

Formulaire abrégé de demande de doses supplémentaires

Principales caractéristiques et éléments à joindre au formulaire de demande :

1. La demande devra être approuvée par un fonctionnaire habilité du ministère de la Santé et du ministère des Finances.
2. La demande remplie doit être soumise à Gavi par e-mail (proposals@gavi.org, en ajoutant le SCM en copie), au plus tard le **30 janvier 2019**.
3. Documents justificatifs indiqués à la page 3 du présent formulaire

Justification

Veillez expliquer ci-dessous la justification de la demande de doses supplémentaires, y compris en lien avec les hypothèses antérieures

En tant que pays de la ceinture méningitique d'Afrique sub-Saharienne, le Tchad a été en proie à des fréquentes épidémies de méningite de type A, dont celle de 2011 une de plus importantes a été qui affecte 5,960 personnes. La campagne inaugurale de vaccination contre la méningite A a été organisée en 2011-2012 : elle ciblait les personnes âgées de 1 à 29 ans. En Juillet 2017, le vaccin MenAfriVac a été introduit dans la vaccination de routine. Il avait été planifié de mener une campagne de vaccination contre la méningite dans la foulée de l'introduction du MenAfriVac en PEV de routine en vue de renforcer l'immunité collective de la population en ciblant les cohortes qui n'étaient pas nées lors de la campagne inaugurale de 2011 (enfants de 1 à 7 ans). La campagne Men-A, initialement prévue pour mars 2017 pour couvrir une cible estimée à 3 512 839 enfants âgés de 1 à 7 ans n'avait pu être réalisée en dépit du fait que les vaccins MenA et les matériels d'injection ainsi que le fonds GAVI pour les coûts opérationnels étaient disponibles au niveau du pays et que les outils de gestion de la campagne étaient produits et les microplans élaborés. Le report à plusieurs reprises était dû à diverses raisons dont entre autres :

- Les discussions pour la révision du budget qui ont pris du temps avant que ce budget ne puisse convenir aux exigences de GAVI ;
- Le mois de Ramadan qui s'est étalé de mi-mai à mi-juin 2018 et qui n'était pas une période favorable pour mener des activités de grande ampleur parmi la population ;
- La saison des pluies débutant en juin période pendant laquelle les populations sont occupées aux travaux champêtres ;
- L'épidémie de rougeole notifiée en mai 2018 et requérant des actions urgentes de prise en charge des cas et de riposte vaccinale.

Pour mener cette campagne, les provinces ont été réparties en deux blocs : 12 provinces pour le premier bloc et 11 provinces pour le second. Par ailleurs, il a été retenu d'expérimenter le couplage de la

campagne de riposte contre la rougeole avec la campagne Men-A à N'Djaména.

Cependant, après la vaccination dans le premier bloc, il est apparu une insuffisance de vaccins pour couvrir le reste du pays à cause de l'accroissement de la population et de la vaccination des hors-cibles. De ce fait, il a été envisagé de répartir les provinces restantes en 2 sous-blocs : sous-bloc A de 7 provinces et sous-bloc B de 4 provinces. Il a alors été décidé de vacciner dans le sous-bloc A avec les vaccins restants et chercher des vaccins supplémentaires pour le sous-bloc B.

A l'issue de la vaccination dans les 7 provinces du sous-bloc A, la quantité restante de vaccin était de 175,000 doses de MenAfriVac. Dans le souci de ne pas perdre ce solde de vaccin, le Ministère de la santé a décidé de les utiliser dans la vaccination d'une des provinces du sous-bloc B, en l'occurrence la province de Salamat, choisie sur base de la taille de la population cible qui correspondait au reste des vaccins. La campagne de vaccination contre la méningite A dans la province du Salamata été conduite du 26 Janvier 2019 au 2 Février 2019. Selon les résultats préliminaires une seule région sur 18 a atteint l'objectif de 95% de couverture vaccinale (cf annexes). Actuellement, il reste 3 provinces à vacciner à savoir le Sila, le Moyen-Chari et le Mandoul et dont le besoin en vaccin est de 783404 doses pour une population cible estimée à 681 221. Une enquête de couverture vaccinale sera conduite dans les autres régions à la fin de leur campagne.

Contexte

La présente section doit résumer les informations pertinentes relatives au contexte, et notamment les suivantes :

(i) Contexte du pays

• Situation du pays

Le Tchad est un vaste pays de l'Afrique centrale d'une superficie de 1,284,000 Km², avec une population estimée à 16,918,566 habitants en 2019 et, un taux d'accroissement de 3,6% par an. Le pays a une population jeune (50,6% de la population a moins de 15 ans et 18,2% des enfants de moins de cinq ans). La proportion des femmes en âge de procréer (15-49 ans) est de 22,8% et le taux de naissance est de 44,5 pour 1.000 ; ce qui signifie que le nombre de naissances attendues par an est estimée à 752,876 (source : Projection INSEED). Le pays est parmi les plus pauvres du monde, classé 186ème sur 188 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD en 2014. L'espérance de vie à la naissance est de 54.5 ans pour les femmes et 51.7 ans pour les hommes (Wikipédia, données de 2016).

Malgré les contraintes, notamment la faiblesse du système de santé, l'insécurité dans plusieurs districts sanitaires due à des conflits dans certains pays voisins ainsi que l'accès limité aux services de santé, le Tchad a réalisé des progrès dans la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile. La comparaison des taux de mortalités néonatale, infantile et infanto-juvénile permet de constater qu'ils sont passés entre l'EDS 2004 et l'EDS/MICS 2014-2015 respectivement de 39 à 34 pour 1.000 naissances vivantes, de 102 à 72 pour 1.000 naissances vivantes et de 191 à 133 pour 1.000 naissances vivantes. Les principales causes des décès d'enfants de moins de cinq ans sont les causes néonatales, les maladies infectieuses dont celles évitables par la vaccination, la malnutrition et le VIH, tout ceci dans un contexte de faible accès aux services de santé.

• Contexte épidémiologique

Le Tchad est un pays de la ceinture méningitique en Afrique qui s'étend du Sénégal en Afrique de l'Ouest à la Somalie en Afrique de l'Est. Cette région est connue pour la survenue fréquente d'épidémies meurtrières de méningites dont la plus dangereuse est celle due au méningocoque de type A. Le Tchad,

avec l'appui de GAVI et des autres partenaires, a organisé en 2011 et 2012 une campagne inaugurale de vaccination couvrant l'ensemble du pays avec le vaccin MenA ayant permis de vacciner 8,686,026 personnes âgées de 1 à 29 ans. Après cette campagne de masse, le nombre de cas de méningite a significativement diminué comme le montre le tableau 1 ci-dessous. En 2011, le pays avait enregistré 5.960 cas suspects de méningite dont 111 cas positifs parmi lesquels 105 cas positifs pour la Men-A sur les 405 prélèvements testés au laboratoire. Depuis les campagnes de vaccination de masse avec le vaccin conjugué contre les méningites à méningocoques A (Men-A) conduites en 2011 et 2012, aucun cas de méningite dû au germe de type A n'a été rapporté au Tchad après 2013.

Tableau 1: Evolution de la méningite de 2010 à 2019

Années	Total Nombre de Cas	Total Echantillons prélevés	Echantillons positifs						
			Total	NmA	Pneumo	NmW135	Hib	NmX	Indéterminé
2010	3.058	272	27	22	5	0	0	0	0
2011	5.960	405	111	105	3	1	0	2	0
2012	3.795	345	70	57	6	4	0	3	0
2013	349	141	32	1	24	3	4	0	0
2014	217	85	16	0	12	2	2	0	0
2015	225	32	9	0	6	1	2	0	0
2016	206	22	28	0	21	1	5	1	0
2017	454	395	121	0	53	7	18	39	4
2018	401	365	118	0	65	14	15	19	4
2019*		68	14	0	6	5	2	1	0

* S1 à S5 de 2019

Source : Surveillance épidémiologique intégrée et Laboratoire HGRN

Fort de ces résultats encourageants, le pays, avec l'appui de ses partenaires, notamment l'Alliance GAVI, a introduit le nouveau vaccin MenA dans le PEV de routine et a planifié de mener une campagne de vaccination contre la méningite en ciblant les enfants de 1 à 7 ans constituant la cohorte des enfants nés après la campagne inaugurale de vaccination de masse de MenA en 2011 et 2012.

(ii) Contexte du programme

En révisant le PPAc 2013-2017 en 2014, pour l'adapter aux orientations du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) et au Plan Stratégique Régional pour la Vaccination (PSRV), le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires impliqués dans la vaccination ont développé le Plan Pluriannuel Complet 2018-2022 dont les principaux objectifs relatifs au contrôle de la méningite et d'autres maladies évitables par la vaccination sont présentés ci-dessous.

a. Quels sont les objectifs, les indicateurs clés et les résultats escomptés ? ;

- D'ici fin 2022, la CV de tous les antigènes au niveau de chaque district est d'au moins 80% et d'au moins 90% à niveau national

- Accélérer d'ici 2022, la lutte contre la polio, la rougeole, la méningite et le tétanos en organisant des AVS de qualité.
- D'ici 2022, 80% des DS/régions auront atteints les indicateurs majeurs de performance de la surveillance de la rougeole, de la méningite, du TNM et de la fièvre jaune.

Indicateurs clés

- Proportion des districts ayant atteint une couverture vaccinale $\geq 80\%$ pour tous les antigènes
- Couverture vaccinale nationale $\geq 95\%$ pour tous les antigènes
- Proportion de cas de méningite notifié investigué avec prélèvement
- Nombre de cas de MAPI notifié

b. Quelles sont les populations cibles supplémentaires spécifiques à atteindre (nombre exact de personnes) ? ;

Pour ce qui concerne la campagne contre la méningite A dans les 3 régions restantes (Sila, Mandoul et Moyen-Chari), le nombre d'enfants cibles (1 à 7 ans) à vacciner est de 681,221.

c. Districts/régions/états spécifiques à atteindre ;

Les districts à vacciner dans les 3 régions restant à vacciner sont les suivants :

Province sanitaire	District sanitaire	Population totale 2019	Population cible 1-7 ans (26% PT)	Besoins en vaccins	Besoins en boîtes de sécurité
MOYEN CHARI	Danamadji	196981	51216	58898	1 708
	Maro	110201	28652	32950	908
	Korbol	42070	10938	12579	322
	Kyabé	151930	39502	45427	1 337
	Biobé	93168	24224	27858	770
	Sarh	257277	66892	76926	2 270
Sous total Moyen Chari		851,627	221,424	234 658	7 315
MANDOUL	Koumra	186497	48489	55762	1 542
	Moïssala	179063	46556	53539	1 591
	Bouna	100791	26206	30137	819
	Bédjondo	263675	68556	78839	2 290
	Goundi	219511	57073		

				65634	1 871
	Bedaya	86143	22397	25757	640
	Bekourou	57501	14950	17193	465
	Sous total Mandoul	1,093,181	284,227	326861	9 219
	Goz-Béïda	288407	74986	86234	2 408
	Am-Dam	116889	30391	34950	881
SILA	Koukou	170033	44209	50840	1 371
	Tissi	99940	25984	29882	809
	Sous total Sila	675,269	175,570	201906	5 469
	Total des 3 provinces	2,620,077	681,221	783404	22 003

d. Quelles sont les mesures à mettre en œuvre ?

Compte tenu du délai d'approbation de la subvention et de la commande des vaccins (4-6 mois) et la difficulté d'accès dans les régions du Sila et du Moyen Chari en saison des pluies (Mai à Septembre) la campagne sera organisée en novembre 2019. 5 campagnes de vaccination contre la polio sont planifiées cette année dont 3 en février, mars et avril et les deux autres au dernier trimestre 2019.

La réussite de toute campagne dépend de la qualité des préparatifs et des leçons tirées des campagnes antérieures. Une partie de ces préparatifs a déjà été réalisée lors de la préparation de la campagne Men-A dans le bloc 1 et dans le sous-bloc A. C'est notamment la production et la multiplication des outils de gestion et des supports de communication ainsi que l'élaboration des modules de formation. Il n'y a pas de besoin d'appui spécifique.

Sur le plan logistique, il faudra dispatcher les vaccins et autres intrants nécessaires au bon déroulement de la campagne vers les régions et districts, puis vers les zones de responsabilité au plus tard une semaine avant le démarrage de la campagne.

Un briefing de remise à jour des connaissances des superviseurs du niveau central sera organisé. Ces derniers seront choisis sur la base de la performance démontrée lors de 2 campagnes antérieures. Ces superviseurs seront responsabilisés pour former les superviseurs du niveau régional et du niveau du districts et, avec ces derniers ils feront la supervision prospective pour évaluer le niveau des préparatifs au niveau des régions, des districts et des zones de responsabilité. Au niveau national, le suivi de l'état d'avancement des préparatifs sera fait par le comité national de coordination à l'aide de l'outil « SIAsReadiness Dashboard » mis au point par l'OMS.

Les vaccinateurs seront recrutés localement et formés par les superviseurs du niveau de district, appuyés par ceux du niveau central et provincial.

L'information de la population sur la campagne sera faite en utilisant plusieurs canaux : les spots et émissions radiodiffusés, les messages à travers les confessions religieuses et les organisations à base communautaire, les écoles, les mobilisateurs communautaires et les crieurs. Cette action d'information directe de la population sera appuyée par une action de plaidoyer envers les leaders politiques, traditionnels et religieux afin de renforcer leur engagement en faveur de la campagne de vaccination.

Le paiement des prestataires se fera par voie d'électronique (Tigo Cash, Express Union) – leçon tirée du paiement du district de Moundou.

e. Qu'est-ce qui a changé depuis la première approbation ? Quels sont les défis découlant de ces changements ? Quelles sont les interventions nécessaires pour faire face à ces changements ?

Depuis l'approbation du financement de la campagne Men A en 2016, le ministère à travers l'organe national de coordination multisectoriel (ministères d'éducation, élevage, communication, sécurité et association des chefs traditionnels et les organisations de la société civile) suit quotidiennement durant les campagnes l'évolution et les difficultés rencontrées sur le plan opérationnel et apporte des solutions promptement. A titre d'exemple dans les provinces du Lac, Ennedi Ouest et du Borkou où l'évolution de la campagne était très timide, une lettre signée par le directeur général du ministère de la santé adressée aux responsables sanitaires des provinces leur demandant des explications plausibles et des actions à entreprendre en urgence, avait résolu les problèmes.

À la suite de la directive du ministre de la santé tendant à garantir une transparence dans la gestion des fonds, le transfert électronique a été utilisé comme mode de paiement des prestataires à Moundou à titre expérimental avec la perspective de mise en œuvre à l'échelle nationale. Quoique garantissant la transparence et la facilité dans la justification des fonds, ce mode de paiement a entraîné une réticence de l'équipe cadre du district qui se sentait contournée et désobéie. Pour contourner cette difficulté, il va falloir instaurer des cahiers de charge entre les prestataires, le niveau périphérique et le niveau central.

Il s'est écoulé 2 années entre la planification de la campagne (2016) et sa réalisation (fin 2018). Pendant ce temps, il y a eu afflux des populations nomades en provenance du Nigeria et des réfugiés fuyant l'insécurité au Soudan et en République Centrafricaine. Cet afflux de personnes, couplé à la sous-estimation des besoins en 2016 (utilisation d'une proportion de la population cible au sein de la population générale de 22% au lieu de 26%), à l'accroissement naturel de la population pendant les 2 années d'intervalle ainsi qu'à la vaccination des enfants au-delà de la cible a été à la base d'un gap en vaccins qui n'a pas permis de vacciner toutes les provinces du pays comme cela avait prévu en 2016. Pour éviter qu'un tel problème ne se répète, le calcul de la cible dans les 3 provinces à vacciner a tenu compte de ces facteurs (populations nomades, réfugiés, proportion des enfants 1 à 7 ans de 26%)

f. Le cas échéant, indiquez la manière dont ces doses supplémentaires ont été administrées avant « la présente demande », ainsi que la précédente source de financement (autre donateur, gouvernement, etc.).

(iii) Comment cette demande s'intègre-t-elle aux autres programmes en cours ?

La campagne de vaccination contre la méningite offrira une opportunité de couplage avec la supplémentation en vitamine et de déparasitage des enfants au mébendazole.

Elle permettra également de renforcer le PEV de routine à travers l'identification (auprès de mères venues aux sites) des enfants de moins de 1 an non et insuffisamment vaccinés et la référence de ceux-ci vers les centres de santé pour recevoir les vaccins manqués.

(iv) Veuillez expliquer si cette demande traitera des questions de couverture et d'équité

Un accent particulier sera mis sur l'atteinte des populations difficiles d'accès, y compris les populations nomades, insulaires, et des zones insécures, afin de s'assurer que tous les enfants éligibles reçoivent une dose de vaccin anti-méningococcique au cours de cette campagne. Pour ce faire, une évaluation journalière du déroulement de la campagne sera organisée au niveau du comité national, des comités régionaux et de districts afin d'identifier les zones faiblement ou non atteintes et de pouvoir décider des actions appropriées permettant de les vacciner de manière efficace.

**(v) Bref résumé de l'engagement avec d'autres parties prenantes clés
(1000 mots maximum)**

Lors du Forum National sur la vaccination organisée en Mars 2018, plusieurs acteurs importants se sont engagés à soutenir les activités de vaccination afin de permettre à chaque de jouir de son droit à la vaccination, et notamment :

- Pour les gouverneurs de province : à assurer l'engagement et la participation de tous les acteurs concernés à la promotion de la santé et de la vaccination
- Pour les chefs traditionnels (sultans, chefs de canton) et les chefs de quartier : à assurer la gestion quotidienne du village/ quartier pour la promotion de la santé, la cohésion sociale et le développement
- Pour les confessions religieuses : à participer à la mobilisation sociale de la population en faveur de la population.

Les réunions de plaidoyer, mentionnées plus haut, serviront à raviver ces engagements au cours de la période de préparation des campagnes.

Par ailleurs, il est important de noter que le Gouvernement du Tchad au plus haut niveau s'est engagé à soutenir la vaccination : le chef de l'Etat a ordonné au Gouvernement de prévoir dans le budget une enveloppe de 3 milliards de Francs CFA pour l'appui à la vaccination et préside une réunion mensuelle sur la sante avec les différents acteurs impliqués.

La participation des autres secteurs (éducation, élevage, sécurité, communication, association des chefs traditionnels, société civile, etc.) aux réunions de l'organe national multisectoriel est une concrétisation de leur engagement en faveur de la vaccination. Les représentants de ces secteurs ont permis, chacun selon sa spécificité, de résoudre un certain nombre de problèmes opérationnels lors de 2 campagnes antérieures (refus des écoles, refus dans certaines localités, participation à la mobilisation de la population, etc.

Précédentes difficultés de mise en œuvre et enseignements tirés du soutien de Gavi/d'un autre partenaire dans votre pays, le cas échéant. Veuillez fournir des informations à jour sur les activités de vaccination complémentaires relatives au vaccin antiméningococcique A conjugué (Men A), les résultats,

les défis, et expliquez comment ces défis et enseignements tirés sont pris en compte dans la présente demande

(800 mots maximum)

La campagne de vaccination contre la méningite dans les 12 provinces du bloc 1 et dans 7 du sous-bloc A a permis de vacciner 3,179,944 enfants de 1 à 7 ans sur les 2,948,944 qui étaient attendus.

Cependant, lors de la campagne de vaccination contre la méningite A dans le bloc 1, certaines difficultés ont été observées, notamment :

- la vaccination des enfants hors-cible soit à cause de la confusion avec la cible de la riposte contre la rougeole dans les zones où ces 2 activités étaient couplées (N'Djamena), soit à cause de la pression exercée par les parents sur les vaccinateurs dans certaines localités pour que tous leurs enfants reçoivent le vaccin contre la méningite quel que soit leur âge.
 - le réapprovisionnement tardif des équipes en accumulateurs de froid dans certains sites de vaccination
 - la réticence de certains superviseurs à se rendre dans les localités difficiles d'accès
 - l'expérience de transfert direct de leurs primes aux membres des équipes de vaccination a été vécue par l'équipe cadre du district de Moundou comme une perte de leur pouvoir.
 - le refus de la vaccination dans une localité de la province de l'Ennedi Ouest
 - l'insuffisance des vaccins pour vacciner dans le reste du pays à l'issue de la campagne dans le Bloc 1.
- Cette insuffisance était due au fait que les estimations des besoins remontaient à 2016, que le calcul de la population cible était sous-estimé dès le départ (utilisation d'une proportion de 22% au lieu d'une proportion de 26%) et au fait que des enfants hors-cible ont été vaccinés.

Le problème de réapprovisionnement tardif des équipes de vaccination en accumulateurs était déjà résolu au cours de la campagne dans le bloc 1 à travers l'instruction faite aux médecins chefs de districts de faire un plan de réapprovisionnement des équipes en accumulateurs de froid toutes les 3 à 4 heures au cours de la journée.

Pour ce qui est de la sélection des superviseurs, dès la préparation de la campagne dans le sous-bloc A, celle-ci a été basée sur les performances démontrées lors de la campagne dans le bloc 1 : les superviseurs défaillants n'ont plus été alignés.

Pour ce qui est du transfert direct des primes aux équipes de vaccination, le niveau central informera davantage les équipes cadres de districts sur les bienfaits de ce mode de paiement et mettra en place un cahier de charges entre les prestataires, les équipes cadres de district et le niveau central. Ces mesures permettront de résoudre les frustrations.

La participation du représentant de l'association des chefs traditionnels et du représentant du secteur de l'éducation aux réunions journalières de suivi de la campagne a permis de résoudre le problème de refus massif de la vaccination contre la méningite qui avait été observé dans une localité de la Province de l'Ennedi Ouest ainsi que dans quelques écoles de N'djamena. La multisectorialité
Les calculs actuels du besoin en vaccin ont tenu compte de l'accroissement de la population depuis 2016, de la proportion des enfants cibles au sein de la population ainsi que des mouvements de la population. La formation des équipes de vaccination et des superviseurs insistera beaucoup sur le respect de la cible.

Données spécifiques relatives au vaccin :

Année	Nom et présentation du vaccin	Perte	Âge cible	Population dans la cohorte d'âge ciblée	Population cible devant être vaccinée selon le taux de couverture
2019	MenA10 doses	15%	1 à 7 ans	681 221	681 221

Source des données :

Forum National sur la vaccination au Tchad, Mars 2018,
 PPAC (Programme Pluriannuel Complet 2018-2022)
 PSN,
 Wikipedia, données 2016
 INSEED
 DSIS/MSP

Autres commentaires/recommandations (facultatif)

Veillez fournir toute information contextuelle supplémentaire relative à la demande (explications qui donnent des éclaircissements supplémentaires sur les éventuels liens, le suivi de routine, ainsi que toute considération ou donnée qui a renseigné la demande ou ses mises à jour).

La plupart des besoins en intrants (seringues de dilution, seringues autobloquante) sont disponibles. Cependant un besoin de 22.003 boites de sécurité existe.

Le taux de perte de 15% est utilisé ici car très souvent les équipes de terrain, malgré les instructions et le suivi, vaccinent les enfants en hors tranche d'âge.
 Le taux de perte est majoré pour tenir compte de la vaccination hors cible : les enfants hors tranche d'âge sont plus âgés (plus de 7 ans, pas les moins de 1 an) ; parfois les parent insistent pour faire vacciner leurs enfants, même si ils sont hors cible, et refusent de faire vacciner les enfants dans la cible si les aînés ne sont pas vaccinés ; ces enfant hors cible auraient dû en principe être vaccinés durant la campagne 2012, mais une partie ne le sont pas du fait des mouvements de populations d'autres pays (réfugiés) ou d'une non maitrise des dénominateurs ; il s'agit d'un problème récurrent au Tchad, malgré les formations et les supervisions.