

[TCHAD]

Justification de Soutien au Programme (JSP)

[2019-2023 (5 ans)]

Signatures – Approbation de la JSP

Nous soussignés affirmons que les objectifs et activités de la JSP de Gavi correspondent pleinement aux plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination (ou équivalent), et que les fonds permettant la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds domestiques et tout cofinancement de vaccin nécessaire, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Le Ministre de la Santé (ou autorité déléguée)	Le Ministre des Finances (ou autorité déléguée)
Nom : AZIZ MAHAMAT SALEH	Nom : ISSA MAHAMAT ABDELMAMOUT
Signature :	Signature :
Date :	Date :

Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien

1. Vaccins : Cofinancement du pays et demande de soutien à Gavi

Vaccins : Cofinancement du pays et demande de soutien à Gavi pour le financement des vaccins existants et nouveaux de Gavi

Vaccins		Projections estimées [1]				
		2019	2020	2021	2022	2023*
1.1 Vaccins existants soutenus par Gavi						
Pentavalent	Cofinancement du pays (USD)	\$432 800	\$457 678	\$477 863	\$493 695	\$511 321
	Soutien de Gavi (USD)	\$1 233 479	\$1 304 383	\$1 361 911	\$1 407 031	\$1 457 264
VPI	Cofinancement du pays (USD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Soutien de Gavi (USD)	\$585 443	\$619 100	\$608 726	\$635 368	\$658 052
VAA	Cofinancement du pays (USD)	\$171 397	\$173 400	\$193 066	\$183 552	\$191 745
	Soutien de Gavi (USD)	\$745 579	\$754 288	\$839 839	\$798 452	\$834 092
Men A**	Cofinancement du pays (USD)	\$0	\$173 400	\$193 066	\$183 552	\$191 745
	Soutien de Gavi (USD)	\$0	\$266 168	\$296 357	\$281 753	\$294 329
a) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants (USD)		\$604 197	\$804 477	\$863 996	\$860 799	\$894 811
b) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants (USD)		\$2 564 501	\$2 943 939	\$3 106 833	\$3 122 604	\$3 243 738
c) Total des coûts des vaccins existants (a+b) (USD) :		\$3 168 698	\$3 748 416	\$3 970 829	\$3 983 403	\$4 138 549
1.2 Demande de soutien aux vaccins nouveaux						
[VAR 2]	Population dans la cohorte d'âge cible (#)	1 394 317	1 443 188	1 493 749	1 546 059	1 600 178
	***Population cible (1re dose ou dose unique) (#)	746 069	771 659	798 127	825 502	853 817
	Population cible pour la dernière dose (#)	695 511	720 412	746 183	772 851	800 449
	Taux de pertes estimé [2]	30,00%	25,00%	25,00%	20,00%	20,00%
	Cofinancement du pays (USD)	\$0	\$354 241	\$316 869	\$304 556	\$317 179
	Soutien de Gavi (USD)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
[PCV 13]	Population dans la cohorte d'âge cible (#)			2 238 548	2 318 554	2 401 348
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)			746 183	772 851	800 449
	Population cible pour la dernière dose (#)			746 183	772 851	800 449
	Taux de pertes estimé	%	%	5,00%	5,00%	5,00%
	Cofinancement du pays (USD)	\$0	\$0	\$249 546	\$520 729	\$848 409
	Soutien de Gavi (USD)	\$0	\$0	\$4 197 278	\$7 420 393	\$6 902 832
[Rota]	Population dans la cohorte d'âge cible (#)				2 319 624	2 399 187
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)				773 208	799 729
	Population cible pour la dernière dose (#)				773 208	799 729
	Taux de pertes estimé				5,00%	5,00%
	Cofinancement du pays (USD)	\$0	\$0	\$0	\$201 348	\$355 953
	Soutien de Gavi (USD)	\$0	\$0	\$0	\$4 679 818	\$8 273 205
d) Total du cofinancement du pays pour les vaccins nouveaux demandés (USD)		\$0	\$354 241	\$566 415	\$1 026 633	\$1 521 541
e) Total du soutien de Gavi pour les vaccins nouveaux demandés (USD)		\$0	\$0	\$4 197 278	\$12 100 211	\$15 176 037
f) Coût total des vaccins nouveaux demandés (d+e) (USD)		\$0	\$354 241	\$4 763 693	\$13 126 844	\$16 697 578
1.3 Résumé du total des coûts et du cofinancement						
g) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (a+d) (USD)		\$604 197	\$1 158 718	\$1 430 411	\$1 887 432	\$2 416 352
h) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (b+e) (USD)		\$2 564 501	\$2 943 939	\$7 304 111	\$15 222 815	\$18 419 775
i) Total cost of current and new vaccines requested (g+h) (US\$)		\$3 168 698	\$4 102 658	\$8 734 522	\$17 110 247	\$20 836 127

*Pour obtenir les données de cofinancement de 2023, l'année de base a été glissée de 2018 à 2019 et les taux de couverture vaccinale de 2022 ont été reconstruits en 2023

**Le stock de vaccin MenAfriVac disponible (800 750 doses) couvre jusqu'au octobre 2019. Ce pendant pour les 2 mois restant l'Etat prendra en charge l'achat des vaccins

*** Cette population représente les nourrissons survivants

1.4 Demande de changement de la présentation du vaccin pour le soutien actuel (le cas échéant)¹. Veuillez noter que cela nécessite des documents complémentaires contenant la capacité de la chaîne du froid, les niveaux de stock actuels du produit et le plan d'activités chiffré (à soumettre via le portail du pays dans la rubrique « Documents justificatifs »).

Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la présentation des vaccins. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.		
Présentation souhaitée	Mois d'introduction souhaité	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité
VPI : 5 doses	Octobre 2018	Le pays maintient la présentation de 5 doses comme initialement convenu.

1.5 Dates de présentation et de mise en œuvre des vaccins : Le pays doit compléter toutes les colonnes pour chaque introduction de vaccin nouveau et chaque campagne prévue pendant toute la durée de la JSP et pour lesquelles le pays fait une demande de soutien.

2. Soutien financier

Programme et type de soutien	Présentation préférée ²	Date souhaitée d'arrivée du vaccin	Date prévue de lancement	Soutien demandé jusqu'en
[Type de soutien 1]	Voir les profils détaillés des produits	Mois année	Mois année	Année
[Type de soutien 2]	Voir les profils détaillés des produits	Mois année	Mois année	Année

2.1 Soutien financier actuellement actif de Gavi (Uniquement les montants déjà approuvés mais pas encore terminés) Tableau entier pré-rempli par Gavi

Type de soutien	Montant approuvé	Montant décaissé	Montant restant	Années de soutien
Financement Intérimaire	749 199 \$	749 199 \$	0 \$	2017
Introduction et campagne MenA	2 766 760,20 \$	2 766 760,20 \$	0 \$	2017

2.2 Demande de nouveau soutien financier

Veuillez noter le plafond RSS du pays pour les 5 prochaines années : (montant du plafond en USD)	Estimations indicatives					
	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)						
Objectif "1" : Améliorer la gestion du programme et les mécanismes de redevabilité à tous les niveaux d'ici 2023	195 383	495 513	493 909	575 159	1 263 701	3 023 665
Objectif "2" : Améliorer la qualité et l'utilisation des données pour faciliter la prise de décision d'ici 2023	671 316	722 817	624 817	490 520	490 520	2 999 991
Objectif "3" : D'ici fin 2023, atteindre la couverture vaccinale d'au moins 80% dans chacun des Districts et d'au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national	4 267 346	4 866 428	2 775 926	1 153 494	512 971	13 576 164
Objectif "4" : Amener au moins 90% des parents / gardiens d'enfants de moins d'un an, y compris ceux des zones d'accès difficile à utiliser les services de vaccination d'ici fin 2023	1 077 728	503 923	948 961	881 095	881 095	4 292 802
Objectif "5" : Augmenter de 60 à 80% le score moyen de gestion efficace de vaccin	243 107	3 304 755	409 673	226 889	193 263	4 377 686
Objectif "6" : Améliorer la gestion et la coordination de la subvention (2019-2023)	135 259	255 992	252 645	221 594	225 127	1 090 617
Total RSS (USD)	6 608 750	10 447 553	5 294 565	3 431 850	3 577 404	29 360 123
Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (POECF)						
Co-investissement de Gavi dans la POECF^[1]		7 752 257				7752257
• Fonds nationaux						
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS pour éviter de le compter deux fois)		1 938 064				
• Autres partenaires						
Total POECF^[1] (USD)		9 690 321				
Campagne						
VAR						
per diem	792 920	-	932 633	-	1 000 992	2 726 545
Autres coûts opérationnels	1 394 406	-	1 640 102	-	1 760 315	4 794 823
MenAfrivac	-	-	-	-	-	-
per diem	-	-	-	-	-	-
Autres coûts opérationnels	-	-	-	-	-	-
Routine						
VAR 2		578 009				578 009
Rota				578 009		578 009
PCV 13			578 009			578 009
Total du soutien HSIS demandé (USD)	8 796 076	18 777 819	8 445 309	4 009 859	6 338 711	46 367 775

¹ Pour une description détaillée des profils des produits de vaccination, visitez le site Web de Gavi (cliquez sur le 3^e onglet) : <http://www.gavi.org/about/gavis-business-model/vaccine-supply-and-procurement/>

² Pour les préférences de présentations des vaccins, veuillez-vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

2.3 Options de vérification des données pour le calcul du RSS/financement sur la base des performances (FBP) Le pays doit renseigner l'ensemble du tableau (NA)

Utilisation des données administratives du pays (Oui/Non) :	...	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF (Oui/Non) :	...	Utilisation d'enquêtes (Oui/Non) :	...
---	-----	---	-----	------------------------------------	-----

Partie B : Analyse du système de vaccination du pays

3. Informations contextuelles sur le pays

Années du plan national de développements sanitaire	2018 – 2021
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	2018 – 2022
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	1 ^{er} janvier au 31 décembre
Planification du travail opérationnel national annuel	1 ^{er} janvier au 31 décembre
Statut de la transition et du cofinancement (mentionner le statut : auto-financement initial, phase de transition préparatoire, accélérée)	Autofinancement initial
Budget annuel total de la vaccination pour le gouvernement et les partenaires (année précédente)	JRF Indicator 6650 - Total expenditure on Routine Immunization from all sources JRF 2016: US\$ 213 288,5
Dépenses de santé totales/per capita (année précédente)	35,6 \$ international (2015) sources : site World bank, WHO

4. Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs

Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs des résultats vaccinaux en harmonie avec la stratégie de Gavi (2016-2020), sur la base du cadre de performance actualisé du pays (y compris source et année).

Investissement total dans la vaccination de routine par enfant (tiré du FRC et des données UNWPP)	US\$ 77,35 par enfant en 2017
Vaccins (non financés par Gavi) dans le programme de vaccination actuel (par ex. OPV)	VPOb, VAT, VAR et BCG
Autre statut pertinent au sein de Gavi (par ex. Niveau de PEF, Fragilité, Ebola, Couverture et équité)	Le Tchad est un Pays fragile et PEF de priorité 1 dans la classification de GAVI
Couverture du Penta 3 au niveau national	Sources de données : admin 2017 (77%) Officielles 2017 (72%), enquêtes 2017 (37%), WUENIC 2017(46%)
Couverture du vaccin anti-rougeoleux (première dose) au niveau national (VVR1)	Sources de données : admin 2017- (68%) Officielles 2017 (65%), enquêtes 2017 (37%), WUENIC 2017(58%)
Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3	Sources de données : admin 2017 (10%) Officielles 2017 (9%), enquêtes 2017 (33%), WUENIC 2017 (23%)
Équité de la couverture vaccinale selon la zone géographique : pourcentage de districts ou de zones administratives équivalentes ayant une couverture Penta 3 supérieure à 80 %	Sources de données : admin (JRF 2017) – 38% Enquête de couverture vaccinale organisée en 2017 montre qu'aucune région sanitaire n'a atteint 80%, toutefois il existe un grand écart entre la région la mieux vaccinée (Mandoul 71%) et la région la moins vaccinée (Batha 3%)
Équité de la couverture vaccinale selon le niveau de richesse : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	Sources de données : EDS-MICS 2014-2015, 17,5% (couverture dans le quintile le plus riche est de 44,7% contre 27,2% pour le quintile le plus pauvre)
Couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère/du responsable : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre les enfants dont la mère/le responsable n'a reçu aucune éducation et ceux dont la mère/le responsable a terminé l'enseignement secondaire ou supérieur	Sources de données : EDS MICS 2014-2015, 27%

Qualité des données : écart de pourcentage entre la couverture administrative nationale Penta 3 et l'estimation de l'enquête de couverture	Sources de données : admin (JRF 2017) / ECV 2017 : 35%
Score composite national de la dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) (score annuel et agrégé)	Évaluation de la GEV (2015) : 62%

5. Situation de la couverture et de l'équité



5.1 Décrivez les évidences en matière de couverture et d'équité de l'immunisation aux niveaux national et infranational dans le pays et les contraintes à l'amélioration.

L'analyse de la couverture vaccinale et de l'équité au niveau national et provincial issue de l'enquête de couverture vaccinale de 2017 (ECV 2017), a mis en évidence la faible couverture vaccinale.

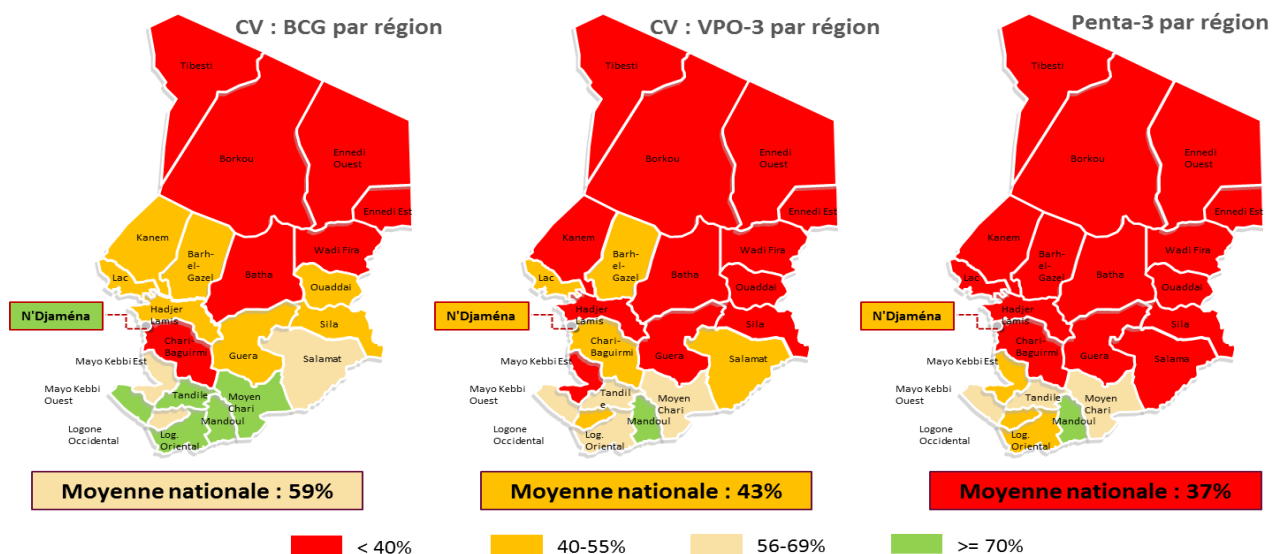
Les données brutes, sont faibles, avec 59% de BCG, 55% de Penta1, Penta3 à 37%, VAR à 37% et 26% de la cohorte évaluée n'a reçu aucun antigène (zéro dose).

Seulement 22% des enfants sont complètement vaccinés (ECV), autrement dit 78% des enfants n'ont pas, soit entamé ou soit pas achevé la totalité de vaccination.

Le taux d'abandon qui est de 37 points contribue à la faible couverture vaccinale complète. Ce taux atteint 15 points entre la première et la dernière dose de VPO et 18 points entre la première et dernière dose de Penta, ce qui témoigne du nombre important d'enfants perdus de vue.

Ces faibles couvertures vaccinales sont observées dans la plupart des provinces y compris à N'Djamena la capitale telles que présentées dans les cartes suivantes. Néanmoins, les provinces de l'extrême Sud sont mieux vaccinées (56% en Penta3) que celles du nord (19%) pour le même antigène (Cf. enquête de couverture 2017).

Figures 1, 2 et 3 : Couverture vaccinale en BCG, VPO3 et Penta 3 par région (ECV 2017)

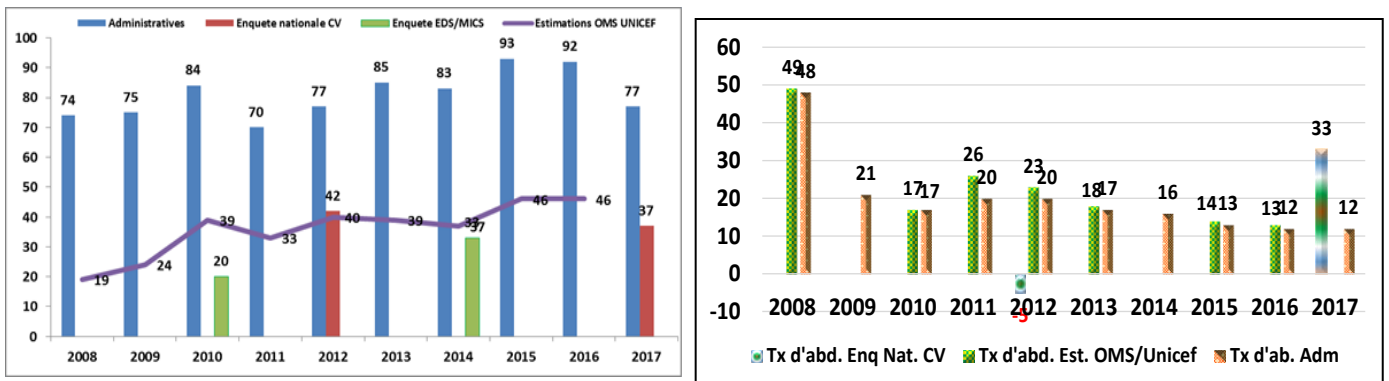


(Source : résultats ECV 2017, Base des données RI 2017)

La figure 4 ci-dessous montre que les couvertures administratives au cours des dix dernières années ont toujours été très élevées comparativement aux données d'enquêtes et aux estimations OMS/UNICEF. Ces deux dernières sont toujours très basses et n'ont jamais atteint 60%. La figure 5 montre des taux d'abandon très élevés au cours des dix dernières années.

Figure 4 : Evolution de la couverture vaccinale en Penta3 selon les différentes sources

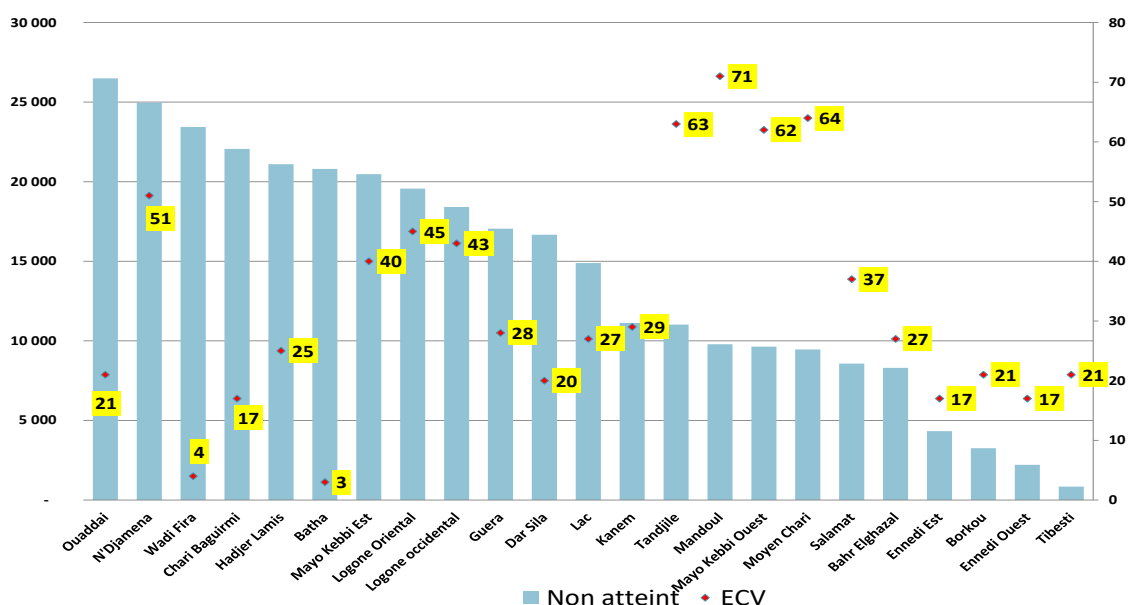
Figure 5 : Evolution du Taux d'abandon selon les différentes sources



Selon cette analyse, le défi se pose dans un premier temps en termes d'augmentation globale de couverture vaccinale. Au Tchad, la plus grande partie des enfants restent à vacciner. En plus, le problème de l'iniquité dans la vaccination est aussi une évidence au Tchad :

- Penta3 est à 37% (dose brute) dont 46% en milieu urbain, 33% en milieu rural ;
- 27% de couverture vaccinale chez les Personnes En Charge (PEC) non scolarisées et 61% chez les PEC qui ont le niveau d'études secondaire/supérieur ;
- 28% d'enfants complètement vaccinés en milieu urbain, contre 20% en milieu rural ;
- 16% d'enfants complètement vaccinés chez les PEC non scolarisés contre 38% chez les PEC qui ont le niveau d'études secondaire/supérieur ;
- Populations difficile d'accès aux services de vaccination (insulaires, zones inondables, désertiques) et des populations spéciales (nomades, réfugiées, retournées et les déplacées).
 - les populations nomades représentent 571 573 habitants soit 3,5% de la population totale de 2018.
 - Les insulaires représentent 379 206 habitants (données équipe de Task Team en 2018).
 - Les réfugiés représentent 446 326 et les déplacés internes 126 755 (sources UNHCR 31/08/2018).

Figure 6 : Nombre d'enfants non vaccinés par province selon l'enquête de couverture 2017



Les causes de la faiblesse de la couverture vaccinale sont liées essentiellement à :

- **Insuffisance de l'offre :**
 - Le non-respect du calendrier vaccinal : la majorité des antigènes reçus par les enfants (près de 75%) auraient été administrés en hors cibles (après le premier anniversaire), avec la

couverture Penta1 qui passe de 55% (toutes doses) à 13% (doses avant un an), VAR qui passe de 37% à 8% avant un an ;

- L'insuffisance de la supervision formative à tous les niveaux ;
- L'insuffisance de la chaîne de froid (35%) et l'absence d'un système fiable de distribution des intrants occasionnant ainsi des ruptures fréquentes des antigènes au niveau opérationnel ;
- seuls 30% des centres de santé vaccinent au quotidien comme recommandé par la politique nationale de vaccination ;
- Les écarts de couverture entre BCG, VPO-3 et Penta 3 peuvent être expliqués par des faiblesses de l'offre de la vaccination de routine (séances incohérentes, ruptures de stock et importance relative des AVS).

- **Insuffisance de la demande :**

- 63% des leaders communautaires lient la non vaccination à l'insuffisance d'information des parents ;
- 50% des parents ne connaissent pas le calendrier vaccinal ;
- 36% des parents ne reconnaissent pas les noms des vaccins lorsqu'ils leur sont présentés ;
- L'éloignement des structures sanitaires a été évoqué par 20% des parents ;
- 37% d'enfants perdus de vue.

L'enquête de couverture vaccinale de 2017 a montré aussi que 324.486 (Cf. tableau, annexe n°02) enfants ne sont pas vaccinés en Penta3 sur l'ensemble du pays et sont inégalement répartis dans les 23 provinces. 76% de ces enfants non vaccinés (245.933) se retrouvent dans 12 provinces qui sont : Ouaddaï, N'Djamena, Wadi Fira, Chari Baguirmi, Batha, Mayo Kebbi Est, Logone Oriental, Logone Occidental, Guera, Hadjer Lamis, Sila et Lac.

Ainsi, en vaccinant 90% des enfants de ces 12 provinces, le pays augmenterait de 68% la couverture vaccinale. (Cf. Tableau en annexe 03 sur le nombre d'enfants non vaccinés).

Parmi les 12 provinces citées plus haut, deux (le Lac et le Hadjer Lamis) bénéficient déjà d'un appui financier de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) dans le cadre du renforcement de la vaccination de routine et du programme d'éradication de la poliomyélite. Cet appui de BMGF cible le renforcement de la chaîne du froid (133 réfrigérateurs), l'amélioration du système de distribution de vaccins (achat d'un camion), le plaidoyer auprès des autorités administratives, les leaders religieux ainsi que le soutien à l'offre de vaccination. C'est pour toutes ces raisons que ces deux régions n'ont pas été prises en compte dans la présente soumission.

De ce qui précède, le pays a retenu en définitive pour cette soumission 10 provinces dites prioritaires qui sont : Ouaddaï, N'djamena, Wadi Fira, Chari Baguirmi, Batha, Mayo Kebbi Est, Logone Oriental, Logone Occidental, Guera et Sila. Ces 10 provinces couvrent 58 Districts (Cf. tableau en annexe 04) et totalisent 456 982 enfants de moins d'un an sur 782 565 que compte le pays pour l'année 2018 soit 58,4% de la cible totale. Le soutien de GAVI concerne tous les 58 districts. Néanmoins, donnant suite aux recommandations du Groupe de Travail Régional sur la Vaccination (GTRV), le pays a adopté l'approche graduelle et a développé sept (7) critères de priorisation qui sont appliqués sur les 10 provinces sélectionnées. Il s'agit de deux critères majeurs reposant sur le nombre d'enfants non vaccinés et la présence des nomades, de 2 critères moyens relatifs à la disponibilité des Ressources Humaines et de 3 critères mineurs en rapport avec la disponibilité de la Chaîne de froid, d'accessibilité géographique et la présence des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs).

Les cotations de (3, 6, 9) et (0-7) ont été appliquées pour les critères majeurs, de (2, 4, 6) pour les critères moyens et de (1, 2, 3) pour les critères mineurs (Cf. annexe 5). Cet exercice a permis de dégager 3 provinces prioritaires qui sont N'Djamena, Batha et le Ouaddaï et qui feront l'objet d'un soutien spécifique à partir de la première année du JSP. Les provinces de Logone Orientale, Chari Baguirmi, Mayo Kebbi Est et Wadi Fira seront soutenues à partir de la deuxième année. Et la totalité des 10 provinces à partir de la troisième année.

Le financement de GAVI apportera un appui transversal dans les 23 provinces dans le domaine de l'approvisionnement en vaccins, de la chaîne de froid, qualité des données et la demande des services grâce au plaidoyer de haut niveau conduit par S.E Madame la Première Dame de la République du Tchad.

Dans les 10 provinces ciblées des appuis spécifiques seront apportés dans les domaines du financement des stratégies avancées, de l'assistance technique, du renforcement des Ressources Humaines, de la logistique roulante, de la demande de la vaccination y compris l'implication des organisations de la société civile.

Dans tous les Districts le financement de GAVI viendra en complément au financement existant. En effet, plusieurs partenaires techniques et financiers interviennent dans le secteur de la Santé en général et dans la vaccination en particulier OMS, UNICEF, BMGF, Rotary, CDC, Croix-Rouge, MSF selon la cartographie (Cf. annexe n°06).

5.2 Décrivez les difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination, y compris au niveau de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la création de la demande/mobilisation de la communauté, la qualité/disponibilité/utilisation des données et le leadership, la gestion et la coordination.

Suite à l'analyse de situation relative à la performance du système de vaccination, les principaux goulots d'étranglement ci-après ont été relevés dans les domaines suivants :

Concernant la prestation de services

Le principal goulot d'étranglement est l'insuffisance d'offre des services de vaccination. Celle-ci découle de i) la faiblesse des stratégies fixes, avancées et mobiles (Seulement 38% des centres de santé réalisent au moins 80% des sorties en avancées planifiées, Cf. suivi ACD 2017, annexe 07), ii) la non systématisation de stratégies adaptées et durables permettant d'atteindre les populations d'accès difficile (nomades, insulaires, désertiques), iii) la faible accessibilité géographique et physique (80% de la population vit au-delà de 5 Km des centres de santé, Cf. PNDS 3, annexe 08), iv) la faible qualité de service (vaccinateur absent, mauvais accueil, heure de la vaccination inadaptée, attente trop longue, Cf. rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2017 P. 34), v) les occasions manquées de vaccination (42% dans 6 districts sanitaires ; enquête 2015). L'absence fréquente des agents de santé perturbe davantage l'offre des services de vaccination dans un contexte d'insuffisance globale en ressources humaines.

A cela s'ajoute le paiement de l'acte vaccinal par endroit bien que la politique nationale préconise la gratuité de la vaccination (6% des mères affirment avoir payé l'acte selon l'enquête de couverture vaccinale en 2017).

Pour le leadership, la gestion, la coordination du programme

Il a été identifié une insuffisance dans la gouvernance caractérisée par une coordination peu performante au niveau central, régional et opérationnel. De plus on constate une faible redevabilité/responsabilité des acteurs du programme de vaccination à tous les niveaux du système de santé. La mise en œuvre du cadre de redevabilité issue du Forum sur la vaccination, les réunions hebdomadaires avec le Ministre de la santé, les réunions mensuelles avec le Chef de l'Etat devraient améliorer la situation.

Ressources humaines

La densité du personnel de santé au niveau national est estimée à 0,58 pour mille habitants en 2016 contre 2,3 recommandée par l'OMS³. Cette densité insuffisante du personnel de santé au Tchad est exacerbée par la disparité entre les régions. La région de N'Djamena compte 52% des médecins, 36% des infirmiers et 40% des sages-femmes du pays (Cf. tableau 4 du PNDS 3 page 25).

De surcroit, les activités de vaccination sont assurées dans plus de la moitié des cas par un personnel non qualifié. Ce qui se répercute sur l'utilisation des outils de gestion et la communication interpersonnelle avec les parents d'enfants car ce personnel a un faible niveau et n'est pas toujours formé. On note également une insuffisance de supervision formative et de motivation des prestataires à tous les niveaux.

Concernant la génération de la demande

L'enquête de couverture vaccinale de 2017 a relevé un déficit d'information (41%) et de motivation des parents pour la vaccination (20%). De même, le Plan Stratégique de Communication (2018-2022) pour le PEV de routine du Tchad a montré des barrières socioculturelles. Ce qui expliquerait en partie la faible appropriation/implication des communautés dans les activités de la vaccination.

La revue externe a relevé une insuffisance dans la coordination et la supervision des activités de communication en faveur de la vaccination ainsi que la non fonctionnalité des sous-comités de mobilisation sociale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Ces insuffisances pourraient être corrigées avec la mise en œuvre effective du plan stratégique de communication pour la vaccination, notamment dans les

axes portant sur le renforcement institutionnel et managérial, le suivi, supervision, évaluation et documentation.

Dans le domaine de la logistique et de la gestion des vaccins

Selon l'évaluation de la GEV de 2015, le score global (composite) est de 62%. Sur les 9 critères évalués, seulement 3 ont enregistré un score de plus de 80% ; i) gestion des vaccins (83%), ii) gestion des stocks (81%) iii) procédures d'arrivage/réception des vaccins (91%). Les scores les plus bas concernaient la distribution des vaccins (51%) et la maintenance (29%).

L'inventaire de la chaîne du froid conduit en 2017 et mise à jour en 2018 a montré une faible couverture en équipements homologués de chaîne du froid de 36% (627 CDF adéquates sur 1742 points de prestation des services). Le gap se présente comme suit :

- 825 points de prestation des services ne disposent pas de réfrigérateurs ;
- 272 points de prestations disposent de réfrigérateurs non adéquats qui nécessitent une expansion ;
- 714 réfrigérateurs au niveau des centres de santé et districts sont à remplacer.

Il existe au niveau du Ministère de la Santé une Sous-Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires en charge de la maintenance et un service de maintenance à la Sous-Direction de la vaccination. Cependant ces structures sont faiblement fonctionnelles. Aucune fiche de suivi de maintenance n'est disponible et même si les activités de maintenance sont réalisées, la plupart des rapports ne sont pas disponibles. On note une insuffisance en ressources humaines (quantitative et qualitative) ainsi que financière pour la mise en œuvre de la maintenance préventive et curative (Cf. document unique/plan national de maintenance).

Le plan d'amélioration développé à l'issue de la GEV de 2015 comportait quatre axes principaux qui ciblent selon le niveau de la chaîne d'approvisionnement, les interventions suivantes :

- A1- Activités générales pour améliorer la chaîne d'approvisionnement ;
- A2- Activités liées à la fonctionnalité des nouveaux magasins sub-nationaux ;
- A3- Activités liées à l'achat des équipements et leur mise en fonction ;
- A4- Ressources humaines, prenant en compte le renforcement des capacités et la supervision formative.

L'évaluation de la mise en œuvre des activités du plan d'amélioration de la GEV a montré que le niveau de réalisation était à 36% en février 2018.

L'opportunité offerte par Gavi à travers le CCEOP et la JSP va améliorer considérablement le niveau de mise en œuvre des autres activités non encore réalisées.

L'évaluation de la capacité gestionnaire conduite en 2016, l'audit de GAVI en 2017 et la revue externe du Programme de la même année ont révélé des écarts de stocks dans l'outil de gestion des stocks (SMT) du niveau central entre 2014 et 2017. Les mêmes sources ont montré des ruptures récurrentes en vaccins et matériels d'injection au niveau central et périphérique.

Ces ruptures sont liées à la réduction du budget de l'Etat pour l'achat des vaccins et au retard dans le paiement de la quote-part de l'Etat consécutifs à la crise économique avec comme conséquence des reports des commandes et/ou retard de paiement des vaccins et consommables de la part de Gouvernement. Le retard de décaissement des fonds ajouté à la non prise en compte de délais de livraison ont causé aussi quelques difficultés dans l'approvisionnement du pays en seringue BCG en 2018. L'insuffisance de supervision formative, l'absence d'un cadre de redevabilité, d'un monitoring pour action et d'un système fiable de distribution affectent également la performance du système de gestion des vaccins et autres intrants de vaccination.

Dans le cadre de l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des vaccins et conformément aux recommandations de la GEV de 2010, quatre dépôts sub-nationaux ont été créés pour rapprocher les vaccins et matériels d'injection des structures sanitaires du niveau opérationnel. Cependant leur mise effective en fonctionnement était liée à l'affectation des ressources humaines et à la dotation de kits de maintenance qui avaient malheureusement pris du retard.

Ces dépôts sont actuellement fonctionnels avec l'affectation de ressources humaines, de moyens roulants, de kits informatiques. Ils ont été dotés chacun d'un véhicule 4x4 acheté sur les fonds RSS/GAVI afin d'apporter un soutien aux Districts Sanitaires dans la supervision et l'approvisionnement.

Cependant ils sont confrontés à certaines difficultés liées à l'absence de source d'énergie électrique fiable et permanente dont les fluctuations de tensions sont souvent à l'origine de pannes fréquentes. C'est pourquoi, le pays a initié des études de faisabilité pour la solarisation de ces dépôts.

De même, pour la supervision des activités au niveau opérationnel, 79 districts sanitaires sur 117 ne disposent pas de véhicules fonctionnels, soit 68%.

Par ailleurs, seulement 502 centres de santé (CS) sur 1.742 (soit 29%) disposent de motos pour assurer les stratégies avancées et l'approvisionnement en vaccins et intrants du PEV auprès des districts.

La qualité, la disponibilité et l'utilisation des données :

Le Tchad a souscrit à des engagements internationaux dont les Objectifs de Développement Durables (ODD) qui ont de nombreuses implications dans le domaine de la santé. Le besoin de faire un suivi et une évaluation efficace de ces initiatives a engendré des actions de renforcement du Système Statistique National (SSN) en général et du système d'information sanitaire (SIS) en particulier.

La disponibilité, la qualité (complétude, promptitude, discordance et exactitude) et l'utilisation des données sont les principaux problèmes auxquels est confronté le système d'information sanitaire. Bien que, les rapports d'exhaustivité et promptitude se soient améliorés au cours des 5 dernières années, le SIS est toujours confronté aux problèmes suivants :

- fréquentes ruptures de stock des outils de gestion révisés en 2013 ;
- faible renforcement des capacités, en particulier dans la formation des prestataires aux techniques de remplissage des supports du SIS, aux techniques de validation des données, aux techniques de vérification des données et les compétences informatiques (ordinateurs, logiciels et technologies de communication de données) ;
- faible coordination des interventions dans le domaine du SIS ;
- insuffisance des ressources humaines, financières et matérielles;
- insuffisance de décentralisation de la composante informatique du SIS dans les régions pour la saisie des rapports d'activités qui n'est opérationnelle que dans certains districts sanitaires par manque de ressources pour assurer la formation et les supervisions des équipes aux différents niveaux ;
- existence de systèmes d'information parallèles des programmes de santé verticaux
- faible niveau de complétude et de promptitude dans la transmission des données
- faible utilisation des données au niveau des formations sanitaires
- irrégularité de la tenue des ateliers de validation des données au niveau des formations et des districts sanitaires
- non appropriation du SIS par certains responsables du niveau opérationnel
- irrégularité des supervisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La faible qualité des données est aggravée par le problème récurrent du dénominateur nécessaire à la production des indicateurs de vaccination. Par rapport aux critères de qualité de l'information fournie, seules les enquêtes auprès de la population produisent des données jugées satisfaisantes. Les différentes appréciations font ressortir une tendance d'insatisfaction par rapport au reste des sources de données du SIS, surtout le recensement et les statistiques d'état-civil. Des discordances énormes sont relevées entre d'une part les données de routine de la vaccination et celles issues des enquêtes (MICS ou de couverture). Selon le résultat de l'enquête de couverture vaccinale de 2017, l'écart entre les données administratives et celles de l'enquête est de 55% pour le PENTA 3. En outre, les résultats de la Data Quality Review (DQR) révèlent que seulement 53,4% des centres de santé enquêtés disposaient des données concordantes de penta 3 entre d'une part les sommes des données rapportées et celles recomptées). En outre, le niveau de complétude se rapportant à cet indicateur est évalué à 91,2% tandis que le facteur de vérification s'établit à 0,99. La proportion des districts sanitaires pour lesquels le nombre déclaré de Penta 3 est concordant avec le nombre recompté n'est que de 20,9%. Pire aucune formation sanitaire du pays ne dispose de toutes les dimensions du système de collecte des données.

Les principales recommandations de la DQR sont entre autres :

1. Consolider le dispositif de collecte des données

2. Informatiser le système de collecte des données des formations sanitaires
3. Renforcer les capacités d'analyse des données du personnel des formations sanitaires
4. Renforcer les capacités de supervision et d'analyse des données du personnel du district sanitaire
5. Informatiser le système de collecte des données des districts sanitaires par la mise en place du DHIS2
6. Renforcer les capacités de supervision et d'analyse des données du personnel de la délégation régionale
7. Informatiser le système de collecte des données des délégations régionales par la mise en place du DHIS2
8. Renforcer les moyens de la SDSIS pour administrer le système national d'information sanitaire
9. Renforcer les capacités de la SDSIS pour la supervision du système de collecte des données
10. Renforcer les capacités de la SDSIS pour l'analyse des données
11. Renforcer la rétro-information des données
12. Rechercher les financements pour la mise en œuvre des activités de renforcement du système national d'information sanitaire

La revue externe du PEV de 2017 (page 57) a révélé la faible qualité des données du programme. On note également la pratique insuffisante de l'auto évaluation de la qualité de données (DQS), l'irrégularité des réunions mensuelles en vue de leur harmonisation et validation. Les DQS faites en 2018 sur 85 centres de santé montrent une discordance des données entre les différents supports dans 71 CS soit 83%.

Dans le cadre de la maîtrise des populations cibles des programmes de santé en général et du Programme Élargi de Vaccination en particulier, un atelier de lancement (deuxième étape d'un processus à cinq) s'est déroulé du 04 au 06 septembre 2018. Couplé aux images satellitaires et à un recensement aléatoire, ce processus devra conduire à la proposition d'une méthode consensuelle d'estimation de la population au niveau local.

En plus de cette nouvelle approche, un bon fonctionnement de l'état civil contribue également à la maîtrise du dénominateur. Au Tchad, l'état civil connaît des difficultés dans son fonctionnement. Comme principales faiblesses, on peut retenir :

- Cadre juridique et institutionnel non adapté au contexte national et standard international
- Faible coordination (Manque de collaborations formelles entre les MSP et celui de l'Administration du territoire)
- Rupture des cahiers de déclaration de naissance dans les centres de santé et hôpitaux,
- Insuffisance de suivi entre les naissances et les déclarations des naissances dans les centres de santé

Dans le cadre de la vision pour faire le lien (interopérabilité/triangulation) entre le système d'information sanitaire et le système d'information et de gestion logistique, la situation actuelle est caractérisée par la mise en œuvre des interventions de renforcement du système d'information à travers le DHIS2 (Coopération Suisse), le renforcement de la chaîne d'approvisionnement (Intrants, SIGL). La présente demande de financement permettra de consolider les acquis. En plus, elle mettra l'accent sur l'interopérabilité du SIGL et du DHIS2 ainsi que le renforcement des capacités vaccinales dans les formations sanitaires. La Sous-Direction de la Statistique et de l'Information Sanitaire (SDSIS) en collaboration avec celle en charge de la vaccination (SDV) collectera, dans toutes les formations sanitaires et à travers le DHIS-2, les informations concernant les aspects suivants :

- (i) le nombre de jours de rupture des différents antigènes et autres intrants de vaccination ;
- (ii) les quantités consommées au cours du mois ;
- (iii) les niveaux des stocks disponibles à la fin de chaque mois.

La situation des stocks aux niveaux des dépôts sub-nationaux et au niveau central seront gérés par le SIGL (OSPSanté). Les informations disponibles à travers le SIGL seront intégrées dans le DHIS-2, dans sa configuration modulaire. Cette activité sera exécutée avec l'appui d'une Assistance Technique qui aidera à la conceptualisation et à la définition des modalités de mise en œuvre de cette interopérabilité SIGL ↔ DHIS-2.

Les dispositifs actuels d'information sanitaire qui ont bénéficié d'un large consensus entre toutes les parties prenantes lors de la révision des outils en 2013, restent relativement bien adaptés pour assurer une bonne production de données de qualité pour le secteur de la santé. Toutefois, la disponibilité des ressources humaines en nombre et en qualité sera un élément clé du développement du système d'information sanitaire au même titre que les ressources financières et matérielles.

Pour permettre de disposer d'un système d'information sanitaire intégré, performant à tous les niveaux, plusieurs réformes du SIS ont été initiées par le Ministère de la Santé Publique dont celle de 2013. Sur la base d'un consensus entre toutes les parties prenantes, les indicateurs et les outils du SIS ont été révisés et un Plan Stratégique National pour le renforcement du système d'information sanitaire assorti d'un plan opérationnel du SIS 2019-2021 ont été élaborés et adoptés. Une réunion de positionnement a été organisée avec la présence de plusieurs partenaires et à l'occasion, le MSP s'est engagé à financer le Plan Opérationnel à hauteur de 11% de l'ensemble du budget. En adoptant une démarche participative au cours de son élaboration, le MSP a pris en compte les besoins de tous les acteurs du SIS. Ainsi 45% de montant de revitalisation du SIS pour les trois prochaines années est pris en compte dans le cadre de soutien pour le renforcement du système résilient avec le Fonds Mondial.

Dans le cadre de revitalisation et de modernisation du SIS, le MSP s'est engagé à transformer l'allocation en subvention pour permettre au SIS de faire face à l'épineuse question d'approvisionnement en outils. Il était de même pour les partenaires qui devraient mutualiser les ressources consacrées au recueil d'informations sanitaires au SIS pour assurer les ressources nécessaires à son fonctionnement.

5.3 Décrivez tout problème lié au financement du programme de vaccination

Le cycle national de planification et de budgétisation de la santé qui va de février de l'année n-1 à Janvier de l'année n par la Promulgation de la Loi des Finances. Le Ministère de la Santé alloue un montant au programme PEV conformément à l'initiative vaccinale (IIV) en tenant compte des contraintes budgétaires décrites dans la lettre de cadrage macroéconomique de l'année en cours.

Compte tenu des difficultés actuelles pour la mobilisation des ressources de l'Etat, le MSP élabore le budget sur la base des données fournies par les services déconcentrés et le soumet à la conférence budgétaire (Juillet -Aout).

Il faut remarquer que le budget général de l'État est affecté depuis 2014 par la chute du prix du baril de pétrole conduisant ainsi à la réduction du budget alloué au Ministère de la Santé Publique. Par exemple, le Budget du Ministère de la Santé Publique en valeur absolue a été réduit de plus de 40% par rapport à celui de 2013 (Cf. graphique n°7).

Cette réduction s'est aussi répercutée sur les subventions allouées par l'État au PEV. En effet, cette subvention est passée de 2 900 000 000 Fcfa en 2013 à 1 100 000 000 Fcfa en 2014, 692 000 000 Fcfa en 2015, 575 000 000 Fcfa en 2016 et 650 000 000 Fcfa en 2017 (Cf. graphique n°8). Il existe une corrélation entre la réduction du budget du MSP (les transferts) et celle des subventions du PEV.

D'une manière générale, la part des financements des partenaires sur le Budget du Ministère de la Santé Publique reste très importante ces dernières années.

Figure 7 : Evolution du budget général de l'Etat et celui du MSP de 2009 à 2018

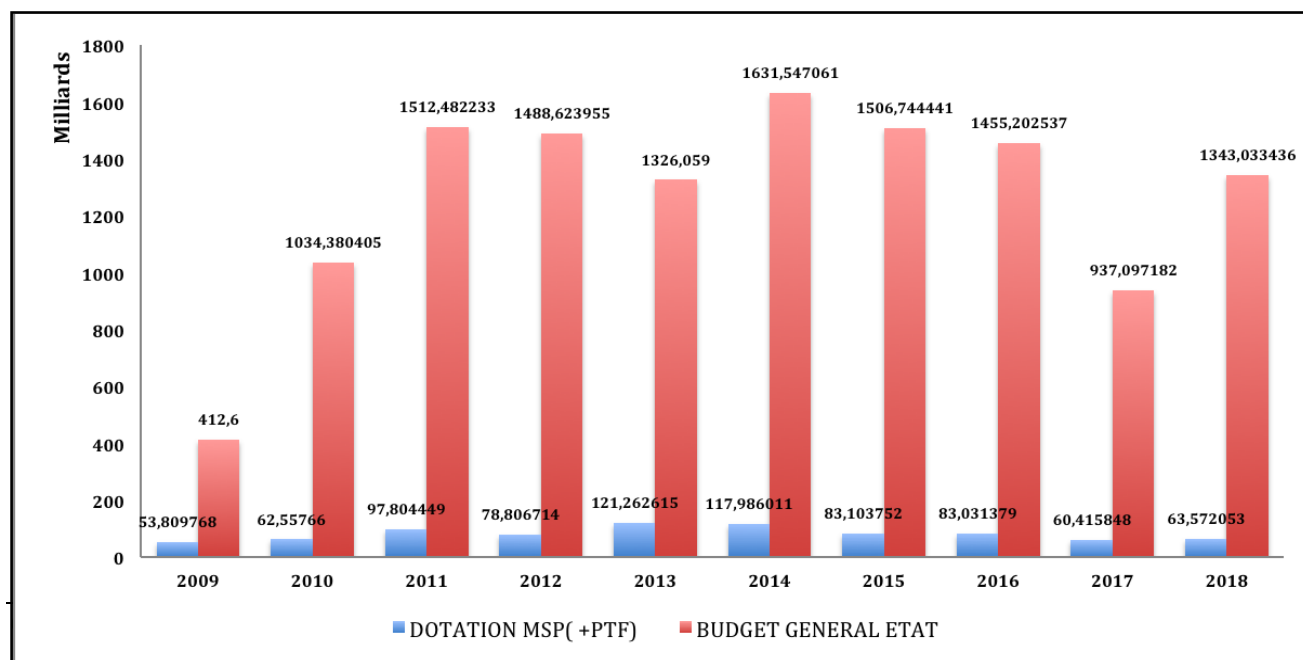
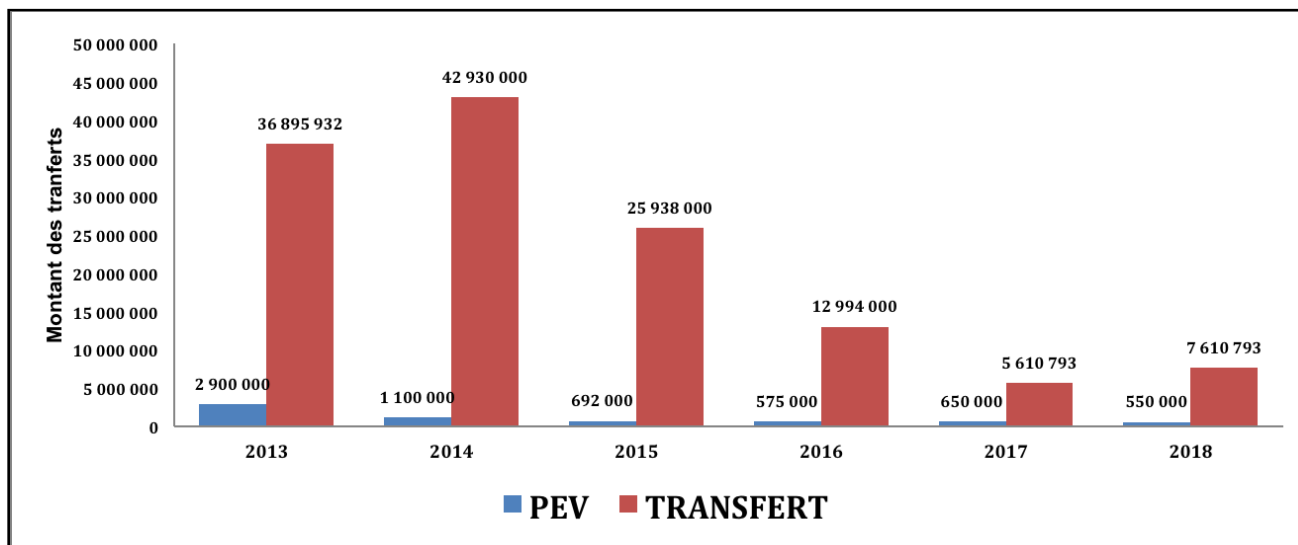


Figure 8: Evolution de la subvention du PEV par rapport aux transferts de crédits du MSP



Cette réduction progressive du budget de l'État a impacté négativement sur la disponibilité des vaccins. Cependant, le PEV étant un programme prioritaire, la réduction de son budget n'est pas proportionnelle à la réduction globale du budget du MSP. Le taux d'exécution du budget pour la vaccination varie de 78% à 100% sur la période 2013 à 2017. (Cf. annexe9. PPAC 2018-2022, page 39). Bien que des retards soient constatés dans les décaissements, il convient de souligner que les ressources mises à disposition sont allouées par niveau et les décaissements se font aussi par l'utilisation des ressources locales. Pour ce qui concerne les décaissements relatifs à l'appui des partenaires, certains se font à travers les sous bureaux qui apportent leurs appuis techniques aux Délégations Sanitaires Provinciales, d'autres par contre utilisent le circuit administratif de l'État, d'où certaines difficultés de production des pièces justificatives.

Les principaux goulots d'étranglement de l'exécution des dépenses pour la vaccination sont entre autres :

- i) le retard de décaissement à tous les niveaux dû aux lourdeurs administratives (Engagement, contrôle, ordonnancement, visa, payement),
- ii) le faible taux d'exécution du budget national et des Partenaires Techniques et Financiers ainsi que la disponibilité aléatoire des financements engendrant une commande irrégulière des vaccins,
- iii) l'insuffisance de suivi de la mise en œuvre du plan d'action,
- iv) une faible mobilisation des ressources locales,
- v) une faible maîtrise des procédures administratives et financières alors que le MSP dispose d'un manuel de procédure.

Le financement de la vaccination au Tchad est encore trop dépendant des partenaires qui assurent environ 83% selon le PPAc 2018-2022. Par exemple, la France a apporté une aide budgétaire pour l'achat de vaccin comme contribution à la contrepartie de l'Etat en 2017.

Cependant lors de la réunion mensuelle sur la santé autour du Chef de l'Etat en date du 24 Juillet 2018, une opportunité pour le financement additionnel des vaccins d'un montant de 3 milliards de Fcfa a été annoncée par son Excellence le Président de la République.

En vue d'assurer la mobilisation effective de ce 3 milliards annuels, une correspondance du MSP a été adressée en Août 2018 au Ministre des Finances. A l'issue de ce processus un montant de 430 000 000 a été décaissés pour combler en partie le paiement des vaccins et des factures en retard au Trésor. Des discussions sont en cours avec le Ministère de Finance pour une inscription sur le budget 2019 du Ministère de la Santé Publique.

5.4 Décrivez les leçons apprises et les meilleures pratiques

La principale activité mise en œuvre pour améliorer la couverture et l'équité est l'approche ACD qui a été mise en œuvre dans 60 districts sanitaires depuis 2013.

Au vu des résultats de la revue externe conduite en 2017, les leçons apprises de la mise en œuvre de cette approche sont :

Celles ayant influencé positivement la mise en œuvre de cette approche avec des résultats de couverture vaccinale améliorées sont :

- le leadership local des MCD et des Délégués sanitaires ;
- l'existence d'autres programmes du MSP comme le financement basé sur la performance (FBR) ;
- la disponibilité des agents de santé dans les structures de santé ;
- La micro planification a permis d'identifier les besoins spécifiques à chaque district et d'allouer rationnellement les ressources ;
- Le respect de la mise en œuvre de toutes les composantes.

Cependant, certains facteurs ont influencé négativement la mise en œuvre de cette approche tels que :

- Le retard dans le décaissement de fonds alloués pour soutenir cette stratégie ;
- Le faible suivi de l'utilisation de fonds dans certains districts ;
- la micro planification qui n'était pas systématique dans tous les districts ;
- les supervisions sont irrégulières, mal documentés et les recommandations non suivies ;
- les Stratégies Avancées ne sont pas suffisamment planifiées et donc pas assez mises en œuvre ;
- l'insuffisance de monitoring et de collecte des données pour action ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines qualifiées dans certains districts sanitaires (Batha, Wadi Fira, Bahr el gazal et Ouaddaï).

Aussi, dans le cadre du renforcement de la vaccination de routine, le pays a mis en place d'autres stratégies parmi lesquelles, on peut citer : l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination (ACPV) dans 31 DS (depuis 2015), les vaccinations mixtes (Homme/bétail) organisées conjointement avec le Ministère de l'Elevage (depuis 2014); la stratégie de réduction des occasions manquées dans 6 DS (depuis 2016) ainsi que l'organisation de la Semaine Africaine de la Vaccination (depuis 2011).

L'ACPV consiste en l'utilisation d'un registre communautaire pour le recensement des enfants d'une communauté et assurer qu'ils sont effectivement vaccinés sous la responsabilité du chef de village et de l'agent de santé communautaire.

La vaccination mixte (Homme/bétaux) a contribué à vacciner 3.616 enfants de 0 - 11 mois en Penta1, 200 en Penta3 et 1.600 avec les vaccins anti rougeoleux dans sept (7) districts sanitaires en 2018. Cette stratégie cible aussi les 12 -59 mois, dont 10.129 ont reçu une dose de Polio 1 et 7.526 le VAR.

La mise en œuvre de la stratégie des occasions manquées de vaccination (OMV) dans les 6 districts sanitaires pilotes a également permis de récupérer 5.353 enfants éligibles sur 6.461 coupons remis à la vaccination et qui devraient repartir à la maison sans être vaccinés entre juillet et décembre 2017.

Quant à l'organisation annuelle de la semaine africaine de vaccination, elle a permis de sensibiliser les leaders d'opinion et les communautés sur la vaccination.

Pour les 5 prochaines années, l'approche ACD restera la principale stratégie pour le renforcement de la vaccination dans tous les districts sanitaires du pays. Le niveau central avec l'appui de ses partenaires veillera à la mise en œuvre effective de cette approche à travers le renforcement de supervision, le monitoring régulier, une bonne gestion des ressources financières à travers l'Unité de Gestion des Projets (UGP) et l'implication des autorités administratives et coutumières conformément aux recommandations du forum national sur la vaccination.

Toutefois, en vue de relever très rapidement la couverture vaccinale, le pays a opté d'organiser des Activités de Vaccination Intensives (AVI) qui vont cibler les 58 districts sanitaires de 10 régions prioritaires regroupant le plus grand nombre d'enfants non vaccinés. Cette stratégie qui sera prise en compte dans la présente soumission va s'articuler autour des composantes suivantes:

- la micro planification au niveau de chaque zone de responsabilité ;
- l'approvisionnement régulier en vaccins et consommables ;
- la supervision régulière ;
- le renforcement de l'implication des communautés dans les activités de vaccination.

Ces AVI se dérouleront sous forme de semaine de vaccinations intensives avec tous les antigènes du PEV et vont cibler les enfants de 0 à 24 mois et les femmes enceintes. Elles vont se dérouler sur 6 mois en raison d'une semaine spéciale de vaccination (Stratégie fixe, avancée et mobile) par mois suivi de réunion de bilan après tous les trois mois.

Par ailleurs le pays est entrain de développer une stratégie spéciale pour la vaccination en zone urbaine qui sera utilisée à Ndjama et dans les autres centres urbains dans les districts prioritaires retenus. Il s'agit d'adapter les stratégies de vaccination au contexte spécifique des grandes villes avec des zones périurbaines très peuplées et non urbanisées. Ainsi des sites temporaires de vaccination seront programmés mensuellement dans ces zones avec une implication des leaders d'opinion, des chefs de quartiers et des chefs d'arrondissements. En Juillet 2018 un premier passage d'AVI à N'Djaména a permis de vacciner 2.900 enfants de 0-11 mois au Penta1, 2.717 au Penta3, 4.232 au VAR, pour une cible mensuelle de 4.768.

Selon les recommandations du Forum National sur la Vaccination, les centres sociaux, les centres de santé privés et les services de santé de l'armée devront intégrer les activités de vaccination. En effet, les activités intensives de vaccination organisées au deuxième trimestre 2018 dans les zones insulaires du bassin du Lac Tchad ont été fortement appuyées par l'armée sur instruction du Chef de l'Etat.

D'autre part, les recommandations de l'évaluation du RSS1 seront aussi prises en compte dans la soumission actuelle notamment les questions en rapport avec la durabilité et la mise en commun des fonds dans le cadre du renforcement du système de santé, la formation et le recrutement du personnel avec l'engagement du gouvernement de recruter progressivement 2.188 agents de santé pendant les trois prochaines années dont 335 seront prises en charge dans la présente soumission pour la première année.

En plus, le renforcement de la coordination et de la gestion des fonds avec la mise en place de l'UGP au sein du Ministère de la Santé ainsi que la mise en œuvre d'un plan de renforcement du système d'information sanitaire contribueront à surmonter les difficultés ayant influencé négativement la mise en œuvre de l'ACD comme décrit ci-haut.

6. Gestion du programme, gestion des vaccins et gestion financière

6.1 Gestion du programme :

La capacité de leadership et de gestion de la Direction du PEV est faible. Elle est caractérisée par un effectif pléthorique et des profils inadéquats. La mise en œuvre des recommandations issues de l'audit organisationnel conduit par Dalberg contribuera à l'amélioration de ces insuffisances.

Le CCIA et le CTA/PEV (instances de coordination du système de vaccination) sont peu fonctionnels et peu efficaces. Ceci se manifeste par l'absence de réunions statutaires régulières du CCIA et le non suivi de recommandations (cf. annexe 10 Evaluation des capacités des programmes GAVI 2017 et PPAc 2018-2022). Notons que le Forum National a recommandé la révision des TDR du CCIA pour le rendre plus performant avec la participation des représentants de haut niveau et la multisectorialité (prises en compte le ministère de l'élevage, ministère de l'éducation, ministère de l'intérieur, ministère de communication etc...).

La capacité de gestion au niveau régional est insuffisante (les comités directeurs ne se tiennent pas régulièrement, les ressources humaines sont insuffisantes qualitativement et quantitativement).

Il est prévu dans le cadre de mise en œuvre du PNDS3 et du PPAc 2018-2022, la mise en place du Groupe Technique Consultatif pour la vaccination (NITAG ou GTCV) et du Comité de Coordination du Secteur de la Santé.

En plus, un accent particulier sera mis pour le renforcement de la gouvernance, la multi sectorialité et la redevabilité à tous les niveaux. Cet aspect est pris en compte dans le PNDS3, le PPAc 2018-2022 et la feuille de route issue du Forum National sur la Vaccination.

La politique nationale de vaccination en cours de révision, prendra aussi en compte cette question de redevabilité et de Gouvernance.

Les appuis techniques apportés par les partenaires couplés aux recommandations du forum national sur la vaccination sur la redevabilité à tous les niveaux contribueront à améliorer la gestion du programme. Par ailleurs, les Gouverneurs se sont engagés à appuyer la vaccination de routine, à veiller à la mise en œuvre de l'approche multisectorielle et au fonctionnement des organes de coordination du secteur santé dans leurs régions respectives. Les leaders traditionnels du bassin du Lac Tchad ont aussi signé des engagements pour appuyer la vaccination de routine dans leurs localités respectives. Ces mêmes engagements ont été signés par les leaders de communautés nomades dans les régions du Batha et de Wadi Fira.

6.2 Gestion des stocks de vaccins :

Domaines prioritaires en matière d'amélioration de la gestion des risques liés aux stocks de vaccins, par exemple en se fondant sur les audits ou évaluations récents.

La GEV de 2015, l'inventaire de la chaîne de froid 2017 et l'audit de GAVI en 2017 ont ressorti clairement les quatre domaines qui méritent une attention particulière pour la gestion efficace de vaccins. Il s'agit de i) l'augmentation de la couverture des centres de santé en équipements de la chaîne de froid, ii) l'opérationnalisation des dépôts sub nationaux qui joueront un rôle essentiel dans le nouveau système de distribution des vaccins et autres intrants iii) la mise en place d'un système de monitoring de l'utilisation des vaccins et intrants et iv) le développement et la mise en œuvre du plan de maintenance de la Chaîne de froid.

6.3 Gestion financière :

Domaines prioritaires pour réduire les lacunes en matière de gestion financière.

Selon le rapport de l'audit de GAVI de mars 2018, on note entre autres les points à améliorer ci-dessous :

- 1) Insuffisance dans le système de contrôle interne à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 2) Absence de logiciel ou d'outil de suivi comptable des activités programmatiques ;
- 3) Non-conformité au Code des Marchés Publics (appels d'offres, consultations restreintes)
- 4) Absence d'états de rapprochements bancaires ;
- 5) Absence d'outils de gestion de trésorerie garantissant le suivi de l'exhaustivité des opérations en temps réel ;
- 6) Insuffisance dans la qualité des rapports d'exécution financière produits ;
- 7) Non-conformité de la comptabilité aux normes applicables.

L'amélioration de la gestion financière nécessite une attention particulière sur la mise en place d'un système de contrôle interne effectif et l'affectation de personnel qualifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que la mise à jour du manuel de procédure existant et l'informatisation de la gestion financière. Le fonctionnement de l'UGP contribuera à l'amélioration de la gestion financière du programme.

Partie C : Revue des progrès de la mise en œuvre (pour remplacer l'évaluation conjointe) (3-4 pages)

7. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements

7.1 Performance du système de vaccination en termes de mise en œuvre du plan opérationnel annuel pour la vaccination

Dans le plan opérationnel 2017, 42 activités étaient prévues. Sur l'ensemble de ces activités, 18 soit 43% sont complètement réalisées, 13 (34%) sont partiellement réalisées et 11 (26%) n'ont pas été réalisées. Les activités réalisées partiellement ou non réalisées l'ont été du fait de l'insuffisance dans le suivi et du manque de financement.

Concernant la mise en œuvre de l'ACD, les 23 DS appuyés par l'Etat n'ont reçu aucun financement en 2017. De même, les DS financés par l'UNICEF (23) et l'OMS (10) n'ont reçu que la moitié de financement nécessaire à la mise en œuvre de toutes les composantes de l'ACD.

L'insuffisance de suivi et la forte sollicitation de l'équipe PEV pour d'autres activités en 2017 (organisation de la revue, élaboration du PPAc, élaboration du JSP, élaboration du POA, planification et mise en œuvre des campagnes de vaccination, etc.) ont été un facteur limitant la performance du programme.

L'achat des vaccins et du matériel d'injection est assuré par l'Etat et Gavi à travers l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale (IIV). Une ligne budgétaire "Achat vaccins" est inscrite dans le budget de l'Etat à cet effet depuis 1996. Cependant, la réduction progressive du budget de l'Etat et l'augmentation des coûts des vaccins (en raison de l'introduction de nouveaux vaccins et l'accroissement de la population) ont occasionné le retard dans le paiement de cofinancement et des vaccins traditionnels constituant une menace dans le respect des engagements de l'IIV.

Le forum national sur la vaccination a recommandé l'inscription des vaccins sur la liste des produits stratégiques de l'Etat, ce qui permettra de sécuriser la ligne budgétaire. L'engagement du chef de l'Etat d'allouer 3 milliards de FCFA chaque année pour la vaccination de routine permettra de sécuriser davantage le financement de la vaccination.

- **Participation des différentes parties prenantes (OMS, UNICEF, OSC, bailleurs) au système de vaccination**

Le système de vaccination bénéficie de l'appui des partenaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, il s'agit essentiellement d'un appui technique et financier au programme. Les partenaires dont l'OMS et l'UNICEF en l'occurrence disposent de staffs nationaux et internationaux pour appuyer le Programme de vaccination dans la gestion, la coordination, la planification et le suivi évaluation des activités.

Au niveau régional et périphérique, l'OMS et l'UNICEF apportent un appui technique, matériel et logistique à travers leurs 6 Hubs. Ces Hubs disposent de médecins, de spécialistes en communication, d'experts en gestion logistique et gestion des données qui fournissent un appui aux délégations provinciales et aux districts sanitaires. Par ailleurs, le Tchad dispose depuis septembre 2013 d'une plateforme des OSC pour le soutien à la Vaccination et à l'Immunisation. Cette plateforme est impliquée dans les activités du Programme. Néanmoins au regard de sa performance actuelle, cette plateforme nécessite un appui technique et matériel.

L'appui de ces partenaires est coordonné à travers le CCIA, créé par l'arrêté ministériel N°362/PR/PM/MSP/SG/DGAS/DSRV/DV/2008, présidé par le ministre de la santé publique. L'article 6 de l'arrêté de création du CCIA stipule que « le comité peut faire appel à toute personne physique ou morale pour l'aider dans sa tâche ».

7.2 Performance des subventions octroyées par Gavi en termes de :

- **Atteinte des cibles convenues**

Les cibles convenues dans les plans opérationnels 2016 et 2017 n'ont pas été atteintes. En effet, l'enquête de couverture en 2017 montre que les couvertures sont très faibles, soit 37% pour le Penta3 contrairement aux données administratives qui montrent une couverture de 92% pour le même antigène) (Cf. Graphique1 section 7.1).

La couverture administrative de la campagne de suivi contre la rougeole 2016 et 2017, est de 109%. Cependant les résultats de l'enquête post campagne montrent une couverture vaccinale de 82% qui est en deçà de la cible de 95% retenue.

Concernant la MenA, après l'introduction en Juillet 2017 dans le PEV de routine, une campagne ciblant les enfants 1 à 7 ans était planifiée pour la fin d'année 2017. Après plusieurs reports successifs pour diverses raisons, entre autres, des discussions sur les budgets avec le secrétariat GAVI, le début du mois de ramadan et l'installation de la saison des pluies, le MSP dans le souci d'organiser une campagne de qualité a décidé de la reprogrammer vers le dernier trimestre 2018. La couverture vaccinale en routine réalisée en fin 2017 pour la méningite était de 38% et 64% au 1^{er} semestre 2018.

- **Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques**

Les subventions GAVI ont permis au pays d'avoir une meilleure disponibilité des vaccins (Penta, VPI, VAA et MenA), de renforcer les équipements de CDF et le financement des activités de vaccination à travers l'approche atteindre chaque district (ACD) ainsi que les activités des organisations de la société civile (OSC) en appui à la vaccination. En termes de résultat, l'évaluation a montré que la couverture vaccinale dans les DS concernés par RSS1 est toujours supérieure à la moyenne nationale. (Cf. rapport évaluation RSS page 50).

Par ailleurs, le retard dans le décaissement des fonds destinés aux districts, dû à la justification tardive des avances antérieures et la lourdeur du circuit administratif, n'ont pas permis la mise en œuvre optimale des activités telles que planifiées. A cela s'ajoutent le conflit d'agenda entre les AVS et les activités de routine suite à la découverte des cas de poliovirus sauvage dans l'Etat frontalier de Borno au Nigeria (en 2016).

Aussi, les faiblesses constatées dans la gouvernance et la redevabilité ont contribué également à la contre-performance du programme (Cf. rapport d'audit du programme conduit en 2017).

Sur le plan opérationnel, l'implication effective de la société civile dans les activités de vaccination, la mise en œuvre de l'approche communautaire pour la promotion de la vaccination (ACPV) dans 31 DS et celle des occasions manquées de vaccination (OMV) dans 06 DS restent des atouts majeurs.

- **Progrès et résultats atteints spécifiquement avec le soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi**

Le Tchad n'a pas bénéficié de financement RSS ni de soutien à la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi en 2016. Le comité d'examen indépendant a rejeté les propositions du pays pour des raisons suivantes : i) les leçons apprises de la mise en œuvre du RSS1 n'ont pas été intégrées dans la soumission RSS2 ; ii) pour un fort investissement dans la chaîne de froid, aucune donnée convaincante montrant que ces appareils peuvent être entretenus efficacement ; iii) très peu de données prouvant la synergie et la coordination avec les autres donateurs majeurs comme le fonds mondial ; iv) les leçons tirées de l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite n'ont pas été suffisamment prises en compte dans la proposition de RSS2 ; v) les questions relatives aux réfugiés et déplacés internes n'étaient pas incluses dans les stratégies.

Toutefois le pays a bénéficié de financement intérimaire pour préparer l'actuelle soumission et assurer la continuité des activités prioritaires y compris la mise en place de l'Unité de Gestion des Projets (UGP) dans le cadre des exigences en matière de gestion des subventions (GMR).

- **Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)**

Le pays n'a pas été éligible au FBP de Gavi ni en 2016, ni en 2017 au vu de la non augmentation de la couverture vaccinale

7.3 Performance de la gestion financière en termes de :

Absorption financière et taux d'utilisation :

Subvention	Montant alloué	Montant	Montant engagé	Solde	Taux d'utilisation
GAVI (\$ US)		Dépenses			
Contribution aux AVS contre la rougeole	\$ 1,775,500.00	\$ 1,734,825.04	\$ 29,534.00	\$ 40,674.96	98%
Financement Intérimaire	\$ 749,199.00	\$ 680,267.65	\$ 12,513.40	\$ 68,931.35	91%
Introduction MenA	\$ 487,963.00	\$ 466,781.93	\$ 00	\$ 21,181.07	96%
Campagne MenA	\$ 2,278,797.20	\$ 1,377,569.82	\$ 49,827.00	\$ 880,046.31	61%

Les fonds mobilisés par GAVI pour la campagne de vaccination contre la rougeole ont été utilisés entièrement et les rapports de la campagne ont été soumis y compris celui de l'enquête de vaccination post campagne. Le Financement intérimaire accordé en 2017 a été utilisé à hauteur de 91% et le solde de \$ 68,931.35 a été reprogrammé pour le deuxième semestre de l'année 2018 (renforcement de l'UGP, supervision et mission d'Inspection).

L'introduction du MenA dans le PEV de routine a été effective depuis juillet 2017 avec une consommation de 96% du montant planifié. Le solde actuel est de \$ 21,181.07 sera utilisé pour l'évaluation post campagne MenA.

Conformité avec les rapports financiers et progrès dans les réponses aux exigences des audits

Une mission préparatoire à l'audit a eu lieu en mai 2017 avec des exigences pour améliorer l'archivage des documents comptables au niveau de la DVSE dans le but de préparer le terrain pour un audit proprement dit (gestion financière, fiduciaire et des vaccins). Dans le cadre de la préparation de la mission d'audit, le pays a consenti un effort remarquable dans la collecte et l'archivage des documents comptables avec un renforcement du personnel de la comptabilité, une réorganisation de services en termes d'organigramme, une amélioration de la gestion financière et la révision en cours du manuel de procédures financières et administratives, le renforcement des capacités des gestionnaires des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires en gestion financière et système HACT.

L'audit proprement dit a été conduit de septembre à novembre 2017 et l'Inspection Générale ainsi que la DVSE ont assuré une bonne coopération et transparence avec la mission d'audit de GAVI.

Une première restitution des résultats préliminaires et des recommandations de l'audit a eu lieu en octobre 2017 et le projet de rapport de l'audit a été partagé avec le pays en mars 2018.

Cet audit a relevé des insuffisances, entre autres : l'absence d'états de rapprochements bancaires et de journaux comptables, l'insuffisance de suivi systématique des flux de trésorerie et des écarts constatés vis-à-vis des suivis budgétaires fournis. (Cf. projet de rapport d'audit 2018 et réponses pays 30 avril 2018).

Courant juillet 2018 une mission de suivi des recommandations de l'audit GAVI a procédé au suivi de la mise en œuvre des recommandations, à la révision du plan de mise en œuvre et au briefing de l'équipe du PEV, de l'IG, DCPS, DFIES, UGP avec l'appui de CREDES, de l'OMS et de l'UNICEF sur l'utilisation du template GAVI de budgétisation et de reporting.

Problèmes majeurs découlant des audits des subventions en cash ou des revues de suivi

Les problèmes majeurs relevés sont : i) l'absence d'une comptabilité conforme aux normes OHADA ; ii) l'absence d'états financiers acceptables et iii) l'inexistence d'outils fiables de traitement comptable permettant un suivi exhaustif et précis des opérations ainsi que des rapprochements bancaires tant au niveau central de la coordination du Programme PEV qu'au niveau des DS, telle que requis par GAVI Alliance.

Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux dispositions antérieures

Suite aux recommandations et conclusions des différents audits et évaluations conduits, des actions ont été entreprises pour améliorer la gestion financière. Il s'agit entre autres de :

- l'élaboration et de la mise en place d'un manuel de procédures administratives et financières ;
- la mise en place de l'Unité de Gestion des Projets (UGP) qui est fonctionnelle depuis avril 2018 ;
- le classement et l'archivage des pièces justificatives se font par délégation sanitaire régionale et par district sanitaire. Ils s'effectuent par activité et par partenaire (en mois, année, référence et par saisie) ;

- Le renforcement des capacités des comptables de la SDV par l'UNICEF sur la gestion financière (la tenue de la comptabilité, le rapprochement bancaire, le rapport financier et le suivi budgétaire) ; et l'Approche Harmonisé de Transfert de Cash aux partenaires (HACT) ;
- La tenue de la comptabilité par partenaire du programme est assurée par un logiciel SAAGE ;
- Le rapprochement bancaire se déroule mensuellement ;
- Le recyclage des gestionnaires du niveau opérationnel par l'équipe du niveau central sur les techniques de production qualitative des pièces justificatives a permis au programme de réceptionner des pièces relativement fiables ;
- L'acquisition du logiciel Tompro, la mise en œuvre du manuel de gestion, la formation continue des comptables du niveau opérationnel et central, l'implication de l'inspection générale et l'UGP dans la supervision et le suivi permettront d'atteindre les résultats recommandés par l'audit de Gavi.

En plus, le pays a accepté les exigences en matière de gestion des subventions développées par GAVI (CEF, GMR 2017). En attendant le recrutement d'un agent fiduciaire, les fonds transiteront par l'UNICEF.

7.4 Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Concrétisation de l'engagement de cofinancement

Le Tchad paie régulièrement sa quote-part de cofinancement et de tous les vaccins traditionnels jusqu'à nos jours. Il existe une ligne budgétaire sur les Fonds propres de l'Etat pour l'achat des vaccins traditionnels et le paiement de la quote-part de cofinancement. Dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale (IIV), les vaccins sont livrés au pays en fonction de fonds de roulement disponibles et le pays devrait payer les factures dans les 30 jours après la réception. Cependant, compte tenu de la situation économique difficile du pays, un retard est enregistré dans le paiement ces deux dernières années et le cofinancement 2017 fut payé à travers une aide budgétaire de la France sous forme de prêt. Le forum national sur la vaccination a recommandé l'inscription des vaccins sur la liste des produits stratégiques de l'Etat, ce qui permettra de sécuriser la ligne budgétaire. Le Chef de l'Etat a annoncé l'octroi de 3 milliards de francs CFA par ans lors de la réunion santé du 24 juillet 2018 pour le renforcement de la vaccination de routine.

Pour les pays disposant d'un plan de transition, progression de la mise en œuvre des activités planifiées

Le Tchad n'est pas concerné par la transition Gavi.

Partie D : Objectifs du soutien demandé à Gavi

8. Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence

8.1 Quelles mesures ont été prises pour atteindre la complémentarité et la cohérence du soutien de Gavi avec celui du gouvernement et des parties prenantes ? De quelle manière les divers forums (CCIA, CCSS, GTCV) ont-ils été impliqués dans l'élaboration de la JSP ?

➤ Complémentarité et cohérence

Pour assurer une meilleure complémentarité et cohérence du soutien de Gavi avec celui du Gouvernement et des parties prenantes, plusieurs mesures ont été prises telles que l'organisation d'un dialogue national sur le renforcement du système de santé en vue d'harmoniser les interventions de GAVI avec les autres bailleurs de manière générale, plus particulièrement avec le Fonds Mondial dans le cadre du RSS dans une vision de complémentarité.

Dans ce contexte, pour une meilleure coordination et complémentarité de chaque intervenant, une cartographie des interventions des partenaires a été élaborée. Elle prend en compte tous les partenaires en fonction des différents axes stratégiques du PNDS3 et de leur implantation géographique dans les districts et régions. Le choix des 10 régions prioritaires soumises au financement GAVI tient ainsi compte des zones d'intervention des autres partenaires comme BMGF, Banque mondiale, Coopération Suisse, etc. (voir cartographie en annexe 06).

Une Unité de Gestion des projets (UGP) a été mise en place au sein du MSP pour assurer une bonne gestion programmatique et financière en vue d'une harmonisation des financements dans le secteur de la santé. Cette UGP a été évaluée par le Local Fund Agent (LFA) du Fonds Mondial.

Il y a eu également la concertation interinstitutionnelle pour l'harmonisation des soumissions en ce qui concerne la JSP-GAVI et la note conceptuelle du Fonds Mondial et le financement des activités de vaccination y compris l'acquisition et installation des 133 réfrigérateurs solaires par la Fondation BILL & Melinda Gates dans les régions du Lac et Tchad et l'achat de 155 réfrigérateurs solaires pour les districts bénéficiant de l'appui de la Banque Mondiale.

Par ailleurs, certaines activités prioritaires de la feuille de route issue du Forum National sur la Vaccination sont prises en compte dans la présente JSP ainsi que dans le PPAC révisé.

➤ Implication des forums dans l'élaboration de la JSP

Le comité de pilotage de la feuille de route CEF, sous la direction du SG du Ministère de la santé secondé par le Directeur Général de la Planification et des Ressources incluant tous les partenaires techniques (MSP, OMS, UNICEF, CREDES, etc....) et la société civile (POSVIT) a assuré la conduite du processus d'élaboration de la JSP jusqu'à sa finalisation. Les partenaires OMS, UNICEF, GTRV, Gavi, Dalberg, CREDES, les bureaux pays et régionaux ont appuyé ce processus du début jusqu'à la fin. Les services techniques du Ministère de la Santé (DSIS, Programme de Santé Nomades des zones d'accès difficiles etc...) ont activement participé à toutes les étapes du processus.

Le comité de coordination inter agence (CCIA), principal cadre de coordination a été impliqué dans l'élaboration et la validation du document de la JSP ainsi qu'à la participation de ses membres à l'atelier de dialogue national (6-7 novembre 2017) dont les objectifs étaient de définir une vision harmonisée des appuis présents et futurs des partenaires pour soutenir durant les 5 prochaines années le RSS, et la vaccination en particulier et d'élaborer, à partir de l'évaluation conjointe de la performance, le document de Justification de Soutien au Programme.

Les conclusions du Forum National (13-14 mars 2018) sur la Vaccination sont prises en compte dans la JSP notamment dans les domaines de l'offre, de la demande de service ainsi que la Gouvernance et la redevabilité. Notons que ce Forum était placé sous le Haut patronage de S.E. Le Président de la République, Chef de l'Etat. Il a vu a vu la participation active de : i) plusieurs membres du Gouvernement dont sept Ministres à savoir : Ministre de l'Intérieur et de la Sécurité Publique, Ministre de la Communication, Ministre de l'Education Nationale, Ministre de la Santé Publique, les représentants des Ministres de la Femme et de l'Action Sociale et des Finances et Budget, Ministre du Plan et de la Planification du développement ; ii) des députés, iii) treize Gouverneurs des régions sur les 23 que compte le pays et les Maires de la ville de N'Djamena et des Arrondissements, iv) les partenaires bilatéraux et multilatéraux, v) la société civile (les

chefs traditionnels notamment les Sultans du Baguirmi et de N'Djamena, les religieux, les ONGs locales, les organisations à base communautaire, les media publics et privés...).

8.2 Pour être éligible à un nouveau vaccin ou à un soutien financier par Gavi, les pays doivent démontrer que leur forum de coordination bénéficie d'une fonctionnalité de base (CCIA, CCSS ou organisme équivalent).

Le Tchad dispose d'un CCIA révisé en 2008 et qui fonctionne avec des insuffisances ci-après : i) l'irrégularité dans la tenue des réunions ii) les missions assignées au CCIA sont partiellement remplies, iii) le faible suivi des recommandations issues des réunions.

Afin de corriger ces insuffisances, un consultant international a été recruté par Gavi et mis à la disposition du MSP pour proposer un plan de renforcement de la Gouvernance du CCIA. Ce dernier a conduit une évaluation pour identifier les problèmes afin de suggérer des pistes de solutions. Toutefois le Forum National sur la Vaccination a recommandé que les termes de référence du CCIA soient revus en incluant d'autres acteurs en vue de jouer pleinement son rôle d'organe de redevabilité.

8.3 Comment le soutien de Gavi s'intègre-t-il dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination ?

Le soutien de GAVI s'intègre bien dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination à travers les différents documents stratégiques élaborés par le pays ;

Au niveau de la Politique nationale de santé (2016-2030), l'intervention de GAVI est en ligne avec le renforcement du partenariat à tous les niveaux (orientation stratégique 4), la gestion efficace du circuit d'approvisionnement et de distributions des médicaments, vaccins... (Orientation stratégique 17), de l'offre de service de soins de qualité à tous les niveaux (orientation stratégique 20) et de la promotion de la santé communautaire à tous les niveaux (orientation stratégique 21).

A travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2021), GAVI interviendra dans plusieurs orientations stratégiques dont le renforcement de la gouvernance et du leadership (orientation stratégique 1), de la redynamisation de la multi sectorialité dans la mise en œuvre des activités à tous les niveaux (orientation stratégique 2) et du renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé y compris les vaccins (orientation stratégique 18).

Enfin, le plan pluriannuel complet (PPAC 2018-2022) à travers ses composantes opérationnelles (gestion du programme, Ressources Humaines, communication, logistique et gestion des vaccins et service de vaccination) s'inscrit dans le cadre de l'amélioration des couvertures vaccinales.

De façon programmatique et financière, GAVI soutiendra l'introduction des nouveaux vaccins et intrants en fonction des besoins annuels (voir partie A), la logistique, le renforcement des ressources humaines, la communication, la supervision et le renforcement de la gouvernance (CCIA, réunions ECD, comités directeurs).

L'appui du Programme Gavi se fera en harmonie et en complémentarité avec les autres partenaires qui appuient les 10 régions ciblées.

Au-delà de ces 10 régions, ce financement GAVI apportera un appui transversal à l'ensemble des autres régions dans les domaines tels que : l'approvisionnement en vaccins, l'acquisition et la maintenance de la chaîne du froid, la supervision, la coordination au niveau central et des régions, l'appui au SIS...

La politique de financement de la santé intègre les coûts et les besoins récurrents liés aux vaccins et à la vaccination à travers une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins. Le financement du Gouvernement prend en compte également une partie des coûts opérationnels et la gestion du programme. En outre, le Gouvernement est entrain de développer une Stratégie Nationale de Financement de la Santé dans le cadre de la Couverture Santé Universelle sur financement de l'AFD.

9. Introductions de vaccins planifiées pendant la durée de la stratégie nationale de vaccination

9.1 Décrivez les justifications pour demander ce(s) nouveau(x) programme(s) de vaccination.

Deuxième dose de VAR en 2020

La soumission pour la 2^{ème} dose du vaccin anti rougeoleux a été rejetée en 2017 par le comité indépendant de revue (l'IRC) avec des recommandations. Ces recommandations sont prises en compte dans les sections qui suivent ainsi que dans la prochaine soumission pour la deuxième dose de VAR. D'une façon globale 23.706 cas suspects de rougeole ont été notifiés par la surveillance intégrée de 2012 à 2017 avec un maximum de 10 085 cas en 2014.

Les récentes enquêtes (EDS MICS et enquête de couverture vaccinale) ont montré des très faibles couvertures vaccinales anti rougeoleuses (57% selon EDS MICS 2014-2015 et 37% selon l'enquête de couverture vaccinale) contrairement aux données administratives qui sont très élevées. On note également de grandes disparités de couvertures vaccinales entre les régions et les districts. En effet, ces enquêtes montrent que la couverture en VAR varie de 19,6% au Borkou à 83% au Mayo Kebbi Ouest (EDS-MICS 2014-2015) alors l'enquête de couverture de 2017 a révélé une couverture variant de 2% au Wadi Fira à 62% au Mandoul. Ces disparités sont également constatées au niveau districts voire même au niveau des zones de responsabilité.

L'analyse des données d'enquête de 2017 montre que sur les 37% d'enfants ayant reçu la première dose de VAR, seulement 6% l'ont reçu avant leur premier anniversaire. C'est ce qui pourrait expliquer en partie les écarts importants entre la couverture administrative et les données d'enquête. Cela est corroboré par l'enquête de couverture vaccinale post campagne rougeole conduite en 2017. Selon cette enquête, l'une des causes de l'écart entre les données administratives et les données d'enquête serait la surestimation des données de couvertures du fait de la prise en compte des enfants hors cibles dans le numérateur.

Depuis le début de l'année 2018, le pays fait face à une épidémie de rougeole. A la 29^{ème} semaine, 1889 cas suspects et 72 décès ont été notifiés dans 101 districts sur les 117 districts que compte le pays. Une analyse de donnée de cas investigués a montré que la population est touchée à tous les âges, ce qui corrobore avec l'accumulation des susceptibles pendant des années. L'incidence de la maladie est très élevée dans les tranches d'âges de 6-11 mois, 12-59 mois et 5-9 ans. Par contre elle est basse dans la tranche d'âge de 10-14 ans. Sur l'ensemble des cas investigués, 674 (76%) ne sont pas vaccinés et 79 (9%) ont un statut vaccinal inconnu. Parmi les enfants non vaccinés, 8% sont dans la tranche d'âge de moins d'un an, 34% dans la tranche d'âge de 1-4 ans et 23% dans la tranche d'âge de 5-9 ans. Au regard de ces faibles couvertures vaccinales dans les tranches d'âge de 1-4 ans, l'administration de la deuxième dose de VAR aux enfants 12-23 mois sera une opportunité pour renforcer l'immunité des enfants qui n'ont pas reçu le VAR pendant leur première année de vie. (Cf plan d'introduction de la deuxième dose de VAR, point III).

Vaccin contre les infections à pneumocoque (PCV 13) en 2021

Les données de l'annuaire des statistiques sanitaires 2017 du Tchad montrent que 29% des motifs de consultation chez les enfants de 0-11 mois sont des infections respiratoires aiguës (IRA) avec 188 301 cas dont 6% sont sévères dans les centres de santé. En outre, elles révèlent que les IRA constituent la première cause de morbidité chez les enfants de 0 à 11 mois. Il est à noter que la part des IRA dans les décès infantiles est de 20% chez les moins de 5 ans en Afrique constituant ainsi l'une des trois premières causes de décès infantile avec comme principal germe incriminé le pneumocoque. De plus, les infections à pneumocoques provoquent des séquelles multiples et à vie chez les cibles atteintes. Tenant compte de la capacité de stockage et du coût de ce vaccin, le pays opte pour la présentation de quatre (04) doses.

Vaccin contre le rota virus en 2022

Les données de l'annuaire des statistiques sanitaires 2017 du Tchad indiquent que les diarrhées constituent 14% des motifs de consultation chez les enfants de 0 à 11 mois avec 90.732 cas dans les centres de santé. De plus, les décès infantiles dus à la diarrhée sont de 12%, le rota virus étant le principal responsable. Pour le type de vaccin le Pays opte le vaccin Rotavac avec une présentation de 10 doses compte tenue de sa capacité de stockage en chaîne de froid.

9.2 Discutez des considérations liées au financement des programmes de vaccins nouveaux demandés, et plus particulièrement la façon dont le gouvernement entend financer les obligations de cofinancement supplémentaires.

Le pays a adhéré à l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV) depuis 1996 avec l'existence jusqu'à ce jour, d'une ligne budgétaire (Loi des finances) en vue de l'achat des vaccins traditionnels et des vaccins sous cofinancement.

Par rapport aux considérations liées au financement de nouveaux vaccins demandés, le pays a toujours payé, sa quote-part de cofinancement des vaccins. Cependant, des retards sont observés ces dernières années, dans le décaissement pour l'achat des vaccins y compris pour le cofinancement compte tenu des crises budgétaires que traverse le pays suite à la baisse du prix du pétrole.

C'est pourquoi, le Forum National sur la Vaccination a recommandé l'inscription des vaccins sur la liste des produits stratégiques du pays. En outre le Chef de l'Etat a pris l'engagement de financer la vaccination de routine à hauteur de 3 milliards de FCFA par an.

9.3 Détaillez les enseignements tirés des AVS et introduction de routine antérieures.

Les enseignements tirés des AVS et introductions de routine antérieures sont : i) la préparation à temps au moins 6 mois avant l'introduction permet de procéder à une révision des outils de gestion, ii) le suivi régulier, hebdomadaire par les différents sous-comités (sous-Comité technique, sous-comité mobilisation sociale, sous-comité MAPI, sous-comité Logistique) du CTA/PEV des activités préparatoires critiques (Dashboard) permet une mise en œuvre du processus d'introduction ou d'organisation des AVS et iii) l'amélioration de la qualité de la supervision des agents de santé pendant le mois d'introduction permet de corriger les écarts et de s'assurer du respect des normes et des directives.

Le pays prendra en compte les leçons tirées ci-dessus et les recommandations issues du forum en rapport avec la redevabilité pour améliorer la qualité des prochaines AVS. Un accent particulier sera mis sur les aspects liés à la gestion de la chaîne du froid, ainsi que les taux de pertes en vaccins, les taux d'abandons et la qualité des données de vaccination.

Par ailleurs des dispositions seront prises pour conduire les enquêtes d'évaluation post activités vaccinales supplémentaires dans les 3 mois qui suivront sa réalisation.

9.4 Expliquez comment le soutien aux vaccins nouveaux sera utilisé

L'introduction d'un nouveau vaccin est une nouvelle occasion pour renforcer le système de vaccination à travers : la formation et la supervision du personnel, l'équipement en CDF, la distribution des vaccins et consommables, la révision des outils de gestion et les activités de communication pour stimuler la demande. L'évaluation post-introduction permettra de tirer les leçons pour améliorer les prochaines introductions des nouveaux vaccins. La mise en œuvre de toutes ces activités contribuera à améliorer la couverture vaccinale et l'équité.

9.5 Résumez les défis programmatiques à relever afin d'assurer la réussite de la mise en œuvre du soutien aux vaccins demandé et décrivez les plans pour les résoudre. Parmi les principaux obstacles à prendre en compte, on peut citer :

- **le personnel sanitaire : disponibilité et répartition ;**

Le défi est d'améliorer les compétences et la disponibilité du personnel au niveau opérationnel y compris particulièrement le redéploiement du personnel dans les structures périphériques à partir de la capitale et des grandes villes du pays où il existe une concentration du personnel qualifié. Des actions seront prises par la DRH sous l'impulsion du Ministre de la Santé Publique pour réaffecter le personnel pléthorique des centres urbains vers la périphérie d'une part et d'assurer l'effectivité de ces affectations d'autre part. Le Président de la République a pris l'engagement de recruter 2189 agents de santé sur trois ans pour le renforcement de système de santé en général et le service de vaccination en particulier. Ces derniers seront surtout affectés dans les régions prioritaires. Parmi ceux-ci 335 seront recrutés par le financement RSS pour une année avant d'être reversés au compte du Gouvernement à partir de la deuxième année. Ce nombre ne couvre pas les besoins de renforcement en ressources humaines de l'ensemble des 10 régions. Aussi le plan

de redéploiement des staffs du milieu urbain ainsi que les appuis des autres partenaires viendront combler le GAP. En ce qui concerne la motivation du personnel, elle est décrite dans le document du PNSDRHS 2013-2020 et repris dans le protocole d'accord entre le Gouvernement et la Société civile. Dans ce cadre l'Etat verse déjà des primes mensuelles allant de 20 à 30. 000 FCFA pour les fonctionnaires qui sont dans les zones austères. Sur les 335 agents qui sont recrutés par GAVI 73 seront affectés dans les zones austères. Le RSS appuiera financièrement le déploiement de 335 agents recrutés et du redéploiement du personnel dans les districts concernés.

Dans le cadre de renforcement de système de santé, une formation de mise en condition des médecins nouvellement recrutés (35) dans la gestion des programmes de santé au niveau district sera organisée. Une première phase théorique de 30 jours sera suivie par une phase pratique de 15 jours dans des districts pilotes.

Des activités spécifiques seront conduites dans le cadre du développement et la mise en œuvre de la stratégie urbaine de vaccination à N'Djamena et accessoirement à Abéché et Moundou. Elles viseront à prendre en compte les poches de pauvreté et d'inégalité qui existent en milieu urbain dans des bidonvilles. Elle permettra ainsi de réduire les taux d'abandon dans ces villes et augmenter la couverture vaccinale. Elles seront conduites sous la responsabilité d'un assistant technique qui aura pour responsabilités principales de mettre en phase les différentes stratégies de vaccination planifiées dans la JSP pour accroître la couverture vaccinale en milieu urbain.

Les pratiques de bonne gouvernance, des mesures de redevabilité et de lutte contre l'impunité accompagneront ce processus de gestion des ressources humaines.

- **L'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement ;**

Le défi est d'assurer de façon adéquate la distribution des vaccins et consommables du niveau central vers les centres de vaccination. Les actions sont prises pour renforcer le système de distribution des vaccins en termes d'opérationnalisation des dépôts sub nationaux, de renforcement des capacités du personnel, de la mise à disposition d'outils de gestion, de maintenance et de moyens roulants.

Un autre défi non et des moindres est la gestion des déchets biomédicaux issus de la vaccination. La pratique en cours, qui est non satisfaisante en raison de l'absence d'équipements d'incinération adéquats, est basée sur la destruction des déchets au niveau des centres de santé et des districts sanitaires dans les incinérateurs (pour les CS qui en disposent) et/ou dans des fosses par la méthode du brulage suivi d'enfouissement. Le Programme paludisme sur financement du Fonds mondial a planifié la construction de 9 incinérateurs de haut niveau pour la destruction des déchets biomédicaux en 2018. Ces incinérateurs seront installés dans neuf (9) villes (N'Djamena, Bongor, Moundou, Sarh, Bol, Mongo, Abéché, Biltine et Fada). Les équipes des dépôts sub nationaux chargées de la distribution des vaccins procéderont au ramassage des boîtes de sécurité dans les DS pour leur destruction dans ces incinérateurs. Chaque district est responsable du ramassage des boîtes de sécurité dans ses centres de santé. Les déchets non tranchants tels que les emballages et les capuchons seront détruits au niveau des centres de santé sur place.

- **la génération de la demande / la demande pour les services de vaccination, les calendriers de vaccination, etc. ;**

Le défi se pose en termes de capacité à obtenir l'appropriation du personnel, l'adhésion de la population à la vaccination (qualité de services), l'implication de la société civile, des leaders d'opinion, l'adhésion et l'appropriation des médias publics et privés pour la promotion de la vaccination. L'apport des relais communautaires sera déterminant dans la génération de la demande à travers les activités de communication pour le développement comme les visites à domicile, la communication interpersonnelle, les causeries éducatives et la recherche active des enfants perdus de vue. Concrètement, ils seront 1.642 à être utilisés dans le cadre de ce soutien à raison de 2 par zones de responsabilité, ce qui ne couvre pas totalement les besoins. Cependant, d'autres partenaires comme la Banque Mondiale (1.091 ASC dans 5 régions dont 3 sélectionnées par la JSP), le Fonds Mondial (1000 ASC pour la sensibilisation et 950 pour la prise en charge dont 5 régions couvertes par la JSP) et Expertise France (46 au Ouaddaï et 40 à N'Djamena ainsi qu'au Logone Occidental toutes couvertes par le projet) financent des activités des ASC au niveau des régions et districts. Un groupe de travail a été mis en place au niveau du ministère pour l'harmonisation de l'intervention des ASC. Au Mandoul (région non incluse dans la JSP) sur financement de la Banque Mondiale, 90 ASC ont été déjà formés à la promotion de plusieurs

services de santé y compris la vaccination. Ces différents ASC compléteront ceux qui seront financés sur la JSP pour offrir un paquet complet dans le domaine de la promotion de la santé sous le leadership du groupe de travail mis en place sur la santé communautaire.

La mise en œuvre de la feuille de route issue du Forum National sur la Vaccination qui met l'accent sur l'intersectorialité et l'appropriation des activités de vaccination par les leaders communautaires et de la société civile contribueront à générer la demande de service de vaccination. Cette responsabilité sociale des leaders communautaires et de la société civile sera évaluée à travers les outils de redevabilité en cours d'élaboration qui concernera tous les niveaux. Il faut noter que grâce au soutien de GAVI, le Tchad dispose depuis septembre 2013 d'une plateforme des OSC pour le soutien à la Vaccination et à l'immunisation. Cette plateforme est pleinement impliquée dans les activités que mène la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination et travaille en synergie avec les DSR et les DS. Dans le cadre de cette proposition, les OSC entendent, au-delà des activités des relais, développer le parrainage, grâce à la formation et l'encadrement des filles scolarisées en faveur des enfants des zones défavorisées, organiser des séances d'échanges entre le personnel de santé et les communautés et intensifier des activités de veille citoyenne afin de contribuer à l'amélioration des performances des structures de santé. Elle compte utiliser les médias locaux plus spécifiquement les radios communautaires pour informer davantage la population sur la vaccination et ses bienfaits et contribuer à la levée des barrières socioculturelles.

leadership, gestion et coordination : en exploitant les constatations issues de la PCA (évaluation de la capacité du programme) et/ou toute autre évaluation, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion des programmes de vaccination. Ceci inclut la performance des équipes du PEV régional/national (par ex. les difficultés liées à la structure, aux effectifs et aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou des problèmes de gouvernance sectorielle plus larges ;

Dans les domaines de leadership, gestion et coordination, le défi identifié porte sur l'insuffisance dans la gouvernance caractérisée par un faible pilotage, une coordination peu performante et une redevabilité/responsabilité limitée à tous les niveaux du système de vaccination.

Pour faire face à ces défis, le Ministère de la Santé compte rehausser le leadership des responsables, en mettant en œuvre le cadre de redevabilité issu du Forum et en renforçant les capacités managériales des équipes en charge de la gestion du programme à tous les niveaux. La mission de Dalberg s'inscrit dans ce cadre pour renforcer la capacité managériale du service de la vaccination.

9.6 Décrivez les synergies potentielles au sein des introductions ou des AVS prévues

Les différentes introductions et AVS concomitantes la même année se présentent comme suit :

Année	Introduction	Activités Vaccinales Supplémentaires
2020	2 ^{ème} dose de VAR	VAR
2021	PCV13	VAR
2022	Vaccin Rota	

Le pays n'a pas prévu l'introduction de plusieurs vaccins la même année à cause des nombreux défis qui se posent dans le domaine de la vaccination. Cependant, en 2020 et 2021, l'introduction de la deuxième dose de VAR et le PCV13 se feront la même année que les AVS contre la rougeole.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces activités, le programme compte appliquer une synergie d'actions dans la mise en œuvre des activités. Par exemple en 2020, l'introduction de la deuxième dose de VAR et la campagne VAR, seront planifiées et exécutées de manière concomitante par la même équipe. Ainsi, des économies d'échelle seront faites sur les rubriques formation, distribution des vaccins, révision et la reproduction des modules et outils, les évaluations post-introduction et post campagne et la communication (plaidoyer, mobilisation sociale). Cette même synergie va s'appliquer en 2021 pour l'introduction de la PCV13 et la campagne VAR. Aussi, la distribution des intrants au niveau opérationnel pourra prendre en compte d'autres antigènes voire d'autres interventions du Ministère de la santé publique (PEV de routine, Vitamine A, Mebendazole...).

Le pays a acquis assez d'expérience dans l'organisation d'activités concomitantes dans le cadre du processus d'éradication de la polio, de contrôle de la rougeole et de la lutte contre la méningite avec l'organisation de plusieurs AVS la même année.

10. Description du soutien demandé pour chaque nouveau vaccin

<p>Routine 2ème dose VAR (2020) (routine(s) et campagne(s) avec la date d'introduction</p>	<p><i>Pour encourager une approche globale et à plus long terme du contrôle/de l'élimination de la rougeole/rubéole, le plan national pluriannuel joint à cette JSP doit inclure une analyse et une description des activités indiquées ci-dessous⁴ :</i></p> <p><i>Les tendances de couverture vaccinale et les taux d'abandon pour le VVR1 et le VVR2 dans la routine (national et infranational) ; les résultats de la couverture des AVS contre la R ou la RR, y compris les enquêtes de couverture post-AVS ; les enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine et des AVS, et les efforts pour couvrir les régions difficiles à atteindre et d'autres populations (par ex., les femmes en âge de procréer, les travailleurs de santé).</i></p> <p>La couverture vaccinale contre la rougeole (1ère dose) n'a pas atteint le minimum requis de 90%. Les différentes enquêtes à savoir, l'enquête de couverture vaccinale (ECV) 2017, EDS/MICS 2015 et les estimations OMS/UNICEF 2017 révèlent un taux de couverture VAR1 respectivement 37%, 34,6% et 58%. Entre l'EDS/MICS de 2015 et l'ECV de 2017 on note une légère augmentation de la couverture vaccinale en VAR.</p> <p>Pour l'ECV 2017 la plus faible couverture est enregistrée dans la région de Wadi Fira (2%) et la plus forte couverture dans la région de Mandoul (63%) ; selon les résultats de l'EDS/MICS 2015, le Borkou/Tibesti affiche un taux de couverture de 19,6% contre 83,6% dans le Mayo Kebbi Ouest.</p> <p>L'enquête de couverture post campagne rougeole 2016 a donné une couverture moyenne de 82% avec la plus forte couverture dans la région de la Tandjilé (95%) et la plus faible couverture dans la région de l'Ennedi Est et Ouest (61%). Ces disparités de couverture vaccinale (routine et AVS) sont également constatées au niveau districts voire même au niveau des zones de responsabilité.</p> <p>Selon l'enquête de couverture vaccinale de 2017, les principales raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants sont en rapport avec le manque d'information (40% dont 11% pour l'ignorance de la nécessité de vaccination, 8% pour la mauvaise connaissance de la cible), les motivations (20%) et les obstacles (40% dont 12% pour l'éloignement).</p> <p>Les enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine sont : i) la lourdeur administrative a retardé la mise en œuvre des activités financées, ii) l'irrégularité et l'inefficacité de la supervision ont affecté la qualité des activités et des données, iii) l'insuffisance de personnel qualifié au niveau périphérique entrave la bonne marche du programme, iv) l'absence d'un système fiable de distribution des vaccins et intrants du PEV a occasionné des ruptures de stock au niveau périphérique, etc. (voir section 5.2, 5.3 et 5.4 de ce document et la section 3.7 du plan d'introduction de la deuxième dose de VAR pour plus de détails).</p> <p>Pour les AVS il est noté une insuffisance en ressources humaines qualifiées dans certaines régions. C'est ainsi que le Programme a procédé au recrutement des lauréats des écoles de santé comme vaccinateurs lors des AVS.</p> <p>Les efforts ont été consentis pour atteindre l'ensemble des cibles en mettant en œuvre les stratégies avancées et les activités intensifiées dans la routine, les activités en direction des populations des zones difficiles d'accès (insulaires, nomades), la mise en œuvre des occasions manquées de vaccination, la vaccination mixte (Homme/bétail), l'ACPV, les activités de vaccination intensifiées. Notons que la stratégie de vaccination urbaine sera mise en œuvre au cours de la première année.</p> <p><i>Une surveillance (basée sur les cas et la surveillance sentinelle) de la performance pour une</i></p>
---	--

⁴Si le plan pluriannuel complet (PPAC) n'inclut pas cette information, elle devra être soumise sous forme d'addendum au plan.

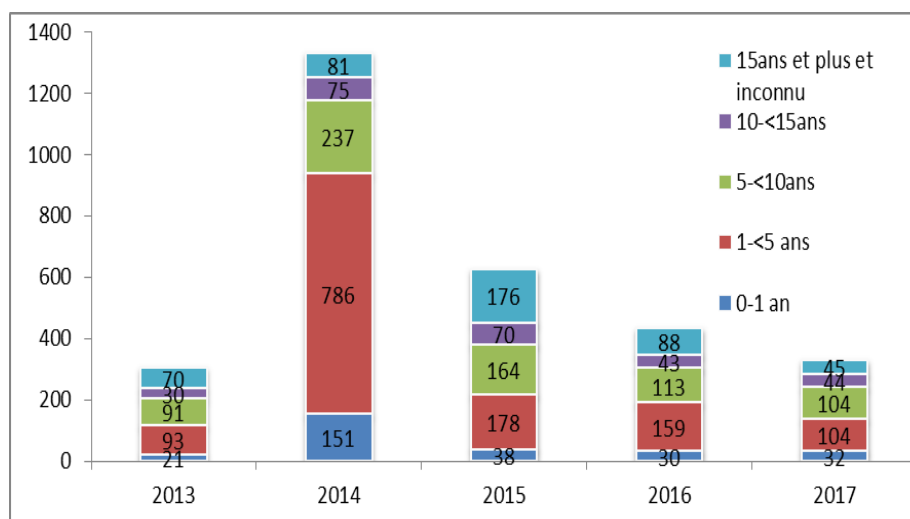
période minimale de 5 ans, aux niveaux national et sub national, et tout plan d'amélioration via l'utilisation des fonds HSIS (si cela n'a pas été précédemment abordé dans les sections précédentes).

La surveillance de la rougeole est basée sur les cas. Les cas suspects de rougeole notifiés au cours des 5 dernières années à travers l'IDSR sont présentés dans le tableau ci-dessous : (tableau à actualisé par Tamadji)

Année /cas	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tchad	2222	10085	1782	803	244	1889*
Régions avec plus de cas	Ouaddaï 753	N'Djamena 5054	Ouaddaï 631	Lac 117	Mayo Kebbi Est 46	Hadjer lamis 446; Tibesti 232; Sila 175; Ouaddaï 136; Batha 111
Régions avec moins de cas	Tibesti 0	Sila 11	Salamat 2	Tibesti 0	Kanem et Tibesti 2	Mandoul 6; Ennedi Est 6; Logone Oriental 13; Logone Occidental 16

* Données cumulées de S1-S29

La figure 10 ci-dessous montre la répartition des cas par tranche d'âge au cours de cinq dernières années d'après les données de la surveillance cas par cas. La tranche d'âge la plus touchée est celle des enfants de 1-4 ans, suivie par celles des enfants de 5-9 ans. Globalement la tranche d'âge de moins de 10 ans représente 76% des cas notifiés.



Les données épidémiologiques ci-dessus sont en faveur des AVS de vaccination ciblant les enfants de moins de 10 ans. Ce qui est corroboré par l'analyse des données épidémiologiques de 2018 (cf. section 3.2 du plan des AVS rougeole 2019).

Les tendances et les schémas épidémiologiques (répartition par âge, géographique, etc.) pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, y compris les épidémies : vulnérabilité de la population et profil de risque de l'épidémie de rougeole.

Au cours des cinq dernières années, les régions de N'Djamena et du Ouaddaï ont notifié en chiffre absolu le plus grand nombre de cas suspects de rougeole.

Les données désagrégées par âges des cas notifiés, montrent que les cas de rougeole touchent pratiquement toutes les tranches d'âge (voir le point sur la surveillance ci-dessus). Les cas chez les personnes déclarées vaccinées contre la rougeole représentent 15% chez les vaccinés contre 85% chez les non vaccinés en 2018. Un comité de réflexion est mis en place pour étudier la faisabilité d'une enquête sérologique.

Signalons que le Tchad n'a pas encore introduit le vaccin contre la rubéole.

Les activités prioritaires pour 1) le renforcement de la vaccination de routine (VVR1 et VVR2), y compris les efforts pour améliorer la couverture auprès des populations difficiles à atteindre et/ou les vaccins anti-rougeoleux et anti-rubéoleux de routine, et toute campagne au cours des 5 années à venir (de rattrapage ou de suivi) ; 2) le renforcement de la surveillance vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et la confirmation du

	<p><i>laboratoire (y compris via l'utilisation des fonds HSIS ; 3) les plans de préparation aux épidémies.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le renforcement de la vaccination de routine et la campagne contre la rougeole, y compris les efforts pour améliorer la couverture auprès des populations difficiles à atteindre au cours des 5 années à venir sera axé sur : i) micro planification pour la routine et les AVS y compris la prise en compte des contextes et les spécificités des populations difficiles d'accès, ii) la conduite des activités de vaccination intensifiée, iii) augmentation de la couverture des structures de santé en équipements de chaîne de froid, iv) disponibilité du VAR au niveau opérationnel, v) renforcement de la supervision formative et vi) monitoring des données, vii) le renforcement de la communication en faveur de la vaccination en mettant le focus sur la multi sectorialité et l'engagement communautaire, 2) Le renforcement de la surveillance de la rougeole et la confirmation du laboratoire s'articulera autour de i) formation/recyclage des agents de santé et les agents communautaires en charge de la surveillance, ii) disponibilité des réactifs et matériels de prélèvement et iii) monitoring des données de surveillance. 3) L'élaboration du plan de ripostes aux épidémies <p><i>Fournissez une justification technique pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/la rubéole pour les 5 prochaines années</i></p> <p>Selon l'analyse des données des épidémies, on note une proportion très élevée des cas de rougeole chez les enfants de 1 - 10 ans (76%). D'autre part, on constate une proportion élevée des cas de rougeole chez les enfants vaccinés (15%). Tenant compte du fait que les couvertures vaccinales pour le PEV de routine sont très faibles, selon les données des enquêtes, il apparaît clairement un risque très élevé de survenue de la rougeole chez les enfants de 1-10 ans. Cela justifie le choix de l'introduction de la deuxième dose de vaccin anti rougeoleux pour la cible de 15-23 mois (dans l'objectif de donner une seconde chance de vaccination par le VAR aux enfants dans la seconde année de leur vie et leur faire bénéficier d'autres interventions de santé) et la conduite des AVS contre la rougeole pour les cibles de 1 à 10 ans.</p> <p><i>Décrivez la population cible pour chaque type de soutien pour les 5 prochaines années</i></p> <p>Les AVS cibleront les enfants de 9 mois à 9 ans pour 2019 et 9-59 mois pour 2021. Ces campagnes seront couplées avec l'administration de la vitamine A et du mebendazole</p> <p><i>Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?</i></p>
	<p>Assistance technique d'un logisticien pour la préparation et la mise en œuvre des campagnes.</p> <p>Assistance technique d'un biostatisticien/épidémiologiste pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation post campagne (2019 et 2021).</p>
<p>AVS contre la rougeole (2019, et 2021) (routine(s) et AVS) avec la date d'introduction</p>	<p><i>Pour encourager une approche globale et à plus long terme du contrôle/de l'élimination de la rougeole/rubéole, le plan national pluriannuel joint à cette JSP doit inclure une analyse et une description des activités indiquées ci-dessous⁵ :</i></p> <p><i>Les tendances de couverture vaccinale et les taux d'abandon pour le VVR1 et le VVR2 dans la routine (national et infranational) ; les résultats de la couverture des AVS contre la R ou la RR, y compris les enquêtes de couverture post-AVS ; les enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine et des AVS, et les efforts pour couvrir les régions difficiles à atteindre et d'autres populations (par ex., les femmes en âge de procréer, les travailleurs de santé).</i></p> <p>Réf. : voir introduction 2^{ème} dose de VAR ci-dessus</p> <p><i>Les tendances et les schémas épidémiologiques (répartition par âge, géographique, etc.) pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, y compris les épidémies : vulnérabilité de la population et profil de risque de l'épidémie de rougeole.</i></p> <p>Réf. : voir introduction 2^{ème} dose de VAR ci-dessus</p>

⁵Si le plan pluriannuel complet (PPAC) n'inclut pas cette information, elle devra être soumise sous forme d'addendum au plan.

	<p>Les activités prioritaires pour 1) le renforcement de la vaccination de routine (VVR1 et VVR2), y compris les efforts pour améliorer la couverture auprès des populations difficiles à atteindre et/ou les vaccins anti-rougeoleux et anti-rubéoleux de routine, et toute campagne au cours des 5 années à venir (de rattrapage ou de suivi) ; 2) le renforcement de la surveillance vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et la confirmation du laboratoire (y compris via l'utilisation des fonds HSIS ; 3) les plans de préparation aux épidémies.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Réf. : voir introduction 2^{ème} dose de VAR ci-dessus 2. Réf. : voir introduction 2^{ème} dose de VAR ci-dessus 3. Les plans de préparation aux épidémies. <p>Le pays dispose d'un plan de contingence multirisque et d'un plan de préparation et de réponse aux épidémies. Ce dernier est mis à jour annuellement</p>
	Fournissez une justification technique pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/la rubéole pour les 5 prochaines années
	Réf. : voir AVS contre la rougeole 2019 et 2021
	Décrivez la population cible pour chaque type de soutien pour les 5 prochaines années
	Les AVS cibleront les enfants de 9 mois à 9 ans pour 2019 et 9-59 mois pour 2021.
	Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	Assistance technique d'un biostatisticien pour les évaluations post campagne (2019 et 2021).
PCV 13 (date d'introduction, en 2021)	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	L'introduction se fera en une seule fois sur l'ensemble du territoire et ciblera les enfants de 0 -11 mois.
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	Besoin d'un épidémiologiste et un logisticien pour l'élaboration de la soumission (2020) et l'évaluation post introduction (2022).
Rota virus (date d'introduction, en 2022)	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)
	L'introduction se fera en une seule fois sur l'ensemble du territoire et ciblera les enfants de 0 -11 mois.
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	Besoin d'un épidémiologiste et un logisticien pour l'élaboration de la soumission (2021) et l'évaluation post introduction (2023).
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?

11. Programmatique : description des investissements RSS prioritaires de Gavi

11.1 Informations relatives à l'allocation de Gavi

Sur la base des éléments ci-dessus, date cible pour la soumission du plan de travail opérationnel et du budget pour la contribution de Gavi	31 août 2018
Date cible d'arrivée des fonds pour la première année dans le pays	1 ^{ER} Janvier 2019
Prochaine revue du portefeuille JSP (dernière année de la stratégie de vaccination)	1 ^{ER} Juin 2022



Cette section décrit les 3 à 5 objectifs et activités prioritaires identifiés pour le soutien financier de Gavi. La description indique la façon dont chaque objectif peut traiter les problèmes et les goulots d'étranglement identifiés dans la partie C et contribuer à des améliorations durables en termes de couverture et d'équité. Il est recommandé de tenir compte des objectifs spécifiques relatifs aux populations sous-vaccinées identifiées dans la partie B et d'explorer les investissements dans les domaines critiques tels que la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la promotion de la demande et la

participation de la communauté, le leadership, la gestion et la coordination ainsi que la qualité/disponibilité/utilisation des données.

11.2 Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi pour chaque objectif, fournissez un budget total indicatif en US\$ pour la durée du soutien de Gavi.

Objectif 1 : Améliorer la gestion du programme et les mécanismes de redevabilité à tous les niveaux d'ici 2023.	
<i>Échéancier :</i>	2023
<i>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</i>	Tout le pays
<i>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances dans la gouvernance • Pilotage et coordination du système insuffisants à tous les niveaux • Redevabilité et responsabilisation limitées à tous les niveaux
<i>Activités prioritaires (environ 5) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la gouvernance et la redevabilité du secteur de la santé en : <ul style="list-style-type: none"> - rendant fonctionnel les organes de redevabilité (CNS, CRS, CSD, CSZR) tels que définis dans l'organigramme du MSP ; - améliorant la fonctionnalité et coordination du CCIA ; - mettant en place le GTCV ; - élaborant/mettant en œuvre et en assurant le suivi-évaluation des plans d'actions annuels à tous les niveaux ; - organisant régulièrement les réunions d'évaluation des performances du PEV aux différents niveaux (central, provincial et district) ; - organisant régulièrement l'inspection/contrôle dans le suivi de la mise en œuvre des activités à tous les niveaux. - mettant un cadre de redevabilité impliquant les gouverneurs, les préfets et les chefs des cantons, leaders communautaires, suivant des plans d'action bien défini de vaccination à tous les niveaux. • Tenir des réunions bilans trimestrielles sur la vaccination au niveau de chaque région et district • Renforcer le suivi, la supervision formative et l'évaluation à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) : y compris l'enquête de couverture vaccinale et la revue en 2022 • Renforcer la fonctionnalité des fora de coordination : en améliorant la gouvernance du CCIA, CTA-PEV avec un plan de travail annuel et en organisant régulièrement les réunions programmées ; en s'assurant de la mise en œuvre des recommandations, l'évaluation des performances et en mettant en place le GTCV • Elaborer un cadre de concertation avec le Ministère de l'Elevage pour la mise en œuvre du One Health (Santé pour tous) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre à jour la Cartographie des couloirs de transhumances et des points de passages des éleveurs en vue du couplage de la vaccination du bétail avec la vaccination humaine (en y intégrant d'autres paquets de services)
<i>Justification :</i>	La mise en œuvre des activités suscitées va permettre d'améliorer la gouvernance, le leadership, la multisectorialité et la redevabilité à tous les

	niveaux. Tout ceci aura pour conséquence l'amélioration de la couverture et l'équité dans la vaccination.	
<i>Considérations relatives à la pérennité :</i>	Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS3, PPAC 2018-2022 (Cf. PPAC : page 100) et Plan de Transition Polio, le gouvernement a prévu des mécanismes de mobilisation de ressources de façon générale pour assurer la pérennité des activités. Cela permettra d'éviter les ruptures de financement qui mettront à mal les acquis obtenus grâce à la subvention de GAVI.	
<i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre de redevabilité fonctionnelle par niveau • Existence de documents révisés de Politique, Normes et Procédures en matière de vaccination • Proportion de missions de supervision réalisées et documentées par niveau par rapport aux prévues • Rapport de mise en place du GTCV disponible. • Existence des plans de travail et Proportion de réunions ordinaires tenues et documentées du CCIA et du CTA-PEV par rapport aux prévues • Proportion de réunions des comités de coordination tenues et documentées dans les régions. • Rapport d'audit interne et externe disponible 	
<i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i>	<p>Une assistance technique à la Sous-Direction du PEV dans le processus de la mise en œuvre du cadre de redevabilité, la restructuration et la redynamisation du CCIA conformément aux recommandations du forum national sur la vaccination et à celles de l'Audit du PEV au niveau central et régional.</p> <p>En plus, le pays a besoin d'une assistance technique conséquente à travers l'OMS et l'UNICEF pour le renforcement de la Gouvernance, le développement de la politique national de vaccination, la planification et la mise en œuvre effective et efficace des activités planifiées.</p>	
<i>Budget RSS indicatif :</i>	Années 1 à 2	<i>Par ex. XX US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

Objectif 2 : Améliorer la qualité et l'utilisation des données pour faciliter la prise de décision d'ici 2023

<i>Échéancier :</i>	2023
<i>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</i>	Tout le pays en complémentarité avec les autres partenaires prioritaires (Fonds Mondial, Banque Mondiale, AFD et Coopération Suisse)
<i>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Non fiabilité des données administratives • Multiplicité des rapports d'activités • Faible qualification et capacité des prestataires dans le reportage des données et leur analyse locale • Problématique du dénominateur et de la carte sanitaire • Faible utilisation des données dans le processus de décision et de planification • Insuffisance de la coordination, des ressources humaines, matérielles • Insuffisance de la disponibilité et faiblesse de la qualité des données • Inadéquation des outils de collecte et de traitement des données
<i>Activités prioritaires (environ 5) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Former 340 agents de tous les niveaux (centres de santé/postes

	<p>de vaccination, districts et régions sanitaires, niveau central à travers les directions et sous directions concernées sur le Système d'information sanitaire (nouveaux outils et analyse des données).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le contrôle de la qualité des données dans la supervision à tous les niveaux. • Mettre en place un mécanisme de monitoring mensuel et de validation des données de vaccination et de la surveillance dans 58 districts et 10 régions y compris le DQS et les évaluations rapides (LQAS). • Réviser et rendre disponibles les outils de gestion des données à tous les niveaux. • Utiliser les Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication (NTIC) pour la gestion des données à tous les niveaux. • Doter la SDV et les DS/DSR prioritaires en outil informatique et de communication (téléphone, Modem) pour le traitement, l'analyse et la transmission des données. • Installer le DHIS2/ (intégration du DVD-MT au DHIS2) dans 10 régions. • Collecter, dans toutes les formations sanitaires et à travers le DHIS-2, les informations concernant les aspects suivants : (i) le nombre de jours de rupture des différents antigènes et autres intrants de vaccination ; (ii) les quantités consommées au cours du mois ; (iii) les niveaux des stocks disponibles à la fin de chaque mois. • Collecter les informations relatives au stock aux niveaux des dépôts et des Districts Sanitaires, des Délégations Sanitaires Régionales et au niveau Central par le biais du SIGL (OSP Santé). • Intégrer les données de stock des vaccins et consommables dans le DIHS-2, dans sa configuration modulaire. • Contribuer à la révision et à la digitalisation de la carte sanitaire en partenariat avec le Fonds Mondial et d'autres partenaires • Contribuer à la révision des estimations des populations avec l'aide de l'imagerie satellitaire. • Renforcer le système d'information de l'Etat civil à travers un module du DHIS2. • Réaliser une étude sur la mobilité des populations pour une définition saisonnière du dénominateur.
<i>Justification :</i>	La mise en œuvre des activités identifiées dans cette section contribuera à lever les goulots d'étranglements identifiés dans ce domaine. Ce qui permettra de renforcer le système d'information sanitaire et d'améliorer la qualité des données de la vaccination.
<i>Considérations relatives à la pérennité :</i>	En plus de la subvention de GAVI, le pays bénéficie de l'appui d'autres partenaires (Fonds Mondial, OMS, Union Européenne, UNFPA, UNICEF, Cf, Cartographie) dans le cadre du renforcement du SNIS. Dans le PNDS 3 et le PPAC 2018-2022, il est prévu une mobilisation d'autres ressources domestiques pour assurer la pérennité des activités liées au renforcement de système d'information sanitaire.
<i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Complétude et promptitude des données • Disponibilité des outils de collecte et de gestion à tous les niveaux • % de supervision avec contrôle de qualité des données intégrées • Nombre de réunions de monitoring et de validation des

	données réalisé/prévu <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnels formés en SIS • Ecart réduit entre les données administratives et celles des enquêtes/estimation (annuel) • DHIS2 installée et opérationnelle 	
<i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i>	Un expert en système d'information sanitaire et en DHIS2, assistance de courte durée	
<i>Budget RSS indicatif :</i>	Années 1 à 2	<i>Par ex. XX US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

Objectif 3 : D'ici fin 2023, atteindre la couverture vaccinale d'au moins 80% dans chacun des Districts et d'au moins 90% pour tous les antigènes au niveau national.

<i>Échéancier :</i>	2023
<i>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</i>	Enfants de moins d'un an et femmes enceintes au niveau national avec un accent particulier dans les 10 régions prioritaires.
<i>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</i>	Insuffisance d'offre des services de vaccination de qualité (Insuffisance de stratégies avancées, mobiles et vaccination au quotidien en milieu urbain, insuffisance des ressources humaines en qualité et en quantité dans les centres de santé aggravée par leur absence répétée...)
<i>Activités prioritaires (environ 5) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'appui à la planification des 58 districts cibles (PAO et micro plan selon le guide ACD 2017). • Former/recycler tous les responsables des centres et les agents en charge de la vaccination dans les centres de santé sur le PEV en pratique • Intégrer la vaccination dans les centres sociaux (équipements, formation, rapportage ; suivi ; supervision...) • Etendre l'offre de vaccination dans tous les Centres de Santé fonctionnels, dans les structures de santé des Armées, centres privés lucratifs (équipements, formation, rapportage ; suivi ; supervision...) • Mettre en œuvre les stratégies fixes, avancées, mobiles et novatrices (Occasions Manquées de Vaccination, vaccination couplée bétail/enfant semaine mère/enfant biannuelle, vaccination des populations spéciales et urbaines) ainsi que les approches ACD, AVI et communautaires ACPV, communauté amies des enfants avec suivi en temps réel (CFC/RTM) • Equiper les DS et les zones de responsabilités en moyens roulants (Véhicules pour les équipes mobiles et la supervision et les motos pour les stratégies avancées) • Recruter 335 infirmiers pour le renforcement du système de santé dans les régions prioritaires à l'exception de N'Djaména • Redéployer le personnel du niveau central vers les structures sanitaires périphériques en leur accordant des indemnités de transport avec des termes de référence
<i>Justification :</i>	Les activités planifiées dans la section vont améliorer l'offre de services de vaccination et par conséquent contribuer à

	l'augmentation de la couverture vaccinale.	
<i>Considérations relatives à la pérennité :</i>	Dans le PNDS 3, le plan de transition polio et le PPAC 2018-2022, il est prévu une mobilisation d'autres ressources locales pour assurer la pérennité des activités liées au renforcement de système de santé. En plus, le forum national sur la vaccination a recommandé la mobilisation du financement innovant en faveur de la vaccination.	
<i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i>	Taux de couverture en PENTA3 et VAR chez les 0-11 mois et 12-23 mois. Taux d'abandon DTC1/DTC3 et DTC1/VAR1 Proportion de districts disposant de micro plan mis en œuvre Taux de réalisation des sessions de vaccination en stratégies fixes, avancées et mobiles	
<i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i>	40 consultants nationaux en appui aux 10 régions prioritaires (20 consultants OMS en appui à la vaccination de routine et 20 Spécialistes en communication (C4D) UNICEF.	
<i>Budget RSS indicatif :</i>	Années 1 à 2	<i>Par ex. XX US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

Objectif 4 : Amener au moins 90% des parents / gardiens d'enfants de moins d'un an, y compris ceux des zones d'accès difficile à utiliser les services de vaccination d'ici fin 2023.

<i>Échéancier :</i>	2023	
<i>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</i>	Ensemble du pays avec un accent particulier dans les 10 régions prioritaires retenues dans la présente soumission.	
<i>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit d'information et de motivation des parents d'enfants et autres acteurs clés pour la vaccination • Faible coordination et mise en œuvre des interventions en communication • Faible lien entre les structures de santé et les communautés • Mauvais accueil de la part de certains agents de santé • Persistance des pesanteurs socioculturelles 	
<i>Activités prioritaires (environ 5) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le plaidoyer pour promouvoir les mécanismes d'engagement et de responsabilisation accrue de différents acteurs sociaux clés pour les activités de vaccination (décideurs, leaders et autorités politico-administratives, coutumières, religieuses, communautaires et associatives, ainsi que les prestataires de soins). • Renforcer les capacités de tous les acteurs clés notamment les OSC à travers des formations/briefings sur la vaccination, l'importance et les avantages de ce service, les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux, les techniques de communication, le suivi et la supervision des activités de communication (points focaux IEC en technique de communication, relais communautaires, agents de santé, pairs éducateurs, journalistes...) • Développer des outils de communication : Concevoir, pré tester et produire des modules et supports de communication sur la vaccination • Appuyer la mise en œuvre des activités de communication conformément au Plan Stratégique de 	

	<p>Communication pour la Vaccination 2018 - 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer la promotion de la vaccination à travers les activités de la 1^{ère} Dame comme championne de la vaccination, des différents acteurs et réseaux communautaires, des médias, d'utilisation des NTIC, des écoles et centres de santé, et en assurer le suivi, la supervision et la documentation ○ Assurer la mise en œuvre des activités de communication pour le changement de comportement, de mobilisation sociale, de plaidoyer et de veille citoyenne des OSC ● Evaluer des interventions en communication en faveur de la vaccination : <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser une enquête CAP de référence (de base) et une enquête CAP finale sur l'adoption de la vaccination, permettant de mesurer les progrès, les changements ou l'adoption des comportements individuels et collectifs favorables à la vaccination. 	
<i>Justification :</i>	<p>Selon l'ECV 2017 les raisons de non vaccination des enfants sont dans 41% en rapport avec le déficit d'information des parents.</p> <p>A cela s'ajoutent l'ignorance de la nécessité de la vaccination (11%), la mauvaise connaissance de la population cible (8%) qui constituent les principaux problèmes en rapport avec l'information des parents.</p> <p>La mise en œuvre des activités ci-haut retenues contribuera à augmenter la demande des services de vaccination.</p> <p>Le bon fonctionnement et le dynamisme de la Coordination des interventions en communication sont le moteur de l'organisation de la communication au niveau communautaire. La participation effective et les contributions des structures de coordination permettraient de booster la communication à tous les niveaux.</p>	
<i>Considérations relatives à la pérennité :</i>	<p>La contribution financière de l'Etat, des PTF, des ONG, des OSC et de la communauté constitue la base pour assurer la pérennisation de ces activités (le Plan stratégique de santé communautaire P.59 ; feuille de route forum national sur la vaccination).</p> <p>L'engagement et l'appropriation contribueront à assurer la pérennité.</p>	
<i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre et type de mécanismes d'engagement mis en place ● Proportion de plans locaux ayant intégré des actions en faveur de la vaccination ● Proportion d'engagements pris et tenus en faveur de la vaccination ● Proportion d'acteurs clés identifiés et formés sur la vaccination ● Proportion d'agents de santé formés en communication interpersonnelle et techniques d'accueil ● Nombre et type d'outils de communication produits et disséminés sur la vaccination ● Proportion d'acteurs et de réseaux ayant assuré la promotion de la vaccination ● Proportion de personnes ayant utilisé les canaux de veille citoyenne en faveur de la vaccination ● Nombre de leaders/décideurs informés sur la vaccination ● Proportion de personnes (Parents et gardiens d'enfants) ayant adopté des comportements favorables à la vaccination 	
<i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i>	<p>Un expert socio-anthropologue pour réaliser l'étude CAP pour identifier les facteurs socio-anthropologiques liés à la faible demande des services de vaccinations pour une durée de six (6) mois (trois mois de départ et trois mois de la fin).</p>	
<i>Budget RSS indicatif :</i>	Années 1 à 2	<i>Par ex. XX US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

Modèle de chaîne d'approvisionnement (applicable même si les pays ne font pas de demande pour la plateforme d'optimisation de l'ECF)

Objectif 5 : Augmenter de 60 à 80% le score moyen de gestion efficace de vaccin	
Échéancier :	2023
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	Tout le pays
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture en CDF au niveau opérationnel (36%) • Insuffisance de ressources humaines pour la maintenance de la CDF • Faible fonctionnalité du système de gestion des vaccins et intrants.
<p>Activités prioritaires pour chacun des cinq fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement : Décrivez les activités prévues ou en cours relatives aux fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement. Les réponses de cette section doivent être en lien avec le dernier plan d'amélioration de la GEV.</p>	
1. Amélioration continue	<ul style="list-style-type: none"> • Conduire une autoévaluation de la GEV et mettre à jour le plan d'amélioration • Assurer le suivi des recommandations issues de l'évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) conduite en 2015 et mises à jour après l'autoévaluation • Conduire une Evaluation externe de la GEV en 2020 • Mettre en place un système fiable de gestion des vaccins et intrants du PEV. • Rendre opérationnels les quatre dépôts sub nationaux. • Assurer le ramassage et la destruction des déchets biomédicaux • Faire une étude de suivi des températures en 2019 • Former les logisticiens nationaux et sub nationaux en gestion des vaccins et logistique de la chaîne du froid en 2019
2. Gestion/Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser le sous-comité logistique au niveau central et mettre en place un système de monitoring de température de toutes les chambres froides à distance • Organiser la formation de tous les autres personnels impliqués dans la gestion des vaccins à tous les niveaux du système de santé • Informatiser la gestion des stocks de vaccins et consommables (outil SMT/DVD-MT) jusqu'au niveau des districts sanitaires. • Former les gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement des niveaux central et sub-nationaux en logistique de santé • Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan de passage à échelle en chaîne du froid Solaire homologuée
3. Données pour la gestion	<p>Les données pour la gestion des vaccins remontent à travers le circuit du SIS mis en place au niveau du pays (ZR, District, Région et niveau central).</p> <p>Le SMT utilisé au niveau central donne les informations sur la gestion des stocks (niveau des stocks, température...) du dépôt national</p> <p>Des outils de collecte des données sont actualisés, cependant leur utilisation n'est pas optimale</p> <p>Des actions correctrices ci-dessous sont prévues pour améliorer la gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les points focaux des districts et les responsables des centres de santé sur la gestion des vaccins et la maintenance ; • Organiser des supervisions formatives régulières du personnel

	<p>impliqué dans la vaccination à tous les niveaux ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser des inventaires réguliers de la chaîne de froid et des stocks de vaccins Et matériels d'injections.
<p>4. Équipement de la chaîne du froid (y compris la plateforme d'optimisation de l'ECF et la maintenance - voir ci-dessous pour les questions supplémentaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment le pays s'assurera-t-il que certains aspects du maintien de la chaîne du froid seront garantis (par ex., maintenance préventive et corrective, suivi de la fonctionnalité, techniciens, financement de maintenance, approvisionnement des pièces détachées, etc.) ? À quelle fréquence le pays s'engage-t-il à effectuer la maintenance préventive et corrective (avec le soutien des partenaires) ? Comment le pays surveillera-t-il la bonne exécution de la maintenance préventive et corrective ? Indiquez les sources de financement pour les activités de maintenance planifiées Comment le pays mettra-t-il au rebut l'équipement obsolète et irréparable, remplacé par un nouvel équipement ? 	<p>A travers la plateforme d'optimisation de la chaîne de froid (CCEOP), le Pays entend augmenter sa couverture en équipements de la chaîne de froid. Ce qui permettra aussi d'améliorer l'équité et la couverture vaccinale. Les besoins du pays en équipements de chaîne du froid exprimés dans la soumission pour le CCEOP pour le niveau Districts et centres de santé sont de 1517 réfrigérateurs solaires, 750 fridge-tag2, des équipements pour le monitoring de la température à distance pour les chambres froides.</p> <p>Le pays dispose d'un plan de maintenance qui décrit de manière explicite les stratégies pour assurer le bon fonctionnement des équipements. Le financement et la mise en œuvre de ce plan permettront d'améliorer la maintenance préventive et curative des équipements sur l'ensemble du pays.</p> <p>Il existe au niveau national un service de maintenance à la Direction des infrastructures et équipements sanitaires qui travaille en étroite collaboration avec celui du PEV pour la maintenance et les réparations des équipements. Selon le plan de maintenance, l'équipe du niveau central vient en appui aux techniciens des dépôts sub-nationaux pour assurer le bon fonctionnement de la chaîne du froid.</p> <p>La maintenance préventive sera assurée hebdomadairement et mensuellement en fonction du niveau par les utilisateurs préalablement formés à cet effet.</p> <p>Les équipes des dépôts sub nationaux assureront également la maintenance curative en cas de besoin. Les techniciens du niveau national et des dépôts sub nationaux ont été dotés en kits de maintenance.</p> <p>Pour surveiller la bonne exécution de la maintenance préventive et curative, le pays mettra en place un dispositif de suivi et de monitoring des indicateurs, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion des Equipements de Chaîne de Froid (ECdF) en attente de réparation Nombre et % d'équipements non fonctionnels Proportion de formations notifiant au moins une alarme de température haute ou basse dans l'ECdF <p>Lors des visites de supervision, les aspects suivants devront être vérifiés et des actions correctrices soient prises immédiatement, il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un programme de maintenance des ECdF Existence d'un inventaire des ECdF à jour Existence d'une fiche de vie des ECdF Existence de fiches de réparation des ECdF Dépenses effectuées pour la maintenance des ECdF/Budget prévu Proportion de formations notifiant au moins une alarme de température haute ou basse dans l'ECdF Nombre de doses de vaccins perdues pour cause de température inappropriée (PCV virée ou congélation) Nombre de supervisions réalisées par an <p>Les informations seront collectées à travers le rapport mensuel d'activités, les rapports de suppression, les rapports mensuels des dépôts sub nationaux etc...</p> <p>Les sources de financements des activités de maintenance proviendront de : l'Etat, l'UNICEF, l'OMS et GAVI.</p> <p>La mise au rebut des équipements obsolètes et irréparables sera faite conformément aux normes et procédures du ministère de la santé en matière de gestion des équipements (vente aux enchères, destruction,</p>

	<p>etc.)</p> <p>Cependant, pour des questions de protection de l'environnement, un cadre de réflexion sera mis en place entre les différentes parties prenantes, notamment le secrétariat général du gouvernement, le ministère de la santé et le ministère de l'environnement. Cette concertation devra cibler les actions pertinentes à mettre en place pour gérer le processus de déclassement et de recyclage des équipements à mettre au rebut, entre autres en préconisant la transformation par type de matériaux constitutifs de chaque équipement. Les équipements mis au rebut seront remplacés à travers les Plans d'actions annuels.</p>	
<p>5. Conception du système (tous les pays doivent répondre)</p> <p><i>Si le pays fait une demande pour la plateforme d'optimisation de l'ECF, indiquez également dans quelle mesure ces considérations en matière de conception du système ont eu un impact sur le choix d'ECF pour lequel le soutien de la plateforme d'optimisation de l'ECF est demandé.</i></p>	<p>Face à l'absence de fonds sécurisés pour l'achat du pétrole et des pièces de rechange, le manque de source d'énergie électrique fiable entraînant souvent des ruptures de la CDF, le pays a opté pour les réfrigérateurs et chambres froides solaires.</p> <p>Ainsi progressivement, les réfrigérateurs à pétrole seront remplacés par les réfrigérateurs solaires selon le plan de déploiement sur deux ans. Il est aussi prévu la solarisation des dépôts sub nationaux de Moundou et Sarh.</p> <p>Il sera mis en place un système de distribution fiable des intrants du niveau central vers les structures de vaccination. Ce système va reposer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le niveau central qui assurera l'approvisionnement et la distribution des intrants vers les dépôts sub nationaux ; ✓ Les dépôts sub nationaux qui assureront la distribution des intrants du PEV vers les districts sanitaires ; ✓ Les districts sanitaires qui assureront la distribution vers les centres de vaccination ; ✓ La supervision et le monitoring de la chaîne de froid sont assurés à tous niveaux. Il se fera à un rythme mensuel pour le niveau sub national et trimestriel pour le niveau central. 	
<p><i>Justification (par ex., par la GEV et d'autres documents justificatifs, audit, résultats de la PCA, examen du PEV, etc.)</i></p>	<p>Les activités planifiées conformément aux 5 fondamentaux notamment le renforcement de la coordination, la formation du personnel, l'équipement adapté, la mise en place d'un système de distribution fiable, contribueront à l'augmentation du score de la GEV</p>	
<p><i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i></p>	<p>En cas de demande de soutien à la plateforme d'optimisation de l'ECdF, incluez les indicateurs obligatoires : <i>(voir le guide de programmation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de disponibilité de stock des vaccins et Intrants • Proportion des chaînes du froid fonctionnelles • Taux d'approvisionnement à temps • Proportion de formation sanitaire en rupture de stock • Taux de perte des vaccins • Proportion de recommandations de la GEV 2015 mises en œuvre • Rapport de la GEV 2020 disponible • Proportion de districts utilisant les outils de gestion des stocks de vaccins et consommables (outil SMT/DVD-MT, registres de stocks, bon de commande et réception) 	
<p><i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i></p>	<p>1 AT de courte durée pour l'étude de dimensionnement pour la solarisation des dépôts sub nationaux de Moundou et Sarh.</p> <p>1 AT de longue durée pour un appui à la gestion logistique au niveau central et sub nationaux (sera assurée par le staff OMS/UNICEF).</p>	
<p><i>Budget indicatif avec soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation d'ECF (voir tableau 2.2) :</i></p>	Années 1 à 2	<i>Par ex. XX US\$</i>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

Objectif 6 : Améliorer la gestion et la coordination de la subvention (2019-2023)	
<i>Echéancier :</i>	2023
<i>Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :</i>	Au niveau de tout le pays
<i>Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la gestion de la subvention • Le système de contrôle et redevabilité est limité à tous les niveaux • Faiblesse dans le suivi de l'utilisation et de la justification des fonds
<i>Activités prioritaires (environ 5) :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des audits internes et externes du programme • Organiser une évaluation à mi-parcours et finale du RSS/JSP • Former le personnel impliqué dans la gestion financière et comptable • Finaliser la mise en place d'une Unité de Gestion des Projets (UGP) pour gérer les différents financements de la vaccination et de la santé en générale • Mettre à jour le manuel des procédures de gestion administrative et financière • Installer le logiciel Tom2Pro à l'UGP et la Direction du PEV (prise en charge dans le financement intérimaire)
<i>Justification :</i>	Les audits périodiques, le fonctionnement optimal de l'UGP et la formation du personnel ainsi que l'utilisation du logiciel de gestion comptable et financière contribueront à la bonne gestion et l'utilisation de la subvention
<i>Considérations relatives à la pérennité :</i>	La formation des fonctionnaires de l'Etat dans la gestion et la coordination, la mise en place de mécanisme de redevabilité et le renforcement de la gouvernance permettront d'assurer la continuité du fonctionnement du programme
<i>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion d'audits internes réalisés. • Nombre d'audits externes réalisé. • Proportion de personnel impliqué dans la gestion financière et comptable formé • Proportion de rapport technique et financier disponible • % des dépenses jugées inéligibles

<i>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</i>	AT (2) de 2019 à 202 Le programme a besoin de continuer à bénéficier de l'appui technique d'un économiste de la santé et d'un spécialiste de la gestion des programmes.

	Années 3 à 5	Par ex. XX US\$
--	--------------	------------------------

Liste des annexes :

Annexe 1 : Evolution de la couverture vaccinale dans la ville de N'Djamena (données administratives)

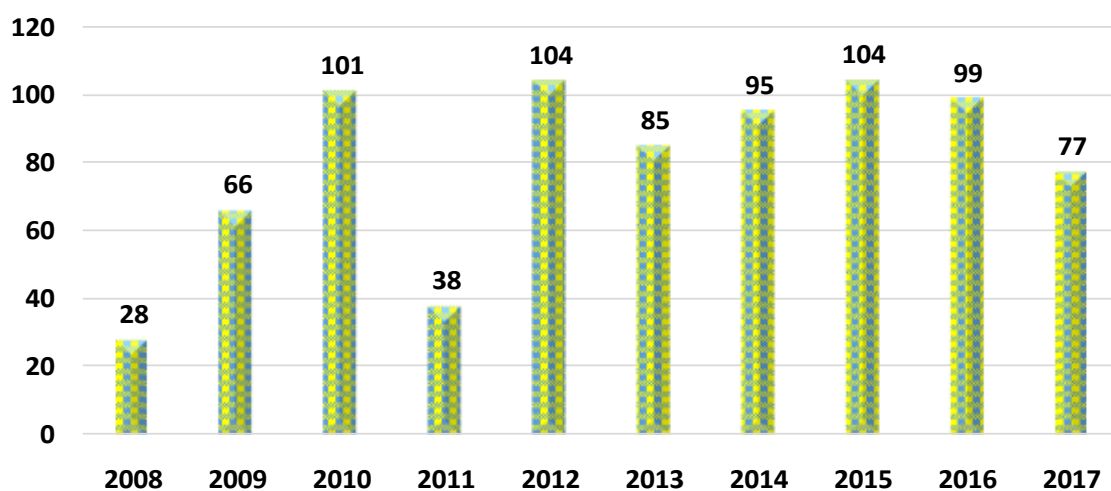


Figure 2 Evolution de la couverture vaccinale en PENTA 3 sur les 10 dernières années pour la ville de N'Djamena

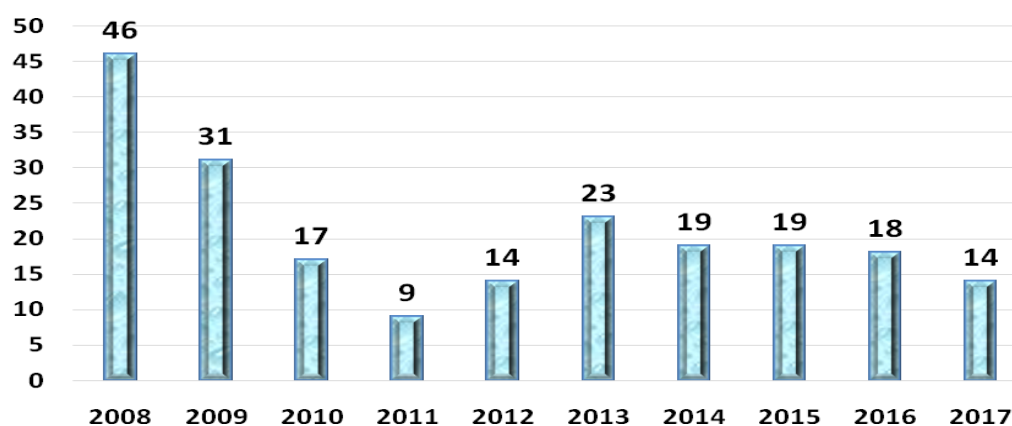


Figure 3 Taux d'abandon PENTA 1, PENTA 3 pour les 10 dernières années pour la ville de N'Djamena

Annexe 2 : Rapport de l'enquête de couverture 2017

Annexe 3 : Tableau sur le nombre d'enfant non vacciné au PENTA 3 pour les 12 régions (ECV de 2017)

N°	Régions	Enfant non vacciné	Pourcentage
1	Ouaddaï	26 496	8%
2	N'Djamena	24 969	8%
3	Wadi Fira	23 438	7%
4	Chari Baguirmi	22 064	7%
5	Hadjer Lamis	21 101	7%
6	Batha	20 804	6%
7	Mayo Kebbi Est	20 471	6%
8	Logone Oriental	19 567	6%
9	Logone occidentale	18 412	6%
10	Guera	17 049	5%
11	Dar Sila	16 673	5%
12	Lac	14 889	5%
Total	12 régions	245 933	76%

Annexe 4 : Tableau de 10 régions prioritaires couvrant 58 Districts et 821 Centres de santé

Régions	Districts	Centres de Santé	Population Total	Cible 0- 11 mois
BATHA	Ati	7	60 448	2 897
	Oum Hadjer	11	158 156	7 579
	Yao	12	110 910	5 315
	Alifa	7	112 451	5 389
	Assinet	10	89 264	4 278
	Djedda	3	54 014	2 588
	Koundjourou	4	84 908	4 069
Sous total DSP BATHA	7	54	670151	32115
CHARI BAGUIRMI	Massenya	14	176 680	8 467
	Dourbali	14	182 910	8 765
	Mandelia	18	179 587	8 606
	Bouso	11	118 202	5 664
	Ba Illi	8	130 330	6 245
	Kouno	7	42 945	2 058
Sous total DSP	6	72	830654	39805
DAR SILA	Goz Beida	16	278 117	13 327
	Am Dam	6	112 718	5 401
	Tissi	8	96 374	4 618
	Koukou Angarana	7	163 966	7 857
Sous total DSP	4	37	651175	31203
GUERA	Mongo	25	177 131	8 488
	Bitkine	18	234 251	11 225
	Melfi	12	134 069	6 425
	Mangalme	11	131 701	6 311
	Baro	7	62 743	3 007
Sous total DSP	5	73	739895	35456
LOGONE OCCIDENTAL	Moundou	21	455 509	21 828
	Laokassy	23	181 275	8 687
	Benoye	20	281 198	13 475
	Beinamar	16	91 344	4 377
Sous total DSP	4	80	1009326	48367
LOGONE ORIENTAL	Doba	21	165 070	7 910
	Bodo	16	139 392	6 680
	Beboto	13	67 695	3 244
	Bebedjia	23	136 947	6 562
	Gore	20	142 060	6 808
	Bessao	21	245 103	11 745
	Larmanaye	6	65 583	3 143
	Donia	11	85 592	4 102
	Kara	6	64 138	3 074
Sous total DSP	9	137	1111580	53268

MAYO KEBBI EST	Bongor	26	255 126	12 226
	Fianga	24	210 084	10 067
	Guelendeng	10	112 829	5 407
	Gounou Gaya	21	215 910	10 346
	Pont Carol	8	98 936	4 741
	Moulkou	10	124 034	5 944
	Youe	6	103 529	4 961
	Gam	10	51458	2274
Sous total DSP	8	115	1171906	55966
N'Djamena	N'djamena Centre	16	414 139	19 846
	N'djamena Est	16	404 745	19 395
	N'djamena Nord	13	181 355	8 691
	N'djamena Sud	16	591 991	28 368
	Toukra	10	185 624	8205
Sous total DSP	5	71	1777854	84505
OUADDAI	Abeche	27	385 129	18 455
	Abougoudam	21	105 531	5 057
	Abdi	20	146 925	7 041
	Adre	17	410 385	19 666
Sous total DSP	4	85	1047970	50219
Wadi Fira	Biltine	17	150 602	7 217
	Iriba	14	203 016	9 729
	Guereda	21	274 655	13 161
	Matadjana	15	29 373	1 408
	Arada	8	44 250	2 120
	Amzoer	7	61 034	2 925
Sous total DSP	6	82	762930	36560
TOTAL	58 DS	806	9 773 441	467 464

Annexe 5 : critères de sélection des régions prioritaires dans le cadre de l'approche graduelle.

Annexe 6 : Cartographie des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé Selon les axes du PNDS3 et sur la période 2018-2022 (voir Dropbox)

Annexe 7 : Rapport Suivi ACD 2017

Annexe 8 : PNDS 3 (voir Dropbox)

Annexe 9 : PPAC 2018-2022 (voir Dropbox)

Annexe 10 : Rapport évaluation RSS1

Annexe 11 : Rapport provisoire d'audit 2017

Annexe 12 : Plan stratégique de santé communautaire 2015-2018 (voir Dropbox)