

## Rapport de l'évaluation conjointe 2017

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>Pays</b>   | TOGO                              |
| <b>Évaluation conjointe complète ou mise à jour de l'évaluation conjointe</b> | Évaluation conjointe complète     |
| <b>Date et lieu de la réunion d'évaluation conjointe</b>                      | 31 juillet au 04 août 2017 à Lomé |
| <b>Participants/affiliation<sup>1</sup></b>                                   |                                   |
| <b>Période couverte par les rapports de résultats</b>                         | Janvier à décembre 2017           |
| <b>Période fiscale<sup>2</sup></b>  |                                   |
| <b>Durée du Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC)</b>           | 5 ans (2016 - 2020)               |

### 1. RESUME DES DEMANDES DE RENOUVELLEMENT ET DE PROLONGATION

#### 1.1. Demande(s) de renouvellement de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

| Type de soutien (routine ou campagne) | Vaccin                                      | Année de fin du soutien | Année de demande du soutien | Cible (population devant être vaccinée) | Montant indicatif devant être payé par le pays | Montant indicatif devant être payé par Gavi |
|---------------------------------------|---|-------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| SVN - Routine                         | Fièvre jaune dans la présentation existante | 2003 - 2020             | 2018                        | 274,898                                 | US\$ 59,000                                    | US\$ 293,000                                |
| SVN - Routine                         | Pentavalent dans la présentation existante  | 2008 - 2020             | 2018                        | 277,987                                 | US\$ 139,000                                   | US\$ 431,000                                |
| SVN - Routine                         | VPC dans la présentation existante          | 2012 - 2020             | 2018                        | 277,987                                 | US\$ 138,000                                   | US\$ 2,190,500                              |
| SVN - Routine                         | Rotavirus dans la présentation existante    | 2013 - 2020             | 2018                        | 293,431                                 | US\$ 100,000                                   | US\$ 938,000                                |
| SVN - Routine                         | VPI dans la présentation existante          |                         | 2018                        | 710,934                                 |  | US\$ 691,000                                |

#### 1.2. Demande(s) de prolongation de soutien aux vaccins nouveaux et sous-utilisés (SVN)

| Type de soutien | Vaccin                                      | Année de démarrage | Année de fin |
|-----------------|---|--------------------|--------------|
| SVN - Routine   | Fièvre jaune dans la présentation existante | 2003               | 2020         |
| SVN - Routine   | Pentavalent dans la présentation existante  | 2008               | 2020         |
| SVN - Routine   | VPC dans la présentation existante          | 2012               | 2020         |

<sup>1</sup> Si la liste des participants est trop longue, elle peut être fournie en annexe.

<sup>2</sup> Si la fréquence des rapports de résultats diffère de la période fiscale, veuillez fournir une brève explication.

|               |  |      |      |
|---------------|--|------|------|
| SVN - Routine | Rotavirus dans la présentation existante | 2013 | 2020 |
| SVN - Routine | VPI dans la présentation existante       |      |      |

### 1.3. Demande de renouvellement du soutien au Renforcement des systèmes de santé (RSS)

|   |   |
|---|---|
| Montant total de la subvention RSS  | 6,450,000 \$US  |
| Durée de la subvention RSS (de... à...)   | De 2017 à 2022  |
| Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien au RSS (la prochaine tranche) est demandée | 2017 et 2018  |
| Montant de la demande de renouvellement pour le soutien au RSS (prochaine tranche)                  | <u>3,788,119 US\$</u><br>1,689,446 US\$ (2017) et 2,098,673 US\$ (2018) |

### 1.4. Demande de renouvellement de soutien pour la Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF)

|  |                                  |              |
|--|----------------------------------|--------------|
| Montant total de la subvention POECF   | US\$ 1 532 357                   |              |
| Durée de la subvention POECF (de... à...)  | De 2017 à 2019                   |              |
| Année/période pour laquelle le renouvellement du soutien à la POECF (tranche suivante) est demandé | 2018                             |              |
| Montant de la demande de renouvellement pour le soutien à la POECF                                 | US\$ 649 929                     |              |
| Investissement conjoint du pays  | Ressources du pays               | \$US         |
|  | Ressources partenaires           | \$US         |
|  | Ressources RSS Gavi <sup>3</sup> | \$US 162 482 |

### 1.5. Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi à l'avenir<sup>4</sup>

|   | Programme  | Année d'application prévue | Année d'introduction prévue |
|---|--|----------------------------|-----------------------------|
| Intérêt indicatif pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour la demande de soutien au RSS à Gavi | -L'intérêt pour l'introduction des nouveaux vaccins contre la rougeole et la rubéole <i>est de:</i>  |                            |                             |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter le spectre de protection des enfants contre la rougeole et la rubéole qui constituent un problème de santé publique ;</li> <li>- adhérer à <i>la stratégie régionale</i></li> </ul> | 2016                       | 2018                        |

<sup>3</sup> Ce montant doit être inclus soit lors d'une validation en amont du RSS, soit dans la demande de renouvellement actuelle du RSS, dans la section 1.4 ci-dessus.

<sup>4</sup> Le fait de fournir cette information ne constitue pas une obligation pour le pays ou Gavi ; elle est principalement fournie à des fins informatives.

|  |  |      |      |
|--|--|------|------|
|  | <p><i>de lutte accélérée contre la rougeole et la rubéole.</i></p> <p>-Pour le vaccin contre le virus du papillome humain, Selon les estimations du GLOBOCAN, le cancer du col de l'utérus, au Togo, est le 2ème cancer tous sexes confondus (14,9%) après le cancer du sein (16,6%). Le cancer du col est également le 2ème cancer de la femme (24,8%) après le cancer du sein (27,6%). Aussi, en Afrique de l'Ouest, région où se situe le Togo, les estimations font état d'environ 21,5% des femmes dans la population générale qui sont porteuses du virus VPH à un moment donné.</p> <p>La disponibilité du vaccin contre le VPH qui protège contre le cancer du col à 70% est une bonne opportunité pour le Togo de réduire la mortalité et la morbidité chez les femmes à risque.</p> <p>Le Togo a piloté le projet de démonstration du vaccin contre le VPH pendant 2 ans. Les leçons apprises et vus les résultats très encourageants, le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale a approuvé la manifestation d'intérêt concernant le soutien de Gavi pour cette nouvelle introduction et a ordonné la mise en œuvre des activités préparatoires avec un chronogramme partagé avec les partenaires.</p> <p>- Pour le vaccin contre la méningite A (MenAfriVac, En novembre 2014, une campagne préventive contre la méningite A a été réalisée dans les quatre (04) régions sus-citées et a permis de vacciner 2 815 354 personnes de 1 à 29 ans. La couverture estimée suite à l'enquête de couverture vaccinale était de 98,1% [IC 95% : 97,8% – 98,4%]. Cette campagne a été suivie de la mise en place d'un système de surveillance cas par cas des méningites bactériennes à l'échelle du</p> | 2016 | 2018 |
|  |  | 2016 | 2019 |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>pays, ce qui a permis de constater une diminution globale du nombre de cas de méningite avec une quasi disparition du NmA depuis 2015.</p> <p>Ainsi pour maintenir ces acquis et dans le cadre de la stratégie régionale de lutte contre les épidémies, le Togo envisage d'introduire le vaccin MenAfriVac® dans sa vaccination de routine avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers.</p> |  |  |
|--|---|--|--|

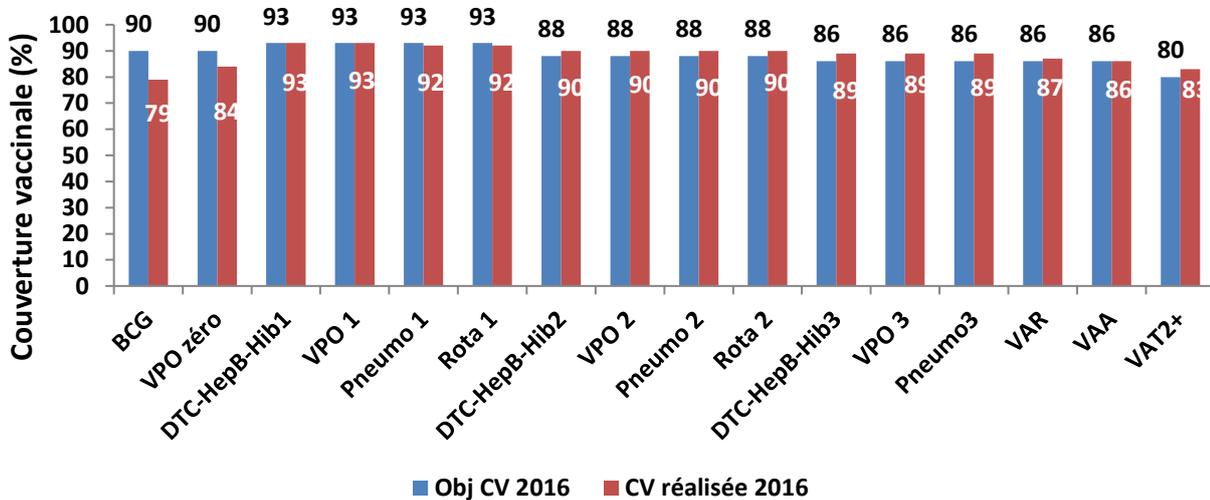
## 2. CHANGEMENTS DANS LE CONTEXTE DU PAYS DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION CONJOINTE



## 3. PERFORMANCES DU SYSTEME DE VACCINATION PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

### 3.1. Couverture et équité en matière de vaccination

Les couvertures vaccinales pour les différents antigènes administrés en routine aux enfants de 0-11 mois et aux femmes enceintes en 2016, selon les données administratives, sont présentées dans le graphique ci-dessous.

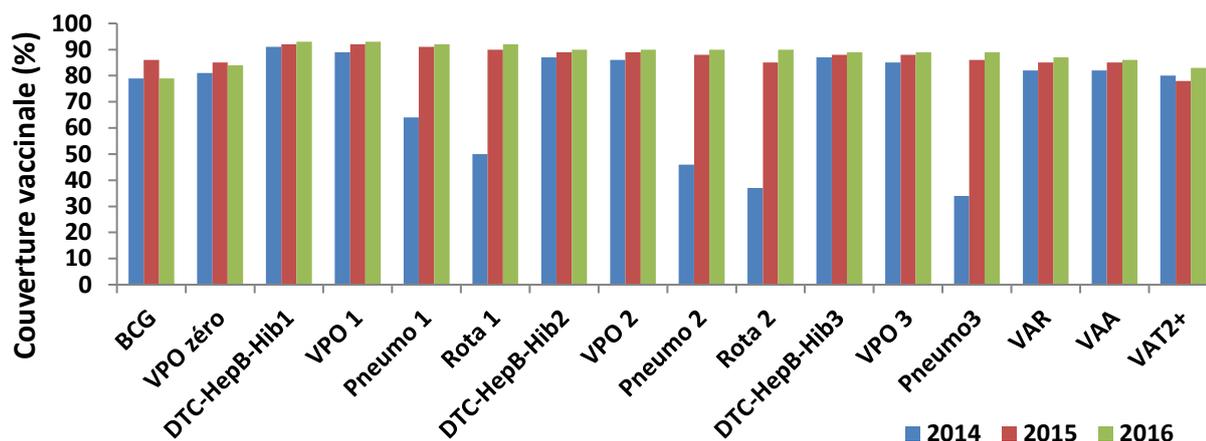


**Graphique 1 : Couvertures vaccinales réalisées en vaccination de routine chez les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes en 2016 au Togo**

Les couvertures obtenues sont supérieures à 80% pour tous les antigènes en dehors du BCG qui a enregistré une couverture de 79%. Il faut noter que le pays a eu un retard d'approvisionnement en vaccin BCG en raison de sa pénurie sur le marché international. Les objectifs de couverture vaccinale de 2016 ont été atteints pour la plupart des vaccins, sauf pour les vaccins suivants :

- ✓ BCG (79%) et VPO zéro (84%) contre un objectif de 90% ;
- ✓ Pneumo1 (92%) et Rota1 (92%) contre un objectif de 93% ;

En dehors du BCG et du VPO zéro, la couverture des autres vaccins ont connu une augmentation progressive de 2014 à 2016 comme l'indique le graphique ci-dessous.



Le vaccin contre le pneumocoque (Pneumo) et le vaccin contre le rotavirus (Rota) ont été introduits en juin 2014

**Graphique 2 : Evolution des couvertures vaccinales réalisées en vaccination de routine de 2014 à 2016 au Togo**

Au niveau des régions sanitaires, comme indiqué dans le tableau 1 ci-dessous, la couverture vaccinale en 2016 selon les données administratives a été supérieure à 80% pour tous les vaccins en dehors du BCG et du VAT2+ pour lesquels la couverture a été inférieure à 80% dans les régions Maritime, Plateaux et Centrale. Les régions Kara et Savanes ont présenté les couvertures vaccinales les plus élevées. Les plus faibles couvertures vaccinales ont été enregistrées dans la région Lomé-Commune selon les données administratives.

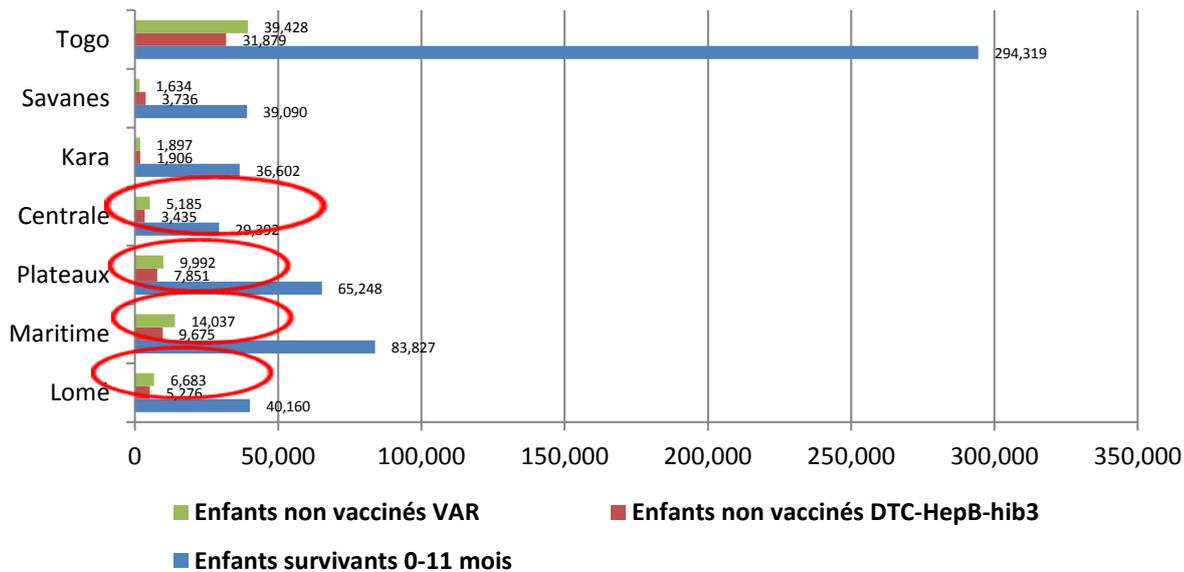
**Tableau 1 : Couverture vaccinale par région en 2016 (données administratives enfants de 0-11 mois et femmes enceintes)**

| Régions         | COUVERTURE VACCINALE EN 2016 (%) |          |      |               |         |        |        |      |               |          |     |     |        |
|-----------------|----------------------------------|----------|------|---------------|---------|--------|--------|------|---------------|----------|-----|-----|--------|
|                 | BCG                              | VPO zéro | VPO1 | DTC-HepB-Hib1 | PCV13 1 | Rota 1 | Rota 2 | VPO3 | DTC-HepB-Hib3 | PCV 13 3 | VAR | VAA | VAT2 + |
| <b>Lomé</b>     | 86                               | 87       | 89   | 89            | 89      | 89     | 87     | 87   | 87            | 87       | 83  | 83  | 91     |
| <b>Maritime</b> | 75                               | 85       | 92   | 92            | 92      | 92     | 90     | 88   | 88            | 88       | 83  | 83  | 76     |
| <b>Plateaux</b> | 76                               | 80       | 92   | 93            | 92      | 91     | 88     | 87   | 88            | 87       | 85  | 85  | 78     |
| <b>Centrale</b> | 78                               | 80       | 92   | 92            | 92      | 92     | 88     | 87   | 88            | 88       | 82  | 82  | 78     |
| <b>Kara</b>     | 85                               | 89       | 99   | 98            | 98      | 98     | 95     | 95   | 95            | 94       | 95  | 95  | 102    |
| <b>Savanes</b>  | 80                               | 80       | 94   | 93            | 93      | 94     | 92     | 90   | 90            | 90       | 96  | 95  | 86     |
| <b>National</b> | 79                               | 84       | 93   | 93            | 92      | 92     | 90     | 89   | 89            | 89       | 87  | 86  | 83     |

**Légende**

- CV < 80%
- 80% ≤ CV < 90%
- CV ≥ 90%

Selon les données administratives, le nombre des enfants 0-11 mois insuffisamment vaccinés au DTC-HepB-Hib3 et au VAR a dépassé 10% de l'effectif de la cible attendu dans les régions Centrale, Plateaux, Maritime et Lomé-Commune comme le présente le graphique 3. Seules les régions Kara et Savanes ont une proportion d'enfants insuffisamment vaccinés inférieures à 10%.

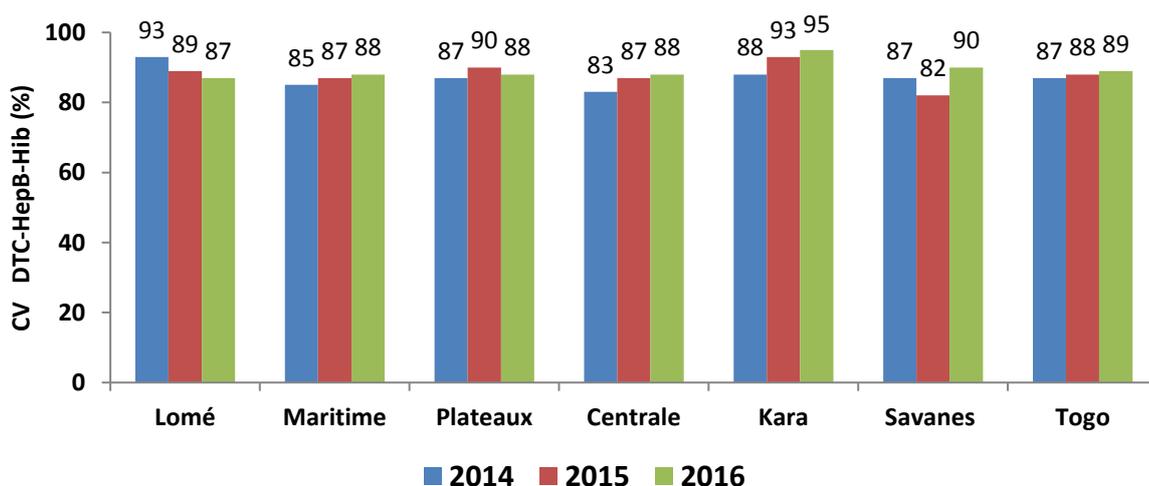


**Graphique 3 : Enfants survivants 0-11 mois attendus et enfants insuffisamment vaccinés en 2016 par région**

Il convient de noter que les premières Journées de Santé de l'Enfant (JSE) ont été organisées du 29 juin au 03 juillet 2016, à titre pilote, dans les régions Kara et Savanes avec l'appui des partenaires, notamment l'Unicef. Au cours de ces JSE, un paquet d'interventions à haut impact pour la survie de la mère et de l'enfant, dont la vaccination, a été délivré aux enfants de 6-59 mois et aux femmes enceintes. Durant les JSE des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes insuffisamment vaccinés ou non vaccinés ont été recensés et vaccinés dans les deux régions avec tous les vaccins de routine, ce qui a permis le relèvement des couvertures vaccinales dans les régions Kara et Savanes.

L'évolution de la couverture vaccinale du DTC-HepB-Hib3 dans les régions de 2014 à 2016, selon les données administratives est présentée par la graphique 4.

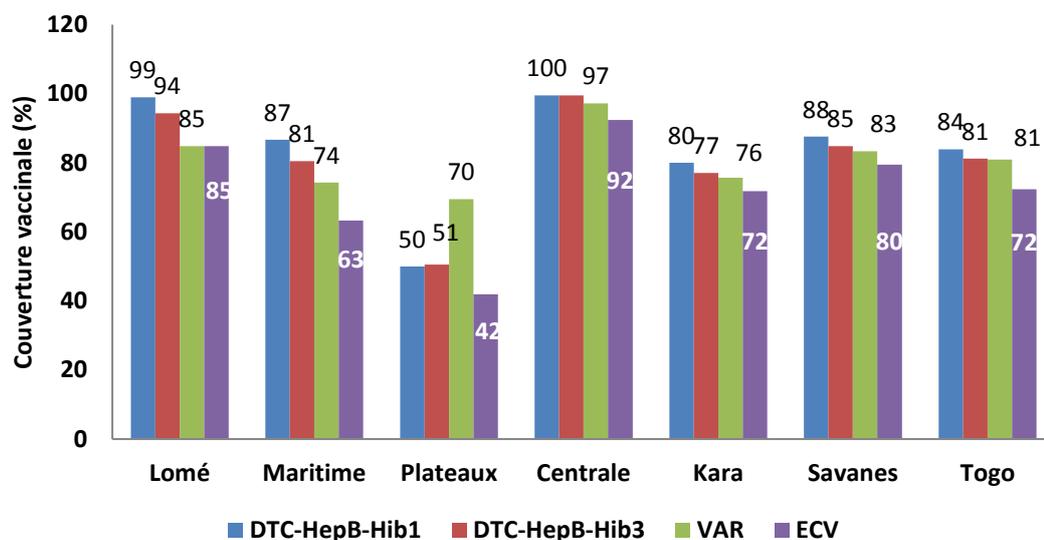
La couverture du DTC-HepB-Hib3 a été supérieure à 80% dans toutes les régions durant les trois années. Elle a augmenté en 2016 par rapport à 2015 dans les régions Maritime, Centrale, Kara et Savanes. Elle a par contre baissé dans la région Lomé et dans la région des Plateaux au cours de la même période.



**Graphique 4 : Evolution de la couverture vaccinale DTC-HepB-Hib 3 par région de 2014 à 2016**

Le graphique ci-dessous présente les résultats de l'enquête de couverture vaccinale conduite au cours de l'étude sur l'équité dans l'accès aux services de vaccination réalisée en février-mars 2017. Les résultats présentés au graphique 5 concernent la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois et la proportion des

enfants complètement vaccinés par région et au plan national selon les résultats de l'enquête.



**Graphique 5 : Couverture vaccinale et ECV chez les enfants de 12-23 mois au Togo, selon l'étude sur l'équité dans l'accès aux services de vaccination, 2016**

La proportion d'enfants complètement vaccinés et les couvertures vaccinales présentent des disparités entre les régions. La région centrale se démarque des autres régions avec la plus forte proportion d'enfants complètement vaccinés (ECV) de 92%, suivie par Lomé (85%), Savanes (80%) et Kara (72%). Les plus faibles proportions d'ECV ont été enregistrées dans les régions Plateaux (42%) et Maritime (63%). Ces deux régions ont également les plus faibles couvertures en VAR.

Ces résultats, en comparaison avec les données administratives, confirment la bonne performance de la région des Savanes d'une part et les faibles performances des régions Plateaux et Maritime d'autre part.

La faible proportion d'ECV (<80%) et la faible couverture en VAR de la région Maritime et de la région des Plateaux est liée, entre autres, aux facteurs suivants :

- Insuffisance des stratégies avancées de vaccination au regard du taux d'accessibilité géographique. En effet, la proportion des cibles vivant au-delà de 5 km d'une formation sanitaire est supérieure à 40% dans les deux régions, à savoir 48,2% dans la région des Plateaux et 40,3% dans la région Maritime. Les stratégies avancées de vaccination sont donc nécessaires pour augmenter les couvertures vaccinales et le taux d'ECV dans ces deux régions. Selon les données administratives, seulement 13% à 22% des cibles ont été vaccinées en stratégie avancée dans la région Maritime et 18% à 30% dans la région des Plateaux en 2016 selon les vaccins.

La faible réalisation des stratégies avancées est due à des insuffisances au niveau de la mobilisation sociale, du monitoring pour action (non basée sur le monitoring par village dans beaucoup de formations sanitaires), de la planification des séances de stratégies avancées et de l'insuffisance des moyens logistiques (seulement 36% des formations sanitaires disposent de motos dans les deux régions) dans un contexte marqué par l'existence de localités d'accès difficile surtout en saison pluvieuse. L'insuffisance du financement pour sa mise en œuvre est aussi une cause majeure.

En effet les deux régions n'ont reçu aucun appui financier pour les stratégies avancées, contrairement à la région des Savanes et à la région Kara qui ont reçu un appui financier de l'Unicef. Les stratégies avancées ont été financées dans les deux régions par les ressources très limitées des comités de gestion (Coges).

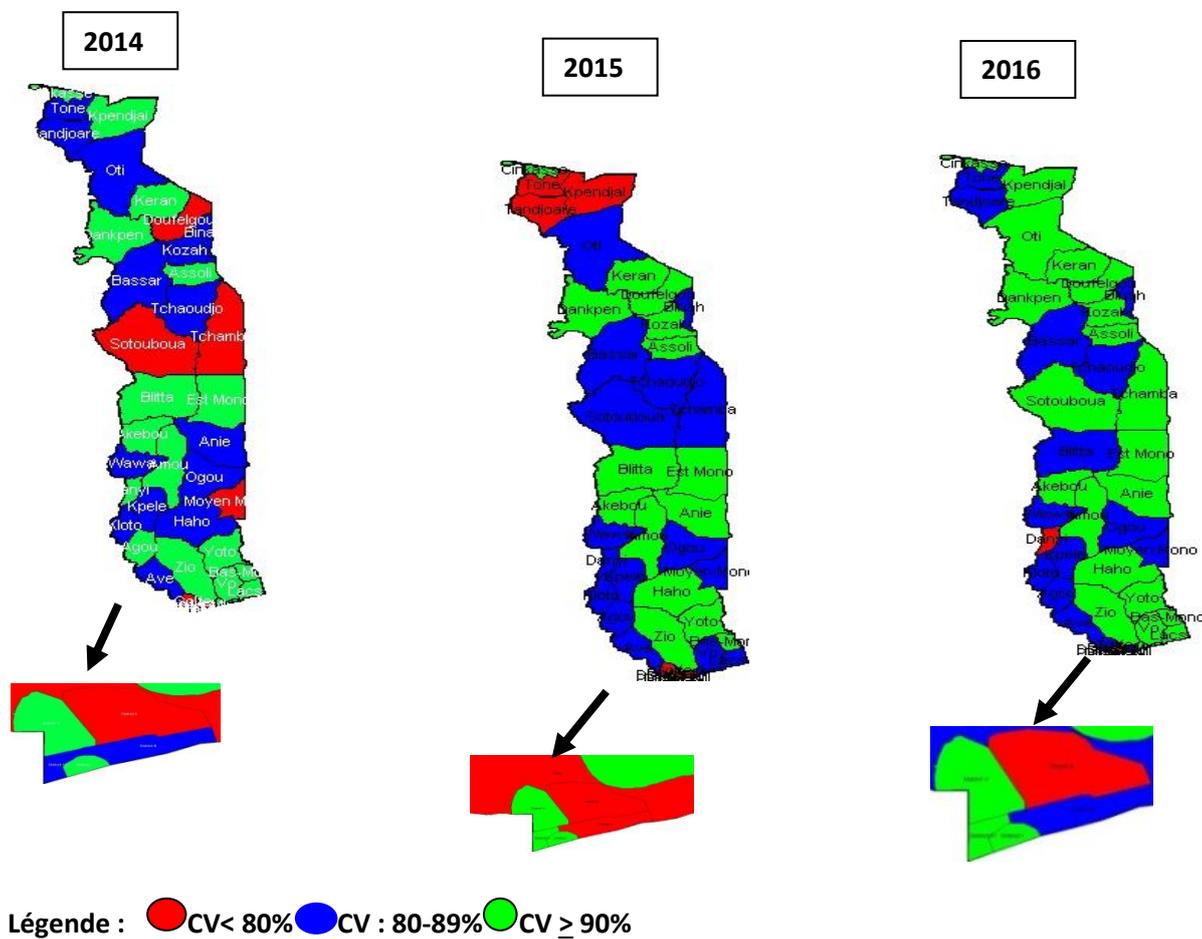
- Faible disponibilité de réfrigérateur fonctionnel pour la conservation des vaccins dans les centres de vaccination, ce qui constitue un handicap pour l'offre des services de vaccination. Les deux régions ont les plus faibles proportions de formations sanitaires disposant de réfrigérateurs fonctionnels, à

savoir 60% pour la région Maritime et 57% pour la région des Plateaux pour une moyenne de 65% sur le plan national ;

A l'opposé des données administratives, les résultats de l'enquête de couverture vaccinale indiquent que la région Lomé a enregistré les couvertures vaccinales avec les proportions d'enfants complètement vaccinés les plus élevées après la région Centrale.

La discordance des couvertures vaccinales entre les données administratives et les données d'enquête pour la région Lomé est due au fait que cette région abrite la capitale Lomé et est caractérisée par un grand nombre de formations sanitaires privées (74% de l'ensemble des structures de santé faisant la vaccination) dont les données de vaccination ne sont pas systématiquement prises en compte dans le système de monitoring. Des efforts restent à faire pour renforcer la collaboration entre les structures publiques et les structures privées dans la collecte de l'information sanitaire.

Les cartes suivantes présentent l'évolution de la performance des districts par rapport à la vaccination de routine de 2014 à 2016.



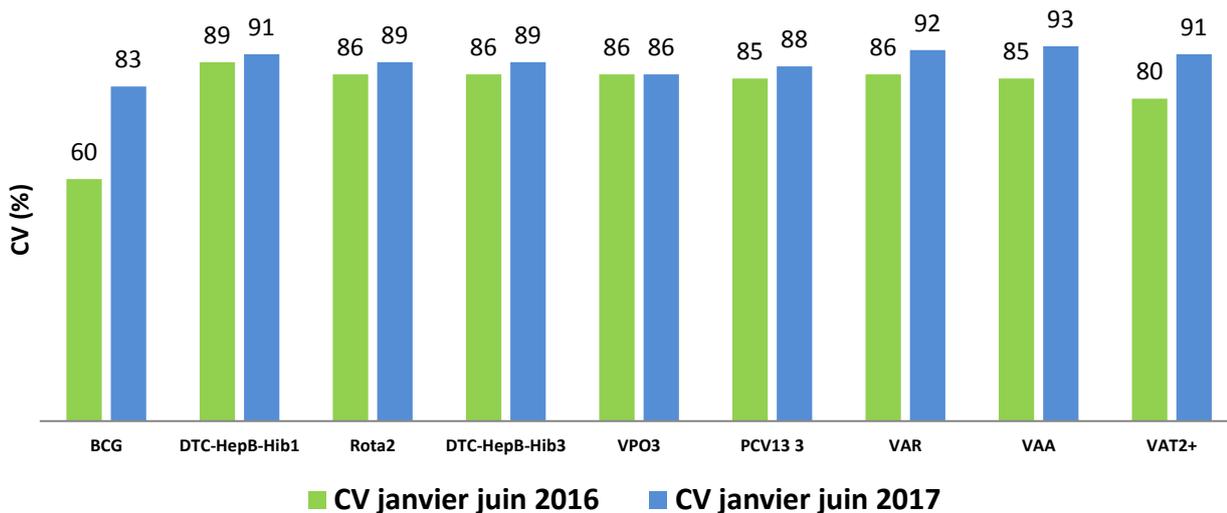
Le nombre de districts avec une couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3 < 80% est passé de 6 en 2014 (15% des districts) à 2 districts (5% des districts) en 2016. Au cours de la même période le nombre de districts avec une couverture vaccinale ≥ 90% pour le DTC-HepB-Hib3 est passé de 18 districts (45%) à 23 districts (58%). Le district Danyi de la région des Plateaux et le district N°2 de la région Lomé ont enregistré une couverture DTC-HepB-Hib3 < 80% en 2016. Il est à noter que la couverture DTC-HepB-Hib3 administrative est restée inférieure à 80% et est en baisse dans le district N°2 durant les 3 dernières années (76% en 2014, 74% en 2015 et 70% en 2016).

La faible performance du district Danyi s'explique par les facteurs suivants :

- ✓ Faible disponibilité des motos pour les stratégies avancées (seulement 3 formations sanitaires que compte le district dispose de motos, soit 25% de formations sanitaires) ;
- ✓ Selon les données administratives, seulement 5% à 10% des cibles ont été vaccinées en stratégie avancée selon les vaccins en 2016 dans le district alors que 77% de la population cible se trouve à plus de 5 km d'une formation sanitaire pour une moyenne régionale de 48%. La faible réalisation des stratégies avancées résulte des problèmes de logistique mais aussi de financement assuré par les ressources très limitées des comités de gestion.

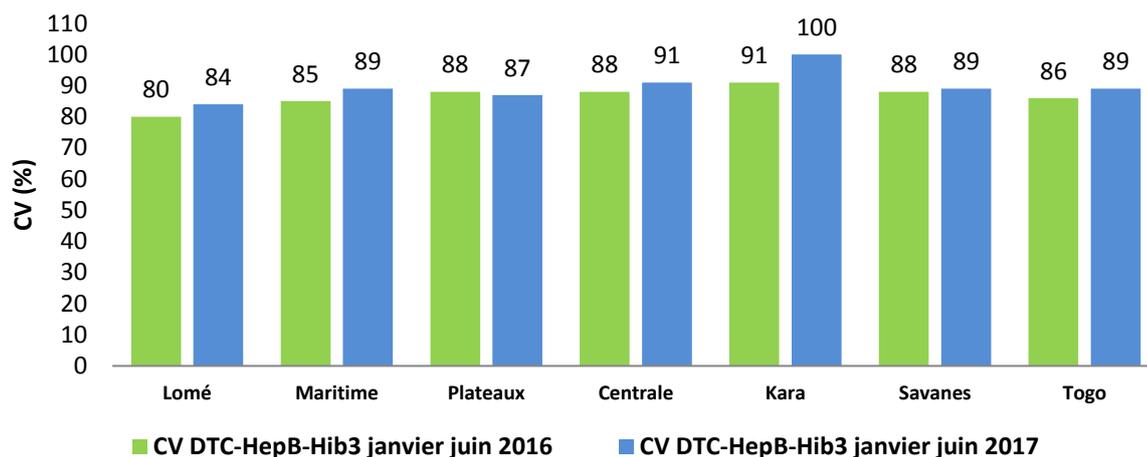
En ce qui concerne le district N°2 de Lomé-commune, la contrainte majeure est la faible couverture du district en structures sanitaires publiques avec 4 formations sanitaires publiques pour une superficie de 42 km<sup>2</sup> (le district le plus vaste de la région Lomé) et une population totale de 401 400 hbts en 2016. De ce fait 190 formations sanitaires privées opèrent dans le district dont seulement 30 fournissent au district des données de vaccination dans le cadre d'une collaboration. Des efforts restent à faire au niveau de ce district tout comme dans tous les districts de Lomé pour étendre la collaboration à un nombre croissant de structures privées d'année en année afin que le système de monitoring capte de manière plus exhaustive les vaccinations administrées. Par ailleurs certaines localités du district situées à plus de 5km d'une formation sanitaire publique connaissent des inondations en saison pluvieuse qui les rendent inaccessibles pour les stratégies avancées.

En 2017, les couvertures vaccinales ont connu une augmentation pour tous les vaccins par rapport à 2016, comme le montre le graphique ci-dessous.



**Graphique 6 : Couvertures vaccinales 2016 et 2017 (janvier-juin) au Togo, selon les données administratives du PEV de routine**

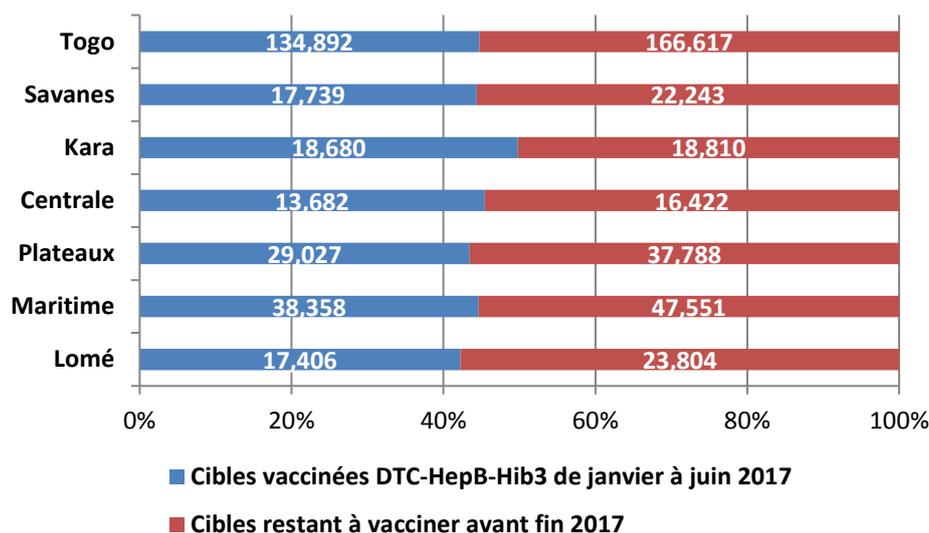
Le graphique 7 ci-dessous présente l'évolution de la couverture du DTC-HepB-Hib3 de 2016 à 2017 dans les régions pour la période de janvier à juin. Hormis la région des Plateaux qui affiche une légère baisse, la couverture vaccinale en 2017 a augmenté par rapport à 2016 dans chaque région.



**Graphique 7 : Couvertures vaccinales DTC-HepB-Hib3 par région 2016 et 2017 (janvier-juin) selon les données administratives du PEV de routine**

L'amélioration des couvertures vaccinales en 2017 est due au renforcement de la vaccination de routine au cours des Journées de Santé de l'Enfant (JSE) qui ont été organisées avec l'appui des partenaires notamment l'Unicef dans les 6 régions en février 2017. Selon les vaccins, 11% à 28% des cibles vaccinées au cours du premier semestre 2017 l'ont été pendant les JSE. De plus la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV) célébrée du 19 au 24 juin 2017 a été une occasion de renforcer les stratégies avancées dans 5 districts à faible performance pour la couverture VAR, à savoir Danyi, Moyen-Mono (région des Plateaux), District N°2 (région de Lomé) et Golfe (Région Maritime) avec un financement OMS.

Le graphique ci-dessous présente la situation de la vaccination au DTC-HepB-Hib3 à mi-parcours pour l'année 2017. Il ressort que la proportion des enfants attendus dans l'année qui sont déjà vaccinés au DTC-HepB-Hib3 dépasse 40% dans toutes les régions et varie de 49,8% dans la région Kara à 42,2% dans la région Lomé selon les données administratives.



**Graphique 8 : Enfants vaccinés de janvier à juin 2017 et restant à vacciner au DTC-HepB-Hib3 par région en 2017**

### 3.2. Facteurs de faible performance/équité

#### (i) Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV)

C'est une instance technique et scientifique mise en place en 2015 par arrêté ministériel pour l'adaptation des recommandations de l'OMS au contexte du pays (ex : introduction de nouveaux vaccins). Il dispose d'un règlement intérieur.

Il compte treize (13) membres composés essentiellement des professeurs d'université et médecins experts dans leurs domaines.

Le GTCV a pour mandat de mener des réflexions et de donner des avis techniques qui doivent alimenter le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et le Comité de Coordination Inter-Agence (CCIA). Ses membres ont été formés en 2017 par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et l'Agence de la Médecine Préventive (AMP). Il a commencé ses activités en 2016, s'est déjà réuni au moins 4 fois et se penche actuellement sur l'introduction de la dose de l'Hépatite B à la naissance.

Le secrétariat du GTCV est assuré par la Division de l'Immunisation. Il existe une bonne articulation entre le GTCV, la Division de l'Immunisation et le CCIA.

Les principaux problèmes liés au fonctionnement du GTCV sont :

- La disponibilité des membres (la plupart des membres sont des professeurs d'université), mais le quorum est toujours atteint ;
- La charge du travail pour la division de l'immunisation qui, assure à la fois le secrétariat administratif du GTCV et du CCIA.

Dans les perspectives, il s'agit de renforcer le plaidoyer auprès du Gouvernement et des bailleurs pour le financement des coûts de fonctionnement du GTCV.

#### (ii) Instances de coordination et de pilotage

Il existe des organes de coordination du secteur de la santé qui sont : le CCIA, le Country Coordination Mechanism (CCM), Comité Sectoriel Santé/VIH (CSS). Ces organes sont peu fonctionnels.

- Principales contraintes du CCIA :
  - o Non disponibilité des membres essentiellement à cause des contraintes d'agenda et du chevauchement des activités ;
  - o Faible niveau de représentativité et de séniorité des participants aux réunions (pas nécessairement les bonnes personnes) pour la prise de décisions ;
  - o Lourdeur de la charge de travail pour la Division de l'Immunisation qui assure le secrétariat du GTCV et CCIA, ce qui affecte la préparation, la qualité des présentations et des discussions qui en découlent.
- Principales contraintes du CSS :
  - o Le secrétariat du CSS non fonctionnel.
- Articulation entre les organes de coordination :
  - o Le mandat du CSS est plus large que celui du CCIA ou du CCM car le CSS est chargé de la coordination de l'ensemble du secteur de la santé
  - o Idéalement il ne faudrait qu'un seul organe de coordination : le CSS est créé par décret présidentiel alors que le CCIA l'est par arrêté ministériel ;
  - o Les institutions membres du CCIA, CCM et CSS sont aujourd'hui les mêmes.

#### Recommandations

- Formaliser la création du Programme Elargi de Vaccination ;
- Approfondir la réflexion vers la mise en place d'un seul organe de coordination au niveau du secteur :

En attendant que le CSS soit fonctionnel, il faut renforcer les instances existantes (CCIA, CCM,...) sur les aspects de coordination et de prise de décision ;

Dans le moyen/long terme, il faut changer le statut et revoir les cahiers de charges du CCIA, du CCM et du GTCV pour qu'ils deviennent des sous-comités ou groupe thématiques du CSS.

• **Gestion des finances publiques :**

Les activités de la vaccination ont été financées en 2016 à travers trois sources : l'OMS, l'UNICEF et le budget du gouvernement (subvention de 50 millions FCFA)

- Principales contraintes liées à l'exécution financière :
  - Délai de traitement des requêtes de financement par les partenaires (un mois par l'UNICEF ; deux semaines par l'OMS) entraîne parfois des retards dans la mise en œuvre des activités de la Division de l'Immunisation ;
  - Insuffisance dans la prédictibilité du financement des partenaires ;
  - Lenteur dans le processus de décaissement de l'Etat pour couvrir les frais de fonctionnement ;
  - Centralisation de la gestion financière des activités (financements concentrés au niveau central avant d'être mis à disposition des régions et districts)
  - Insuffisance dans la maîtrise des procédures des partenaires
  - Retard dans la justification des fonds précédemment reçu.

**Recommandations**

- Mettre en place un cadre de dialogue permanent entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances pour une meilleure compréhension des processus de décaissement, des urgences de Santé et un meilleur suivi des requêtes ;
- Mettre en place un retro planning pour les requêtes soumises aux partenaires financiers (prenant en compte leur délais et procédures internes) ;
- Décentraliser les financements pour accélérer la mise en œuvre des activités au niveau des régions ;
- Renforcer le lien logique entre la planification, l'allocation, la programmation budgétaire et le suivi de l'exécution du budget.

- **Autres aspects critiques :** tout autre aspect identifié, par exemple basé sur le PPAC, l'examen du PEV, l'évaluation post-introduction, la GEV ou tout autre plan national, ou les principaux résultats issus des rapports d'évaluation indépendants disponibles<sup>5</sup>.

Les facteurs de faibles performances en matière de vaccination au Togo sont d'ordre multiple et concernent les aspects suivants :

- la non disponibilité des réfrigérateurs fonctionnels pour la conservation des vaccins dans 35% des formations sanitaires. Ce qui affecte négativement l'offre des services de vaccination. Cette situation est plus critique dans les régions Maritime et Plateaux où respectivement 40% et 43% de formations sanitaires offrant les services de vaccination ne disposent pas de réfrigérateurs à vaccins;
- le déficit de moyens logistiques (autos et motos) handicape les activités de supervision et de stratégies avancées de vaccination. En effet 33% de formations sanitaires ne disposaient pas de motos en 2016. Cette proportion était de 64% dans les 2 régions sus-citées où le déficit a été plus prononcé. Il faut noter que la disponibilité en moyens logistiques va s'améliorer en 2017 et 2018 avec des dotations en motos prévues dans le cadre du reliquat RSS1 et du Programme d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC) ;

<sup>5</sup> Le cas échéant, les évaluations complètes du pays (pertinentes pour le Bangladesh, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) et les évaluations d'assistance technique (conduites pour les pays prioritaires de niveau 1 et niveau 2 du PEF Gavi).

- les stratégies avancées de vaccination souffrent d'un faible taux de réalisation dans les districts en raison d'une insuffisance de financement et de moyens logistiques. La proportion non négligeable des cibles vivant au-delà de 5 km d'une formation sanitaire (40% sur le plan national) rend indispensable l'organisation régulière des stratégies avancées de vaccination de manière intégrée avec d'autres interventions pour les atteindre;
- les zones difficiles d'accès en raison des obstacles géographiques, situation accentuée pendant la saison pluvieuse du fait des inondations, constituent des poches insuffisamment couvertes par la vaccination surtout dans les districts qui souffrent de moyens logistiques adéquats. Ces zones se retrouvent majoritairement dans les districts Sotouboua, Kpendjal, Danyi, Wawa, Akébou, Dankpen et Est-Mono ;
- la faible couverture en structures sanitaires publiques notamment dans la région Lomé où plusieurs structures privées offrent des services de vaccination. Les données de vaccination des structures privées rapportées par la région sanitaire de Lomé concernent seulement 69 structures privées sur plus d'une centaine. Cette situation est à l'origine de la discordance entre les données de routine et les données d'enquête pour la couverture vaccinale ;
- la problématique du dénominateur issu des projections des résultats du recensement de la population et de l'habitat réalisé en 2010. Une surestimation est suspectée pour certains districts comme Tandjoare dans la région des Savanes où le recensement avait été effectué au moment où le district avait accueilli de nombreux réfugiés venant du Ghana voisin qui sont retournés dans leur pays depuis 2013. A l'opposé de cette situation, une sous-estimation du dénominateur suspectée dans d'autres districts comme Kéran dans la région de la Kara. Dans tous les cas, ces suspicions se fondent sur la discordance entre les données de population fournies par les services des Statistiques et les données locales actualisées obtenues lors des recensements des populations réalisés dans les districts avant les traitements à base communautaires.
- les insuffisances liées à la gestion du programme notamment la non utilisation adéquate du système de suivi et de recherche des abandons de la vaccination dans les formations sanitaires, le nombre de séances de vaccination limité à 2 par semaine dans la majorité des formations sanitaires, le relâchement du monitoring par village dans la plupart des formations sanitaires ;
- l'insuffisance du financement pour l'approche Atteindre chaque District/chaque enfant. En dehors du financement très limité des coges, seules 2 régions ont reçu en 2016 l'appui des partenaires, notamment l'Unicef, pour les stratégies avancées ;
- l'absence de ressources financières locales pour assurer le fonctionnement de la Division de l'Immunisation et la coordination du PEV. Cette situation rend le PEV tributaire du financement des partenaires pour les activités de coordination ;

Par ailleurs l'étude sur l'équité dans l'accès des services de vaccination au Togo a identifié le niveau socioéconomique des ménages (richesse du ménage), l'éducation des mères (niveau d'instruction) et la religion des parents comme facteurs pertinents de prédiction de la variation de la couverture vaccinale au Togo.

**Le niveau socioéconomique des ménages** se retrouve fortement associé au statut vaccinal des enfants. Plus les ménages sont pauvres, moins leurs enfants bénéficient d'une vaccination complète.

**La scolarisation des mères (le niveau d'instruction)** favorise l'accessibilité des enfants à la

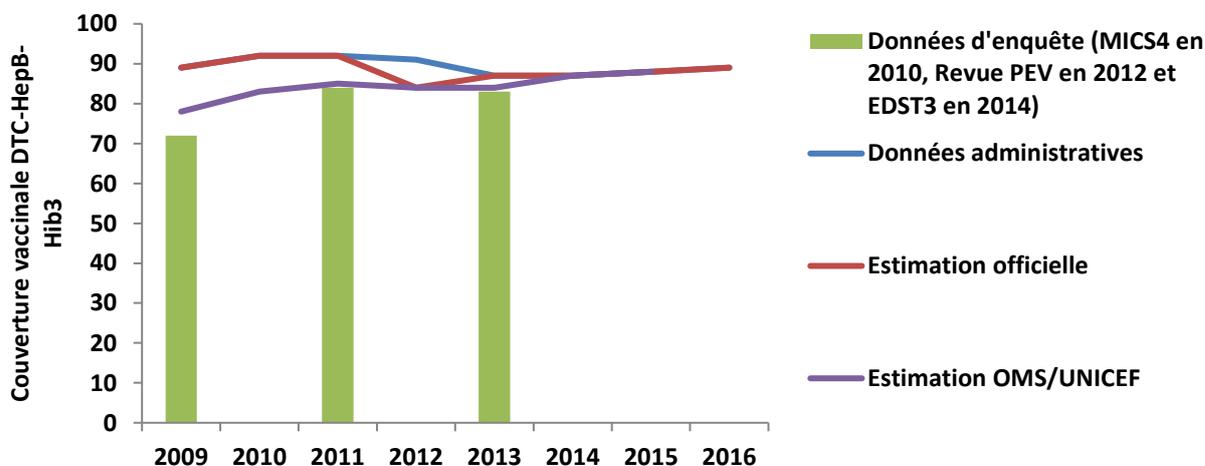
vaccination. En effet, 88,24 % pour les parents ayant un niveau d'étude supérieur avaient le 1er enfant complètement vacciné contre 76,67% pour les parents de niveau secondaire, 75,28% pour les parents de niveau primaire et 68,14% pour les parents sans niveau d'instruction. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes instruites pourraient mieux comprendre les bénéfices d'immunisation et peuvent faire un choix de service de vaccination en vue d'accroître leur disponibilité à aller chercher ces soins préventifs.

**La religion des parents** se retrouve, elle aussi, fortement associée au statut vaccinal. En effet, 83,24% des enfants de confession musulmane étaient complètement vaccinés, contre 74,84% des enfants de la religion catholique et 59,51% des enfants de religion traditionnelle.

Selon les résultats des focus groupe, c'est la synergie ou le mélange d'au moins 10 facteurs suivants qui est à l'origine de la vaccination incomplète des enfants: méconnaissance de l'importance de la vaccination, oublis des rendez-vous ou incapacité de lire, éloignement des centres de vaccination, longues files d'attente, manqué d'argent, vaccination matinale, mauvais accueil du personnel de santé, déplacement des populations, peur des effets secondaires, croyances erronées.

### 3.3. Données

L'analyse des données de vaccination du DTC-HepB-Hib3 sur les huit (08) dernières années montre que la couverture d'enquête a toujours été inférieure à la couverture administrative. Toutefois l'écart entre les deux indicateurs qui était de 17 points en 2009 s'est considérablement réduit et n'était que de 4 points en 2013. Les estimations OMS/Unicef sont en cohérence avec les données d'enquête. Depuis 2014, elles coïncident aussi avec les couvertures administratives.



**Graphique 9 : Evolution de la couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3 de 2009 à 2016, corrélée aux estimations officielles, aux données d'enquête et aux estimations OMS/Unicef**

En 2016, les incohérences des données ont concerné 13 à 23% des districts qui ont connu les situations suivantes :

- ✓ couverture vaccinale supérieure à 100%
- ✓ couverture des doses subséquentes supérieures à celles des doses précédentes
- ✓ couverture vaccinale différente pour les vaccins qui sont administrés au même moment
- ✓ Taux d'abandon négatifs

Le tableau suivant présente les détails des résultats sur l'incohérence des données

**Tableau 2 : Incohérence des données de vaccination de routine dans les districts en 2016**

| Régions           | Nombre de districts avec |                      |                      |                      |                        |                       |  |  | Ab<br>Penta1/<br>Penta 3<br>< 0 |
|-------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|--|--|---------------------------------|
|                   | CV Penta 1<br>> 100%     | CV Penta 3<br>> 100% | CV VPO2 ><br>VPO1    | CV VPO3 ><br>VPO2    | CV Penta2 ><br>Penta 1 | CV Penta3 ><br>Penta2 | CV VPO3≠<br>Penta3                       | CV VAR≠<br>VAA                                     |                                 |
| Lomé              | 2<br>D1 et D5            | 2<br>D1 et D5        | 3<br>D1, D4 et<br>D5 | 3<br>D1, D4 et<br>D5 | 3<br>D1, D4 et<br>D5   | 3<br>D1, D4 et<br>D5  | 1<br>D3                                  | 1<br>D3  | 3<br>D1, D4<br>et D5            |
| Maritime          | 3<br>Vo, Yoto et<br>zio  | 1<br>Zio             | 1<br>Golfe           | 0                    | 0                      | 0                     | 1<br>Zio                                 | 0  | 0                               |
| Plateaux          | 1<br>Anié                | 0                    | 1<br>Wawa            | 1<br>Kloto           | 1<br>Wawa              | 1<br>Danyi            | 4<br>Amou,<br>Danyi,<br>Haho et<br>Kloto | 4<br>Akébou,<br>Haho,<br>Moyen-<br>Mono et<br>Wawa | 1<br>Danyi                      |
| Centrale          | 0                        | 0                    | 0                    | 0                    | 0                      | 1<br>Tchaoudjo        | 1<br>Tchaoudjo                           | 0  | 0                               |
| Kara              | 2<br>Dankpen,<br>Kéran   | 1<br>Kéran           | 0                    | 1<br>Kozah           | 0                      | 0                     | 1<br>Kéran                               | 1<br>Kéran   | 1<br>Kozah                      |
| Savanes           | 1<br>Oti                 | 1<br>Oti             | 1<br>Tandjoare       | 0                    | 1<br>Tandjoare         | 0                     | 1<br>Kpendjal                            | 3<br>Kpendjal,<br>Tandjoare<br>et Oti              | 0                               |
| <b>Togo</b>       | <b>9</b>                 | <b>5</b>             | <b>5</b>             | <b>5</b>             | <b>5</b>               | <b>5</b>              | <b>9</b>                                 | <b>9</b>   | <b>5</b>                        |
| <b>Proportion</b> | <b>23%</b>               | <b>13%</b>           | <b>13%</b>           | <b>13%</b>           | <b>13%</b>             | <b>13%</b>            | <b>23%</b>                               | <b>23%</b>   | <b>13%</b>                      |

L'analyse des données indique les points forts et les points à améliorer suivants :

- **Points forts**

- ✓ une bonne complétude des rapports mensuels de vaccination (100%) ;
- ✓ un taux de promptitude des rapports supérieur à 80% tant au niveau national que dans 100% des régions et 100% des districts ;
- ✓ les couvertures vaccinales augmentent progressivement depuis 2015 ;
- ✓ l'écart entre les couvertures vaccinales d'enquête et les couvertures administratives se réduit d'année en année (17 points en 2009 et 4 points en 2013 pour le DTC-HepB-Hib3) ;
- ✓ les estimations OMS/Unicef coïncident avec les couvertures administratives depuis 2014.

- **Points à améliorer**

Les insuffisances sont notées par rapport à :

- ✓ la discordance de la couverture des vaccins qui sont administrés au même moment au niveau de certains districts ;
- ✓ les taux d'abandon négatifs ;
- ✓ les couvertures vaccinales supérieures à 100% dans plusieurs districts sanitaires
- ✓ les couvertures des doses subséquentes sont supérieures à celles des doses précédentes dans 13 à 23% des districts pour les vaccins à plusieurs contacts

En vue de corriger les insuffisances relevées, les actions suivantes seront menées :

- ✓ mener une profonde évaluation de la qualité des données de vaccination et de surveillance épidémiologique afin de disposer de données d'analyse plus étendues ;
- ✓ élaborer et diffuser aux districts un canevas de monitoring de la qualité des données ;
- ✓ poursuivre et améliorer la qualité des réunions de monitoring et de validation des

|   |
|---|
| <p>données au niveau central et dans les districts sanitaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ élaborer un plan triennal d'amélioration de la qualité des données (PAQD) assorti d'une procédure de suivi/évaluation ;</li> <li>✓ intégrer le PAQD dans le PPAC et dans les plans annuels du PEV ;</li> <li>✓ mettre en œuvre le PAQD au Togo à partir de 2018.</li> </ul> <p>Par ailleurs, la mise à l'échelle du DHIS2 est en cours au Togo et la Division de l'Immunisation (DivI) y est associée depuis le début du processus avec la prise en compte des outils et indicateurs d'évaluation du Programme Elargi de Vaccination. Cependant une assistance technique en appui à la DivI est nécessaire pour parfaire l'intégration complète des indicateurs du PEV dans le DHIS2 de manière à faire efficacement le lien entre le DHIS2 et les outils de gestion du PEV, à savoir le DVD-MT et SMT avec le souci d'éviter la double saisie qui est préjudiciable à la gestion intégrée de l'information sanitaire.</p> |
|---|

### 3.4. Rôle et implication des différentes parties prenantes dans le système de vaccination

| <b>PARTENAIRES</b>             | <b>Rôles et responsabilités</b>  |
|--------------------------------|--|
| <b>OMS</b>                     | Apporte un appui technique et financier au PEV de routine, vaccinations supplémentaires (formation, supervision, coordination, évaluation)<br>Appui technique et financier Surveillance, réactif de labo, harmonisation des données.<br>Dotation de matériels informatiques, |
| <b>UNICEF</b>                  | Apporter un appui technique et financier au PEV de routine, vaccinations supplémentaires : communication/Mobilisation sociale, équipement logistique et de la chaîne du froid, , achat de vaccins et consommables,   |
| <b>Gavi</b>                    | Achat de vaccins et consommables, logistiques et matériels techniques, introduction des nouveaux vaccins, formation/recherche, supervision/évaluation, achat de matériels de chaîne de froid (CDF), communication, véhicule et moto. Appui à la plateforme des OSC           |
| <b>ROTARY</b>                  | Apporter un appui technique et financier aux vaccinations supplémentaires contre la polio : achat équipement chaîne du froid, mobilisation sociale   |
| <b>PLAN International Togo</b> | Apporter un appui technique et financier : achat équipement de la chaîne du froid, appui à l'approche atteindre chaque district  |
| <b>Lion's club</b>             | Appui aux vaccinations supplémentaires contre la rougeole ; mobilisation sociale   |
| <b>Croix rouge</b>             | Apporter un appui aux AVS : appui logistique et mobilisation sociale   |
| <b>Union Européenne</b>        | Renforcement système de santé, achat véhicule  |
| <b>AFD</b>                     | Renforcement système de santé, achat véhicule  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Ministère en charge des finances</b>                | Apporter un appui à la mobilisation des ressources de l'Etat en faveur de la vaccination  |
| <b>Ministère en charge de la communication</b>         | Aider à informer et à sensibiliser les populations  |
| <b>Ministère en charge de l'administration sociale</b> | Impliquer les autorités locales (Préfet, Maires, chefs canton et villages, leaders d'opinion)<br>Faciliter l'information et la sensibilisation des communautés  |
| <b>Organisation de la société civile</b>               | Mobiliser les fonds locaux pour la vaccination<br>Sensibiliser la population sur la vaccination<br>Faire le plaidoyer pour l'utilisation des services de vaccination dans les zones de résistance<br>Offrir les services de vaccination   |
| <b>GTCV</b>  | Apporter un appui technique dans le choix et la mise en œuvre stratégies nationales de vaccination VPH.<br>Faire un plaidoyer en direction des autorités nationales, de la société civile, du secteur privé, pour soutenir la mise en œuvre de la vaccination   |
| <b>CCIA</b>  | Approuver les plans stratégiques pluriannuels et annuels du PEV<br>Evaluer la mise en œuvre des plans stratégiques pluriannuels et annuels<br>Assurer la coordination des contributions et des ressources nationales et internationales ;<br>Aider le PEV à mobiliser les ressources internes et externes pour la réalisation des activités du programme ;<br>Garantir une gestion transparente des fonds destinés au PEV ;<br>Assurer un appui technique et politique au Coordonnateur National du PEV ;<br>Soutenir et encourager l'échange d'information et la rétro-information avec les partenaires extérieurs ;<br>- Aider à trouver des solutions à court, à moyen et à long terme aux problèmes se posant au PEV. |

#### 4. PERFORMANCES DES SUBVENTIONS GAVI PENDANT LA PERIODE DE RAPPORTS

##### 4.1. Performance programmatique

Le soutien de GAVI au Togo en 2016 a concerné :

- ✓ l'achat des nouveaux vaccins, à savoir le vaccin anti-amaril (VAA) contre la fièvre jaune, le vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et les infections à haémophilus influenzae type b, le vaccin contre le pneumocoque (PCV-13) et le vaccin anti-rotavirus, au titre du Soutien aux Nouveaux Vaccins (SNV) dans le cadre du co-financement,
- ✓ la deuxième année du projet de démonstration de la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)
- ✓ le renforcement des capacités de gestion du programme dans le cadre du RSS1.

##### 4.1.1 Soutien aux nouveaux vaccins

Le tableau suivant présente les quantités de vaccin reçues en 2016 dans le cadre du Soutien de GAVI aux vaccins nouveaux et sous utilisés.

**Tableau 3 : Quantité de vaccins reçue en 2016 dans le cadre du soutien de GAVI aux nouveaux vaccins**

| Vaccins               | Quantité prévue au titre du soutien de GAVI dans la lettre de décision (en doses) | Quantité reçue au titre du soutien de GAVI (en doses) | Différence (en doses) |
|-----------------------|---|---|-----------------------|
| VAA                   | 102 700   | 102 700   | 0                     |
| DTC-HepB-Hib          | 640 000   | 640 000   | 0                     |
| PCV-13                | 734 400   | 834 400   | +100 000              |
| Vaccin anti-rotavirus | 424 500   | 424 500   | 0                     |

Tous les vaccins à acheter par GAVI ont été reçus conformément à la prévision. Le surplus de 100 000 doses de vaccin DTC-HepB-Hib correspond à un remboursement de vaccin pentavalent de 2015 endommagés au cours du transport.

##### 4.1.2 Projet de démonstration de la vaccination contre le VPH

En 2016, dans le cadre du projet de démonstration de la vaccination contre le VPH, la seconde dose du vaccin anti-VPH a été administré aux filles de 10 ans de la première cohorte du 9 au 13 mai 2016 et la première dose a été administrée aux filles de 10 ans à la seconde cohorte du 28 novembre au 02 décembre 2016 dans les districts Golfe et Tchamba.

Le tableau suivant présente les résultats de la vaccination contre le VPH

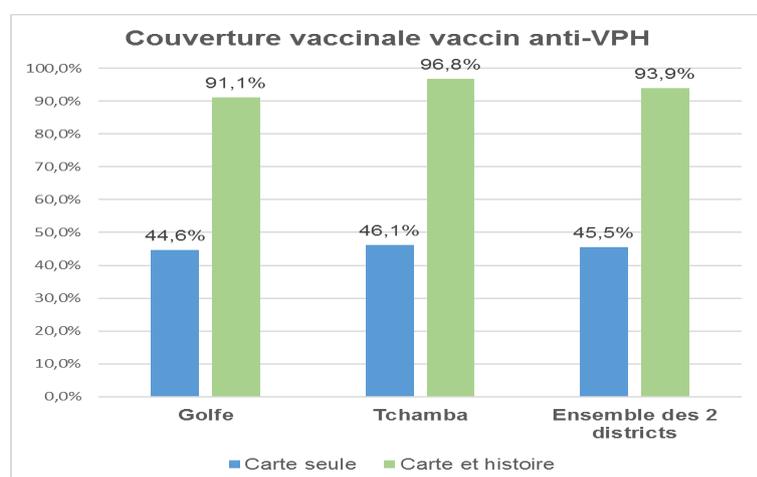
**Tableau 4 : Résultats de la vaccination des filles de 10 ans contre le VPH**

| Districts | 2 <sup>ème</sup> dose de la 1 <sup>ère</sup> cohorte |                                   |                          | 1 <sup>ère</sup> dose de la 2 <sup>ème</sup> cohorte      |                                   |                          |
|-----------|--|-----------------------------------|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|
|           | Nbre de filles (scolarisées et non scolarisées)      | Nbre de filles de 10 ans vaccinée | Couverture vaccinale (%) | Nbre de filles de 10 ans (scolarisées et non scolarisées) | Nbre de filles de 10 ans vaccinée | Couverture vaccinale (%) |

|              | ) de 10 ans<br>dénombrées<br>s | s             |              | dénombrées    | s             |             |
|--------------|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|-------------|
| Golfe        | 14 995                         | 14 403        | 96,1%        | 12 337        | 12 239        | 99,2        |
| Tchamba      | 4 601                          | 4 491         | 97,6%        | 3 092         | 3 033         | 98,1        |
| <b>Total</b> | <b>19 596</b>                  | <b>18 894</b> | <b>96,4%</b> | <b>15 429</b> | <b>15 272</b> | <b>98,9</b> |

L'objectif de couverture vaccinale, à savoir au moins 80% pour la première dose et au moins 70% pour la seconde dose a été atteint par chacun de districts.

Le graphique suivant présente les résultats de l'enquête de couverture vaccinale réalisée dans les ménages après l'administration de la seconde dose de la première cohorte en 2016.



#### Graphique 10 : Proportion des filles de 10 ans complètement vaccinées, projet de démonstration VPH, 1<sup>ère</sup> cohorte Togo 2016

La couverture carte et histoire est de 96,8% dans le district Tchamba et 91,1% dans le district Golfe avec une moyenne de 93,9%. En considérant uniquement la carte de vaccination comme source d'information, la couverture est faible dans les 2 districts avec une moyenne de 45,5%.

Par ailleurs, l'administration de la première dose de vaccin anti-VPV à la seconde cohorte a été couplée à la sensibilisation des jeunes et adolescents sur la santé sexuelle y compris l'hygiène menstruelle et sur le lavage des mains pour la prévention des maladies.

L'administration de première dose de vaccin anti-VPV à la seconde cohorte a été également couplée à la réalisation de l'évaluation post-introduction du vaccin anti-VPV.

#### 4.1.3 Renforcement des capacités de gestion du PEV dans le cadre du RSS1

La mise en œuvre de la troisième tranche du RSS1 a permis l'acquisition de:

- ✓ 1 véhicule de supervision pour le district de Sotouboua ;
- ✓ 107 motos tout terrain pour les stratégies avancées dans les USP dans le cadre de l'ACD ;
- ✓ dispositifs d'énergie solaire pour alimenter en permanence la chaîne de froid de 4 USP réhabilitées et enclavées;
- ✓ Matériels médico-techniques pour 36 USP renforçant ainsi leurs activités ;
- ✓ 90 bicyclettes pour les ASC impliqués dans la recherche des perdus de vue et dans la surveillance des maladies à potentiel épidémique dans les communautés de la zone du soutien de Gavi ;
- ✓ 56 ordinateurs de table et 9 laptops aux points focaux régionaux et de districts du PEV, à

la division de l'immunisation et à la Cellule de gestion du soutien RSS pour appuyer le processus de mise à l'échelle du système d'information du PEV automatisé au niveau central.

En ce qui concerne les ressources humaines, le soutien de Gavi a contribué à :

- prendre en charge le salaire du personnel dans les formations sanitaires des zones reculées et difficiles d'accès (30 infirmiers diplômés d'Etat, 13 sages-femmes d'Etat, 17 accoucheuses auxiliaires) ;
- former un cadre supérieur en Master 241 d'Epivac plus de la troisième édition 2016-2017 ;
- former 232 prestataires en gestion du PEV ;
- former 232 prestataires sur la maintenance des équipements de la chaîne de froid ;
- motiver 420 ASC de la zone de soutien de Gavi (20 ASC par district) dans la recherche des perdus de vue.

Sur le plan programmatique, toutes les activités programmées ont été réalisées. Le taux de réalisation varie entre 25% à 122%. Le faible taux de réalisation de certaines activités est lié à l'insuffisance de financement (probable sous budgétisation).

#### 4.1.4 Réalisation vis-à-vis des cibles convenues dans le cadre de performance des subventions

En ce qui concerne l'exigence en matière de rapportage, 100% des indicateurs à rapporter en 2016 ont été rapportés via le cadre de performance.

En ce qui concerne la couverture vaccinale, le tableau ci-dessous présente les cibles spécifiées dans le cadre de performances pour 2016 et les réalisations.

**Tableau 5 : cibles 2016 retenues dans le cadre de performance et réalisation**

| Indicateurs  | Cibles du pays | Réalisation |
|--|----------------|-------------|
| Couverture DTC-HepB-Hib3   | 86%            | 89%         |
| Couverture VAR   | 86%            | 87%         |
| Couverture PCV13 3 <sup>ème</sup> dose   | 86%            | 89%         |
| Couverture Rota 2  | 88%            | 90%         |
| Taux d'abandon entre la couverture vaccinale du Pentavalent 1 et Pentavalent 3 | ≤ 8%           | 4%          |
| % de districts avec couverture DTC-HepB-Hib3 > 80%                             | 85%            | 95%         |

Selon les données administratives, les cibles de 2016 convenues dans le cadre de performance ont été atteintes. Il faut également noter que les estimations OMS/Unicef sont également en cohérence avec les données administratives.

#### 4.2. Performances de la gestion financière (pour toutes les subventions en liquidités, telles que les RSS, subventions d'introduction des vaccins, subventions des coûts opérationnels de campagne, subventions de transition, etc.)

Les subventions accordées au Togo concernent le soutien du renforcement des services de vaccination (RSV) et le renforcement du système de santé (RSS).

- Pour le RSV, 38 945 USD ont été accordée directement à la division de l'immunisation et 26 922 USD ont été dépensée soit un taux d'utilisation de 69%
- Pour toutes les subventions accordées (OMS, UNICEF, division de l'immunisation), le montant s'élève à 1 689 844 USD et le montant dépensé est de 1 686 230 USD soit un taux d'utilisation de 99,77%

Pour le RSS, le budget 2016 de la troisième tranche est de 1 189 524 USD et le montant dépensé est de 1 202 808 USD. Le taux d'exécution financière au 30 juin 2017 est de 101%. Le surplus d'environ 13 284 USD dépensés correspond à des certains frais que l'UNICEF a dû supporter directement sur ses fonds propres, et qui sont liés à des dépenses engagées mais non payées avant la clôture du Grant intervenue le 23 février 2017. Il s'agit des frais liés aux commandes en cours (freight, assurance, transit...).

#### Les contraintes liées à l'ensemble des activités

Retard dans le décaissement des fonds au niveau de Gavi (fin avril 2016).

Procédures de décaissement trop long entraînant le retard dans l'exécution des activités.

L'élaboration et la soumission d'une nouvelle demande de soutien a été un facteur du retard de la mise en œuvre des activités.

#### Recommandations

- ✓ Mettre à disposition de la cellule de coordination des interventions RSS des moyens pour son fonctionnement optimal ;
- ✓ Finaliser le processus d'élaboration plan national RSS du ministère de la santé ;
- ✓ Améliorer la gestion financière et comptable de la cellule (logiciel comptable comme Tom 2 PRO)

Le taux d'exécution programmatique et financière des activités a été 100% et 101%.

Par rapport à la conformité avec les rapports financiers et les exigences en matière d'audits, aucun audit n'a été fait en 2016

Pour le système de gestion financière, les modalités ont été prévues. Un accord tripartite de gestion a été signé entre le gouvernement togolais, l'UNICEF et GAVI. Au terme de cet accord, c'est l'UNICEF qui a géré les fonds de la troisième tranche de RSS1.

Avec OMS, un système d'exécution directe des fonds a été instauré.

Le tableau 5 indique les Interventions subventionnées par GAVI à travers les partenaires et l'Etat.

**Tableau 6 : Interventions subventionnées par GAVI à travers les partenaires et l'Etat**

| Interventions  | Montant alloué | Montant utilisé | Solde   | Observation |
|--|----------------|-----------------|---------|-------------|
| Formation en CIP   | 55 000         | 55 627          | -627    | UNICEF      |
| Etude sur l'équité de la vaccination   | 38 800         | 43 925          | -5 125  | UNICEF      |
| Etude sur la fonctionnalité et l'utilisation des réfrigérateurs solaires                 | 24 900         | 17 593          | 7 307   | UNICEF      |
| Appui/ Accompagnement pour la mise en œuvre des stratégies avancées dans Kara et Savanes | 66 397         | 73 012          | -6 615  | UNICEF      |
| Financement du projet VPH  | 174 074        | 168 488         | 5 586   | UNICEF      |
| Financement pour le Renforcement du Système de Santé (RSS)                               | 1 189 524      | 1 202 808       | -13 284 | GAVI        |
| Financement pour le renforcement Système de  | 38 945         | 26 922          | 12 023  | GAVI        |

|   |           |           |        |     |  |
|---|-----------|-----------|--------|-----|--|
| Vaccination (RSV)   |           |           |        |     |  |
| Soutien aux activités d'élaboration des soumissions HPV, PIE HPV    | 25 000    | 25 047    | -47    | OMS |  |
| Introduction VPI et Switch  |           |           |        |     |  |
| Evaluation des nouveaux vaccins (Rota, PBV, Men A)                  |           |           |        |     |  |
| Qualité des données   | 29 391    | 37 760    | -8 369 | OMS |  |
| Enquête de couverture vaccinale                                     |           |           |        |     |  |
| Appuyer le pays à développer un plan de mobilisation des ressources | 3 750     | 0         | 3 750  | OMS |  |
| Soutien à l'élaboration du PPAC                                     | 13 875    | 8 563     | 5 312  | OMS |  |
| Finalisation du PNDS 2016-2020;                                     | 30 188    | 26 485    | 3 703  | OMS |  |
| Préparation à la revue sectorielle                                  |           |           |        |     |  |
| TOTAL   | 1 689 844 | 1 686 230 | 3614   |     |  |

#### 4.3. Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

Actuellement, le Togo achète les vaccins traditionnels (BCG, VAT, VAR) et donne sa part pour le co-financement pour les nouveaux vaccins et sous-utilisés (VAA, DTC-HepB-*hib*, PCV, Rota, VPOb). Le plaidoyer est en cours pour l'augmentation de cette ligne d'achat des vaccins pour prendre en compte des nouveaux vaccins à introduire (vaccin contre la rougeole et la rubéole, vaccin contre le virus de papillome humain, vaccin contre MenA et le VPI)

Par ailleurs, depuis 2016, un fonds est donné chaque année pour réaliser les activités de l'approche « atteindre chaque enfant (ACE)

Le défi majeur est lié à la création des lignes pour prendre en compte les activités de fonctionnement de la Division de l'Immunisation comme:

- L'enlèvement des vaccins à l'aéroport
- L'enlèvement des matériels d'injection au port autonome de Lomé
- Le convoyage des vaccins et consommables vers les régions sanitaires
- La maintenance des chambres froides
- La maintenance de la logistique roulante

#### 4.4. Assistance technique

Les assistances techniques soutenues par GAVI ont été apportées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef).

➤ **Pour l'Organisation Mondiale de la Santé**

❖ **Domaine de la vaccination**

Appui à la mise en œuvre de la démonstration HPV : les deux doses de la démonstration HPV pour la seconde cohorte des filles de 10 ans ont été administrées avec de bonnes couvertures administratives dans les deux districts Golf et Tchamba, avec 99,9% à la 1ère dose et de 96,4% à la 2ème dose. L'évaluation externe réalisée a confirmé les bonnes performances 93,9% des filles de 10 ans ont été vaccinées dans les 2 districts. Aussi une évaluation post introduction a été réalisée et a montré une bonne acceptabilité du vaccin, mais les stratégies doivent être améliorées pour l'introduction à l'échelle.

Par rapport à la lutte contre la polio, le SWITCH a été fait, mais l'introduction du vaccin anti polio injectable a été reportée par manque du vaccin. L'appui technique a permis l'élaboration d'une nouvelle version du PPAc basé sur la vision du plan stratégique régional d'action pour la vaccination 2014 – 2020 avec l'introduction de nouveaux vaccins, il couvre la période 2016 – 2020.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données, le suivi monitoring des données a été organisé et a permis de noter une augmentation des couvertures vaccinales de 16% à 26% dans l'ensemble, ce grâce à l'organisation des JSE et de la SAV. Mais il importe de conduire des DQS dans la plupart des formations sanitaires pour s'assurer de la fiabilité et de la qualité des données. Un draft du plan d'amélioration de la qualité des données a été ébauché et il importe de le finaliser et de le mettre en œuvre.

❖ **Renforcement du système de santé**

la liste des médicaments essentiels pour les formations sanitaires a été mise à jour ainsi que l'analyse du respect du système national d'approvisionnement pharmaceutique en vigueur depuis 2014.

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau PNDS, il y a eu l'actualisation de la situation des ressources humaines, l'analyse de gaps programmatiques et financiers du PNDS, l'étude sur la cartographie des ONG et associations œuvrant dans le domaine de la santé.

➤ **Pour le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance**

En 2016, l'Unicef a apporté un appui technique au ministère de la santé pour la réalisation de deux études portant sur l'équité de la vaccination et sur la fonctionnalité et l'utilisation des réfrigérateurs solaires. Par ailleurs un appui a été fourni pour le renforcement des capacités des responsables des formations sanitaires et des ASC sur les pratiques familiales Essentielles (PFE) et surtout sur la communication interpersonnelle (CIP) et un appui /accompagnement pour la mise en œuvre des stratégies avancées dans les régions des savanes et Kara.

L'étude sur l'équité devrait contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale par une documentation des causes de l'abandon de la vaccination afin de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les groupes cibles et de maintenir la cohorte dans le processus de vaccination. L'étude a permis de ressortir les disparités de couvertures vaccinales dans les différentes régions et montré les déterminants de l'équité sur lesquels il faut agir pour lever les goulots liés à l'accès aux services de vaccination. Toutefois il est à noter que l'étude est restée plutôt au niveau macro et n'a pas permis d'identifier les districts et les zones à cibler dans les interventions proposées pour lever les goulots.

L'étude sur la fonctionnalité et l'utilisation des réfrigérateurs devrait contribuer à l'amélioration des conditions de conservation pour des vaccins de qualité dans les réfrigérateurs du PEV au Togo. Après une analyse qui a porté sur les types, les marques, la provenance et le fonctionnement des réfrigérateurs solaires disponibles sur le terrain, les constats suivants ont été faits : plus de 30% des appareils ne sont pas homologués, les installations sont faites sans l'étude préliminaire sur certains sites. Par ailleurs, des insuffisances ont été notées en matière de maintenance des équipements et la formation des chargés logistiques au niveau décentralisé. Des recommandations faites non retenues : se référer à la version à jour du

catalogue PQS de l'OMS pour les commandes des équipements de la chaîne du froid solaire , prendre en compte les paramètres du zonage climatique et de protection contre la congélation dans le choix des fabricants qui devront livrer les réfrigérateurs solaires, planifier, budgétiser et acquérir lors de la commande des équipements, les pièces de rechanges.

Par ailleurs un appui a été fourni pour le renforcement des capacités des responsables des formations sanitaires et des ASC sur les pratiques familiales Essentielles (PFE) et surtout sur la communication interpersonnelle (CIP) dans les régions de la Kara pour 145 participants et la région des Savanes pour 210.

➤ **Pour le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)**

La mise en oeuvre du projet de démonstration de la vaccination contre le virus du papillome humain a bénéficié de l'assistance technique du FNUAP à travers la mise à disposition d'un consultant qui a appuyé la Division de l'Immunisation dans toutes les étapes du processus : conception du projet, mise en oeuvre de la vaccination, évaluation et mise en oeuvre des interventions ciblant les jeunes et adolescents susceptibles d'être couplées à la vaccination.

## 5. MISE À JOUR DES RÉSULTATS ISSUS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE PRÉCÉDENTE

*Veillez fournir le statut des actions stratégiques hiérarchisées, identifiées dans la précédente évaluation conjointe<sup>6</sup> et toute autre recommandation significative du CEI ou du HLRP.*

| Actions hiérarchisées de la précédente évaluation conjointe  | Statut actuel   |
|--|---|
| 1. Elaborer un plan national RSS du ministère de la santé  | Non réalisée  |
| 2. Mettre en place une cellule de coordination de toutes les interventions RSS au sein du ministère de la santé  | La cellule de coordination de toutes les interventions RSS au sein du ministère de la santé est créé par arrêtee N°                                 |
| 3. Renforcer les capacités de gestion de la cellule de coordination RSS pour son fonctionnement optimal (Formation en gestion administrative, financière et comptable, Planification, Suivi-évaluation, équipements (logistique + matériels) | Non réalisée  |
| 4. Elaborer la nouvelle proposition RSS à soumettre à GAVI   | La nouvelle proposition est élaborée et acceptée par le CEI de Gavi   |
| 5. Mettre en œuvre les activités de mobilisation sociale au niveau des districts pour augmenter la demande en vaccination de la communauté   | Appui financier a été donné aux districts par UNICEF pour renforcer les activités de mobilisation sociale   |
| 6. Réaliser un DQS par semestre pour l'amélioration de la qualité des données  | Non réalisée  |
| 7. Poursuivre le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et la gestion des vaccins à tous les niveaux  | Achat de 14 réfrigérateurs, 20 congélateurs et 10 grandes glacières par l'Etat avec les reliquats de RSS1<br>Elaboration d'une demande de soutien à |

<sup>6</sup> Veillez vous reporter à la section « Hiérarchisation des besoins des pays » du rapport d'évaluation conjointe de l'année précédente

|   |   |
|---|---|
|   | Gavi pour l'optimisation des équipements de la chaîne du froid. Demande approuvée   |
| 8. Poursuivre le processus d'introduction des nouveaux vaccins (VPI, RR, MenA)  | Demande de soutien pour l'introduction du vaccin contre la rougeole et la rubéole soumise à Gavi. Demande approuvée<br>Cette introduction sera précédée de l'organisation d'une campagne de rattrapage contre le RR des enfants de 9 mois à 14 ans en novembre 2017 |
| 9. Systématiser le remplissage, l'analyse et le partage des rapports des outils Viva, SMT et DVD/MT   | Réalisée avec<br>Formation de 40 PF PEV de district et 6 PF PEV de région sur l'utilisation du logiciel DVD-MT et du SMT en août 2016<br>Dotation de matériel informatique aux 46 PF  |
| 10. Faire les évaluations post-introduction   | 2 évaluations ont été réalisées dans le cadre du projet de démonstration du vaccin contre le virus du papillome humain.   |
| 11. Etude sur l'équité de la vaccination  | Réalisée en Février 2017  |
| 12. Réaliser une enquête sur la fonctionnalité et l'utilisation des réfrigérateurs solaires   | Réalisée en avril 2017  |
| 13. Réaliser la revue du PEV  | Le processus est en cours   |
| 14. Elaborer la politique nationale de vaccination  | Non réalisée. C'est prévu en 2017   |
| 15. Elaborer les PON (Procédures Opératoires Normalisées) de la logistique du PEV   | Sera réalisée en décembre 2017  |
| 16. Augmenter les financements ACD/ACE pour la supervision, les stratégies avancées et la recherche active de perdus de vue   | Augmentation par l'Etat de la subvention pour renforcer les activités de l'approche ACE de 18000000 FCFA à 50 000 000 FCFA.   |
| 17. Initier une réunion de concertation entre les ministères de la Santé, des Finances et de la Communication pour la gratuité de la diffusion des messages relatifs à la santé particulièrement à la vaccination | Non réalisée  |
| <b>Recommandations complémentaires significatives de l'IRC/HLRP (le cas échéant)</b>  | <b>Statut actuel</b>  |
|   |   |
|   |   |

**6. PLAN D' ACTIONS : RÉSUMÉ DES RÉSULTATS, DES ACTIONS ET DES BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE IDENTIFIÉS ET CONVENUS AU COURS DE L'ÉVALUATION CONJOINTE**

**Vue d'ensemble des principales activités planifiées pour l'année suivante :**

Les activités planifiées pour le second semestre 2017 et pour l'année 2018 sont organisées autour de cinq (05) thématiques que sont :

- 1- l'amélioration de la gouvernance
- 2- l'amélioration du système de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé y

- compris les vaccins et consommables
- 3- l'amélioration des couvertures et de l'équité de la vaccination
  - 4- l'amélioration de la qualité des données
  - 5- le renforcement de la mobilisation des ressources financières

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Principal résultat 1</b>     | <b>La gouvernance et la coordination des composantes du système de vaccination sont renforcées</b>  |
| Actions convenues du pays       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Eriger la Division de l'Immunisation en un Programme doté de ressources humaines et financières pour le rendre plus efficace</li> <li>2- Mettre en place un groupe de réflexion sur la possibilité de fusionner le CCM, le Comité Santé VIH et le CCIA en un seul organe de coordination au niveau du secteur.</li> <li>3- Réhabiliter et équiper les locaux de travail de la Cellule de coordination</li> <li>4- Mettre en place une Unité de Coordination des Programmes</li> <li>5- Elaborer : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la convention cadre de partenariat entre le PEV et la Plateforme des OSC pour la vaccination et l'immunisation au Togo (POSCVI-TOGO)</li> <li>• le contrat de prestation entre les deux entités</li> </ul> </li> </ol> |
| Calendrier associé              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Responsable : CABINET; Échéance : Déc 2017</li> <li>2- Responsable : CABINET; Échéance : Mai 2018</li> <li>3- Responsable : CABINET : Échéance, déc 2017</li> <li>4- Responsable : CCI-RSS/Plate forme OSC ; Échéance : déc 2017</li> </ol>   |
| Besoins en assistance technique | Cabinet d'études Dalberg / Soutien financier Gavi Pour les points 2 et 3 (appui à la restructuration des mécanismes de gouvernance et de coordination / renforcement capacités de gestion programmatique et financière).  |
| <b>Principal résultat 2</b>     | <b>La chaîne d'approvisionnement des produits de santé y compris les vaccins et consommables est performante</b>  |
| Actions convenues du pays       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Finaliser la mise en place d'un mécanisme national de coordination, de suivi de la gestion des produits de santé (CAMEG, DPML PEV, CCI-RSS, UGP.)</li> <li>2- Elaborer un plan stratégique d'approvisionnement intégré pour les produits de santé</li> </ol>  |
| Calendrier associé              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Responsable: DPML: Echéance: Déc 2017</li> <li>2- Responsable: DPML; Echéance: juin 2018</li> </ol>   |
| Besoins en assistance technique | Oui, consultants nationaux et internationaux (ARC : Centre Africain de Ressources pour la Chaîne d'Approvisionnement)   |
| <b>Principal résultat 3</b>     | <b>Les couvertures et l'équité de la vaccination sont améliorées</b>  |
| Actions convenues du pays       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Faire une analyse approfondie de l'équité vaccinale au niveau des formations sanitaires et districts à faible couverture et des zones difficiles d'accès</li> <li>2- Mettre à échelle cette pratique dans tous les districts à partir des résultats des zones pilotes</li> <li>3- Renforcer la surveillance des MAPI (Mise en œuvre du guide national de la surveillance des MAPI)</li> </ol>   |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
|                                 | <p>4- Réaliser le monitoring mensuel des données de vaccination par village,<br/> 5- renforcer le suivi/supervision des RFS, des ASC,<br/> 6- Rendre systématique les activités de CPC couplées à la vaccination<br/> 7- Assurer la recherche systématique des perdus de vue<br/> 8- Aligner les activités des OSC avec les plans d'action de régions et districts, et contractualiser avec le PEV / Unité de coordination du Ministère de la Santé.</p>   |
| Calendrier associé              | <p>1- Responsable: DI, Echéance: Déc. 2017<br/> 2- Responsable : DI : Echéance : Juin 2018<br/> 3- Responsable : DI : Echéance : Juin 2018<br/> 4- Responsable: DI/DRS/DPS, Echéance : Déc. 2017</p>   |
| Besoins en assistance technique | <p>✓ Oui, assistance technique de l'Unicef (formation des ECD, des RFS, collecte des données etc...) pour les activités 1 et 2<br/> ✓ Oui, assistance de l'OMS pour l'activité 3<br/> ✓ Non pour les activités 4, 5, 6 et 7</p>  |
| <b>Principal résultat 4</b>     | <b>La qualité des données est améliorée</b>  |
| Actions convenues du pays       | <p>1- Solliciter un appui de GAVI afin de finaliser l'intégration complète des indicateurs du PEV dans le DHIS2<br/> 2- Mener une étude approfondie des causes des incohérences des données dans les FS, districts et régions (Référence : revue documentaire de la qualité des données)<br/> 3- Elaborer un plan triennal d'amélioration de la qualité des données de vaccination<br/> 4- Recenser la population des enfants de 0-23 mois par village lors des TDM afin de disposer d'un dénominateur fiable pour le calcul des indicateurs de couverture</p> |
| Calendrier associé              | <p>1- Responsable : DI/OMS: Echéance: Oct.. 2017<br/> 2- Idem pour responsable, échéance : déc. 2017<br/> 3- Responsable : DI/OMS, échéance : mars 2018<br/> 4- Responsable : District/FS, échéance : mars 2018</p>  |
| Besoins en assistance technique | <p>Oui, assistance technique OMS pour les activités 1, 2 et 3<br/> Non pour l'activité 4</p>   |
| <b>Principal résultat 5</b>     | <b>La mobilisation des ressources financières est améliorée</b>  |
| Actions convenues du pays       | <p>1- Renforcer le suivi des procédures de décaissement des fonds alloués par l'Etat<br/> 2- Renforcer les procédures de mobilisation des ressources des partenaires (élaboration à temps des requêtes, justificatifs, rapport technique ...)</p>  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Calendrier associé              | 1- Responsable: DI, activité continue<br>2- idem |
| Besoins en assistance technique | Non  |

## 7. PROCESSUS D'ÉVALUATION CONJOINTE, APPROBATION PAR LE FORUM DE COORDINATION NATIONAL (CCIA, CCSS OU ÉQUIVALENT) ET COMMENTAIRES COMPLÉMENTAIRES

L'évaluation conjointe a été approuvée par le CCIA au cours d'une réunion où les principaux constats et recommandations de l'évaluation conjointe ont été présentés, discutés et validés. La réunion a été présidée par le Secrétaire Général par intérim et regroupant les partenaires du PEV (OMS, UNICEF, UNFPA, Croix Rouge, CRS), les représentants des autres départements ministériels, les a servi de cadre à la restitution des principaux constats et recommandations de l'évaluation conjointe.

Cette réunion s'est déroulée en présence de l'équipe d'évaluateurs externes venant du bureau sous régional de l'OMS, de l'IST/WA et GAVI.

Chaque constat et recommandation ont été selon les cas.

Les discussions ont porté sur :

- les raisons du faible accès et de la faible utilisation des services de vaccination dans les districts D2, Danyi et Tandjoare;
- Le financement de l'Etat et l'intégration d'autres antigènes de vaccination dans les districts de faible performance au cours de la campagne de rattrapage RR,
- Le rôle de la société civile qui n'était pas trop actif sur le terrain
- La nécessité de faire un inventaire des équipements dans l'optique d'avoir une cartographie des équipements dotés par les partenaires et l'Etat.
- L'érection de la Division de l'Immunisation en Programme de santé
- La mise en place d'une Unité de Coordination des Programmes ; avec la perspective d'une fusion à terme avec celle de l'UGP Fonds mondial. Durant la phase transitoire de gestion des fonds par l'UNICEF (conjointement avec l'UGP du Fonds mondial) Gavi financera l'assistance technique du cabinet d'études Dalberg ; ce dernier proposera la configuration, l'ancrage et les besoins de cette Unité de Coordination/Gestion des programmes de renforcement des systèmes de santé et de vaccination, qui à terme a vocation à être fusionnée avec l'UGP du Fonds mondial. Une réévaluation des capacités des programmes en fin 2018 confirmera si le dispositif en place remplit les conditions pour la gestion par le Ministère des fonds alloués par Gavi.
- L'insuffisance du personnel à la Division de l'Immunisation
- L'impossibilité de réaliser la revue du PEV en 2017

Recommandations :

Réaliser un inventaire des équipements dotés par les partenaires

En effet, l'inventaire du matériel doit être fait afin de connaître les besoins réels pour le déploiement des motos et des véhicules à 4 roues acquis par le fonds mondial et Gavi.

Affecter du personnel à la Division de l'Immunisation (surtout au niveau de la comptabilité et la communication)

## 8. ANNEXE

## Conformité avec les exigences de rapports de Gavi

|   | Oui | Non | Non applicable |
|---|-----|-----|----------------|
| <b>Cadre de performance des subventions (GPF - Grant Performance Framework)</b><br>Rapports sur tous les indicateurs qui sont dus |     | X   |                |
| <b>Rapports financiers</b>  |     |     |                |
| Rapports financiers périodiques   |     | X   |                |
| État financier annuel   |     | X   |                |
| Rapport d'audit financier annuel  |     |     | X              |
| <b>Rapport de niveau de stock de fin d'année</b>  |     |     |                |
| <b>Rapport de campagne</b>  |     |     | X              |
| <b>Des informations sur les financements et les dépenses relatifs à la vaccination</b>  |     | X   |                |
| <b>Rapports sur la qualité des données et rapports d'enquêtes</b>   |     |     |                |
| Revue documentaire annuelle   | X   |     |                |
| Plan d'amélioration de la qualité des données (PAQD)  |     |     | X              |
| Si oui pour le PAQD, rapport sur l'état d'avancement  |     |     | X              |
| Évaluation approfondie des données (menée au cours des cinq dernières années)   |     |     | X              |
| Enquête de couverture représentative au plan national (menée au cours des cinq dernières années)                                  | X   |     |                |
| <b>La mise à jour de l'état d'avancement annuel du plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV)</b>               | X   |     |                |
| <b>Évaluation post-introduction (EPI)</b>   | X   |     |                |
| <b>Plan rougeole-rubéole sur 5 ans</b>  |     | X   |                |
| <b>Plan opérationnel pour le programme d'immunisation</b>   | X   |     |                |
| <b>Rapport d'évaluation de fin de subvention RSS</b>  |     | X   |                |
| <b>Rapports spécifiques au VPH</b>  | X   |     |                |
| <b>Plan de transition</b>   |     |     | X              |