<b>Prévisions des doses totales pour 2015 (lettre de décision)</b>	<b>Nombre total de doses reçues le 31 décembre 2015</b>	<b>Reports de reliquats de doses de 2015 sur l'année 2016</b>	<b>Rupture de stock à un quelconque niveau en 2015</b>
<b>DTC-HepB-Hib</b>	<b>1 844 000</b>	<b>2 746 300</b>	<b>976 000</b>	<b>0</b>
<b>Antiamaril</b>	<b>571 000</b>	<b>601 500</b>	<b>5 300</b>	<b>0</b>
<b>VPI</b>	<b>239 000</b>	<b>617 200</b>	<b>376 860</b>	<b>0</b>

Le Tchad a reçu plus de doses de vaccins pour tous les antigènes que ce qui était prévu. En ce qui concerne le VPI, la lettre de décision a été modifiée pour augmenter le nombre de doses à la demande du pays, considérant qu'il y avait non seulement des gaps en doses

de vaccins mais également à cause de son statut de pays prioritaire dans la lutte contre la poliomyélite.

Pour le pentavalent et le VAA, le nombre des doses a été revu à la hausse à cause de l'afflux des réfugiés centrafricains, nigériens et retournés tchadiens (problème sécuritaire) d'une part et d'autre part le choix de l'estimation des besoins sur la base de la couverture administrative (vs estimations OMS/Unicef).

Le pays n'a pas connu des ruptures de stocks pour l'ensemble des antigènes en 2015. Par contre le pays a connu un surstock pour le Pentavalent. Cette situation s'explique par l'arrivée de livraisons rapprochées en 2015 de vaccins achetés par le gouvernement pour répondre à la pré-rupture de 2014 et de vaccins provenant du cofinancement avec GAVI.

Le Tchad propose le maintien de l'estimation des besoins à partir de la couverture vaccinale administrative car elle a permis d'éviter des ruptures de stock pour tous les autres antigènes du PEV (VPO, BCG, VAR, VAT).

Les centres de santé ne disposant pas de réfrigérateurs, s'approvisionnent directement auprès des centres de santé les plus proches ou des districts sanitaires. Des taux de perte élevés ont été observés dans certains districts sanitaires et par conséquent, il est prévu de mener une étude sur cette question en 2016.

Tableau comparatif des couvertures vaccinales administratives et estimatives de 2014 et 2015

Année	Couverture	BCG	DTC/penta1	DTC/penta3	VPO3	VPI	VAR	VAA
2014	Administrative	85%	100%	82%	81%		79%	75%
	Estimation	58%	60%	46%	54%		54%	40%
2015	Objectifs 2015	88%		95%	95%	43%	88%	88%
	Administrative	96%	109%	93%	90%	40%	87%	84%
	Estimation	70%	60%	55%	62%	28%	62%	49%

Les couvertures vaccinales administratives et les couvertures par estimation OMS/UNICEF ont connu une amélioration en 2015. La proportion des districts sanitaires qui ont atteint le seuil de 80% de couvertures vaccinales pour le Penta 3 est passé de 49% en 2014 à 54% en 2015. Ce qui confirme que des progrès ont été enregistrés en 2015.

L'analyse des indicateurs ACD en 2015 montre une nette amélioration de la disponibilité des vaccins et des supports de vaccination au niveau opérationnel (73%). Cependant l'on note une insuffisance dans la mise en œuvre de certaines composantes de l'approche ACD notamment l'Atteinte des cibles, le lien avec la communauté et le monitoring. Cela se traduit par un taux d'abandon élevé, une faible qualité des données de vaccination en termes de cohérence et de concordance.

Les principales difficultés rencontrées au cours de l'année 2015 étaient les suivantes :

- Basse couverture des centres de santé en chaîne de froid (54,29%) ;
- Insuffisance dans la distribution et le suivi de l'utilisation des vaccins ;
- Insuffisance dans la mise en œuvre des activités de supervision, stratégies avancées et mobiles ;
- Difficultés dans l'atteinte des populations cibles nomades, insulaires et des zones d'insécurité et d'accès difficile.

Les défis pour l'année 2017 sont les suivants :

- Augmentation de la couverture des centres de santé en chaîne de froid ;
- Atteinte des populations cibles nomades, insulaires et des zones d'insécurité et d'accès difficile ;
- Implication et motivation des relais communautaires pour susciter la demande ;

- Amélioration de la qualité des données.

### 3.1.2. Soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés : plans et priorités futurs

*[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : pour les vaccins existants – pertinence des objectifs pour la prochaine année de mise en œuvre, modifications à apporter à la présentation d'un vaccin ou au type de vaccin, risques pesant sur la mise en œuvre future et mesures d'atténuation; pour les nouvelles demandes – toute demande future de soutien à Gavi (inclure dans le tableau 1 ci-dessus), nouvelles priorités du programme national de vaccination]*

Le Tchad renouvelle sa demande de soutien pour les vaccins tenant compte des objectifs des couvertures vaccinales inscrits dans le PPAC 2013-2017 révisé. Cette demande de renouvellement concerne le DTC-HepB-Hib et le VAA. Le Tchad demande également la prolongation du soutien pour le VPI.

L'introduction du MenAfrivac dans la vaccination systématique est planifiée pour 2017.

Le pays souhaite que l'estimation des besoins en vaccins et matériels d'injection se base sur les données administratives.

## 3.2. Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)

### 3.2.1. Objectif stratégique des subventions allouées au titre du RSS

*[Décrivez dans quelle mesure les subventions allouées au titre du RSS contribuent à améliorer la couverture vaccinale et l'équité d'accès aux vaccins, mais aussi à surmonter les obstacles techniques, financiers et liés aux systèmes de santé susceptibles de mettre en péril la pérennité de ces acquis. Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]*

Le RSS1 a été mis en œuvre entre 2009-2016 avec une période de suspension de 3 ans. L'objectif original était d'augmenter et de maintenir la couverture vaccinale au-delà de 95% en Penta3 et VAT2+.

Au cours de l'année 2015, dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche ACD, 23 districts ont reçu un financement conjoint de GAVI et du gouvernement, 23 de l'Unicef et 10 de l'OMS soit un total de 56 districts. Si les fonds RSS dépenses par la DP sont exécutées à temps, il faut noter que parmi les fonds RSS allouées au PEV pour l'ACD, la proportion de décaissement de fonds est passée de 14% en 2014 à 56% en 2015, mais reste en déca de l'objectif 2015 (80%). Cette augmentation a eu un impact positif sur la couverture vaccinale.

Performance des 23 DS financés par GAVI/RSS :

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Approche Atteindre Chaque District (ACD) 23 districts sanitaires sont financés conjointement par GAVI/RSS et le Gouvernement. Cet appui a permis d'améliorer de manière considérable les indicateurs de performances de la vaccination dans ces districts.

La proportion des districts ayant atteint une couverture en DTC-HepB-hib3 est passée de 49% en 2014 à 54% en 2015. Celle de VAA est passée de 48% en 2014 à 74% en 2015.

Globalement, on constate une contribution importante de ces activités pour l'objectif d'une couverture améliorée, tout en notant le besoin de combler que les lacunes citées ci-dessus.

### 3.2.2. Performance des subventions et difficultés rencontrées

*[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : réalisation des objectifs et atteinte des résultats intermédiaires, résultats obtenus par rapport aux objectifs visés pour la mise en œuvre des activités et dépenses financières; utilisation de l'allocation au titre du financement basé sur les résultats et des budgets/plans; niveau de participation des principaux intervenants à la mise en œuvre de la proposition RSS; obstacles à la mise en œuvre et problèmes liés à la gestion financière des subventions allouées au titre du RSS; conformité avec les exigences en matière de qualité des données et des enquêtes]*

Premièrement, nous soulignons que le « Rapport Technique Et Financier De Fin De Programme RSS » est annexé à ce document, qui permet d'avoir d'informations additionnelles sur la performance (surtout dans la dernière année) du programme. On peut souligner ici que le taux d'exécution budgétaire final est

de 99% (et de 95% pour 2015).

Il y a plusieurs leçons apprises de l'expérience du RSS1 :

- Ressources humaines – l'équipe de gestion très restreint (3-4 personnes) au niveau national n'était pas suffisante, ce qui a entraîné plusieurs problèmes comme : faible niveau d'exécution des supervisions intégrées, le suivi technique et programmatique des activités insuffisant et des problèmes de gestion financière. De plus, dans la première période de la subvention, la mobilité des cadres au niveau des districts sanitaires a aussi eu des impacts négatifs sur la gestion des fonds et la mise en œuvre des activités du programme. Cette situation ne s'est améliorée que durant les deux dernières années du projet.
- Assistance technique – il n'y avait pas de fonds pour l'assistance technique au sein du budget RSS1 ce qui a impacté la mise en œuvre correcte du programme.
- Domaines techniques – il y avait des gaps importants dans les domaines couverts, notamment le manque d'activités dans les domaines de (i) génération de la demande/communication ; (ii) logistique/chaine de froid ; (iii) équité et ciblage des populations difficiles d'accès avec des besoins particuliers par des stratégies spécifiques.
- Parties prenantes – la participation des OSC n'était pas conçue dans le dessein du RSS1 ; leur inclusion aurait renforcé le volet communication/promotion de la demande.
- Suivi et réactivité de Gavi – même si cela s'est nettement amélioré depuis 2013-2014, dans la première période du projet le manque de missions et de réunions au Tchad a impacté la rapidité des efforts pour résoudre les problèmes et les délais de mise en œuvre. La lenteur des procédures de décaissement a impacté la planification et la mise en œuvre du projet tout le long de la période RSS1.
- L'instauration des dépôts sub-nationaux financés par le RSS1 a permis d'améliorer la disponibilité des vaccins à l'intérieur du pays. Les véhicules ont permis d'assurer la supervision et la distribution des vaccins et médicaments dans les 10 districts cibles. Ces deux éléments confirment l'importance des investissements dans les équipements critiques pour augmenter la disponibilité des vaccins.

### 3.2.3. Décrire les modifications à apporter aux subventions RSS et les plans pour les futures demandes de soutien au RSS

*[Précisez la raison pour laquelle vous sollicitez une nouvelle tranche de financement RSS (et le montant associé, comme indiqué dans le tableau à la section 1) ou une prolongation sans coût supplémentaire, ou si vous souhaitez certaines modifications en termes de réaffectation ou de reprogrammation]*

La plupart des leçons apprises au cours du programme RSS1 ont été intégrées dans le dessein du programme RSS2 dont la proposition vient juste d'être soumise à Gavi pour approbation en mai 2016. Ceci dit, il sera important de souligner quelques-unes d'entre elles :

- Mettre en place une équipe de préparation pour lancer toutes les procédures possibles pour assurer l'opérationnalité du projet dès le 1er janvier 2017 ;
- Renforcer les RH au niveau national pour la gestion et le suivi du RSS2 ; commencer le processus de recrutement afin d'avoir les personnes en place dès le début du projet ;
- Ajuster l'approche pour l'assistance technique pour la rapprocher des services pertinents du ministère afin de renforcer le transfert de capacités ;
- Renforcer le contrôle et le suivi des fonds RSS2 alloués aux districts sanitaires par un meilleur partage d'informations et une meilleure implication des délégués régionaux afin d'améliorer la redevabilité ;
- Trouver un mécanisme indépendant de vérification ponctuel de la mise en œuvre des activités RSS2 au niveau opérationnel ;
- Investir plus dans la communication (particulièrement pour renforcer les liens avec la communauté) ; investir dans un plan de communication stratégique sur les 3 ans du RSS2 (2017-2019)
- Renforcer la logistique, surtout les moyens de mobilité pour appuyer les stratégies avancées (même dans quelques districts dits « urbains » si nécessaire)
- Renforcer l'assistance technique pour la mise en œuvre de modèles, approches, et stratégies spécifiques/sur mesure pour atteindre les populations difficiles d'accès
- Accroître les efforts pour améliorer la qualité et disponibilité des données

### 3.3. Plan de transition (le cas échéant)

[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : état d'avancement de la mise en œuvre des activités planifiées; obstacles à la mise en œuvre; modifications à apporter au plan de transition pour les années à venir, raisons expliquant ces modifications et coûts inhérents aux activités proposées et leur financement]

NA
----

### 3.4. Gestion financière des subventions en espèces (par ex : RSS, allocation pour l'introduction d'un vaccin, allocation de soutien opérationnel aux campagnes, allocation de transition)

[Complétez les zones de texte en gras dans le tableau de la présente section du document, par exemple : performance de l'utilisation des subventions en espèces et insuffisance des ressources financières; modifications apportées aux dispositions de gestion financière; principales questions découlant des audits de programmes en espèces et des évaluations du suivi; niveau de conformité avec les exigences en matière de gestion financière]

En 2012-2013, il y a eu une reprogrammation tout en respectant les objectifs originaux mais en mettant à jour les éléments opérationnels. L'approbation en 2012 était pour des activités qui devaient commencer en janvier 2013, mais le décaissement ne s'est fait qu'en octobre 2013. Ceci a impacté sur les délais et les reliquats qui eux ont été reprogrammés en 2014 et 2015. A la fin de 2015, le programme a été achevé avec un taux d'utilisation de 95%, vérifié par des audits internes et externes dont le rapport d'évaluation finale est disponible (voir Annexes).

Quelques leçons apprises :

- Manque de suivi et supervision du niveau régional sur les dépenses du niveau district dans le cadre du projet RSS1. Ceci est causé en partie par le transfert direct des fonds au niveau des districts, qui a entraîné le désintéressement des délégués dans la gestion de ces fonds ;
- Faible capacité de gestion financière, y compris l'archivage et la comptabilité, à tous les niveaux a occasionné le retard de transmission de rapports et supports financiers ;
- Irrégularité des audits internes n'a pas permis d'améliorer la gestion des fonds ;
- La co-signature des chèques par l'OMS et le Ministère pour le décaissement des fonds RSS1 a contribué à la transparence dans la gestion financière.

## 4. MISE À JOUR DES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

[Etat d'avancement de la mise en œuvre des cinq mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente et recommandations additionnelles du CEI ou du Panel de haut niveau pour la revue du soutien (le cas échéant)]

Mesures stratégiques prioritaires identifiées lors de l'évaluation conjointe précédente / l'examen du Panel	État actuel
1. Recrutement de personnel <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 logisticiens,</li> <li>- 9 Techniciens en maintenance,</li> <li>- 1 gestionnaire des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun Logisticien n'a été recruté,</li> <li>- 4/9 Techniciens chargés de maintenance recrutés</li> <li>- Aucun Gestionnaire de donnée n'a été recruté</li> </ul>
2. Assurer le fonctionnement des dépôts sub-nationaux	<p>Sur les 4 dépôts sub-nationaux installés à ce jour :</p> <p><b>Abéché</b> : Chambres Positive et Négative fonctionnelles.</p> <p><b>Sarh</b> : Chambre Négative fonctionnelle, Positive non fonctionnelle (panne des deux moteurs, insuffisance du</p>

	câblage) <b>Moundou</b> : Chambres Négative non fonctionnelle (Panne des deux moteurs en Négative, Positive fonctionnelle) <b>N'Djamena</b> : 2 Chambres Positives et 2 Chambres Négatives fonctionnelles
3. Alléger les procédures d'acquisition en matériel roulant et chaîne de froid	Les procédures sont restées inchangées
4. Alléger les procédures de décaissement des fonds du niveau central vers le niveau opérationnel	Les procédures sont restées inchangées, cependant nous notons une célérité dans le traitement des dossiers financiers au niveau central
5. Assurer le financement pour les stratégies spéciales (Nomades, insulaires, réfugiés ...)	Deux passages des Activités de Vaccination Intensifiée dans les 7 DS identifiés dans les zones d'accès difficiles et à l'endroit des populations nomades et désertiques
6. Prendre en compte les couvertures administratives pour l'estimation des besoins en vaccins et matériel de vaccination	Fait
7. Etendre le RSS1 pour un an	Prolongation sans frais jusqu'à 31 mars 2016
8. Approche intégrée dans l'élaboration du plan de transition Polio	Mise en place d'une équipe conjointe Gouvernement et Partenaires
9. Création d'une Unité de Gestion de Projet au niveau de la Direction de la Planification soutenue par plusieurs Partenaires	Pris en compte dans la soumission RSS2
10. Redéfinir et prioriser l'assistance technique dans la mise en œuvre du projet	Fait
11. Discuter avec toutes les parties prenantes la possibilité d'une meilleure rémunération/motivation des agents du MSP qui seront impliqués dans la mise en œuvre du projet	Les salaires de bases sont restés les mêmes afin d'éviter d'éventuelles disparités lors d'une probable intégration des agents à la fonction publique. Cependant une prime liée au travail est préconisée dans les zones austères/difficiles d'accès
12. Saisir l'opportunité de la campagne rougeole comme amélioration de la couverture vaccinale et rattrapage des enfants non vaccinés	Campagne de vaccination contre la rougeole programmée pour le dernier trimestre 2016
13. Etudier la faisabilité et la viabilité d'une Unité de Gestion de projet multi-bailleurs au sein de la Direction de la Planification (DP)	Pas pris en compte à cette date, cependant une réflexion est en cours.

## 5. BESOINS NATIONAUX PRIORITAIRES<sup>1</sup>

*[Résumez les besoins et mesures stratégiques prioritaires susceptibles d'améliorer considérablement la couverture vaccinale, l'équité d'accès aux vaccins et la viabilité financière; le calendrier de mise en œuvre des mesures proposées et le type d'assistance technique requise, le cas échéant – Reportez-vous aux directives pour en savoir plus]*

Besoins prioritaires et mesures stratégiques	Calendrier de mise en œuvre des mesures proposées	Une assistance technique s'avère-t-elle nécessaire ?*(oui/non) Si oui, indiquez le type d'assistance
--	---	---

<sup>1</sup> Suivra ensuite le processus de planification, ainsi des discussions concernant l'assistance technique – des indications détaillées au sujet de ce processus seront disponibles en mai 2016.

		requis
<b>I Gouvernance</b>		
Revue externe du PEV	2eme trimestre 2017	<b>Durée : pendant 2 mois</b> Revue externe du programme : OMS 1 consultant international Epidémiologiste OMS 1 consultant international santé publique OMS 1 consultant international Logisticien OMS 1 consultant international Communicateur UNICEF.
1. Evaluation du PPAc 2013/2017 et Développement du nouveau PPAc 2018 -2022	Dernier trimestre 2017	<b>Durée : pendant 1 mois :</b> 2 consultants internationaux (Economiste de la santé et santé publique,) OMS 1 consultant national (santé publique) OMS
<b>II Gestion du Programme</b>		
1 Appui à la coordination des programmes RSS/PEV	Appui à long terme	<b>Durée : pendant 3 ans</b> Coordination du PEV : 1 consultant international santé publique immunisation (OMS) 1 consultant international C4D/immunisation 2 nationaux (1 OMS et 1 UNICEF) RSS2 : 1 consultant international
2. Elaborer les documents administratifs pour le démarrage du RSS2	Dernier trimestre 2016	<b>Durée : pendant 6 mois</b> OMS : 1 consultant national en appui aux équipes pays pour préparer les documents administratifs (commande et achats des équipements, TDR des 2 consultants qui seront recrutés pour appuyer les programmes...)
3. Amélioration de la gestion et la coordination des programmes RSS/PEV	A long terme	Création d'un cadre de motivation en vue d'attirer les cadres nationaux compétents dans les cellules du RSS et du PEV.
<b>III. Amélioration de la Qualité des données de vaccination</b>		
1. mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données (issu de l'évaluation prévue en 2016)	Appui à long terme	OMS/Unicef soutien à la mise en œuvre, au suivi évaluation du Plan d'amélioration de la qualité des données : staff OMS et UNICEF déjà disponible
2- Doter 25 DS et 23 DSR restants d'outils et d'équipement (modems, ordinateurs, tablette Smartphone) pour améliorer la collecte et la transmission des données	Premier trimestre 2017	OMS : staff pays et consultants nationaux appuient le renforcement des capacités des ECR et ECD dans l'utilisation des supports électroniques pour la gestion des données

		Assistance technique spécifique DIHS2 partagée avec OMS/UNICEF et Fonds mondial Union Européenne
<b>IV. Couverture et Equité</b>		
1. développement de micros plans par les DS ciblés dans la proposition RSS2	Q4 2016	OMS : 1 Staff international, 2 Staffs nationaux et 52 consultants nationaux.
2. Mise en œuvre des stratégies novatrices de vaccination pour les populations nomades, insulaires, difficiles d'accès dans le cadre du RSS2	Toute la durée du RSS2 (3ans)	UNICEF : 1 Staff international, 1 Staff national, 1 consultant international et 4 consultants nationaux disponibles déjà dans les Hubs et bureaux pays
3-Etendre l'intervention pour la réduction des Occasions manquées de vaccination aux DS prioritaires (passer de 6 DS à 56 DS) - appuyer la mise à l'échelle de l'intervention dans les DS supplémentaires Documenter l'intervention sur les OMV	Toute l'année 2017  Décembre 2017	
<b>V. Nouveaux Vaccins et Vaccins sous utilisés</b>		
1. introduction du vaccin MenAfrivac dans le PEV	Premier trimestre 2017	OMS et UNICEF : staff et consultants nationaux appuient la formation des agents de santé, la mise en œuvre de la campagne.  1 consultant international OMS déjà pris en compte dans le PEF 2016
2 -Evaluation post Introduction (VPI et MenA)	Juillet 2017	<b>Durée : 4 semaines</b> OMS : 1 Consultant international
3- Elaboration de l'application pour introduction du vaccin antipneumococcique (PCV) dans le PEV	Novembre 2017	<b>Durée : 6 semaines</b> OMS : 1 Consultant International
<b>VI. Financement</b>		
Amélioration du décaissement des fonds du niveau central vers la périphérie (Evaluation de la procédure, Budget trimestriel, transfert aux régions...)	Dernier trimestre 2016	<b>Durée : 4 semaines</b> UNICEF : 1 consultant international (financier) pour faire un état des lieux et proposition  <b>Durée : 6 mois</b> Appui technique d'un consultant national (financier) pour la mise en œuvre
Création d'une ligne budgétaire dotée d'un montant adéquat pour l'achat des vaccins et consommables liés à la vaccination Sécurisation de la ligne budgétaire et création des mécanismes d'approvisionnement et de décaissements facilités.	Dernier trimestre 2016	Appui technique d'un consultant national (financier) pour la mise en œuvre  Gavi, OMS ; Unicef : Plaidoyer auprès des autorités nationales
<b>VI. Promotion de la demande.</b>		
Réalisation d'une 'desk review' et analyse de toutes les preuves disponibles sur les composantes sociales et comportementales et un 'mapping' des partenaires (OSC dans le pays, radios locales, associations, etc..) qui	Aout-Décembre 2016	<b>Durée : 4 semaines</b> UNICEF Tchad – soutien de coordination/opérationnel au PEV. 1 consultant international UNICEF

aideront à la préparation et à l'orientation de stratégie de communications de 2018/2022		
Développement un plan stratégique et opérationnel de communication 2018-2022.avec la participation des partenaires World vision, POSVIT, CSSI	2eme trimestre 2017	<b>Durée : 4 semaines</b> 1 consultant International UNICEF
Implication les communautés dans la mise à l'échelle de la promotion de la demande des services de vaccination au niveau communautaire dans tous les districts ACD (nouvelles approches, innovations media, technologiques/portables)	2017 - 2019	UNICEF: Staff 5 ; 56 Consultants C4D et 5 ACD disponibles dans les 6 Hub dont 54 nationaux et 7 internationaux 1 consultant international World Vision
<b>VII. Chaîne d'approvisionnement et Chaîne de froid</b>		
Distribution des vaccins et Suivi de l'utilisation des vaccins	Juin 2016 – Décembre 2017	UNICEF : 1 staff International et 01 staff national
Former les responsables du niveau opérationnel à la maintenance préventive de la chaîne du froid solaire	Décembre 2017	UNICEF: 01 consultant International pendant 1 mois x 2
Les chambres froides de tous les niveaux sont étalonnées et schématisées selon le protocole de l'OMS	Juin 2017	
Soutenir le MS dans la revitalisation des structures sanitaires à tous les niveaux	Décembre 2017	
<b>IX. Logistique PEV</b>		
Mettre en œuvre le plan d'amélioration issu de la GEV	Long terme	01 staff International Unicef 01 staff International OMS

*\*Non applicable pour les pays dans leur dernière année de soutien Gavi*

## 6. APPROBATION PAR LE CCIA, LE CCSS OU L'ORGANE ÉQUIVALENT ET COMMENTAIRES ADDITIONNELS



*Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires; en revanche, le responsable du PEV est tenu d'approuver le rapport d'évaluation.*

<p><b>Description succincte de la manière dont l'évaluation conjointe a été approuvée par l'instance de coordination nationale concernée</b></p>	<p>Le rapport d'évaluation conjointe a été présenté lors de la réunion du comité de Coordination Inter Agence tenue le 15 juillet 2016. Après la présentation du document, les membres du CCIA ont fait des observations et des recommandations qui sont consignées dans le compte rendu de la réunion.</p>
<p><b>Questions soulevées lors de la réunion de synthèse de présentation des conclusions de l'évaluation conjointe aux membres de l'instance de coordination nationale</b></p>	<p>Au cours de cette réunion, des questions liées à la problématique du décaissement des fonds, l'introduction des nouveaux vaccins (HPV, rota), la régularité des réunions du CCIA et le renforcement de la vaccination et surveillance épidémiologique afin de maintenir les acquis t'interruption de la circulation du polio virus sauvage ont été soulevées par les membres</p>
<p><b>Commentaires additionnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé</li> <li>• Partenaires de Gavi</li> <li>• Gestionnaires de Programmes Pays</li> </ul>	<p>Les commentaires additionnels sont consignés dans le compte rendu de la réunion.</p>

## 7. ANNEXES



*Il n'y a pas lieu de compléter la présente section pour une mise à jour de l'évaluation conjointe au cours des années intermédiaires. Veuillez joindre les annexes suivantes au rapport, ainsi que tout document complémentaire le cas échéant*

**Annexe A. Description du processus de l'évaluation conjointe** (par ex : composition de l'équipe, manière dont les informations ont été recueillies, manière dont les discussions ont été tenues)

--

**Annexe B. Modifications apportées au plan de transition** (le cas échéant)

Modifications requises	Raisons invoquées	Coûts afférents (US\$)	Source de financement des activités modifiées	Agence d'exécution	Résultat escompté