

REPUBLIQUE TOGOLAISE



MINISTERE DE LA SANTE

**DOCUMENT DE SOUMISSION A L'ALLIANCE MONDIALE POUR
LES VACCINS ET LA VACCINATION EN VUE D'UN SOUTIEN
AU RENFORCEMENT DES SERVICES DE VACCINATION DU
TOGO.**

(Formulaire du 15 juillet 2007)

**Veillez retourner une copie signée du présent document au :
Secrétariat de GAVI Alliance; a/s de l'UNICEF, Palais des Nations, 1211 Genève 10, Suisse.**

**Pour toute question, prière de s'adresser au Dr Ivone Rizzo, irizzo@gavialliance.org ou aux
représentants d'une institution partenaire de GAVI. Tous les documents et annexes doivent
être présentés en anglais ou en français.**

TABLE DES MATIÈRES

	SECTION	PAGE
1.	<i>Résumé analytique</i>	3
2.	<i>Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination</i>	6
3.	<i>Données relatives au programme de vaccination</i>	12
4.	<i>Soutien aux services de vaccination (SSV)</i>	28
5.	<i>Observations et recommandations additionnelles de l'organe national de coordination (CCIA)</i>	30
6.	<i>Documents à fournir pour chaque type de soutien</i>	31

Résumé analytique

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) du Togo a bénéficié, en 2002 de l'appui du Fonds GAVI pour la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District (ACD) dans 23 districts pilotes choisis sur la base de leur couverture en DTC3 inférieure à 50% et de leur population cible de PEV de routine supérieure à 5000 enfants.

Cet appui, étendu aux 35 districts depuis 2003, est renforcé par le soutien des partenaires traditionnels (OMS, UNICEF, GTZ, Plan Togo, Croix Rouge Togolaise, Coopération Française, Union Européenne) et un grand engagement des autorités politiques, administratives et techniques.

Fort de cet environnement favorable, le programme a enregistré, d'année en année, une progression des couvertures vaccinales. Ainsi les couvertures DTC3 chez les enfants de 0-11 mois et VAT2+ chez les femmes enceintes sont passées respectivement de 43% à 88% et de 40% à 85%, de 2001 à 2007. Le taux de perte de vaccins, le taux d'abandon vaccinal et les indicateurs de la surveillance des maladies cibles du PEV sont aussi en amélioration progressive bien que de nombreux efforts restent encore à fournir pour l'atteinte du niveau requis.

En 2004, grâce toujours à l'appui du Fonds GAVI, l'introduction du vaccin anti-amaril dans la vaccination de routine a été réalisée au Togo.

En mars-mai 2006, le Togo a procédé à une revue du Programme, et de ses résultats il ressort que des efforts ont été réalisés par rapport à la revue 2001. Dans le même processus le Togo a élaboré son Plan Pluriannuel Complet (PPAC) du Programme Elargi de Vaccination pour les cinq années à venir (2007-2011).

La vision de notre PPAC rejoint celle de la stratégie mondiale pour le vaccin et la vaccination. Elle s'est déclinée en 5 axes stratégiques à savoir :

- immuniser davantage de personnes quelque soit l'environnement socio sanitaire
- intégrer la vaccination à d'autres interventions du système de santé.
- Renforcer la surveillance et le contrôle des maladies.
- Développer un partenariat durable et varié pour le financement et la gestion du PEV.
- Définir et mettre en œuvre des stratégies de viabilité du PEV.

En vue d'augmenter le spectre de protection des enfants togolais contre les maladies évitables par la vaccination, le Ministère de la Santé a sollicité et obtenu en 2007 l'appui du Fonds GAVI pour intégrer dans la vaccination systématique, deux nouveaux vaccins, ceux contre l'hépatite virale B et l'*Haemophilus influenzae* type B (vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib). Cette introduction est prévue pour juillet 2008.

La mise en œuvre du PPAC nécessite d'importantes ressources supplémentaires et les financements non assurés dépassent les 35 % du financement total planifié. Les besoins en ressources futures pour les cinq années du Plan s'élèvent à plus de 45 millions de dollars.

Le Togo voudrait saisir des opportunités qu'offre le Fonds GAVI dans sa phase 2 aux pays membres, pour assurer le financement de certaines activités du plan. C'est dans ce cadre que le gouvernement sollicite l'appui de GAVI pour le renforcement des services de vaccination (SSV) dans la phase 2. Ayant bénéficié déjà d'un premier soutien SSV, ce deuxième se fera sous la forme de récompense selon les performances du PEV en couverture DTC3. La durée de ce soutien tient compte de l'horizon de notre PPAC qui arrivera à terme en fin 2011.

Les données de base en 2007 et les objectifs en matière de couverture vaccinale et de nombre d'enfants à vacciner par année, de 2008 à 2011, sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau résumant les données de référence et objectifs annuels

Nombre de	Année de référence	Données de référence et objectifs				
	2007	Année 1 2008	Année 2 2009	Année 3 2010	Année 4 2011	
Naissances	245 925	251 979	258 177	264 529	271 036	
Décès de nourrissons	19 674	12 038	11 458	10 907	10 382	
Nourrissons survivants	226 251	239 941	246 719	253 622	260 654	
Femmes enceintes	245 925	251 979	258 177	264 529	271 036	
Population cible vaccinée avec le BCG	224 006	239 380	247 850	253 947	262 905	
Couverture par le BCG*	91%	95%	96%	96%	97%	
Population cible vaccinée avec le VPO3	175 522	213 548	222 048	230 796	247 622	
Couverture par le VPO3**	78%	89%	90%	91%	95%	
Population cible vaccinée avec le DTC3***	199 649					
Couverture par le DTC3**	88%					
Population cible vaccinée avec le DTC1***	212 555					
Taux de perte ¹ au cours de l'année de référence et taux prévu par la suite	8%					
Population cible vaccinée avec une 3 ^e dose de DTC-Hep B-Hib.....		213 548	222 048	230 796	247 622	
..... Couverture**		89%	90%	91%	95%	
Population cible vaccinée avec une 1 ^{ère} dose de DTC-Hep B-Hib.....		227 944	234 383	240 941	247 621	
Taux de perte ¹ au cours de l'année de référence et taux prévu par la suite		10%	5%	5%	5%	
Population cible vaccinée avec une 1 ^{ère} dose de vaccin anti- rougeoleux	181 369	206 623	214 287	215 578	234 589	
Population cible vaccinée avec une 2 ^e dose de vaccin contre la rougeole	NA	NA	NA	NA	NA	
Couverture du vaccin anti- rougeoleux**	80%	82%	83%	85%	90%	
Femmes enceintes vaccinées avec l'Anatoxine Tétanique+(VAT2+)	209 237	219 222	227 196	235 430	243 932	
Couverture par l'Anatoxine Tétanique+(VAT2+) ****	85%	87%	88%	89%	90%	
Supplément vitamine A	Mères (<6 semaines après l'accouchement)	149 759	162902	171 343	176 974	185 518
	Nourrissons (>6 semaines)	182 613	213 548	222 048	230 796	247 622
Taux annuel d'abandon du DTC [(DTC1 - DTC3)/DTC1] x100		6%	6%	5%	5%	5%

¹ Formule permettant de calculer le taux de perte d'un vaccin (en pourcentage) : $[(A - B) / A] \times 100$. A étant = au nombre de doses distribuées conformément aux registres de fourniture, avec correction de l'ensemble des stocks à la fin de la période de fourniture; B étant = au nombre de vaccinations effectuées avec le même vaccin au cours de la même période. Pour les nouveaux vaccins, voir **tableau α** après le tableau 7.1.

Ces couvertures vaccinales seront réalisées grâce à l'application des stratégies suivantes :

- Réduction du taux d'abandon DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3
- Réduction du taux de perte de vaccin DTC-HepB-Hib
- Formation du personnel
- Renforcement de la stratégie avancée.
- Renforcement de la supervision et du monitoring
- Renforcement de la surveillance des manifestations adverses post-immunisation (MAPI)
- Renforcement des capacités de stockage et de la maintenance
- Renforcement de la communication en faveur du PEV par l'exploitation des différents canaux de communication (média de masse, leaders d'opinion, mouvements associatifs/ONG) pour obtenir l'adhésion de la population, celle des mères en particulier, à la vaccination des enfants contre l'hépatite B et l'haemophilus influenzae type B
- Mise en œuvre de la politique de la sécurité des injections
- Dynamisation du Comité de Coordination Inter-Agences en ce qui concerne sa composition et son fonctionnement.

Le tableau suivant décrit :

- les objectifs en terme de couverture par année,
- le nombre de nourrissons déclarés vaccinés ou devant être vaccinés avec le DTC-HepB-Hib3
- le nombre de nourrissons supplémentaires devant être vaccinés avec le DTC-HepB-Hib3
- le montant des fonds demandés à GAVI, correspondant au nombre de nourrissons supplémentaires, pour le renforcement des services de vaccination au cours de la période 2009-2011.

Tableau résumant le montant des fonds demandés à GAVI

	Année de référence 2007	Année 1 2008...	Année 2 2009...	Année 3 2010...	Année 4 2011...
Taux de couverture par le DTC3	88%	89%	90%	91%	95%
Nombre de nourrissons déclarés vaccinés / devant être vaccinés avec le DTC3 (selon le tableau 3.4)	199 649	213 548	222 048	230 796	247 622
Nombre de nourrissons <i>supplémentaires</i> déclarés vaccinés / devant être vaccinés chaque année avec le DTC3	-	13 899	8 500	8 748	16 826
Fonds attendus (\$US 20 par nourrisson supplémentaire)	-	277 980	170 000	174 960	336 520

2. Signatures du Gouvernement et des organes nationaux de coordination

Gouvernement et Comité de coordination interagences pour la vaccination

Le Gouvernement du TOGO souhaite resserrer le partenariat existant avec GAVI Alliance pour améliorer le programme national de vaccination systématique des nourrissons, et demande donc précisément le soutien de GAVI pour le renforcement des services de vaccination du Togo.

Le Gouvernement de du TOGO s'engage à développer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément au plan pluriannuel global présenté avec le présent document. Le Gouvernement demande à GAVI Alliance et à ses partenaires d'apporter une assistance financière et technique pour soutenir la vaccination des enfants telle qu'elle est présentée dans cette proposition.

Le tableau n° 4.1 de la page 28 de la présente proposition donne le montant du soutien (en nature ou en espèces) qui est demandé à GAVI Alliance.

Le Ministre de la Santé (ou le haut fonctionnaire) :

Pr Kondi Charles AGBA

Signature :

Le Ministre des Finances (ou le haut fonctionnaire) :

M. Adjé Otéth AYASSOR

Signature :

Titre : Ministre d'Etat, Ministre de la Santé

Titre : Ministre des Finances, du Budget et des Privatisations.

Date :

Date :

Organe national de coordination : Comité de coordination interagences pour la vaccination :

Nous soussignés, membres du CCIA², nous sommes réunis le 15 avril 2008 pour examiner cette proposition. À cette réunion, nous avons adopté cette proposition sur la base des documents d'appui annexés.

- Le compte-rendu avalisé de cette réunion figure en annexe comme **document numéro : 01**

² Comité de coordination inter agences.

Nom/Titre	Institution/Organisation	Signature
Pr Kondi Charles AGBA Ministre d'Etat, Ministre de la Santé	Ministère de la Santé	
Dr Kadri TANKARI Représentant	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	
Madame Una McCAULEY	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	
Dr Koku Sika DOGBE Directeur Général de la Santé	Direction Générale de la Santé	
M. Jean H. DJOSSOU Administrateur des Finances chef section subvention de l'état point focal PEV au Ministère de l'Economie et des Finances	Ministère de l'Economie et des Finances	
M. Issaka LAGUEBANDE Attaché de Cabinet	Ministère du Développement et de l'aménagement du territoire	
M. Gbehomilo - Nyelolo TOMEGAH Assistant Président	Rotary International	
M. Joseph BAAH-DWOMOH	Banque Mondiale	
M. Olivier BOUCHER	Mission de la Coopération Française	
Mme Rosine Sori COULIBALY	Programme des Nations Unies pour le Développement	
Dr Aristide APLOGAN	Agence pour la Médecine Préventive (AMP)	
M. Bell' Aube HOUINATO	Plan-Togo	
Dr Alpha Oumar BARRY	UE / ADSS	
Dr Kuami Guy BATTAH	Croix Rouge Togolaise	

Dr KOMLANGAN Atayi Directeur des Soins de Santé Primaires	Direction des Soins de Santé Primaires	
Dr Afefa Amivi BABA Directrice des Etablissements de Soins	Direction des Etablissements de Soins	
Dr Atany NYANSA Directeur des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques	Direction des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques	
M. EDORH Hokameto Directeur de la Planification, de la Formation et de la Recherche au Ministère de la Santé	Direction de la Planification, de la Formation et de la Recherche	
M. AKPO-GNANDI Okaté Directeur des Affaires Communes au Ministère de la Santé	Direction des Affaires Communes	
Dr Danladi NASSOURY Coordonnateur PEV	Division de l'Epidémiologie	
M. Edem KOFFI-KUMA Chef service	Service National Information Education Communication	
Dr Kassouta Komlan Tchiguiri N'TAPI Chef division	Division Santé Familiale	

Dans le cas où le Secrétariat de GAVI aurait des questions concernant cette proposition, la personne à contacter est :

Nom : **Dr NASSOURY I. Danladi**

Titre : **Chef de la Division de l'Epidémiologie**

Tél. N°.: **(228) 221 41 94 / 922 34 97**

Adresse : S./C Ministère de la Santé BP 336 Lomé
TOGO

Fax N°.: **(228) 221 31 28**

Courriel : « dinassoury@yahoo.fr » ou
« dan.nassoury@gmail.com »

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer aux différents pays les documents et pièces qu'ils lui auront transmis. Sauf indication contraire de la part du pays, les documents pourront être transmis aux partenaires et collaborateurs de GAVI.

Le Comité de coordination interagences pour la vaccination

Les institutions et les partenaires (dont les partenaires de développement et les organisations de la société civile) qui apportent leur soutien aux services de vaccination sont coordonnés et organisés par le biais d'un mécanisme de coordination interagences (CCIA). Le CCIA est chargé de la coordination et de l'utilisation à bon escient du soutien SSV et SVN de GAVI. Veuillez fournir des informations sur le CCIA de votre pays dans les espaces prévus ci-après.

Profil du CCIA

Nom du CCI : **Comité de Coordination Interagences (CCIA)TOGO**

.....

Date de constitution du CCIA actuel : 19 janvier 2001

.....

Structure (par exemple sous-comité, organisme autonome) : Le CCIA est composé de trois sous comités techniques :

- Sous comité technique chargé de la gestion du Programme PEV
- Sous comité technique chargé de la gestion de la logistique du PEV
- Sous comité technique chargé de la communication pour le PEV

Fréquence des réunions : Une réunion ordinaire par trimestre et des réunions extraordinaires selon les cas

Composition :

Fonction	Titre / Organisation	Nom
Président(e)	Ministre d'Etat Ministre de la Santé	Kondi Charles AGBA
Secrétaire	Division de l'Epidémiologie	Dr Danladi I. NASSOURY
Membres	<ul style="list-style-type: none"> • Représentant OMS • Représentante UNICEF • Directeur Général de la Santé • Administrateur des Finances chef section subvention de l'état point focal PEV au Ministère de l'Economie et des Finances • Attaché de Cabinet au Ministère de la Coopération du Développement et de l'Aménagement du territoire 	<p>Dr Kadri TANKARI</p> <p>Madame Una McCAULEY</p> <p>Dr Koku Sika DOGBE</p> <p>M. Jean H. DJOSSOU</p> <p>M. Issaka LAGUEBANDE</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Assistant Président Rotary International • Banque Mondiale • Mission de la Coopération Française • Programme des Nations Unies pour le Développement • Agence pour la Médecine Préventive (AMP) • Plan-Togo • UE / ADSS • Croix Rouge Togolaise • Coordonnateur PEV Division de l'Epidémiologie • Chef Service National Information Education Communication pour la Santé • Directeur des Soins de Santé Primaires • Directeur des Affaires Communes au Ministère de la Santé • Directeur de la Planification, de la Formation et de la Recherche au Ministère de la Santé • Directeur des Pharmacies, Laboratoires et Equipements Techniques • Directrice des Etablissements de Soins • Chef division Division Santé Familiale 	<p>M. Gbehomilo - Nyelolo TOMEGAH</p> <p>M. Joseph BAAH-DWOMOH</p> <p>M. Olivier BOUCHER</p> <p>Madame Rosine Sori COULIBALY</p> <p>Dr Aristide APLOGAN</p> <p>M. Bell' Aube HOUINATO</p> <p>Dr Alpha Oumar BARRY</p> <p>Dr Kuami Guy BATTAH</p> <p>Dr Danladi I. NASSOURY</p> <p>M. Edem KOFFI-KUMA</p> <p>Dr Atayi KOMLANGAN</p> <p>M. Okaté AKPO-GNANDI</p> <p>M. Hokameto EDORH</p> <p>Dr Atany NYANSA</p> <p>Dr Afefa Amivi BABA</p> <p>Dr Kassouta Komlan Tchiguiriri N'TAPI</p>
--	--	---

Fonctions et responsabilités principales du CCIA :

Le Comité de Coordination Inter-Agences est chargé de :

- approuver les plans stratégiques pluriannuels et annuels du PEV
- évaluer la mise en œuvre des plans pluriannuels et annuels
- aider le PEV à mobiliser les ressources internes et externes pour la réalisation des activités du programme
- assurer la coordination des contributions en ressources nationales et internationales pour le renforcement du PEV
- apporter son concours à l'examen et l'approbation des stratégies relatives aux Journées nationales de vaccination (JNV) et au PEV
- garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV
- assurer un appui technique et politique à la coordination nationale du PEV
- soutenir et encourager l'échange d'information et la rétro-information avec les partenaires extérieurs sur les activités de vaccination
- aider à trouver des solutions à court, à moyen et à long terme aux problèmes se posant au PEV

Trois grandes stratégies visant à renforcer le rôle et les fonctions du CCIA au cours des 12 prochains mois :

1. Implication des membres du CCIA dans le plaidoyer auprès des partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires au financement du PEV et des vaccinations supplémentaires
2. Renforcement du système d'information entre le CCIA et les autorités techniques et administratives impliquées dans le PEV
3. Redynamisation des sous-comités

3. Données relatives au programme de vaccination

Veillez compléter les tableaux ci-dessous, en utilisant les données de sources disponibles. Vous donnerez la source des données et la date. Utilisez si possible les données les plus récentes et joignez le document dont elles sont tirées.

- Veillez vous reporter au plan pluriannuel global pour la vaccination (ou un plan équivalent) et joignez une copie complète (avec un résumé analytique) comme **document numéro 02**
- Veillez vous reporter aux deux plus récents formulaires conjoints de déclaration OMS/UNICEF sur les maladies à prévention vaccinale et joignez-les comme **documents numéro 03 et 04.**
- Veillez vous référer aux documents de stratégie du secteur de la santé, aux pièces budgétaires, et à d'autres rapports, enquêtes, etc., selon que de besoin.

Tableau 3.1: Informations de base pour l'année 2007... (les plus récentes, précisez les dates des données fournies)

	Chiffre	Date	Source
Total population	5 465 000	2007	Direction Nationale des Statistiques (recensement de 1981 actualisé)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	80	1998	Enquête Démographique et de Santé II (1998)
Nourrissons survivants*	226 251	2007	Direction Nationale des Statistiques (recensement de 1981 actualisé)
RNB par habitant (US\$)	ND	-	-
PIB	320	1999	Rapport de la Banque Mondiale
Pourcentage du PIB alloué à la santé	6,64%	2000	Comité PIB
Pourcentage des dépenses du gouvernement allouées à la santé	6,64%	2000	Comité PIB

* Il s'agit des nourrissons encore en vie à l'âge de 12 mois.

Veillez donner des informations complémentaires sur le contexte de planification et de budgétisation dans votre pays :

Indiquez le nom et la date du document de planification en vigueur pour la santé :
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2008-2012

Le PPAC (ou le Plan Pluriannuel Complet) est-il aligné sur ce document (calendrier, contenu, etc.) ?
Oui.

Décrivez le cycle national de planification et de budgétisation pour la santé:

Au mois de mars de l'année en cours, les différents services opérationnels et décentralisés du Ministère de la santé, planifient et budgétisent, sur la base des orientations de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), les activités à mener l'année suivante.

Des plans annuels élaborés au niveau de ces services déconcentrés, subissent un premier arbitrage au niveau de chaque Division pour être consolidés avant d'être envoyés à leurs directions centrales respectives où un deuxième arbitrage est fait par les Directeurs Centraux et leurs équipes.

Les Directions Centrales harmonisent les besoins, procèdent à la budgétisation.

Les différents budgets des directions sont transmis à la Direction des Affaires Communes (DAC) du Ministère de la Santé.

La DAC procède à la centralisation de tous les budgets selon le canevas officiel.

Une session budgétaire est organisée au mois de septembre de l'année en cours au Ministère des Finances pour la justification des lignes allouées.

Une seconde session d'arbitrage budgétaire arrête les lignes budgétaires pour aboutir à un avant projet de loi des finances de l'année suivante.

Cet avant projet de loi est soumis au Gouvernement qui l'adopte en un projet de loi des finances, qui serait transmis à l'Assemblée Nationale pour adoption.

L'Assemblée Nationale adopte la loi des finances. Le Gouvernement autorise les dépenses selon les lignes budgétaires.

Le Ministère de la Santé procède aux engagements des dépenses.

Les services opérationnels procèdent aux commandes des biens ou services auprès des fournisseurs, après consultation de ces derniers, si le montant de la commande est inférieur à 15 millions de francs CFA soit 30 000 \$ US. Si le montant est supérieur à 30 000 \$ on passe par un appel d'offre public, suivant la procédure de marché public en vigueur au Togo.

A la livraison des biens ou services, une commission de réception des biens composés de membres d'un cabinet d'audit, du Ministère des Finances, de la DAC et du Service concerné réceptionne la livraison. La commission établit le Procès Verbal (PV) et autorise le fournisseur à envoyer sa facture au Trésor pour son paiement. Le paiement est toujours effectué par un virement bancaire.

Décrivez le cycle national de planification pour la vaccination :

La vaccination est planifiée à travers le document de Plan Pluriannuel (PPAC) 2007-2011. La vision pour le TOGO rejoint celle de la stratégie mondiale pour les vaccins et la vaccination à savoir : D'ici 2015 :

- La vaccination est une priorité pour renforcer le système de santé en général et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
- Davantage de personnes sont vaccinées contre un plus grand nombre de maladies
- L'équité et l'égalité d'accès aux vaccinations selon le calendrier national sont garanties à tous les enfants, à tous les adolescents et à tous les adultes
- L'intégration des activités de vaccination aux interventions prioritaires de développement sanitaires est une réalité quelque soit l'environnement social, politique et économique.

Cette vision est déclinée à travers 5 axes stratégiques :

1. immuniser davantage de personnes quelque soit l'environnement socio sanitaire
2. intégrer la vaccination à d'autres interventions du système de santé.
3. Renforcer la surveillance et le contrôle des maladies.
4. Développer un partenariat durable et varié pour le financement et la gestion du PEV.
5. Définir et mettre en œuvre des stratégies de viabilité du PEV.

A la fin de chaque année du cycle, une évaluation des couvertures et des activités est faite. Le PPAC est revu et réactualisé en tenant compte des éventuels nouveaux contextes.

6. Au niveau opérationnel (régions, districts et formations sanitaires) des évaluations mensuelles à travers le monitoring des couvertures vaccinales sont effectuées. A la fin de l'année des microplans annuels sont élaborés au niveau opérationnel et consolidés au niveau central.

Tableau 3.2.a Calendrier de vaccination actuel : vaccins traditionnels, nouveaux vaccins et supplémentation en vitamine A (page 15 du PPAC)

Vaccin <i>(ne pas utiliser de nom de marque)</i>	Âges d'administration du vaccin <i>(par les services de vaccination systématique)</i>	Notez « x » si le vaccin est administré dans :		Remarques
		tout le pays	une partie seulement du pays	
BCG	A la naissance	X		
POLIO 0	A la naissance	X		
DTC1-HepB-Hib 1/POLIO 1/ Vitamine A 1	6 semaines révolues	X		
DTC-HepB-Hib 2/POLIO2/ Vitamine A 2	10 semaines révolues	X		
DTC1-HepB-Hib 3/POLIO 3/ Vitamine A 3	14 semaines révolues	X		
VAR / VAA/ Vitamine A 4	9 mois révolus	X		
VAT	Femmes enceintes	X		

Tableau 3.2.b: Calendrier de vaccination chez la femme enceinte

VAT1	Premier contact	X		
VAT2	4 semaines après VAT1	X		
VAT3	6 mois après VAT2	X		
VAT4	1 an après VAT3	X		
VAT5	1 an après VAT4	X		

Tableau 3.3: Évolution de la couverture vaccinale et de la charge de morbidité
(telle qu'elle est décrite dans les deux derniers formulaires conjoints de déclaration OMS/UNICEF sur les maladies à prévention vaccinale)

Évolution de la couverture vaccinale (en pourcentage)					Charge de morbidité des maladies à prévention vaccinale				
Vaccin		Notifié		Enquête		Maladie	Nombre de cas déclarés		
		2006	2007	Revue PEV 2006	200...		2006	2007	
BCG		96	91***	92		Tuberculose*	2131	1791	
DTC	DTC1	91	94	88		Diphtérie	0	0	
	DTC3	87	88	76		Coqueluche	71	27	
Polio 3		87	78	76		Poliomyélite	0	0	
Rougeole (première dose)		83	80	64		Rougeole	26	171	
VAT2+ (femmes enceintes)		80	85	80		Tétanos néonatal **	15	18	
Hib3						Hib ***	08	07	
Fièvre jaune (introduite dans la vaccination de routine en décembre 2004)		81	77			Fièvre jaune	03	454	
HepB3						Séroprévalence Hépatite B*	853	1980	
Complément en vitamine A	Mères (<6 semaines après l'accouchement)	47	58						
	Nourrissons (>6 semaines)	1 ^{ère} dose	70	84					
		2 ^{ème} dose	68	81					
		3 ^{ème} dose	64	74					
		4 ^{ème} dose	48	71					

* Si disponible.

** Note : le formulaire conjoint de déclaration demande la méningite Hib.

*** La baisse de la couverture en BCG en 2007 est due à la modification du dénominateur (on a utilisé naissance vivante en 2007 comme dénominateur contre nourrissons survivants dans les années antérieures)

Si des données d'enquêtes sont fournies dans le tableau ci-dessus, veuillez indiquer l'année où ces enquêtes ont été réalisées, leur titre complet et, le cas échéant, les groupes d'âge concernés.

Une revue interne du PEV 2006 a été réalisée au 1^{er} semestre 2006. Elle a inclus une enquête de couverture vaccinale chez les enfants de 12- 18 mois

Tableau 3.4: Données de référence et objectifs annuels (pages 32 du PPAC)

Nombre de	Année de référence	Données de référence et objectifs				
	2007	Année 1 2008	Année 2 2009	Année 3 2010	Année 4 2011	
Naissances	245 925	251 979	258 177	264 529	271 036	
Décès de nourrissons	19 674	12 038	11 458	10 907	10 382	
Nourrissons survivants	226 251	239 941	246 719	253 622	260 654	
Femmes enceintes	245 925	251 979	258 177	264 529	271 036	
Population cible vaccinée avec le BCG	224 006	239 380	247 850	253 947	262 905	
Couverture par le BCG*	91%	95%	96%	96%	97%	
Population cible vaccinée avec le VPO3	175 522	213 548	222 048	230 796	247 622	
Couverture par le VPO3**	78%	89%	90%	91%	95%	
Population cible vaccinée avec le DTC3***	199 649					
Couverture par le DTC3**	88%					
Population cible vaccinée avec le DTC1***	212 555					
Taux de perte ³ au cours de l'année de référence et taux prévu par la suite	8%					
Population cible vaccinée avec une 3 ^e dose de DTC-Hep B-Hib.....		213 548	222 048	230 796	247 622	
..... Couverture**		89%	90%	91%	95%	
Population cible vaccinée avec une 1 ^{ère} dose de DTC-Hep B-Hib.....		227 944	234 383	240 941	247 621	
Taux de perte ¹ au cours de l'année de référence et taux prévu par la suite		10%	5%	5%	5%	
Population cible vaccinée avec une 1 ^{ère} dose de vaccin anti- rougeoleux	181 369	206 623	214 287	215 578	234 589	
Population cible vaccinée avec une 2 ^e dose de vaccin contre la rougeole	NA	NA	NA	NA	NA	
Couverture du vaccin anti- rougeoleux**	80%	82%	83%	85%	90%	
Femmes enceintes vaccinées avec l'Anatoxine Tétanique+(VAT2+)	209 237	219 222	227 196	235 430	243 932	
Couverture par l'Anatoxine Tétanique+(VAT2+) ****	85%	87%	88%	89%	90%	
Supplément vitamine A	Mères (<6 semaines après l'accouchement)	149 759	162902	171 343	176 974	185 518
	Nourrissons (>6 semaines)	182 613	213 548	222 048	230 796	247 622
Taux annuel d'abandon du DTC [(DTC1 - DTC3)/DTC1] x100	6%	6%	5%	5%	5%	

* Nombre de nourrissons vaccinés par rapport aux naissances totales

** Nombre de nourrissons vaccinés par rapport aux nourrissons survivants

*** Indiquez le nombre total d'enfants vaccinés avec le DTC simple ou associé

**** Nombre de femmes enceintes recevant l'anatoxine tétanique + par rapport au nombre total de femmes enceintes

³ Formule permettant de calculer le taux de perte d'un vaccin (en pourcentage) : $[(A - B) / A] \times 100$. A étant = au nombre de doses distribuées conformément aux registres de fourniture, avec correction de l'ensemble des stocks à la fin de la période de fourniture; B étant = au nombre de vaccinations effectuées avec le même vaccin au cours de la même période. Pour les nouveaux vaccins, voir **tableau α** après le tableau 7.1.

Tableau 3.5: Résumé du budget actuel et futur de la vaccination (pages 67-72 et 79-83 du PPAC)

Tableau 3.5.a : Coûts récurrents spécifiques à la vaccination systématique

Postes budgétaires	Dépenses	Besoin en Ressources Futures				Total 2008 - 2011
	2007	2008	2009	2010	2011	
Coûts Récurrents pour la vaccination systématique.	US\$		US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccins (seulement pour la vaccination systématique)	296 044,6	2 520 848	3558001	3 667 141	3759424	13 505 414
- Vaccins traditionnels	286320,6	453261	309745	317265	327800,00	1408071
- Vaccins nouveaux ou sous-utilisés	9724	2 067 587	3 248 256	3 349 876	3 431 624	12 097 343
Fourniture d'injection	7811,7	367 419	331 319	347 300	360 941	1 406 979
Personnel	Non disponible	301 566	319 169	334 607	348 621	1 303 963
- Salaires du personnel employé à plein temps par le programme national de vaccination (et qui travaille exclusivement sur la vaccination).	Non disponible	99843	100841	103 556	107 180	411420
- Indemnités de subsistance pour les équipes de vaccination mobiles/ de proximité	223461	201 723	218 328	231 051	241 441	892543
Transport	141279	70 030	99 314	139 894	107 545	416 783
Entretiens et frais généraux	11947	473 192	545 188	604 935	595 515	2 218 830
Formation	32938	452 892	353 478	254 250	223 453	1 284 073
Mobilisation sociale et IEC		16 480	18 080	19 836	21 762	76 158

	5429					
Surveillance épidémiologique	32006	160 539	165 495	141 704	153 774	621 512
Administration du programme	39650	163 314	171 906	195 251	229 332	759 803
Monitoring	113440	200 000	250 000	250 000	250 000	
Sous Total Coûts Récurrents	608258,146	4726280	5 811 950	5 954 918	6 050 367	22 543 515
Coût d'équipement pour la vaccination systématique.						
Véhicules	115555	69595	103097	-	59800	232492
Équipement de la Chaîne du froid	409870	227477	147975	185947	0	561399
Sous Total Coûts équipement	525425	297072	251071	185947	59800	793890

Tableau 3.5.b : Coût récurrents spécifiques aux campagnes de vaccination

Campagnes	Dépenses (en \$)	Besoin en Ressources Futures (en \$)					Total 2008 – 2011 (en \$)
	2007	2008	2009	2010	2011		
Poliomyélite (riposte localisée en cas d'importation)	-	175 000	200 000	250 000	300 000	925 000	
Rougeole	637107	-	-	948 006	-	948 006	
Fièvre jaune	7136140	-	-	-	-	-	
Tétanos maternel et néonatal	1669	-	-	-	-	-	
Sous Total Coûts des Campagnes	7 774916	175000	200000	1198006	300000	1873006	

Tableau 3.5.c Coûts totaux liés à la vaccination

Postes budgétaires	Dépenses 2007	Besoin en Ressources Futures				Total 2008 - 2011
		2008	2009	2010	2011	
Sous Total Coûts Récurrents	608258,146	4726280	5 811 950	5 954 918	6 050 367	22 543 515
Sous Total Coûts équipement	525425	297072	251071	185947	59800	793890
Sous Total Coûts des Campagnes	7 774916	175000	200000	1198006	300000	1873006
TOTAL GENERAL	8 908 599,146	5198352	6 263 021	7338 871	6 410 167	\$ 25210411

Veillez donner dans les tableaux ci-dessous les sources de financement pour chaque poste budgétaire (si elles sont connues). Efforcez-vous d'indiquer quels postes sont couverts par le budget du Gouvernement et quels coûts sont couverts par les partenaires de développement (ou GAVI Alliance) et donnez le nom des partenaires.

Tableau 3.6: Résumé du financement actuel et futur et provenances des fonds (pages 67-72 et 79-83 du PPAG)

Poste budgétaire	Provenance des fonds	Dépenses	Besoins en ressources futures				Total 2009-2011...
		Année de référence	2008	2009	2010	2011	
		2007					
Coûts récurrents							
1. Vaccins (seulement pour la vaccination systématique)	1. Gouvernement/ GAVI	296 044,6	2 520 848	3 558 001	3667141	3759424	13 505 414
1.1 Vaccins traditionnels	1. Gouvernement	286320,6	453 261	309 745	317 265	327 800	1 408 071
1.2 Vaccins nouveaux ou sous-utilisés	GAVI	9724,0	1984883	2990344	2847395	2637203	10 459 826
	Communauté	-	82703	-	-	-	82 703
	Gouvernement	-	-	257912	502481	794421	1 554 814
2. Fourniture d'injection	Gouvernement	7811,7	271890	246236	261829	281461	1 061 418

	Plan Togo	-	36962	32436	33340,8	33026	135 765
	GAVI	-	58567	52647	52130	46453	209 796
3. Personnel	Gouvernement/ Communauté	Non disponible	301 566	319 169	334 607	348 621	1 303 963
3.1 Salaires du personnel employé à plein temps par le programme national de vaccination (et qui travaille exclusivement sur la vaccination).	Gouvernement	-	88 706	86 339	93 200	107 180	375425
	Communauté	-	-	9 593	10 356	-	19949
3.2. Indemnités de subsistance pour les équipes de vaccination mobiles/ de proximité	Gouvernement	-	-	-	-	-	-
	GAVI	133003	106430	111619	115526	120721	454295
	UNICEF	51847	44339	46500	47666	49809	188314
	OMS	-	21286	21208	22551	23565	87544
	Plan Togo	-	24053	25226	25855	27017	102151
	UE/ADSS	38611	17816	18685	19454	20329	76285
4. Transport	Gouvernement	-	5252	7449	10492	8066	31259
	GAVI	90255	31514	44691	62952	48395	187552

	UNICEF	29247	21814	30936	43577	33500	129827
	OMS	-	8649	12265	17277	13282	51473
	Plan Togo	-	2800	3973	5596	4302	16671
	UE-ADSS	21777	-	-	-	-	-
5. Entretiens et frais généraux	Gouvernement	-	177021	203955	226306	222782	830064
	GAVI	10664	118298	136297	151234	148879	554708
	UE/ADSS	463	47319	54519	60494	59551	221883
	Plan Togo		47508	54737	60735	59791	222771
	Communauté	Non disponible	83045	95680	106166	104513	389404
	UNICEF	622	-	-	-	-	-
6. Formation	Gouvernement	-	-	-	50850	44691	95541
	OMS	5664	133060	175396	30637	28669	367762
	UNICEF	-	47327	154010	126032	117961	445330
	UE/ADSS	-	68704	-	-	-	68704
	AFD	-	135868	-	-	-	135868

	Plan Togo		67934	24072	46731	32132	170869
	GAVI	27274	-	-	-	-	-
7. Mobilisation sociale et IEC	Gouvernement	-	-	-	-	-	-
	OMS	-	1183	1298	1424	1563	5469
	GAVI	3258	3626	3978	4364	4788	16756
	UNICEF	1244	8240	9040	9918	10881	38079
	Plan Togo	-	1533	1681	1845	2024	7083
	UE-ADSS	927	1898	2083	2285	2507	8773
8. Surveillance épidémiologique	Gouvernement	-	-	-	-	-	-
	OMS	23422	60860	74738	60153	61510	257261
	GAVI	-	51517	-	21610	23451	96578
	UNICEF	-	48162	41374	42511	46132	178179
	Communauté	-	-	39719	5694	7689	53102
	Plan Togo	-	-	9665	11736	14993	36394
	EU-ADSS	8584	-	-	-	-	-
9. Administration du programme	Gouvernement	5378	16331	17191	29288	34400	97210

	OMS	-	106203	104330	106958	87054	404545
	UNICEF	-	16331	24067	29112	49834	119344
	GAVI	34272	24448	26319	29893	58044	138704
Monitoring	UE-ADSS	33333	-	-	-	-	-
	OMS	65877	120 000	150 000	150 000	150 000	570 000
	UNICEF	14230	80 000-	100 000	100 000	100 000	380 000
Total coûts récurrents		608258,146	4762680	5 561 950	5 704 918	5 00367	22 543 515

Coûts d'équipement							
1. Véhicules	Gouvernement	91111	-	20509	-	59800	80309
	GAVI	24444					
	OMS	-	69595	38864	-	-	108459
	UNICEF	-	-	43724	-	-	43724
2. Équipement de la Chaîne du froid	Gouvernement	12534	38416	26448	51691	-	116555
	GAVI	177394	109760	-	-	-	109760
	UNICEF	23787	79301	77448	102569	-	259318
	OMS	196155	-	-	-	-	-

	Plan Togo	-	-	44079	31688	-	75767
Sous total équipement		525425	297072	251071	185947	59800	793891
Campagnes							
1. Poliomyélite (riposte localisée en cas d'importation)	Gouvernement	-	20353	23260	37500	45000	126113
	GAVI	-	-	-	-	-	0
	OMS	-	70000	80000	100000	102000	352000
	UNICEF	-	82897	94740	100000	135000	412637,5
	Plan Togo	-			10000	18000	28000
	UE/ADSS	-	1750	2000	2500		6250
2. Rougeole	Gouvernement	86035	-	-	208561	-	208561
	GAVI	-	-	-	-	-	-
	OMS	143810	-	-	379202	-	379202
	UNICEF	407262	-	-	284402	-	284402
	Plan Togo	-	-	-	75840	00	75840
3. Fièvre jaune	Gouvernement	245072	-	-	-	-	-

	GAVI-OMS	6635982 6659 064	-	-	-	-	-
	UNICEF	193804	-	-	-	-	-
	UE-ADSS	4444	-	-	-	-	-
	Coopération Française	13340	-	-	-	-	-
	AMP	20416					
4. Tétanos maternel et néonatal		0	-	-	-	-	-
	UNICEF	1669	-	-	-	-	-
Total campagne		7 774916	175000	200000	1198006	300000	1873006
TOTAL GÉNÉRAL			4998352	6013021	7088871	6160167	25 210 411

4. Soutien aux services de vaccination (SSV)

Veillez indiquer ci-après le montant total des fonds que vous pensez recevoir au titre du SSV :

Tableau 4.1: Estimation des fonds escomptés au titre du SSV

	Année de référence 2007	Année 1 2008...	Année 2 2009...	Année 3 2010...	Année 4 2011...
Taux de couverture par le DTC3	88%	89%	90%	91%	95%
Nombre de nourrissons déclarés vaccinés / devant être vaccinés avec le DTC3 (selon le tableau 3.4)	199 649	213 548	222 048	230 796	247 622
Nombre de nourrissons <i>supplémentaires</i> déclarés vaccinés / devant être vaccinés chaque année avec le DTC3	-	13 899	8 500	8 748	16 826
Fonds attendus (\$US 20 par nourrisson supplémentaire)	-	277 980	170 000	174 960	336 520

* Projections

** Selon la durée du PPAG

Si vous avez déjà bénéficié d'un soutien de GAVI au titre du SSV, veuillez présenter ci-après les enseignements tirés de l'expérience et l'incidence qu'ils auront sur l'utilisation future des fonds SSV.

Indiquez l'utilisation des fonds, à quel niveau ils ont été utilisés et si vous estimez que les fonds flexibles auraient pu être mieux utilisés. Mentionnez les dispositions de gestion et de suivi, qui était chargé d'autoriser les paiements et d'approuver les programmes de dépenses. Indiquez si ce système sera reconduit.

Principaux enseignements tirés de la phase 1	Conséquences pour la phase 2
1. Le financement des activités de la vaccination et la disponibilité des ressources assure une amélioration sensible des indicateurs du PEV.	La vaccination pour être efficace et efficiente doit s'assurer un financement permanent et suffisant.
2. La durée de la phase 1 de GAVI (5 ans) n'a pas été suffisante pour induire un changement conséquent des indicateurs.	La 2 ^{ème} phase doit être plus longue que la 1 ^{ère} (au moins 10 ans).
3. La prévision de l'évolution des prix des vaccins dans le sens d'une diminution n'a pas été réalisée.	Augmentation des coûts récurrents de la vaccination due à l'introduction de nouveaux vaccins et à l'augmentation des différentes couvertures vaccinales. Le plaidoyer doit être renforcé avec les firmes pharmaceutiques pour

	diminuer les coûts des vaccins à la fin du cycle de GAVI
4. La phase 1 ne s'est intéressée qu'à la vaccination, sans prendre en compte les autres composantes du système de santé	Intégrer les autres composantes du système de santé dans le financement GAVI.
5. L'environnement externe de la vaccination (société civile, ONG, leaders et autorités) n'a pas été suffisamment impliqué	Appuyer la mobilisation communautaire dans les activités pouvant améliorer la couverture vaccinale.

Si vous n'avez jamais bénéficié d'un SSV, veuillez indiquer : **sans objet**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a) quand le soutien devrait commencer : b) quand le premier CQD devrait avoir lieu : c) comment vous pensez transférer les fonds de GAVI dans le pays : d) comment vous pensez gérer les fonds à l'intérieur du pays : e) qui sera chargé d'autoriser et d'approuver les dépenses : |
|---|

➤ Si nécessaire, veuillez remplir le formulaire bancaire (annexe 1).

5. Observations et recommandations additionnelles du Comité de Coordination Interagences (CCIA)

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV), mis en place au Togo depuis 1980, est une priorité de la Politique Nationale de Santé. Il est un élément-clé dans l'arsenal mis en place par le Gouvernement pour promouvoir la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile.

Ainsi face aux nouveaux défis d'un monde en perpétuel changement, avec une meilleure maîtrise des périls qui menacent les enfants, grâce à la découverte de nouveaux vaccins, le coût des services de qualité ne cesse de croître. En fin 2007 le Togo a sollicité et obtenu le soutien de GAVI à l'introduction de deux nouveaux vaccins sous formes pentavalents (DTC-Hep-Hib) Pour garantir aux enfants togolais l'accès permanent à ces services qui sont la base de la promotion de leur survie, les Ministres en charge de la Santé et des Finances ont élaboré, en étroite collaboration avec les Partenaires au développement, une proposition de soutien pour le renforcement des services de vaccination. L'introduction dans le PEV de routine, du vaccin contre l'hépatite B et le Hib combiné au DTC (DTC-Hep-Hib).

Depuis 2002, le Gouvernement togolais n'a cessé d'accroître la part du budget alloué à l'achat des vaccins du PEV de routine (120 000 000 de FCA en 2003 et en 2004 et 261 326 757 FCFA en 2005, 225 000 000 en 2006 et 300 000 000 en 2007). Mais tous ces fonds ne servent qu'à l'achat des vaccins. Les autres composantes du système de vaccination souffrent d'un manque de financement.

Le plan pluriannuel (PPAC) qui a été validé en octobre 2006 par les partenaires impliqués dans le CCIA a pris en compte l'introduction de ce nouveau vaccin. Le Gouvernement a accordé un grand soin à son élaboration. Il a été discuté au sein du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA). Il a fait l'objet d'un appui technique d'un économiste de la Santé de l'Agence pour la Médecine Préventive (AMP).

Conscient de l'urgente nécessité d'assurer la pérennité des services de vaccination, le Gouvernement togolais prie instamment GAVI de poursuivre ses efforts en vue de soutenir le renforcement des services de la vaccination au cours de sa deuxième phase.

Au vue de tout ce qui précède

Le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA), soutient le gouvernement du Togo et le félicite pour son engagement à poursuivre les efforts entamés au cours de la première phase de GAVI pour l'amélioration des performances du PEV.

Le CCIA souhaite une flexibilité dans la négociation avec GAVI pour étendre les récompenses jusqu'à la fin du Plan Pluriannuel en 2011.

Le CCIA souhaite vivement que ce dossier soit étudié favorablement afin que le Togo bénéficie de nouveau du soutien au renforcement des services de vaccination.

Le CCIA s'engage à accompagner le Togo dans ce processus.

6. Documents fournis pour le soutien au renforcement des services de vaccination.

DOCUMENTS	NUMÉRO DU DOCUMENT	DUREE*
Formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF (les deux derniers)		
Plan Pluriannuel Complet (PPAC)		
Comptes-rendus avalisés des réunions de l'organe national de coordination au cours desquelles la demande de soutien à GAVI a été approuvée		
Comptes-rendus avalisés des réunions du CCIA au cours desquelles la demande de soutien à GAVI a été examinée		
Comptes-rendus des trois dernières réunions du CCIA		
Plan de travail du CCIA pour les 12 prochains mois		

* Le cas échéant, prière d'indiquer la durée du plan, du document ou de l'évaluation.