|  |
| --- |
| Plan d’Introduction du VPI au Tchad. |
| Application pour l’introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le programme national de vaccination en 2015. |
| **Division de la Vaccination****10-sept.-14** |

TABLE DES MATIERES

[1. Justification de l’introduction du VPI et processus décisionnel national. 6](#_Toc397522407)

[2. Présentation générale du VPI 7](#_Toc397522408)

[2.1 Préférences vaccinales 7](#_Toc397522409)

[2.2 Homologation nationale 8](#_Toc397522410)

[2.3 Taille de la Population cible : 8](#_Toc397522411)

[3. Considérations liées à l’introduction et à la mise en œuvre 10](#_Toc397522412)

[3.1 Elaboration des politiques 10](#_Toc397522413)

[3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l’introduction du vaccin 12](#_Toc397522414)

[3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin 13](#_Toc397522415)

[3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national -Identification et résorption des gaps. 15](#_Toc397522416)

[3.5 Gestion des déchets et sécurité des injections 18](#_Toc397522417)

[3.6 Formation et supervision des personnels de santé 18](#_Toc397522418)

[3.7 Principaux risques et défis 20](#_Toc397522419)

[4. Analyse situationnelle du programme national de vaccination 21](#_Toc397522420)

[4.1 Contexte général du pays 21](#_Toc397522421)

[4.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexo-spécifiques et sociaux à la vaccination 26](#_Toc397522422)

[4.3 Conclusions des récentes évaluations de programmes 28](#_Toc397522423)

[4.4 Gestion des stocks 31](#_Toc397522424)

[5. Suivi-évaluation 31](#_Toc397522425)

[5.1 Outils de suivi des vaccins et de la vaccination : 31](#_Toc397522426)

[5.2 Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI). 32](#_Toc397522427)

[6. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale. 33](#_Toc397522428)

[6.1 Mesures destinées à sensibiliser les dirigeants politiques/ leaders d’opinion 33](#_Toc397522429)

[6.2 Processus d’élaboration stratégie de communication pour l’introduction du VPI 33](#_Toc397522430)

[6.3 Processus d’élaboration des matériels de communication 34](#_Toc397522431)

[6.4 Stratégies de communication. 34](#_Toc397522432)

**Résumé du plan d’introduction**

* **Justification de l’introduction du VPI.**

En réponse à la déclaration de l’Assemblée mondiale de la Santé (AMS) de 2012 faisant de l’éradication de la poliomyélite une urgence de santé publique mondiale, le Plan stratégique pour l’éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a été élaboré.

Ce plan, adopté par l’AMS en 2013,vise l’éradication de tous les types de poliovirus et prévoit l’introductiondu vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)et le retrait des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO).

L’introduction du VPI est d’autant plus justifiée dans le contexte du Tchad, que le pays a fait face entre 2010 et 2012 à une épidémie de poliomyélite et qu’il demeure a haut risque. En effet, le Tchad a déclaré 26 cas de PVS en 2010, 132 cas en 2011 et 5 cas en 2012.

Aussi, des cas de poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale de type 2 (cVDPV) ont été détectés dans le pays en 2010 (1cas), en 2012 (12 cas) et en 2013 (4 cas).

Le Tchad ayant souscrit aux engagements internationaux ci-dessous a décidé d’introduire le VPI en 2015 dans son programme national de vaccination.

La demande d’introduction du VPI dans le PEV, adressée à GAV, a été approuvée par le CCIA en sa session du 15 aout 2014.

* **Avantages de l’introduction du VPI.**

L’introduction du VPI dans le PEV systématique en association avec le VPO permettra de renforcer l’immunité contre les poliovirus et de consolider l’arrêt de la circulation des poliovirus sauvages et poliovirus dérivés du vaccin oral, avant le passage du vaccin oral trivalent au vaccin bivalent prévu en 2016.

Cette introduction du VPI sera une excellente occasion pour le renforcement du PEV de routine à travers le renforcement des capacités du personnel, le plaidoyer et la communication, l’amélioration continue de la qualité des données et du monitorage des activités de vaccination.

* **Stratégie d’introduction**

L’introduction du VPI est prévue sur toute l’étendue du territoire national et de façon simultanée à partir du mois de juin 2015.

Le Tchad opte pour la présentation de cinq(5) doses de VPI. Cette présentation aura l’avantage de réduire les occasions manquées de vaccination avec un taux de perte minimal et de pouvoir utilisée pour les séances de vaccination de faible taille.

Le VPI sera administré dans le cadre de la vaccination de routine, aux enfants à la 14eme semaine d’âge, en même temps que la troisième dose du VPO et du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib). Le VPI sera administré en intramusculaire au niveau de la cuisse gauche et le vaccin pentavalent au niveau de la cuisse droite.Les enfants 0-11 mois, reçus à l’âge de 14 semaines et au-delà, recevront une dose vaccin VPI avec  les autres vaccins éligibles calendrier vaccinal; aucun enfant cible ne recevra plus d’une dose de VPI.

* **Aperçu de la capacité en logistique et ressources humaines du programme de vaccination à introduire le VPI**

Le Tchad, avec l’appui de GAVI, a déjà introduit le vaccin pentavalent en 2008 sur toute l’étendue du territoire national**.** Les leçons tirées de l’évaluation de cette introduction seront prises en compte pour assurer l’intégration du VPI dans la vaccination de routine dans les conditions optimales

Le Tchad dispose d’un important appui technique constitué de staff de l’OMS et de l’Unicef, de STOPS teams et de consultants nationaux aussi bien au niveau central qu’au niveau des 6hubs (sous bureaux du pays). Ce personnel, initialement destiné à l’IEP, est fortement mis à contribution pour appuyer le niveau central et les ECD et CDR dans la planification, la mise en œuvre et l’évaluation du PEV et de la surveillance épidémiologique.

Aussi le staff national à tous les niveaux a commencé à bénéficier depuis 2013 d’un important programme de renforcement des compétences sur la gestion du PEV.

* la formation en MLM/PEV de 25 cadres du niveau central, régional et District ;
* la formation en PEV pratique des ECD et des responsables des CS dans 42 districts. Cette formation en PEV pratique se poursuit dans 10 DS présentement et sera étendue à tous les districts restants d’ici mi-2015 ;
* la formation des superviseurs de PEV des régions et des districts sur la chaine de froid et l’utilisation des Fridge tag ;
* une formation sur le DVD-MT et le DQS est en cours (2014),elle va concerner l’ensemble des régions et districts et permettra d’améliorer la qualité des données de vaccination.

Sur le plan logistique, le PEV qui disposait d’une capacité nette de conservation des vaccins au niveau central de moins de 10 mètres cubes en positive a vu sa capacité augmentée à 160 mètres cubes avec l’installation de 04 nouvelles chambres froides positives dans des nouvelles infrastructures ; le volume de stockage sec qui était d’environ 350 mètres cubes est passé à 1 500 mètres cubes.

Les dépôts sub-nationaux devront connaitre des améliorations allant à 10 mètres cubes en négatif à 40 mètres cubes de positif ; le pays devra compter désormais sur 5 dépôts au lieu d’un seul.

Il est à noter que les 65 dépôts des districts ont vu leurs capacités du stockage augmenter avec l’installation de 109 réfrigérateurs solaires de 100 litres.

 Cette capacité de conservation a été calquée sur les projections de l’introduction de tous les nouveaux vaccins, dont le VPI, proposées par la Région Africaine de l’OMS et tenait compte de l’accroissement de la population cible jusqu’en 2018.

D’autres acquisitions de CDF sont prévues en 2014 à travers les fonds GAVI, 16 congélateurs pour 8 DSR (2 par région) et 10 congélateurs pour les DS.

De tout ce qui précède, le pays disposera suffisamment de capacités de stockage à tous les niveaux pour une bonne introduction du VPI.

* **Brève description des activités préparatoires déjà réalisées ou à mettre en œuvre.**

Le comité technique d’appui au PEV (CTA-PEV) va coordonner et superviser tout le processus relatif à l’introduction du VPI dans la vaccination de routine. Il sera chargé de valider tous les documents techniques élaborés à cet effet.

Trois sous-commissions techniques, logistique et communication seront mises en place, dès après l’acceptation de la soumission par GAVI.

Chacune de ces commissions aura à élaborer sa feuille de route et rendra compte au CATPEV.

Les activités essentielles porteront :

* La mise à jour du PPAC et du Guide national du PEV ;
* La révision des supports et documents techniques de formation ;
* La production des supports et matériel d’IEC ;
* L’élaboration d’un plan de formation ;
* L’élaboration du plan de communication
* L’élaboration du plan logistique : acquisition et distribution des vaccins, supports, intrants et matériels ;
* L’élaboration d’un plan de supervision pré et pendant l’introduction
* **Cout d’introduction**
* Le budget total lié à l’introduction du VPI est 455.241.675 francs CFA soit **938 643 USD** dont **488 891 USD** représentent la contribution de GAVI soit **52%** et **449.751 USD** seront supportés par l’Etat et ses partenaires, soit **48%**.(Etat : 18%, OMS : 5%, UNICEF :7% et autres sources GAVI : 18%)
* **Défis principaux :** il s’agit de
* La faiblesse de la qualité des données de vaccination : la supervision formative du personnel, la mise à disposition régulière des supports et outils de gestion en quantité suffisante pourront contribuer à la production de données fiables. Le staff OMS-UNICEF de l’IEP continuera à être mis en contribution à cet effet.
* Taux d’abandon élevé : la mise de l’œuvre de l’approche ACD et de la dotation des ressources financières et de moyens roulants seront poursuivies en vue d’assurer une meilleure régularité des séances de vaccination. L’utilisation des relais communautaires pour la recherche des perdus de vue sera également renforcée.
* Vaccination des populations d’accès difficile : La vaccination des populations nomades et insulaires reste un grand défi : les activités spéciales de vaccination pour ces populations, déjà en cours depuis deux ans, seront poursuivies. Cependant des efforts financiers supplémentaires de la part de l’Etat et des partenaires sont nécessaires pour la mise en œuvre de ces activités spéciales de vaccination.
* Acquisition et installation équipements logistiques dans les délais :

Un suivi plus régulier des acquisitions sera fait par le CTA-PEV pour s’assurer de la mise en œuvre correcte des activités prévues pour éviter tout retard dans l’acquisition et l’installation des équipements. Un plaidoyer sera fait au CCIA si cela s’avère nécessaire pour lever d’éventuels goulots d’étranglements.

1. Justification de l’introduction du VPI et processus décisionnel national.

En réponse à la déclaration de l’Assemblée mondiale de la Santé (AMS) de 2012 faisant de l’éradication de la poliomyélite une urgence de santé publique mondiale, le Plan stratégique pour l’éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a été mis au point. Ce plan prévoit de s’atteler simultanément à l’éradication de tous les poliovirus qu’ils soient sauvages, dérivés de la souche vaccinale ou associés au vaccin.

En mai 2013, l’Assemblée mondiale de la Santé a adopté ce nouveau Plan Stratégique pour l’Eradication de la Poliomyélite qui, dans son objectif numéro deux, vise le renforcement des systèmes de vaccination de routine, l’introductiondu vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI)et le retrait des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO). En novembre 2013, le Groupe Stratégique Consultatif d’Experts sur la vaccination (SAGE) a recommandé d’ajouter au moins une dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique.

L’introduction du VPI est d’autant plus justifiée dans le contexte du Tchad, que le pays a fait face entre 2010 et 2012 à une épidémie de poliomyélite. En effet, le Tchad a déclaré 26 cas de PVS en 2010, 132 cas en 2011 et 5 cas en 2012.

Aussi, des cas de poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale de type 2 (cVDPV) ont été détectés dans le pays en 2010 (1cas), en 2012 (12 cas) et en 2013 (4 cas).

Depuis le pays a fait des progrès notables en arrêtant la circulation du poliovirus ; en effet le dernier cas de PVS a été notifié en juin 2012 et le dernier cas de c DVPV en mai 2013.

L’introduction du VPI dans le PEV systématique en association avec le VPO permettra de renforcer l’immunité contre les poliovirus et de consolider l’arrêt de lacirculation des poliovirus sauvages et poliovirus dérivés du vaccin oral, avant le passage du vaccin oral trivalent au vaccin bivalent prévu en 2016.

Cette introduction du VPI sera une excellente occasion pour le renforcement du PEV de routine à travers le renforcement des capacités du personnel, le plaidoyer et la communication, l’amélioration continue de la qualité des données et du monitorage des activités de vaccination.

* **Expérience acquise par le pays en matière d’introduction d’autres nouveaux vaccins et leçons apprises.**

Le Tchad, avec l’appui de GAVI, a introduit le vaccin pentavalent en 2008 sur toute l’étendue du territoire national.

L’évaluation post introduction du pentavalent, réalisée en avril 2009, avait montré l’implication des autorités au plus haut niveau. La révision de la politique nationale de vaccination et des outils de gestion et la cérémonie de lancement, présidée par la première dame ont été des facteurs de succès.

Elle a aussi souligné, toutefois, pour une prochaine introductionde :

* disposer d’un chronogramme détaillé des activités critiques ;
* d’assurer et de documenter la formation de qualité du personnel notamment des agents vaccinateurs ;
* de mettre en place à temps et en quantité suffisante tous les outils de gestion révisés jusqu’au niveau des centres de santé ;
* d’assurer une supervision précoce des acteurs pendant la phase d’introduction**.**

Tous les points ci-dessus seront pris en compte dans le présent plan d’introduction du VPI.

* **Niveau de Participation et décision d’introduction**

Le Tchad ayant souscrit aux engagements internationaux ci-dessous a décidé d’introduire le VPI en 2015 dans son programme national de vaccination. Cela s’est traduit dans l’élaboration du Plan opérationnel annuel du PEV (POA 2014) qui prévoit l’élaboration du plan d’introduction du VPI et sa soumission à GAVI d’ici septembre 2014. Le POA 2014 a été validé par le CCIA en sa session du 21 janvier 2014**,** présidé par le Ministre de la Santé publique**.**

Le présent plan d’introduction du VPI a été présenté aux membres du CCIA en sa session du 15 aout 2015, tenue dans les locaux du Ministère de la Santé Publique de l’Action Sociale et de la Solidarité Nationale. Cette réunion, tenue sous la présidence du Secrétaire d’Etat, en présence des partenaires, après avoir passé en revue les justificatifs, les activités et le cout d’introduction du VPI, a validé ledit plan. L’Etat et les partenaires se sont engagés à financer les couts requis en complément de l’allocation de GAVI.

1. Présentationgénérale du VPI
	1. Préférencesvaccinales

L’introduction du VPI est prévue sur toute l’étendue du territoire national et de façon simultanée à partir du mois de Juin 2015.

**Tableau I.** Présentation préférée du VPI et date estimée d’introduction

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Présentation préférée du VPI**  | **Mois et année de la première vaccination**  | **Seconde présentation préférée**  | **Troisième présentation préférée** |
| Flacon de 5 doses | Juin 2015 | Flacons de 1 dose | Flacons 10 doses |

Le Tchad, compte tenu de certains facteurs (zones à très faible densitédémographique, nomadisme, faible accès aux services de santé par endroit) opte pour la présentation de 5 doses de VPI. Cette présentation aura l’avantage de réduire les occasions manquées de vaccination avec un taux de perte minimal.

* 1. Homologation nationale

L’autorité du Ministèrede la SantéPublique de régulation nationale existe bel et bien au sein du Ministère (c’est la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires).

Une homologation nationale est nécessaire en plus de pré qualification OMS

Description de la procédure :

1. dépôt d’un dossier de demande d’homologation (AMM) au niveau du service d’enregistrement et de visa à la DPM ;
2. ce dossier doit êtretraité par le service compètent avant la soumission à la commission multisectorielle d’homologation pour avis ;
3. une fois l’avis de la commission est favorable, le MSP donne l’autorisation de mise sur le marché (AMM) ;
4. la durée de la délivrance est de 90 à 120 jours.

Le pays accepte la procédure d’enregistrement accélérée des vaccins pré qualifiées par l’OMS en cas d’urgence.Cela a déjà été fait avec l’introduction du vaccin pentavalent et la procédure pourrait être reconduite.

Le pays s’approvisionne à travers le circuit de l’Unicef, qui sous traite le dédouanement avec un transitaire agrée qui procède à un enlèvement direct. Ces livraisons ne connaissent pas du retard du fait de ces opérations.

* 1. Taille de laPopulation cible :

Le tableau ci-dessous indique les populations cibles de 2015 à 2018.

 Pour le calcul des besoins en vaccins un taux de perte de 30% (soit un facteur de perte 1.43) et des objectifs de couverture vaccinale administrative équivalents à ceux de la troisième dose du VPO3-Penta3 seront appliqués.

Pour l’année 2015, la cible portera sur une période de 6 mois

Un stock de sécurité (25%) sera pris en compte pour la première année d’introduction.

**Tableau II. Populations et cibles attendues**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | **Pop Totale** | **Naissances Vivantes** | **Survivants****(0-11mois)** | **Objectif de couverture vaccinale au VPI** | **Nombre de personnes devant recevoir le VPI par an** |
| **2015** | 13.588.935 | 556.941 | 502.606 | **85%** | **213.608**(cible de 6 mois pour introduction en Juin 2015) |
| **2016** | 14.072.956 | 576.991 | 520.699 | **87%** | **453.008** |
| **2017** | 14.579.583 | 597.762 | 539.444 | **90%** | **485.500** |
| **2018** | 15.104.448 | 619.282 | 558.864 | **90%** | **502.978** |
|  |  |  |  |  |  |

**Nb** : ces projections de couverture vaccinale ont été faites à partir des estimations nationales de la couverture du VPO3 et DTC3 (**80%, JRF2013**)et des données de populations mises à jour en 2013 par **le DSIS** (Division du Système d’information Sanitaire) à partir du dernier recensement national de 2009.

* **Méthode d’approvisionnement et de distribution**

L’approvisionnement se fera à travers la Centrale d’achat de l’Unicef selon le système mis en place depuis des années. La commande des vaccins est amorcée à la fin de chaque année pour l’année suivante et ce à travers un marché de gré à gré signé par le Président de la République et le représentant de l’UNICEF sur la base d’un mémorandum d’entente qui couvre généralement un an.

L’estimation des besoins en vaccins et matériels d’injections se fait en fonction des objectifs de couverture retenus au niveau national.

Depuis 1996, l’Etat achète les vaccins traditionnels du PEV de routine et assure régulièrement sa contribution au cofinancement avec GAVI pour les vaccins nouveaux et vaccins sous-utilisés.

Le système de distribution des vaccins et consommables s’effectuerade la façon suivante :

* Le niveau central reçoit les livraisons semestriellement ;
* Les dépôts sub-nationaux sont approvisionnés trimestriellement ;
* Les districts s’approvisionnent une fois tous les deux mois au niveau des dépôtssub-nationaux
* Les centres de santé se ravitaillent au niveau du district une fois par mois.
1. Considérations liées à l’introduction et à la mise en œuvre
	1. Elaboration des politiques

Le PPAC 2013-2017 n’avait pas pris en compte l’introduction du VPI. Il sera révisé d’ici la fin de l’année 2014 pour prendre en compte les orientations du Plan d’Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 et celles du Plan stratégique pour l’éradication de la poliomyélite et la Phase finale 2013-2018.

La politique nationale et le guide du PEV relatifs au calendrier vaccinal seront révisés pour prendre en compte l’adjonction du VPI, l’âge et la voie d’administration et le site d’injection.

La politique du Flacon entamé sera aussi révisée pour prendre en compte la présentation du VPI qui sera fournie au pays.

* **Changement du calendrier vaccinal**

Le VPI sera administré dans le cadre de la vaccination de routine, aux enfants (0-11 mois), en même temps que la troisième dose du VPO et du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib), à la 14eme semaine, comme indiqué ci-dessous :

Le VPI sera administré par voie intramusculaire au niveau de la face antéro-externe cuissegauche.Tenant compte des informations ci-dessus, le nouveau calendrier vaccinal se présentera comme suit

**Tableau III. Calendrier vaccinal et site d’administration des vaccins**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Age** | **Vaccins** | **Voie d’administration** | **Sites d’administration** |
| **Naissance** | VPO zéro | oral |  |
| BCG | Intradermique | Face interne avant-bras Gauche |
| **6 semaines** | DTC-Hepb-Hib1 + VPO1 | intramusculaire | Face antéro-externe de la cuisse droite |
| **10 semaines** | DTC-Hepb-Hib2 + VPO2 | intramusculaire | Face antéro-externe de la cuisse droite |
| **14 semaines** | DTC-Hepb-Hib3 + VPO3 | intramusculaire | Face antéro-externe de la cuisse droite |
| **VPI** | **intramusculaire** | **Face antéro-externe de la cuisse Gauche.** |
| **9 mois** | VAR | Sous-cutané | Bras gauche |
| VAA | Sous-cutané | Bras droit |

Les enfants, reçus à leur 14èmesemaine d’âge et au-delà, devront recevoir le vaccin VPI, même si ils sont à leur première dose de VPO (VPO1) ou à leur deuxième dose de VPO (VPO2), ceci pour éviter les occasions manquées de vaccination et un impact négatif sur la couverture vaccinale au VPI**.**

**Il est à noter que chaque enfant de la cible ne recevra qu’une seule dose de VPI. Ces aspects programmatiques et opérationnels seront pris en compte pendant la formation du personnel de santé.**

* **prestation intégrée ou d’autres interventions de santé.**

L’administration du VPI sera intégrée à ces interventions en vue d’augmenter la couverture vaccinale chez les enfants de 0 à 11 mois notamment lors des campagnes de vaccination intégrées aux enfants et femmes enceintes des populations nomades couplées à l’administration de Vitamine A, au déparasitage, la distribution de moustiquaires.

* 1. Mécanisme de coordination national pour faciliter l’introduction du vaccin

**Résumé des principales activités :**

* Validation du plan d’introduction ;
* Transmission du plan d’introduction et des documents requis à GAVI en septembre2014 ;
* Mise à jour du PPAC ;
* Elaboration du plan détaillé de mise en œuvre des activités des commissions technique logistique et communication ;
* Information officielle des ECR et ECD et partage avec elles des activités liées à l’introduction du VPI ;
* Révision du Guide National, révision des modules, production des supports et élaboration du plan de formation ;
* Reproduction des outils de gestion ;
* Reproduction des supports et matériels IEC ;
* Homologation et enregistrement du VPI ;
* Acquisition du VPI en Janvier 2015 ;
* Distribution des vaccins et outils de gestion ;
* Organisation des sessions de formation intégrées (technique-logistique et communication) ;
* Démarrage des activités de communication ;
* Lancement officiel de l’introduction du VPI ;
* Supervision de l’introduction du VPI en Juin 2015.

**Organes de coordination et de supervision de l’introduction du VPI**

La gestion de l’introduction du VPI sera assurée par le Comité technique d’appui au PEV (CTA/PEV). Ce Comité, présidé par la Direction Générale des Activités Sanitaires (DGAS) du MSP, sera chargé de la validation technique de tous les documents et guides actualisés, les activités et leurs plans de mise en œuvre relatifs à l’introduction du VPI.

Le CTA/PEV comporte en son sein trois commissions : technique, logistique et communication /mobilisation sociale.

La commission technique sera chargée de :

* de réviser les guides techniques et les modules de formation du personnel de santé ;
* d’élaborer le plan de formation et le calendrier de mise en œuvre ;
* actualiser les grilles de supervision, les indicateurs et le mécanisme de suivi de la couverture vaccinale du VPI, la base de données informatisée aux niveaux central et opérationnel le cas échéant ;

La commission logistique sera chargée de :

* Estimer tous les besoins nécessaires pour la vaccination ;
* élaborer : le plan d’acquisition et de distribution du VPI, des intrants et des outils de gestion à tous les niveaux ;
* assurer la reproduction de tous les outils et supports
* mettre en place les vaccins, intrants et supports au niveau opérationnel dans les délais impartis.

La commission communication /mobilisation sociale va développer tous les supports promotionnels et éducatifs destinés au personnel de santé et à la communauté sur l’introduction du VPI. Elle aura à développer le plan de mise en œuvre des activités de communication.

* 1. Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin
* **Préciser la méthode utilisée pour estimer ces coûts**

**Soutien financier de GAVI**

**Tableau IV :**Soutien financier GAVI

|  |  |
| --- | --- |
| Naissances Vivantes en 2015  | 572 063 |
| Taux forfaitaire | 0.85 USD/enfant né. |
| Total en USD | 488.891 USD |
| Total en CFA | 237 112 300 |

NB : 1 USD=485 Francs CFA

**Autres couts opérationnels**

Le calcul des couts opérationnels a été fait à partir des expériences acquises d’introduction de nouveaux vaccins en routine (vaccin pentavalent) et en campagne (MenAfrivac).

Les détails figurent dans l’annexe D**.**

**Résumé Budget** :

Le budget total lié à l’introduction du VPI est **455 241 675 francs** CFA soit **938 643 USD** dont **488 891 USD** représentent l’allocation de GAVI soit **52%** et **449 751 USD** seront supportés par l’Etat et ses partenaires, soit **48%** (Etat : 18% ; OMS : 5% ; UNICEF : 7%  et autres sources GAVI : 18%).

Les 18% représentent le cout d’acquisition de 20 réfrigérateurs solaires pour les centres de santé. Ce montant sera mobilisé à travers les autres initiatives GAVI dont bénéficie le Tchad (RSS, Approche Taillée sur Mesure, etc.)

La répartition des couts par rubrique est de :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités** | **Total CFA** | **Total US$** | **SOURCE DE FINANCEMENT** | **%** |
| ETAT | Allocation GAVI | OMS | UNICEF | GAVI- RSS |
| Techniques | 254 294 000 | 524 318 | 46657500 | 200 690 500 | 6 946 000 | - | - | 56% |
| Logistique | 108 025 875 | 222 734 | 28025875 | - | - | - | 80 000 000 | 24% |
| Communication | 46 045 000 | 94 938 | 8000000 | 15 525 000 | - | 22520000 | - | 10% |
| Evaluation | 46 876 800 | 96 653 | 1050000 | 20 896 800 | 15 000 000 | 9930000 | - | 10% |
| Total en CFA | 455 241 675 |  | 83733375 | 237 112 300 | 21 946 000 | 32450000 | 80 000 000 | - |
| Total en USD | 938 643 | 938 643 | 172646 | 488 891 | 45 249 | 66907 | 164 948 |  |
| % |  | % | 18 | 52 | 5 | 7 | 18 |  |

* 524.318 USD soit 56% pour les aspects techniques et la coordination;
* 222 734 USD soit 24% pour les aspects logistiques ;
* 94.938 USD soit 10% pour la communication.
* 96.653 USD soit 10% pour l’évaluation.

**Le vaccin VPI et le matériel y afférent seront entièrement financés par GAVI jusqu’en 2018.**

**La possibilité du cofinancement du VPI par l’Etat sera étudiée dans le prochain PPAC.**

**Tendance de financement voir PPAC (PPAC 2013-2017)**

En effet depuis quelques années le pays achète le vaccin traditionnel du PEVde routine et honore ces engagements dans le cofinancement des nouveaux vaccins et vaccins sous- utilisés. Malgré les progrès réalisés dans l’augmentation des financements du PEV parle Gouvernement, la maîtrise des coûts actuels et des tendances futures, le PEV demeure en partie dépendant du financement extérieur (GAVI, OMS et UNICEF).

Pour l’année 2011, le coût total du programme s’est élevé à 51 365 180 $USDdont 40 670 626 $ USD (79%) pour les coûts récurrents de routine, 572 573 USD (1%) pourles coûts en capital, 5 198 250 USD (10%) pour les coûts partagés et 4 923 732 $ USD (9%)pour les coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS).

Pour la période du PPAC 2013-2017, le budget global est estimé à 558 154 824 $USD. Lecoût d’un enfant complètement vacciné s’élèvera en moyenne à 250 $ USD. Le financementdu PEV augmente progressivement pour toute la période de projection en fonction notamment de l’introduction des nouveaux vaccins

* 1. Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national -Identification et résorption des gaps.
* **Capacités de stockage**

Les capacités de stockage en termes de volume brut disponible à chaque niveau sont fournies ci-dessous.

**Niveau Central**

**Tableau V**. Capacité de stockage au niveau central

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacité actuelle** | **Capacité à acquérir** | **Total après toutes les acquisitions** | **Capacité requise PEV de routine et AVS** | **Capacité requis pour le VPI** | **Préciser le gap en volume** |
| 40 000 litres | 0 litre | 40 000 litres | 31 811 litres | 6 278 litres | 0 litre |

**Niveau dépôt sub-national**

**Tableau VI**. Capacité de stockage des dépôts subnationaux

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacité actuelle** | **Capacité à acquérir** | **Total après toutes les acquisitions** | **Capacité requise PEV de routine et AVS** | **Capacité requis pour le VPI** | **Préciser le gap en volume** |
| Abéché 16 000 litres | 0 litre | 16 000 litres | 12624 litres | 1 188 litres | 0 litre |
| Moundou 10 000litres | 0 litre | 10 000 litres | 10 907 litres | 1 544 litres | 2 451 litres |
| Sarh10 000litres | 0 litre | 10 000 litres | 8 094 litres  | 1 158 litres | 0 litre |

En lisant le tableau ci-dessus l’on constate qu’il se dégage un gap de 2 451 litres au dépôt subnational de Moundou. En réalité il n’y a pas de gap à combler car les calculs sont faits sur la base de la réception des vaccins de la routine, ceux des AVS ainsi que le VPI en une seule fois. Compte tenu que la livraison se fera trimestriellement aux dépôts subnationaux, il n’y aura pas de gap et les capacités de stockage sont suffisantes pour recevoir le VPI.

**Niveau district**

Conformant au plan de revitalisation, tous les districts sont passés au solaire et ont été équipés entre fin 2013 et début 2014 de 92 réfrigérateurs solaires sans batterie de 100 litres pour augmenter la capacité de stockage des vaccins pour le PEV de routine.

Actuellement, 17 autres réfrigérateurs de même type sont en cours d’installation pour renforcer les capacités de certains districts sanitaires critiques à l’Est, au Sud et les districts ACD du pays. Les capacités de stockage à ce niveau seront portées à 100 litres pour certains districts et 200 litres brut pour d’autres selon la densité de la population.

**Les capacités de stockage seront suffisantes dans tous les 77 districts du pays pour recevoir le VPI.**

**Niveau centre de santé :**

A ce niveau, Tous les réfrigérateurs Sibir présentement utilisés dans les districts sanitaires seront redéployés dans les centres de santé soit 4 Electrolux et 51 Sibir.

32 réfrigérateurs solaires TCW 2000 SDD sont en cours d’installation dans 32 centres de santé dans les districts ACD

Ces acquisitions ajoutées aux 770 réfrigérateurs existantspermettront d’avoir une couverture de 88 % en CDF au niveau des centres de santé.

Le gap sera comblé à travers l’acquisition de réfrigérateurs sur les fonds RSS-GAVI de 2015.

En attendant, les centres ne disposant pas de centre vont utiliser la chaine de froid rapide, se ravitailler en vaccins au niveau du centre le plus proche pour mener leurs activités de vaccination.

**Acquisitions en cours du niveau Central**

**Tableau VII**: Acquisition en cours au niveau central

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Quantité | Volume brut |
| Chambre froide positive  | 3 | 120 m3  |
| Chambre froide négative | 1 | 20 m3  |
| Reprise 1 chambre froide négative (non homologuée) pour la fabrication des accumulateurs | 1 | 10 m3  |

**Acquisitions Niveau sub national en cours :**

**Tableau VIII**: Acquisition en cours au niveau subnational

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Quantité | Volume brut |
| N’Djamena | + Chambre froide positive | 1 | 40 m3 |
| Reprise 1 chambre froide négative nationale (non homologuée) pour la fabrication des accumulateurs | 1 | 10 m3 |
| Abéché | + Chambre froide positive | 1 | 40 m3 |
| Moundou | + Chambre froide positive | 1 | 40 m3 |
| Sarh | + Chambre froide positive | 1 | 40 m3 |

**Niveau Districts**

**Situation actuelle:**

Conformant au plan de revitalisation, tous les districts sont passés au solaire et ont été équipés entre fin 2013 et début 2014de 92 réfrigérateurs solaires sans batterie de 100 litres pour augmenter la capacité de stockage des vaccins pour le PEV de routine.

Actuellement, 17 autres réfrigérateurs de même type sont en cours d’installation pour renforcer les capacités de certains districts sanitaires critiques à l’Est, au Sud et les districts ACD du pays. Les capacités de stockage à ce niveau seront portées à 100 litres pour certains districts et 200 litres brut pour d’autres selon la densité de la population.

**NB** : Les réfrigérateurs existants dans les districts, à savoir : 55 réfrigérateurs seront déployés dans les centres de santé tandis que les 77 congélateurs MF 314 et les 40 Vestfrost MK 304 présents dans les districts seront renforcés par ceux des régions. Une commande de 36 unités est en cours sur les fonds RSSpour augmenter la capacité de stockage au niveau des districts.

**Situation au niveau des Zones de responsabilité/ Centres de santé.**

A ce niveau, Tous les réfrigérateurs Sibir présentement utilisés dans les districts sanitaires seront redéployés dans les centres de santé (4 Electrolux, 51 Sibir) qui déjà disposent de 770 réfrigérateurs dont 616 Sibir, 84 Electrolux et 70 d’autres types soit 88 % de couverture. 32 réfrigérateurs solaires TCW 2000 SDD sont en cours d’installation dans 32 centres de santé dans les districts ACD.

* **disponibilité des fonds nécessaires au niveau local pour payer l’électricité et assurer la maintenance des nouveaux équipements de la chaîne du froid.**

Les frais d’électricité des structures de santé à tous les niveaux sont toujours pris en charge par l’Etat.

Il existe au sein de la division de la vaccination, une section Maintenance au sein du service logistique. Cette unité est chargée de la maintenance de la chaîne de froid a tous les niveaux**.** Il est envisagé de la rendre plus opérationnelle en tenant compte de toutes les opportunités (ATM, RSS GAVI ….).

 A cet effet, 8 techniciens de la maintenance ont été identifiés et formes pour être déployé dans les dépôts subnationaux, malheureusement ce personnel n’a pu être affecte au niveau des dépôts subnationaux. La réflexion continue pour pallier à cette question cruciale. En l’état actuel des choses, le niveau central assure la maintenance en cas de besoin exprime par les régions et districts.

* 1. Gestion des déchets et sécurité des injections

La politique actuellerecommande en matière de la sécurité des injections, l’utilisation exclusive des seringues autobloquantes et/ou à usage unique (pour la dilution) ; les boites de sécurité pour la collecte des déchets et deux moyens de leur élimination: i) le brûlage et l’enfouissement, et ii) l’incinération.

Par ailleurs il convient de signaler que des réelles possibilités existent pour l’élimination des déchets avec l’usine de traitement des déchets base à Moundou. Une réflexion est en cours pour la contractualisation avec ladite usine en vue d’y insérer les déchets issus de la vaccination.

* 1. Formation et supervision des personnels de santé
* ressources humaines préalablement formées

Entre 2013 et 2014 ; des activités de renforcement des capacités du personnel ont été entreprises avec notamment :

* la formation en MLM/PEV de 25 cadres du niveau central, régional et District ;
* la formation en PEV pratique des ECD et des responsables des CS dans 42 districts. Cette formation en PEV pratique se poursuit dans 10 DS présentement et sera étendue à tous les districts restants d’ici mi-2015 ;
* la formation des superviseurs de PEV des régions et des districts sur la chaine de froid et l’utilisation des Fridge tag ;
* une formation sur le DVD-MT et le DQS est en cours (2014),elle va concerner l’ensemble des régions et districts et permettra d’améliorer la qualité des données de vaccination.

L’introduction du VPI sera une occasion de recyclage du personnel de santé sur le PEV avec un focus sur les implications programmatiques et opérationnelles liées à celle-ci.

* Révision et la mise à jour des modules sur la formation en PEV pratique :
* le calendrier vaccinal (Vaccins du PEV : âges d’administration, mode et voie et sites d’administration, MAPI) ;
* Gestion des vaccins : (Estimation des besoins en vaccins et conservation des vaccins-manipulation des vaccins et gestion des déchets) ;
* Remplissage des supports (cartes, fiches de pointage, Registres de vaccins, fiches de commande des vaccins, fiche de gestion des stocks) ;
* Monitorage (collecte, calcul et analyse des indicateurs du PEV : Taux de couverture vaccinale, perte, abandon)
* Communication en faveur du PEV.
* Plan de formation
* Formation d’un pool de formateurs au niveau central (PEV central et partenaires) ;
* Formation des ECR-ECD dans les 23 régions ;
* Formation des responsables des centres de santé dans les 77 Districts.

Le staff de l’OMS et Unicef dans les six hubs sera mis à contribution pour appuyer techniquement les séries de formation dans les régions et districts.

* Plan de supervision

La supervision se fait aux différents niveaux selon les normes ci-dessous:

Le niveau central supervise les ECR et les ECD tous les 3 mois ;

Les ECR supervisent les ECD une fois tous les 2 mois ;

Les ECR, ECD et les staffs OMS UNICEF (hubs) supervisent les responsables des centres de santé tous les mois.

**Dans le cadre de l’introduction du VPI**, il sera effectué une supervision d’une semaine à dix jours des ECR, ECD et des RCS pendant la phase d’introduction.

Cette supervision sera conduite par le personnel central du PEV et des partenaires pour s’assurer du niveau de préparation du niveau opérationnel et de l’application des directives et des normes et de tous les aspects programmatiques relatifs à l’introduction du VPI dans la vaccination de routine. Elle permettra d’apporter les mesures correctives nécessaires à tous les niveaux pour s’assurer de l’introduction réussie du VPI.

* 1. Principaux risques et défis
1. **Faiblesse de la qualité des données de vaccination et des couvertures vaccinales**

En 2012, l’enquête de couverture vaccinale réalisée avait mis en exergue la faiblesse des couvertures vaccinales valides et des écarts importants entre les couvertures administratives et les couvertures de l’enquête.

Cette situation était due entre autres causes à la non maitrise du calendrier vaccinal et au remplissage incorrect des supports de vaccination par les agents de santé.

Avec les formations en PEV pratique réalisées à partir de 2013, couplées à la supervision formative mensuelle des responsables des centres de santé, l’on note un début d’amélioration. Les efforts seront poursuivis pour le renforcement des capacités des ressources humaines, notamment par la formation des superviseurs PEV sur le DQS et DVD-MT. Il est prévu aussi la dotation de tous les districts en équipements informatiques pour permettre la production de données de vaccination de qualité.

La mise en œuvre de l’approche ACD, entamée en 2013, va se poursuivre en vue d’augmenter la couverture vaccinale, par le renforcement des capacités techniques logistiques et gestionnaires des agents de santé.

1. **Taux d’abandon élevés:**

Il demeure élevé entre la première et la troisième dose du pentavalent (17% en 2013) , ce taux atteint dans certains districts des chiffres extrêmement élevés (plus de 50%) : des efforts sont en cours avec la mise en place de l’échéancier dans toutes les formations sanitaires et l’utilisation des cartes doubles pour ramener le taux d’abandon à moins de 10% d’ici fin 2015 dans tous les districts. Les relais communautaires sont mis à contribution pour la recherche active des perdus de vue.

Aussi l’appui technique et financier pour les Districts va se poursuivre pour la mise en œuvre de l’approche ACD, ce qui permettra d’assurer une meilleure régularité des activités de vaccination notamment à l’endroit des populations éloignées et difficiles d’accès.

1. **Les populations d’accès difficile (insulaires et nomades) :**

La vaccination des populations nomades et insulaires reste un grand défi : les activités spéciales de vaccination pour ces populations, déjà en cours depuis deux ans, seront poursuivies. Cependant des efforts financiers supplémentaires de la part du Gouvernement et des partenaires sont nécessaires pour la mise en œuvre de ces activités spéciales de vaccination à l’endroit des populations nomades**.**

1. **Acquisitions logistiques**

La mise à disposition et l’installation des équipements déjà sur place et ceux commandés ne devrait souffrir d’aucun retard. Toutes les parties prenantes (Ministère et partenaires) devront prendre toutes les dispositions pour respecter les délais d’acquisition et d’installation des équipements à tous les niveaux.

1. Analyse situationnelle du programme national de vaccination
	1. Contextegénéral du pays

Le Tchad, un Etat continental sans accès à la Mer, est classé 5èmepays le plus vaste du Continent africain et couvre une superficie de 1 284 000 km². Il est limité au Nord par la Libye, à l’Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine et à l’Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun.

Le Tchad est divisé en trois zones climatiques :

* une zone saharienne couvrant 60% du territoire national  avec un climat désertique;
* une zone soudanienne, assez pluvieuse couvrant 10% du territoire ;
* une zone sahélienne, entre les deux premières zones, où se situe la capitale Ndjamena.

Le pays compte de nos jours 23 régions, 63départements et 251 sous-préfectures.

Suite au dernier recensement de la population et de l’habitat en 2009, le Tchad comptait 11 274 106 habitants avec un taux d’accroissement annuel de 3,6%. Ce qui donne en 2014, une population de 13 454 913 habitants.

Près de 80% de cette population vit en milieu rural, la population nomade étant estimée à 3,5%. La densité moyenne de 10,11 habitants au km2 cache des grandes inégalités régionales dont les plus extrêmes sont respectivement de 0,14 dans la partie désertique du Tibesti au Nord et 70,36 habitants/km2 dans le Logone Occidental au Sud.



**Figure 1** : Carte administrative du Tchad

1. **Situation sanitaire**

Les principaux indicateurs de santé ci-dessous, montrent qu’il reste encore beaucoup d’efforts à faire pour améliorer la santé des populations en général et celle des enfants en particulier :

* Taux brut de mortalité (TBM) 16,3 pour 1000.
* Taux de mortalité infanto juvénile 180 p. mille (MICS 2010)
* Taux de mortalité infantile : 109 pour 1000 (MICS 2010).

Chez l’enfant les causes les plus fréquentes de maladies et de décès sont respectivement le paludisme, les infections des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les autres maladies évitables par la vaccination. Le tétanos néonatal constitue également une cause importante de décès. La malnutritionet les maladies de carence (iode, vitamine A, fer) affectent préférentiellement les enfants et les femmes. Trente-neuf pour cent (39 %) des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance (Selon MICS 2010).

C’est pourquoi les autorités nationales ont pris de nombreuses initiatives pour améliorer l’accessibilité des populations aux services de santé, avec notamment la gratuité des soins pour tous les enfants de 0-5 ans.

Par rapport aux maladies cibles du PEV à éradiquer ou à éliminer, le Tchad fait encore face à des défis :

* La rougeole est présente sous forme endémo-épidémique : en 2013 le Tchad a notifié 226 cas de rougeole confirmés ;
* Le tétanos néonatal est encore présent avec 176 cas enregistrés en 2013 ;
* Par rapport à la poliomyélite, le Tchad n’a plus enregistré de cas de PVS depuis juin 2012, après la flambée entre 2010, 2011 et 2012 avec respectivement 26, 132 et 5 cas de PVS.
1. **Documents de Politique de Santé** :
* **La Politique Nationale de Santé** :

La politique nationale de sante a pour but d’accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité au Tchad.

Elle a été élaborée en 2007 et s’est fixée entre autres objectifs la réduction du taux de mortalité infanto-juvénile de 180 à 64 pour 1000 d’ici 2015.

* **Le PNDS II 2013-2015**

Il vise à assurer à toute la population l’accès à des services de santé de base de qualité. L’accent est mis en particulier sur les plus pauvres et les plus vulnérables.

Les objectifs stratégiques suivants sont déclinés dans le plan :

* Assurer la qualité des soins et l’accès aux services de santé à toute la population ;
* Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé ;
* Améliorer la performance du système d’information sanitaire ;
* Assurer la présence en RH en quantité et qualité dans les formations sanitaires ;
* Rendre les produits pharmaceutiques accessibles à toute la population ;
* Améliorer le parc des Infrastructures et des Equipements pour une meilleure prise en charge de la population ;
* Améliorer la gestion financière et l’accès des populations vulnérables aux services de santé.
* **Le PPAC 2013-2017**

Le TCHAD s’est engagé avec ses partenaires à mettre en œuvre le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2013-2017 pouratteindre les objectifs de 2015 de GIVS afin de donner à la vaccination sa juste valeur dansl’atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

Pour ce faire les efforts serontfaits pour assurer l’égalité d’accès de tous aux services de vaccination, augmenter l’utilisationdes services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, d’introduire de nouveauxvaccins et d’assurer l’intégration de la vaccination à d’autres interventions sanitaires.

En matière de couverture vaccinale, le Tchad vise à atteindre 90% pour tous les antigènes dans 80% des districts.

1. **Organisation du système de santé**

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

* ***Le niveau central:***

Le niveau central a pour rôle la conception et l’orientation de la politique nationale sanitaire du pays. Il est chargé d’élaborer les Plans, normes et directives, de mobiliser les ressources, de coordonner les différentes interventions des partenaires, de superviser, d’évaluer et de contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.

 A ce niveau le PEV est rattaché à la DSRV qui est sous tutelle de la DGAS.

* ***Le niveau intermédiaire:***

Il comprend les délégations sanitaires régionales qui sont au nombre de 23.

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

* ***Le niveau périphérique:***

Le niveau périphérique comprend 77 districts sanitaires fonctionnels sur 102 répartis entre les 23 DSR. Il y a en 2013, 1305 zones de responsabilité dont 1061 fonctionnelles, ce qui correspond à un taux de couverture sanitaire théorique de 81,30%.

Le district sanitaire couvre une population variant entre 100.000 et 250.000 habitants. Il est divisé enplusieurs Zones de Responsabilité (ZR). Chaque zone de responsabilité assure la couverture sanitaire d’unepopulation d’environ 10.000 habitants et comprend au moins un Centre de Santé (CS) (1er échelon) qui offreun Paquet Minimum d’Activités (PMA) répondant aux besoins essentiels et les plus fréquents de lapopulation. C’est à ce niveau (CS) que la vaccination est assurée.

Lesdifférentesstratégies de vaccination sont :

* Stratégie fixe : couvre la zone située dans le rayon de 5 kilomètres du centre de santé ;
* Stratégie avancée : au niveau des villages, quartiers situés dans une entre 5 et 15 kilomètres du centre de santé ;
* Stratégie mobile : elle couvre les localités situées dans un rayon de plus de 15 kilomètres.
	1. Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexo-spécifiques et sociaux à la vaccination
* **Analyse de la couverture vaccinale**

**Tableau IX**. Analyse de la couverture vaccinale en 2012-2013

|  |
| --- |
| **Tendances de la couverture nationale (pourcentage)** |
| **Vaccins**  | **Vaccins utilisés**  | **Population cible****(données ventilées par âge) en 2013** | **Couverture relevée (formulaire de rapport conjoint)** |
| **2013** | **2012** |
| BCG | BB-NCIPD Ltd | 564.556 (naissances vivantes) | 83% | 79% |
| VPO3 | HAFKINE BIO | 495.707(0-11mois) | 80% | 73% |
| DTC1 / Penta1 | SERUM INSTITUTE OF INDIA | 495.707(0-11mois) | 98% | 93% |
| DTC3 / Penta3 | SERUM INSTITUTE OF INDIA | 495.707(0-11mois) | 80% | 72% |
| Rougeole 1 | BIO FARMA | 495.707(0-11mois) | 79% | 69% |
| Anti amaril (Fièvre Jaune) | FIOTEC | 495.707(0-11mois) | 78% | 70% |

* **Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexo-spécifiques et sociaux à la vaccination**

**Tableau X**: Raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète (Revue PEV, Tchad, Avril2012).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Raisons de non vaccination ou de vaccinations incomplètes** | **nombre** | **%** |
| **manque d’information** |  | **40%** |
| manque d’information et communication (ne savais pas qu’il fallait retourner au centre de vaccination, ne savais pas quel jour il fallait retourner au centre) | 1458 | 23% |
| ne savais pas ou aller faire vacciner | 632 | 10% |
| peur des effets secondaire (l’enfant a eu une réaction au vaccin) | 425 | 7% |
| **QUALITE DE L’OFFRE DES SERVICES** |  | **33%** |
| éloignement du centre de vaccination | 1216 | 19% |
| indisponibilité des vaccins ou personnel de sante | 606 | 9% |
| temps d’attente trop long, mauvaise accueil | 203 | 3% |
| manque de confiance au personnel de santé | 131 | 2% |
| **obstacles** |  | **27%** |
| obligations sociales (j’étais occupé ala maison, des malades a s’occuper) | 473 | 7% |
| les activités économiques  | 444 | 7% |
| n’est pas décideur au sein de la famille | 396 | 6% |
| croyances religieuses (ma religion me l’a déconseille) | 194 | 3% |
| manque de moyen financier | 178 | 3% |
| peur de la sorcellerie | 83 | 1% |
| **TOTAL DES REPONSES** | **6439** |  |

**Sur le plan sexo-spécifique**, il n’existe pas de différence entre la couverture vaccinale des filles et celle des garçons selon l’enquête MICS de 2010. Cette question sera encore adressée durant l’enquête MICS prévue cette année en 2014 en vue de recueillir des données plus exhaustives.

* 1. Conclusions des récentes évaluations de programmes
* **Revue PEV, 2012**

**Problèmes prioritaires**:

* l’insuffisance de la mise en œuvre de l’approche ACD ;
* l’approvisionnement irrégulier en vaccins et autres intrants au niveau opérationnel du une mauvaise gestion ;
* l’insuffisance des supervisions formatives de qualité au niveau intermédiaire et opérationnel
* Non atteinte des enfants dans les zones de santé d’accès difficile, à l’instabilité et à une logistique insuffisante pour la mise en œuvre des activités

Les recommandations ont été prises en compte dans le PPAC 2013-2017 et traduites dans les plans de mise en œuvre (POA) de 2013 et de 2014.

**Tableau XI**: Etat de mise en œuvre des recommandations de la Revue PEV, Tchad, Avril2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recommandations** | **Etat de mise en œuvre**  | **Observations** |
| **Renforcement de la Gestion du Programme** | Utilisation des acquis de l’IEP pour le renforcement de la vaccination de routine :ressources humaines déployées par les partenaires composés du staff de l’OMS et de l’Unicef, des consultants nationaux et des Stop Team CDC/OMS (156 dont 48 internationaux) pour la polio qui appuient techniquementles activités de routine. | Ce staff appui tout le processus de micro -planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation du PEV de routine dans les Districts sanitaires. |
| **Renforcement des capacités** | Organisation d’un cours MLM en2013 : 33 agents du niveau central, des Régions et Districts ont bénéficié de cette formationFormation en PEV pratique en 2013: 208 formateurs et 1567 RCS et RPEV de ZR formés dans 42districts. | Deux sessions de MLM sont programmées pour 2014.La formation PEV pratique se poursuit en 2014 et va couvrir les 30 districts restants. |
| **Mise en œuvre de l’approche ACD et d’autres stratégies novatrices.** | * ACD : 40 Districts prioritaires ciblés en 2013 ont reçu un appui financier du Gouvernement, de l’OMS et de l’Unicef. Ces districts ont aussi organisé des activités de vaccination intensifiées (AVI) en fin d’année 2013.
* Stratégies spéciales : en 2013, 07 séances de vaccination ont été organisées (avec tous les antigènes) pour les populations nomades, insulaires et déplacées.
 | - la mise en œuvre de l’ACD se poursuit en 2014 avec l’enrôlement de 10DS portant le nombre total de DS prioritaires appuyés à 50- La vaccination des populations nomades et des populations insulaires et frontalières avec le Nigeria se poursuit en 2014. |
| **Renforcement de la Gestion des vaccins et de la Logistique.** | * 07 chambres froides positives de 40 m3, 141 réfrigérateurs solairesde 100 l ont été reçus et installes
* 80 motos ont été livrées aux régions

du lac et du moyen Chari.* 137 motos dans les districts ACD en complément de 80 motos livres en 2012
* 4 véhicules 4x4 en complément de 20 livres en 2012
 |  |
| **Renforcement de la communication** | - Utilisation des relais pour la recherche des enfants perdus de vue a commencé.- Formation en CIP des responsables des ZR et DS des Régions de Ndjamena et Chari-Baguirmi- Production des supports de communication, boites à images |  - Le Renforcement des structures communautaires est inscrit dans le Plan d’action 2014 |

* **Evaluation de la Gestion des Vaccins (EGV) , 2010**

La première évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) menée en 2010 a révélé les insuffisances relatives à la gestion de vaccins au Tchad. Aucun critère n’était satisfait tant au niveau central que celui de la périphérie.

**Constats majeurs EGV 2010** :

* Faiblesse très prononcée dans l’acheminement des vaccins et des consommables (critères : E6 : 27%, E7 : 16%, E8 : 39%)
* La maintenance insuffisante, pas de prévision et plans effectifs de la maintenance tant préventive que curative: (critère : E5 : 36%)
* Le monitorage de température insuffisant : les relevés irréguliers et insuffisants plages des températures sont en souffrance à tous les niveaux ; aucune action n’est entreprise en cas d’écarts importants (test d’agitation, réglage de températures critère : E2 : 51%)
* La capacité de stockage insuffisante et chaine du froid moins décentralisée (critère : E3 : 43%)
* Les conditions de stockage et de conservation ne sont pas satisfaisantes (critères : E6 : 27%, E7 : 16%, E8 : 39%)
* Pas de concordance entre couverture vaccinale et utilisation des vaccins(critères : E8 : 39%, E9 : 56%)
* Il n’existe pas de politique effective de gestion des déchets contondants (critère : E8 39%)

**Etat de mise en œuvre des recommandations de EGV de 2010**

**Distribution :**

* Le PEV a été doté d’un camion frigorifique ce qui peut solutionner pas mal des problèmes jadis constatés.
* Le PEV a également équipé vingt (20) districts sanitaires en véhicule 4x4 en 2012 sur les fonds de l’Etat, Cinq véhicules sur fonds des partenaires.
* La répartition du pays en pools d’approvisionnement a été adoptée avec la construction de quatre dépôts subnationaux.

**Gestion de vaccins :**

Le monitorage de température pour action a été instauré par la formation de tous les superviseurs PEV (23) des régions et ceux des districts (65) de même que la dotation de structures en outils électroniques de suivi notamment les Fridge-Tag.

**Maintenance :**

Un stock de pièces de rechange a été constitué avec l’appui UNICEF et les voyages de réparation financés pour remettre les appareils en panne sur pieds.

Des nouvelles politiques ont été adoptées tendant à amoindrir les pannes à travers la conversion d’achat vers les appareils solaires de deuxième génération.

Les pièces détachées de chambres froides ont été achetées, la formation des techniciens effectuée et les supports techniques rendus disponibles.

**Capacité de stockage magasins secs :**

Un plan de réhabilitation des bâtiments du dépôt central est en cours de finition

Le volume de stockage sec qui était d’environ 350 mètres cubes est passé à 1 500 mètres cubes avec l’acquisition des quatre chambres froides au niveau central.

Au niveau intermédiaire les dépôts subnationaux en cours de finition devront connaitre des améliorations allant à 10 mètres cubes en négatif 40 mètres cubes de positif.

* 1. Gestion des stocks
* La gestion informatisée des stocks avec les outils SMT et DVD MT sera étendue à tous les Districts d’ici fin 2014. La formation des acteurs principaux sur l’utilisation du DVD MT et l’acquisition d’équipements informatiques pour tous les districts devront améliorer la gestion des données de vaccination et des vaccins.
* un plan d’approvisionnement en vaccins et consommables est élaboré chaque année à partir de l’outil forecast, ce qui permet d’avoir une disponibilité permanente en vaccins et consommables au niveau central et intermédiaire. Les procédures standards de réception des vaccins et consommables et du transport de l’aéroport/port jusqu’au dépôt central sont généralement respectées.
* Selon le niveau, les rythmes d’approvisionnement sont les suivants :
* Le niveau central tous les 6 mois ;
* Le dépôt subnational et/ou régional tous les 3 mois
* Le district tous les 2 mois ;
* Le centre de santé tous les mois.

**L’introduction du VPI ne va pas modifier le rythme d’approvisionnement des vaccins et consommables**.

1. Suivi-évaluation
	1. Outils de suivides vaccins et de la vaccination :
* **Mise à jour des Outils**

Dans le cadre da mise en œuvre du POA PEV 2014, tous les supports ont été révisés et validés par la coordination nationale du PEV avec l’appui des partenaires. Cette révision a permis d’améliorer la qualité des outils de gestion du PEV mais aussi d’intégrer le VPI.

La courbe d’auto- monitorage sera mise à jour pour intégrer le suivi de la couverture vaccinale au VPI et sa comparaison avec la couverture de la troisième dose du pentavalent.

La reproduction des supports en quantité suffisante est envisagée pour assurer une collecte régulière et continue des données de vaccination.

Les outils informatisés notamment le DVD MT seront aussi mis à jour pour prendre en compte le VPI.

* **Indicateurs et mécanismes de Suivi**
* Les principaux indicateurs de performance du PEV de routine, prenant en compte le VPI, seront suivis mensuellement à tous les niveaux (centre de santé, District et niveau central). Il s’agit notamment des indicateurs relatifs à la couverture vaccinale par antigène, au taux d’abandon, au taux de disponibilité des vaccins et au taux de perte par antigène, proportion des DS ayant connu une rupture des vaccins.
* Les mécanismes de suivi seront les supervisions, les réunions de monitorage, les réunions d’harmonisation et de validation des données, les réunions bilan semestriels.
* La surveillance épidémiologique sera renforcée en vue de s’assurer de l’impact de l’introduction du VPI notamment en termes d’absence de tous les poliovirus sauvages ou dérivés du vaccin.
* une évaluation externe post-introduction sera effectuée dans les 6 à 12 mois suivant la date d’introduction du VPI dans la vaccination de routine.
	1. Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).
	+ **Politique Nationale.**

Il existe un service de pharmacovigilance au niveau de la DPML créé par l’Arrêté Ministériel No 035/ en date du 10 février 2012 ; ce service n’est pas encore fonctionnelmais les dispositions sont en cours pour le redynamiser.

Au niveau Central, il existe un Comité National de gestion des MAPI. Le comité a pour mission de contribuer à :

* Participer à l’élaboration/adaptation des documents et outils de surveillance des MAPI ;
* Assurer le monitoring de la surveillance MAPI (détection, notification, prise en charge, investigation) au niveau national en collaboration avec les différents points focaux des hôpitaux et les équipes à tous les niveaux) ;
* Organiser et faciliter l’investigation et la prise en charge des cas suspects de MAPI graves en collaboration avec les experts concernés ;
* Organiser et faciliter le transport des échantillons biologiques des cas suspects de MAPI graves des hôpitaux vers le laboratoire national de référence;
* Organiser les réunions / contacts des membres du comité d’experts pour l’investigation et l’évaluation des cas de MAPI graves ;
* Assurer le secrétariat du comité national d’experts MAPI, incluant la proposition d’un agenda des réunions et la rédaction du compte - rendu des réunions ;
* Constituer l’interlocuteur des points focaux des hôpitaux, du comité d’experts et des partenaires (OMS, AMP,…) pour les MAPI.
* Statuer sur les cas graves et déterminer les besoins d’analyses complémentaires au laboratoire national et/ou laboratoire international ;
* Faire la classification finale des cas de MAPI ;
* Rédiger le rapport final de la surveillance des MAPI ;
* Restituer le rapport de la surveillance au Ministre de la santé.
* Il faut reconnaitre que ces missions dévolues au comité de gestion n’ont été opérationnelles que pour la campagne MenAfrivac et campagne anti rougeoleuse.
* **Processus et les procédures de suivi des manifestations, régional/provincial et national** :

La surveillance des MAPIS liées au VPI va suivre les mêmes procédures que celles des autres vaccins du PEV de routine. Elle va utiliser les mêmes supports, ressources et canaux de notification des vaccins de routine.

La surveillance des MAPI au niveau opérationnel est assurée par les agents des centres de santé et les points focaux chargés de la surveillance épidémiologique qui sont disponibles à raison de 2 à 3 District.

Les ECDR, ECD et des RCS ont déjà bénéficié de formation, pendant les campagnes de vaccination, sur les procédures de notification et d’investigation des MAPI.

1. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale.
	1. Mesures destinées à sensibiliser les dirigeants politiques/ leaders d’opinion

Un plaidoyer sera développé à l’endroit des autorités administratives, des leaders d’opinion locaux, des responsables d’associations professionnelles de la santé (ordre des médecins, des sages-femmes et paramédicaux, etc.) ainsi que les inspecteurs et instituteurs en milieu scolaire, autres associations dans les districts à travers leurs démembrements pour susciter leur engagement en faveur du PEV de routine et autour du plan stratégique de la phase finale de l’éradication de la polio. A cet effet, des supports de communication intégrant l’introduction du VPI dans le PEV de routine, des kits de plaidoyer et de media seront produits et distribués.

* 1. Processus d’élaboration stratégie de communication pour l’introduction du VPI

L’introduction du vaccin poliovirus inactive (VPI) donne l’opportunité de promouvoir la vaccination de routine. En termes de communication, la stratégie pour l’introduction de VPI sera intégrée dans la stratégie plus globale de promotion de la vaccination de routine suivant comme guide le PEV Plan of Action (POA). Cette approche signale une transition de la « logique de campagne », avec l’accent sur la stratégie porte-à-porte, ou on « pousse » vers la communauté, à une logique de communication pour le PEV, ou on essaie de « tirer » la communauté vers les services de santé. Autrement dit, il sera nécessaire de faire la transition de « Polio au-delà en dehors du PEV » au « Polio *dans* le PEV, » avec le VPO et VPI en promotion au même titre que les autres antigènes.

* 1. Processus d’élaboration des matériels de communication

Pour l’introduction du VPI, le calendrier vaccinal sera modifié dans les supports de communication qui sont orienté vers les publics principaux 1) la communauté, 2) les agents de santé, et 3) les leaders politiques, administratives et d’opinion.

Un atelier de conception regroupant les acteurs à tous les niveaux sera organisé pour :

* Valider les types de supports et messages et les quantités
* Proposer et valider le contenu de chaque support (texte, images, couleurs)
* Planifier un pré test des outils auprès des cibles (populations et prestataires)
* Elaborer un plan media ciblant les journaux et radios (aussi en langues)
* Elaborer la grille de distribution des supports

L’atelier de conception servira pour créer ou adapter les matériels et formations pour la communication, qui suivront une approche holistique, » visent la cote « offre » (services et agents de sante) ainsi que la cote « demande » (grand public, leaders d’opinion, société civile, etc.). Pour l’introduction du VPI, le calendrier vaccinal sera modifié dans les supports de communication.

Pour la préparation de l’atelier pour développer des outils de communication pour l’introduction du VPI et en promotion du PEV de routine il y aura deux actions clefs :

* Analyse de résultats de l’enquête de couverture vaccinale (N’Djamena, Juin, 2014), avec accent particulier sur les réponses aux questions des pages 2 et 3 sur l’information, opportunité et motivation pour deux groupes cibles : 1) ceux qui vaccinent complètement leurs enfants, et ceux qui ne commencent pas ou complètent pas le cycle de vaccination 0-11 mois.
* Recherche qualitative (groupes focaux, etc.), rapide et décentralisé pour mieux comprendre les perceptions à l'égard des injections multiples et l'acceptation du VPI ; défis et avantages des injections multiples, basée sur l’expérience avec « contact 5 » (VAR + VAA).
	1. Stratégies de communication.
* **Pour les agents de santé (côté offre)**
* **Opérationnelle :** Pour bien orienter les agents de sante sur l’aspect technique de l’introduction du VPI - combien de doses par flacon location de piqure, etc. et aussi comment trouver les communautés mobiles (nomades). (Outils : Listes de numéros de leaders nomades, calendriers de transhumances, fiches techniques, aide-mémoires, etc.).
* **Interpersonnelle :** Pour améliorer l’accueil donné aux parents, et la qualité et fréquence d’information donnée aux parents par rapport au calendrier vaccinal, effets secondaires possibles, raisons pour OPV et IPV au même temps (Contact 4 à 14 semaines) ; l’importance de compléter le cycle de vaccination (effets cumulatifs) ; et l’importance promouvoir « l’immunité de population » (effets collectifs). Les parents seront encouragés par les agents de santé de contribuer aussi comme agents de sensibilisation dans leurs communautés) (Outils : Fiches techniques, aides- mémoires, etc.).
* **Pour la communauté (côté demande)**
* **Informative:** Pour ceux qui acceptant la vaccination sans problème et qui n’ont pas de barrières autre que l’information pour accéder aux services de santé. Aussi pour ceux qui peuvent aider dans la sensibilisation une fois équipé avec l’information nécessaire et accessible (leaders d’opinion, société civile)
* **Persuasive:** Pour motiver d’avantage ceux qui sont indifférents ou résistants
* **Motivationnelle :** Pour promouvoir les bénéfices de la vaccination, la nécessité de compléter le cycle de vaccination, et aussi inviter les parents de devenir des agents de sensibilisation dans leurs quartiers et communautés (Pour protéger tes enfants, veillez que les enfants de voisins soient aussi vaccinés et protégés.)

En anticipant les cas possibles de MAPI ou décès qui coïncide avec la vaccination, il y aura un plan de communication de crise intégré dans le plan de communication pour le PEV, qui traite aussi les rumeurs. (Une fiche sur les rumeurs existe déjà et sera adaptée pour l’introduction du VPI).

* **stratégie intégrée de communication PEV/IPV**
* **Formation et sensibilisation des équipes cadres et agents de santé**

Les prestataires de soins de santé représentent l’une des principales sources d’information des parents/gardiens qui leur font confiance (Enquête CAP de 2012). Ils ont un rôle important à jouer pour dissiper les craintes des mères sur les injections multiple et à comprendre les avantages des vaccins, les maladies cibles du PEV, et le calendrier vaccinal.

* **Sensibilisation des réseaux et organisations de la société civile**

La société civile sera partenaire dans la mobilisation sociale pour le PEV de routine. Les partenaires qui appuient déjà les campagnes de vaccination (associations des femmes, Conseil Supérieur des Affaires Islamique, etc.) seront impliqués dans la promotion de PEV de routine et du VPI.

* **Autres activités pour la promotion de la vaccination de routine**

Activités pour la promotion de PEV de routine sont actuellement en cours et vont continuer pendant les années 2014 et 2015. Dans les activités de promotion pour le PEV sont inclus les messages et pièces théâtrales pour radio et aussi des messages « 5 Contacts » par SMS.

* **Cérémonie de lancement**

Un plaidoyer sera fait pour obtenir le soutien et présence du plus Haut sommet de l’État pour le lancement officiel, qui aura lieu en Juin 2015. Pour assurer une bonne et vaste couverture médiatique du lancement et de l’introduction du VPI, une café presse sera organisé et des kits media seront distribuer au représentant des organes de presse. La presse sera également invite à des activités intégrées de lutte contre la maladie dont la vaccination fera partie.