

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

DIVISION DE L'IMMUNISATION

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-liberté-Patrie



**PLAN PLURIANNUEL COMPLET 2016 – 2020
DU
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION
TOGO**

Avant-propos

La vaccination est l'une des interventions en santé publique les plus coût-efficaces qui existent actuellement dans le monde.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été mis en œuvre depuis 1980 par le Gouvernement togolais afin de réduire la morbidité et la mortalité des maladies évitables par la vaccination surtout chez les enfants de moins d'un an et chez les femmes enceintes. Ce programme est maintenant bien implanté au Togo et constitue une priorité de la Politique Nationale de Santé.

Depuis l'année 2002, avec l'introduction de nouvelles approches notamment l'approche « Atteindre Chaque District, ACD » puis l'approche « Atteindre Chaque Enfant, ACE », le PEV du Togo a connu une évolution satisfaisante, grâce à l'engagement de l'Etat et des partenaires au développement.

La recherche mondiale dans le domaine de la vaccination a permis de mettre en place ces dernières années de nouveaux vaccins dont les coûts des services de qualité ne cessent de croître. Afin de garantir aux enfants togolais l'accès permanent à ces services qui sont à la base de la promotion de leur survie,

Nous, Ministres en charge de la Santé et des Finances, avons élaboré, sous l'impulsion du Gouvernement et en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers, un Plan PluriAnnuel complet (PPAc) du PEV qui couvre la période 2016 à 2020.

Avec ce nouveau plan, le Gouvernement togolais s'engage, comme il le fait depuis 2002, à augmenter davantage la dotation budgétaire allouée à la Santé en général et à la vaccination en particulier.

Ce plan, qui a pris en compte les orientations du nouveau Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011 – 2020 et du nouveau Plan Stratégique Régional pour la Vaccination en Afrique 2014 - 2020, ainsi que du guide révisé d'élaboration des PPAc, est destiné à assurer à la population togolaise un meilleur accès et utilisation des services de vaccination.

Le processus d'élaboration du PPAc 2016 – 2020 a impliqué le personnel du ministère de la santé au niveau central et au niveau périphérique (régions et districts) ainsi que des membres d'autres ministères tel que le ministère des finances ; de plus, des ONG impliqués dans la vaccination ont apporté leur contribution à son élaboration.

Le plan pluriannuel complet présenté ci-après est donc d'une importance capitale pour la survie des enfants. C'est pour cette raison que 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'une revue critique et constructive par le personnel technique du Ministère de la Santé et des Agences bilatérales et multilatérales.

Le PEV est une priorité au Togo, c'est un élément-clé dans l'arsenal mis en place par le Gouvernement pour promouvoir un état de bien-être mental, physique et social. Conscient de l'urgente nécessité d'en assurer la pérennité, le Gouvernement togolais souhaite instamment que GAVI et les partenaires poursuivent leurs efforts dans la recherche afin que les nouveaux vaccins et technologies soient disponibles à un coût abordable.

Le Gouvernement saisit par ailleurs la présente opportunité pour exprimer toute sa gratitude à GAVI et les partenaires du domaine de la vaccination pour les efforts entrepris en vue d'assurer la disponibilité de vaccins de qualité et la pérennisation du programme au Togo.

En foi de quoi, Nous, Ministres en charge de la Santé et des Finances de la République Togolaise, déclarons solennellement, par la présente, soutenir ce plan pluriannuel complet et y avons apposé nos signatures.

Fait à Lomé, le 10 décembre 2015

Le Ministre de l'Economie et des Finances

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

M. Adjé Otéth AYASSOR

Prof. Moustafa MIJIYAWA

Liste des abréviations, sigles et symboles utilisés

ACD:	Atteindre chaque district
AFD :	Agence Française de Développement
AME :	Allaitement maternel exclusif
AMP:	Association pour la médecine préventive
APD :	Aide publique au développement
ARIVA :	Appui au renforcement de l'initiative vaccinale en Afrique
ARV :	Anti rétro viraux
ASC :	Agent de santé communautaire
BCG :	Bacille de Calmette-Guérin (Vaccin contre la tuberculose)
BID :	Banque islamique de développement
BM :	Banque mondiale
BS :	Boîte de sécurité
CAMEG :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CAP :	Connaissance attitude et pratique
CCC :	Communication pour un changement de comportement
CCIA :	Comité de coordination inter-agences
CDF :	Chaîne du froid
CDQ :	Comité de développement de quartier
CEFA :	Centre d'études de la famille africaine
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CMS :	Centre médico-social
CNC :	Comité National de Certification de l'éradication de la poliomyélite
CNE :	Comité National des Experts de la poliomyélite
CPC :	Contrôle promotion de la croissance
CPN :	Consultation prénatale
COGES :	Comité de gestion de santé
COSAN :	Comité de santé
CVD :	Comité villageois de développement
DAC :	Direction des affaires communes
DC :	Directeur de cabinet
DEPI :	Division de l'épidémiologie
DEST :	Direction des établissements de soins et des techniques de diagnostic
DGS :	Direction générale de la santé
DIRSP :	Document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté
DISER	Direction Information, Statistiques Etudes et Recherches
DOT :	Direct Observed Traitement « Traitement directement observé »
DPFR :	Direction de la planification, de la formation et de la recherche
DPLET :	Direction des pharmacies, laboratoires et équipements techniques
DPM :	Direction des pharmacies et médicaments
DPS :	Direction préfectorale de la santé
DQA :	Audit de la qualité des données
DRS :	Direction régionale de la santé
DS :	District sanitaire
DSSP :	Direction des soins de santé primaires
DTC3 :	Vaccin antidiphtérique, antitétaniques et anticoquelucheux (3 ^{ème} dose)

ECV :	Enfant complètement vacciné
EDST :	Enquête démographique et de santé du Togo
EPIVAC :	Cours d'épidémiologie vaccino-logie
GAVI :	Global alliance for vaccines and immunization
GIVS :	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
GTZ :	Coopération allemande
Hép B :	Vaccin anti hépatite B
Hib :	Haemophilus influenzae de type B
HP :	Hôpital préfectoral
IB :	Initiative de Bamako
IEC :	Information éducation communication
IHP+ :	Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées
JNVP :	Journées nationales de vaccination contre la poliomyélite
JICA :	Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNR :	Laboratoire National de Référence
MAPI :	Manifestation adverse post immunisation
MPE :	Maladie à potentiel épidémique
MICS :	Etude à indicateurs multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
MII :	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MLM :	Midle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)
OMD:	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PCV :	Pastille de contrôle des vaccins
PEV :	Programme élargi de vaccination
PF :	Panification familiale
PFA :	Paralysie flasque aiguë
PIB :	Produit intérieur brut
PMA :	Pays les moins avancés
PNUD :	Programme des Nations unies pour le développement
PNDS :	Plan national de développement sanitaire
PPTTE :	Pays pauvres très endettés
PTME :	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVF :	Plan de viabilité financière
SAB :	Seringue autobloquante
SAET :	Système d'alerte épidémiologique du Togo
SD :	Seringue de dilution
SNIEC :	Service national d'information, d'éducation et de communication
SNIS :	Système national d'information sanitaire
VIH/SIDA :	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquis
SIMR :	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SONU :	Soins obstétricaux et néonatal d'urgence
SOU :	Soins obstétricaux d'urgence
SR :	Santé de la reproduction
SRO :	Sel de réhydratation orale
SRP :	Stratégie de réduction de la pauvreté
SSP :	Soins de santé primaires
SWAp :	Approche sectorielle (Sector-wide approach)

TMN/TNN :	Tétanos maternel et néonatal/Tétanos néonatal
TPI :	Traitement préventif intermittent du paludisme
UE :	Union Européenne
UNICEF :	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
USP :	Unité de Soins Périphérique
USAID :	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VAA:	Vaccin anti amaril
VAM:	Vaccin anti méningitique
VAR:	Vaccin anti rougeoleux
VAT2+ :	Vaccin anti tétanique (2 ^{ème} dose et plus)
VPO3 :	Vaccin anti-poliomyélite (3 ^{ème} dose)

Table des matières

Avant-propos	2
Liste des abréviations, sigles et symboles utilisés	3
1. Introduction et Contexte général du pays	8
1.1. <i>Contexte socio-économique.....</i>	8
1.1.1. Situation géographique et socioculturelle	8
1.1.2. Situation économique.....	8
1.2. <i>Prestations et utilisation des services</i>	9
1.2.1. Organisation du système de santé.....	9
1.2.2. Offre de services	9
1.3. <i>Financement de la santé.....</i>	10
1.4. <i>Ressources humaines.....</i>	11
1.5. <i>Le système national d'information sanitaire</i>	11
1.6. <i>La recherche en santé.....</i>	11
1.7. <i>Approvisionnement en médicaments et vaccins de qualité.....</i>	11
1.8. <i>Politiques et Plans Nationaux de Santé (SCAPE, PNS et PNDS).....</i>	12
2. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination	13
2.1. <i>Vaccination systématique.....</i>	13
2.1.1. Organigramme du PEV	13
2.1.2. Calendrier vaccinal actuel	13
2.1.3. Partenariat	14
2.2. <i>Initiative de lutte accélérée contre les maladies.....</i>	16
2.2.1. Lutte contre les maladies transmissibles	16
2.2.2. Maladies non transmissibles.....	17
2.3. <i>Analyse de la performance du système de vaccination</i>	19
2.3.1. Gestion du programme et ressources humaines.....	22
2.3.2. Coût et financement	23
2.3.3. Vaccins, chaîne de froid et logistique	23
2.3.4. Prestation des services de vaccination	26
2.3.5. Information : Surveillance et notification	27
2.3.6. Génération et Communication de la demande	27
2.4. <i>Points forts et points faibles de la performance du programme</i>	29
2.4.1. Gestion du programme et information.....	30
2.4.2. Prestation des services de vaccination	30
2.4.3. Gestion des ressources humaines	31
2.4.4. Coûts et financement.....	31
2.4.5. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins	32
2.4.6. Génération et communication de la demande	34
2.4.7. Causes des problèmes prioritaires.....	34
3. Établissement et fixation des objectifs et étapes à l'échelon national	35
3.1. <i>Buts, objectifs et étapes.....</i>	35
3.1.1. Buts du PPAc 2016 – 2020	35
3.1.2. Priorités.....	36
3.1.3. Vision	36
3.1.4. Objectifs.....	36
4. Planification des stratégies pour chaque composante du système	40
4.1. <i>Prestation de services de vaccination</i>	41

4.1.1.	Renforcement de l'approche « ACD » pour vacciner toutes les populations cibles dans les districts et surtout dans ceux à faible performance	41
4.1.2.	Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies	41
4.2.	<i>Gestion du programme</i>	42
4.2.1.	Renforcement des capacités de gestion du programme à tous les niveaux	42
4.2.2.	Opérationnalisation de l'Autorité Nationale de Réglementation (ANR) et du nouvel organigramme du Ministère de la Santé	42
4.2.3.	Suivi évaluation	42
4.3.	<i>Gestion des ressources humaines</i>	42
4.4.	<i>Vaccins, chaîne du froid et logistique</i>	43
4.4.1.	Analyse de la capacité de stockage au niveau central	43
4.4.2.	Capacité de stockage en magasins sec au dépôt central	43
4.4.3.	Analyse de la capacité au niveau régional	44
4.4.4.	Analyse de la capacité au niveau district	45
4.4.5.	Analyse de la capacité au niveau opérationnel (formations sanitaires)	45
4.4.6.	Capacité de stockage en magasins sec au niveau des régions et districts	45
4.4.7.	Renforcement de la sécurité des injections	46
4.5.	<i>Surveillance et notification</i>	46
4.6.	<i>Renforcement de la génération de la demande, communication et plaidoyer</i>	47
5.	Calendrier des activités et cadre de suivi et d'évaluation national	49
5.1.	<i>Calendrier des activités du PPAC 2016 - 2020</i>	49
5.1.1.	Prestation des services de vaccination	49
5.1.2.	Gestion du programme	52
5.1.3.	Ressources humaines	56
5.1.4.	Coût et financement	59
5.1.5.	Vaccins, chaîne de froid et logistique	60
5.1.6.	Surveillance et notification	63
5.1.7.	Génération de la demande, communication et plaidoyer	64
5.2.	<i>Cadre national de suivi et d'évaluation de la vaccination</i>	68
6.	Analyse des coûts, du financement et des déficits de financement	73
6.1.	<i>Environnement économique général du Togo</i>	73
6.2.	<i>Estimation des coûts et du financement du PPAC</i>	74
6.2.1.	Estimation des coûts du programme en 2014	74
6.2.2.	Estimation du financement du programme en 2014	78
6.2.3.	Projection des besoins en ressources futures 2016-2020	80
6.2.4.	Projection du financement futur 2016-2020	86
6.3.	<i>Élaboration de stratégies de viabilité financière</i>	92
7.	Mise en œuvre du PPAC : approbation, diffusion, exécution et suivi	92
7.1.	<i>Diffusion</i>	93
7.2.	<i>Mise en œuvre - création d'un plan annuel</i>	93
7.3.	<i>Renforcement et intégration des activités</i>	93
7.4.	<i>Hiérarchiser les activités</i>	94
7.5.	<i>Etablissement des liens avec les plans infranationaux</i>	94
7.6.	<i>Plans de suivi et de supervision</i>	94
8.	Conclusion	95

1. Introduction et Contexte général du pays

1.1. Contexte socio-économique

1.1.1. Situation géographique et socioculturelle

Situé en Afrique de l'Ouest, le Togo a une superficie de 56 600 Km². Il est limité à l'Est par le Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique.

Sur le plan administratif, le pays est organisé en 5 régions économiques : la région des Savanes, la région de la Kara, la région Centrale, la région des Plateaux et la région Maritime. Chaque région économique est subdivisée en préfectures, avec au total 35 préfectures subdivisées en cantons.

Sur le plan démographique, le Togo a une population estimée à 6 974 212 habitants en 2015, selon une projection faite sur la base du dernier recensement de 2010. La proportion des moins de 15 ans dans la population totale est estimée à 40,7%, celle des moins de 5 ans à 20% et celle des moins de 1 an à 4,15%.

Selon les estimations de l'Institut National des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED – Togo), le taux de natalité est de 32,9 pour 1000 (EDST3), les femmes en âge de procréer représentent 25% de la population totale. L'accroissement naturel annuel est de l'ordre de 2,84 % avec une densité moyenne de 123 habitants au Km², inégalement répartie. Cette population est en majorité rurale (63%) en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2% par an).

En ce qui concerne l'enseignement primaire, le pays présente des taux élevés de scolarisation comparativement à la plupart des pays de la sous-région. Le taux net de fréquentation scolaire au primaire (81,8%) a progressé par rapport aux résultats obtenus lors de l'enquête « Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-Etre (QUIBB) 2006 (73,4 %). Quel que soit l'âge, les garçons (84,5%) ont un taux net de fréquentation primaire plus élevé que les filles (79,0%). Ce taux est nettement plus élevé en milieu urbain (88,3%) qu'en milieu rural (78,8 %). Dans toutes les régions, le taux net de fréquentation au primaire est supérieur à 80,0% sauf dans la région des Savanes où ce taux est de 72,3% (**Source** : INSEED – Togo, 2011. Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-Etre (QUIBB - Togo 2011)).

1.1.2. Situation économique

Le Togo fait partie des pays à faible revenu (FMI). Son PIB par habitant en 2014 est de 691 dollars. Le taux de pauvreté sur l'ensemble du pays est passé de 61,7% à 58,7% entre 2006 et 2011. Toutefois, l'extrême pauvreté a augmenté de façon significative durant le même intervalle (Profil de pauvreté PNUD TOGO).

Les résultats de l'enquête QUIBB de 2011 montrent que les incidences de pauvreté les plus élevées variant entre 70,8% et 90,1% se situent dans la région des savanes à l'extrême nord du pays et les plus basses sont retrouvées dans les régions Lomé commune (20,30% à 30,4%) et maritime (30,4% et 50,6%)

Un document de Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) 2013-2017 a été adopté par le gouvernement. Ce document qui donne une grande priorité à la santé devrait inspirer tous les appuis des partenaires de développement.

1.2. Prestations et utilisation des services

1.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux :

- le **niveau périphérique** ou **opérationnel** correspondant aux 40 districts sanitaires. Ce niveau est le lieu de mise en œuvre des interventions de santé inspirées de la politique et des directives du niveau central.
- le **niveau intermédiaire** ou **régional** correspondant aux 6 régions sanitaires. Ce niveau est chargé de l'appui et du suivi - évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales.
- le **niveau central** ou **national**, et ses services techniques sont chargés de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays.

1.2.2. Offre de services

❖ Secteur public de soins

Il compte 1012 structures sanitaires toutes catégories confondues (Enquête SONU, 2012), inégalement réparties sur l'étendue du territoire, avec un plateau technique plus ou moins complet.

A l'ensemble de ces structures s'ajoutent :

- au niveau central : le centre national de transfusion sanguine (CNTS), l'Institut national d'hygiène (INH) qui est un Laboratoire National de Référence (LNR) et le centre national d'appareillage orthopédique (CNAO);
- au niveau régional, le centre régional de transfusion sanguine dans la région Centrale et un centre d'appareillage orthopédique dans les régions de la Kara, des Plateaux, Centrale et des Savanes.

❖ Secteur privé de soins

Le secteur privé de soins se compose de :

- Prestataires privés à but non lucratif, essentiellement confessionnels et communautaires ;
- Prestataires privés à but lucratif, concentrés dans la capitale. Ces dernières années, on a remarqué un développement du secteur privé informel échappant au contrôle de la tutelle.
- Thérapeutes traditionnels (tradithérapeutes), ils sont omniprésents sur le terrain.

On note au total, plus de 350 structures sanitaires privées et plus de 200 officines pharmaceutiques. Le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé demeure faible.

❖ Couverture sanitaire

Le système de santé est bien pourvu en infrastructures de santé. Selon le PNDS 2012-2015, le taux d'accessibilité en 2010 était de 62%.

Malgré cette bonne accessibilité géographique à l'offre de soins, l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années. Le taux de

fréquentation curative des formations sanitaires publiques était de 30% en 2010 (PNDS 2012-2015).

❖ **Santé communautaire**

Les agents de santé communautaire (ASC) sont utilisés comme relais entre le système de santé et la communauté. Ils sont mis à contribution dans le cadre de la mise en œuvre des activités des programmes prioritaires de santé, notamment la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, la vaccination, la santé de la reproduction et la nutrition. Les défis actuels par rapport à ces agents sont de parvenir à améliorer leur couverture géographique et à trouver un mode de motivation pérenne.

Un plan stratégique sur la santé communautaire a été élaboré et validé en 2015 pour améliorer le cadre de participation des ASC aux activités de santé.

❖ **Médecine traditionnelle**

La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues et réglementées par le code de la santé publique. Elles jouent un rôle important en zones rurales dans la surveillance des maladies cibles du PEV et des autres maladies à potentiel épidémique.

1.3. Financement de la santé

Le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé varie de 4 % et 6% du budget national de 2010 à 2015, ce qui est largement inférieur au taux de 15% recommandé par le sommet des Chefs d'Etat à Abuja.

Les principaux partenaires au développement sanitaires sont : l'OMS, l'UNICEF, GAVI, le Fonds mondial pour le VIH/SIDA/Paludisme/Tuberculose, le PNUD, l'UNFPA, la GTZ, l'UE, la BM, la BID, l'ONUSIDA, le Rotary International, le Plan Togo, la Croix-Rouge togolaise, l'USAID, la Coopération chinoise, la JICA, la Coopération Française, l'AFD, etc.

Selon les données du « Global Health Expenditure Database (OMS/GHED 1995 – 2013) », la contribution budgétaire du gouvernement par habitant pour la santé est passée de 19,19 USD en 2010 à 28,35 en 2013 après avoir connu des taux bas dans les années antérieures (autour de 4 USD dans les années 2000). La dépense per-capita en santé est passée de 39,75 USD en 2010 à 54,45 USD en 2013 après avoir connu de bas taux dans les années antérieures (autour de 15 USD dans les années 2000). Bien que des efforts aient été réalisés ces dernières années, ces budgets restent insuffisants. L'insuffisance du budget alloué à la santé explique le dysfonctionnement des services par manque d'équipements adéquats et de réactifs.

Le Togo a adhéré au Partenariat International pour la Santé et Initiatives apparentées (IHP+) en mai 2010, et le lancement effectif du processus a été effectué à Lomé le 11 juin 2010 par le Ministre de la santé en présence de plusieurs membres du gouvernement et des partenaires au développement ; il s'agit d'une bonne opportunité pour réformer le système de santé au Togo et en particulier le Programme Elargi de Vaccination.

Le Togo a inclus les fonds Renforcement du Système de Santé (RSS) dans le budget de l'Etat en 2013. Il y a eu un allègement dans la gestion du compte récipiendaire des fonds RSS au Togo.

Au niveau des régions et districts, les comptes existants sont utilisés pour recevoir le virement des fonds RSS.

Les ménages participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires (initiative de Bamako). Le paiement direct des ménages était de 53,03% des dépenses de santé en 2008 et de 40,53% en 2013 (OMS/GHED 1995 – 2013).

Depuis mai 2011, le Gouvernement a mis en place l'assurance maladie dénommée INAM pour les fonctionnaires de l'Etat ; cette assurance sera étendue progressivement à toutes les couches de la population.

Par ailleurs, il existe d'autres systèmes de financement solidaire des soins, pour le moment localisés dans quelques districts sanitaires.

1.4. Ressources humaines

Les principaux ratios en 2014 (DISER), se présentent selon les normes de l'OMS comme suit :

- 1 médecin pour 18 519 habitants contre 1 pour 10.000 habitants comme requis
- 1 infirmier d'Etat pour 5000 habitants contre 1 pour 4.000 habitants comme requis
- 1 sage-femme pour 10000 habitants contre 1 pour 4.000 habitants comme requis

Cette insuffisance des ressources humaines se pose non seulement en termes de nombre, mais également en termes de qualité et de répartition. Près de 80% du personnel reste concentré dans les centres urbains, principalement à Lomé et dans la région Maritime.

La faiblesse des ressources humaines pour la santé que connaît le Togo est liée essentiellement au faible taux de recrutement et au non remplacement des départs dus à la retraite, aux décès et à la fuite des cerveaux. En vue de réduire le déficit, le Gouvernement a pris en janvier 2008, des mesures pour prolonger l'âge de départ à la retraite et procéder au recrutement de nouveaux agents avec un accent particulier sur le personnel médical et paramédical.

1.5. Le système national d'information sanitaire

Le système national d'information sanitaire comprend les sous - systèmes suivants :

- le système de surveillance épidémiologique (détection précoce des cas);
- le système de surveillance et d'évaluation des activités des services de santé (surveillance continue ou système de routine);
- le système d'information pour la gestion des programmes ;
- le système d'information pour la gestion des ressources ;
- le système d'information à base communautaire.

Le logiciel « DHIS2 » (District Health Information System) qui sera bientôt mis à l'échelle sur l'ensemble du système d'information sanitaire permettra d'opérationnaliser les différents systèmes cités plus haut.

1.6. La recherche en santé

La recherche en santé souffre d'une quasi-absence de coordination et de financements. L'une des conséquences d'un tel état de choses est la prise en compte insuffisante des préoccupations du système national de santé dans les protocoles de recherche conduits dans le pays.

La mise en œuvre du nouvel organigramme du secteur de la santé avec la création d'une division consacrée exclusivement à la recherche en santé permettra de pallier ce problème.

1.7. Approvisionnement en médicaments et vaccins de qualité

Il existe au niveau national, une centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG-TOGO) chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments essentiels à travers les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA). La liste nationale des médicaments essentiels est régulièrement mise à jour avec l'appui de l'OMS.

En dehors de cette structure étatique on note la présence d'autres grossistes importateurs/distributeurs des médicaments comme SOCOPHARM, SOTOMED, UNIPHARM.

L'autorité nationale de réglementation (ANR) en matière de médicaments et de vaccins est relativement fonctionnelle. Sa composition doit être revue pour intégrer certaines institutions (Ministère de l'environnement, Ministère de l'économie et des finances, Ministère de la sécurité et de la protection civile...).

La commande des vaccins et des consommables du PEV est faite par l'intermédiaire de l'UNICEF ; les approvisionnements passent par les étapes successives : l'élaboration du forecast, la validation du forecast par l'UNICEF et le Supply Division à Copenhag.

1.8. Politiques et Plans Nationaux de Santé (SCAPE, PNS et PNDS)

- **SCAPE 2013 – 2017 :**

La Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE) du Togo offre un cadre de développement à moyen terme pour réaliser la Déclaration de Politique Générale (DPG) du Gouvernement, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la vision des autorités de faire du Togo un pays émergent d'ici 15 à 20 ans, respectueux des droits de l'Homme et promouvant l'Etat de droit. En 2008, le gouvernement togolais s'est engagé dans une stratégie nationale de développement basée sur la réduction de la pauvreté (DSRP-C). La santé a été intégrée dans cette stratégie afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, de la productivité au travail, de la cohésion familiale et communautaire, de la création d'un habitat et environnement durables et enfin d'être un levier à la réduction de la pauvreté et à l'intégration sociale.

- **Politique Nationale de Santé (PNS) :**

La nouvelle politique nationale de santé est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé. Cette politique nationale de santé sert de base à la planification nationale et de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants dans le secteur de la santé. Elle est en harmonie avec les priorités du programme mondial d'action sanitaire 2006-2015, la politique de la santé pour tous dans la région Africaine pour le 21^{ème} siècle : agenda 2020 et les orientations stratégiques 2010-2015 de la région Africaine de l'Organisation mondiale de la santé.

- **Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015**

Ce plan est le résultat d'un processus inclusif et consensuel de l'ensemble des parties impliquées dans la santé sur les priorités du secteur de la santé pour la période 2012-2015. Il prend en compte les leçons apprises et les recommandations issues de l'évaluation conjointe de la Politique Nationale de la Santé (PNS) de 1998 et du PNDS 2009-2013 d'une part, et les faiblesses relevées dans l'analyse de la situation sanitaire et les orientations de la nouvelle politique nationale de santé d'autre part.

Le PNDS 2012-2015 fournit une orientation stratégique claire, pertinente et consensuelle tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle plus efficace, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays et centrée autour des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant, sur les principales maladies pourvoyeuses d'invalidité et de mortalité y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, les autres endémo-épidémies et les maladies non transmissibles.

Le PNDS 2012 – 2015 est actuellement en cours d'évaluation en vue de l'élaboration d'un nouveau PNDS et le PPAc va s'aligner sur ce nouveau plan.

2. Analyse de la situation du Programme Elargi de Vaccination

2.1. Vaccination systématique

2.1.1. Organigramme du PEV

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a démarré au Togo en 1980 et sa mise en œuvre a commencé par la région des Savanes, région septentrionale du pays. Le PEV a été étendu progressivement aux autres régions pour couvrir l'ensemble du territoire national en 1984.

La coordination du PEV est assurée par la Division de l'Immunisation qui est l'une des six Divisions de la Direction de Lutte contre la Maladie et des Programmes de Santé Publique (DLM/PSP) (selon l'arrêté 0021/2013/MS/CAB/SG).

La gestion du PEV aux niveaux régional et district est assurée par les Directeurs régionaux de santé et les Directeurs préfectoraux de la santé. Le suivi quotidien des activités du PEV dans les régions et districts est sous la responsabilité des points focaux PEV. Au niveau périphérique, plus particulièrement dans les formations sanitaires, le paquet minimum d'activités des soins de santé primaires comprend les activités de vaccination.

Le PEV est mis en œuvre à travers :

- la vaccination systématique des enfants de 0 à 11 mois contre onze (11) maladies meurtrières de l'enfance (tuberculose, tétanos, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, rougeole, fièvre jaune, l'hépatite B, les infections à l'*Haemophilus influenzae b*, et depuis 2014, contre les infections à pneumocoque et les diarrhées à rotavirus) ;
- la vaccination systématique des femmes enceintes contre le tétanos maternel et néo-natal ;
- les activités de vaccination supplémentaires.
- la surveillance des maladies évitables par la vaccination qui bénéficie de l'appui d'un Réseau de Laboratoires dont l'Institut National d'Hygiène (INH) est la référence.

2.1.2. Calendrier vaccinal actuel

Les âges et les périodes minima recommandés pour les différentes vaccinations sont présentés dans le tableau I ci-dessous :

Tableau I : Calendrier vaccinal actuel du PEV de routine au Togo

Contacts	Agés/périodes	Antigènes
Vaccinations des enfants de 0-11 mois		
1	Naissance	BCG, polio 0
2	6 semaines	DTC-HepB-Hib1, polio 1 Pneumo 1, Rota1*
3	10 semaines	DTC-HepB-Hib2, polio 2 Pneumo2, Rota2*
4	14 semaines	DTC-Hep B-Hib3, polio 3

		Pneumo3*
5	9 mois	VAR, VAA, Vit A
Vaccination antitétanique chez les femmes enceintes		
1	Au premier contact	VAT1
2	4 semaines après VAT1	VAT2
3	6 mois après VAT2	VAT3
4	1 an après VAT3	VAT4
5	1 an après VAT4	VAT5

*Vaccins introduits en juin 2014.

Dans le cadre du projet pilote de démonstration du Togo au vaccin contre le *Human Papilloma Virus* (VPH), la première dose a été administrée aux filles de 10 ans du 2 au 6 novembre 2015 dans deux districts, Tchamba et Golfe. Ce projet de démonstration sera réalisé en 2015 et 2016 et les leçons tirées de cette phase faciliteront l'introduction nationale à partir de 2017.

2.1.3. Partenariat

La mise en œuvre du PEV mobilise d'importantes ressources provenant des partenaires et de l'Etat. Le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA), dans lequel sont représentés le Ministère de la Santé, le Ministère en charge de l'Economie, le Ministère en charge du Développement et les partenaires du PEV, est l'organe chargé de la coordination des interventions des différents partenaires pour le renforcement du programme.

Pour répondre aux recommandations de la 59^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé visant à renforcer les capacités nationales pour une prise de décision adéquate, le Togo s'est doté du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination - Togo (GTCV-Togo) par arrêté n°2015/MS/CAB/SG/DGAS/DLMSP/DI. Il est chargé d'apporter au Ministre de la Santé et aux Responsables nationaux de l'Immunisation des orientations dans la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination.

Le tableau II résume les principaux indicateurs du PEV au cours des 3 dernières années.

- On note une stagnation des indicateurs du PEV au cours des trois dernières années. Ces couvertures sont plutôt faibles pour le VAR et le VAT2+.
- Le pourcentage de districts ayant une couverture en DTC-Hepb-Hib3 supérieur à 80% est passé de 97% en 2012 à 85% en 2014.
- Les abandons Penta1 et Penta 3 ainsi que Penta 1 et VAR restent dans les limites acceptables ; cependant des actions doivent être menées pour améliorer l'utilisation des services de vaccination.
- La différence de couverture vaccinale entre le milieu riche et le milieu pauvre est moyen avec un gradient de couverture en faveur du milieu pauvre, c'est – à – dire que la couverture dans la région Savanes (milieu pauvre) est plus élevée que dans la région Lomé (milieu riche).
- La part de l'Etat au financement du PEV prend en compte l'achat des vaccins, l'achat du matériel de la chaîne de froid et le carburant. En 2014, seulement les vaccins ont été achetés par l'Etat. Le financement des activités de l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD) sont entièrement à la charge des COGES et des partenaires ; ce qui pose le problème de la pérennité du financement du PEV.
- A partir de 2011, le Togo bénéficie de l'appui de RSS-GAVI pour le renforcement du système de santé.

Tableau II : Analyse de la situation de la vaccination systématique

Vaccination systématique	Indicateurs	Situation nationale		
		2012	2013	2014
Couverture vaccinale	Estimations de la couverture officielle pour le DTC-Hepb-hib3 (%)	84	84	82,9
	Estimations de la couverture officielle pour le vaccin contre VAR (%)	72	72	74,4
	Autres estimations de la couverture officielle VAT 2+ (%)	78-	78	79
	Couverture DTC-Hepb-Hib3 selon l'enquête la plus récente (%) EDST III réalisée en 2013	82,9	NA	NA
	Pourcentage des enfants complètement vaccinés (%) EDST III réalisée en 2013	NA	61,4	NA
Demande de vaccination	Pourcentage d'abandon du DTC-Hepb-Hib1 – DTC-Hepb-Hib3 (%) (données administratives)	4	3	4
	Pourcentage d'abandon du DTC-Hepb-Hib1 – VAR (%) ; données administratives	9	8	10
Équité de la vaccination	Écart DTC-Hepb-Hib3 en pourcentage entre le milieu urbain (85,5%) et le milieu rural (81,3%) selon l'EDST III réalisée en 2013	4,2	NA	NA
	Nombre et pourcentage des districts ayant une couverture DTC-Hepb-Hib3 supérieure à 80% (données administratives)	34/35 (97,1%)	37/40 (92,5%)	34/40 (85%)
	Écart de couverture de DTC-Hepb-Hib3 entre la région la plus riche, Lomé-Commune (81,9%) et la pauvre, Savanes (93,1%) selon l'EDST III réalisée en 2013	-11,2	NA	NA
Introduction de nouveaux vaccins	Nombre de nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la dernière période planifiée	0	0	2
	Couverture de la 3 ^{ème} dose de PCV 13* (%)	NA	NA	34
	Couverture du vaccin antirotavirus (Rota2)* (%)	NA	NA	37
Effets indésirables post immunisation	Nombre de MAPI graves enregistrées	0	0	17
	Nombre de MAPI non graves enregistrées	104	113	721
Financement du PEV par l'Etat	Part de l'Etat au financement du PEV (%)	23,7	??	8,4

* Vaccins introduits dans le PEV en juin 2014

2.2. Initiative de lutte accélérée contre les maladies

2.2.1. Lutte contre les maladies transmissibles

Les maladies évitables par la vaccination qui sont l'objet des activités du PEV au Togo sont : la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune, l'hépatite B et les infections dues à *l'haemophilus influenzae type b*. A ces maladies s'ajoutent depuis 2014, les vaccins pour la lutte contre les infections à rota virus et au pneumocoque.

La lutte pour **l'éradication de la poliomyélite** a fait des avancées notables au Togo, avec des indicateurs de surveillance satisfaisants (3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans de taux de Paralysie Flaque Aiguë (PFA) non polio depuis l'année 2000, et 100% d'échantillons de selles recueillies dans les quatorze jours).

En 2007, le Togo a été certifié comme pays indemne de poliovirus sauvage. Cependant, trois (3) nouveaux cas ont été notifiés et confirmés dans les districts de Tône et Oti en novembre 2008 et 6 cas en 2009. Face à cette situation, 9 campagnes de vaccination de riposte antipolio ont été organisées entre décembre 2008 et novembre 2014. Depuis le mois de mars 2009, le Togo n'a plus connu de cas de PVS. Par ailleurs, le Togo n'a jamais enregistré de PVS de type 2.

La campagne de **vaccination de masse contre la rougeole** des enfants de 9 mois à 14 ans organisée en 2001, a permis la réduction de 100% de la mortalité liée à cette affection, ainsi qu'une baisse de la morbidité de 84 %, entraînant la disparition des épidémies quasi-annuelles de rougeole en 2002 et 2003.

Fort de ces résultats, une nouvelle campagne contre la rougeole a été organisée en décembre 2004 et janvier 2008. Cependant, depuis 2008 le pays connaît des flambées épidémiques dans certains districts.

Ce qui justifie l'organisation d'une quatrième et une cinquième campagne de vaccination en novembre 2010 et novembre 2013 pour 4 régions, complété en janvier 2015 pour les 2 régions restantes.

En ce qui concerne le **tétanos materno-néonatal**, les performances du Togo en matière de vaccination ont conduit à la validation de son élimination en 2005 (les cas de TNN restent toujours en dessous de 1 cas pour 1000 naissances vivantes).

D'une manière générale, une attention particulière doit être accordée au renforcement de la surveillance épidémiologique afin de mieux apprécier les tendances actuelles en matière d'évolution des maladies transmissibles évitables par la vaccination.

La Tuberculose : Selon le rapport mondial de l'OMS, en 2012, la prévalence de la tuberculose est estimée à 104 cas pour 100 000 habitants et la mortalité à 8,7 cas pour 100 000 habitants (rapport OMS 2013, page 72 annexe 20).

Les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), ont atteint 70% des cas notifiés depuis l'année 2002. En 2013, sur les 2650 cas de TB toute forme notifiée, les nouveaux cas de TPM+, ont représenté 73%.

Le taux de succès thérapeutique des TPM+ est passé de 63% en 2003 à 86% en 2012. Commencé en 2005 dans les centres de diagnostic et de traitement (CDT) dans les régions Lomé-Commune et Maritime, le dépistage du VIH chez les patients TB s'est progressivement étendu à tous les districts sanitaires. Ainsi, en 2012, le taux de dépistage est de 91% et le nombre de patients co-infectés TB/VIH, de 625.

Méningites : Depuis 2003, la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques est réalisée au Togo au CHU Tokoin de Lomé qui constitue l'unique site sentinelle du pays.

A partir de 2010 trois sites sentinelles sont impliquées dans la surveillance : CHU Sylvanus Olympio, CHU Campus et CHR Dapaong.

Le nombre de cas confirmés enregistrés entre 2012, 2013 et 2014 est respectivement de 154, 90 et 145.

Les germes mis en cause sont : le pneumocoque (205 cas soit 54%), l'*haemophilus influenzae* (26 cas soit 7%), le méningocoque (150 cas soit 39%).

L'infection à Hib est passée de 43% entre 2003 et 2009 à 6% entre 2012 et 2014 après l'introduction du vaccin contre le Hib.

Diarrhées à Rota virus : La surveillance des diarrhées à rota virus a démarré au site sentinelle du CHU Sylvanus Olympio au Togo en février 2008. Les résultats de cette surveillance révèlent que plus de 50% des cas de diarrhée hospitalisés au site chez les enfants de moins de 5 ans sont dus aux rota virus.

Le Human Papilloma Virus (HPV ou VPH) : Selon les données issues de GLOBOCAN pour les estimations sur les cancers dans le monde, le Togo a une population de 1,79 millions de femmes âgées de 15 ans et plus qui sont à risque de développer le cancer du col de l'utérus. Les estimations actuelles indiquent que chaque année, 595 femmes sont diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus et 417 en meurent.

Selon toujours les estimations du GLOBOCAN, le cancer du col de l'utérus, au Togo, est le 2^e cancer tous sexes confondus (14,9%) après le cancer du sein (16,6%). Le cancer du col est également, au Togo, le 2^e cancer de la femme (24,8%) après le cancer du sein (27,6%).

Les estimations font état d'environ 21,5% des femmes dans la population générale en Afrique de l'Ouest qui sont porteuses du virus HPV à un moment donné.

La disponibilité du vaccin contre le HPV 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.

Le Togo a bénéficié du financement de GAVI pour réaliser un projet de démonstration de l'administration de ce vaccin dans deux districts (Tchamba et Golfe) pour deux années scolaires (2015-2016 ; 2017-2018). La première dose a été administrée du 2 au 6 Novembre 2015.

Maladie émergentes : l'émergence dans la sous-région Ouest africaine de nouvelles maladies telles que la grippe aviaire (due au virus H5N1) et la maladie à Virus Ebola, constituent un danger pour la santé publique et doivent être prises en compte dans la surveillance et la riposte.

Pour les autres maladies transmissibles telles que l'**ulcère de Buruli**, le **noma**, la **filariose lymphatique**, la **bilharziose**, la **lèpre**, la **trypanosomiase**, le **pian**, les efforts sont à renforcer sur la base des acquis actuels.

2.2.2. Maladies non transmissibles

La situation sanitaire se traduit également par l'émergence des maladies non transmissibles dont la plupart sont liées aux modes de vie et aux comportements. Il s'agit tout particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales, du diabète, des cancers, des accidents domestiques, des violences dans les foyers, de la drépanocytose, etc.

Les carences en micro nutriments (Fer, Iode, Vitamine A) sont également fréquentes. La distribution de la vitamine A est réalisée en routine chez les enfants, lors de la vaccination et chez la femme accouchée et lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

Les indicateurs de performance contenus dans le tableau ci-dessous donnent le sens de l'évolution des efforts en matière de lutte contre la maladie.

Le tableau III montre une analyse de la situation de **l'initiative de lutte accélérée contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination**.

Il ressort que :

- D'une manière générale, les districts les moins performants sur les 3 dernières années sont les districts D2, Golfe et Ogou
- Au niveau régional, en 2014, les districts les moins performants appartiennent essentiellement aux régions Centrale et Plateaux.
- De 2012 à 2014, deux tours de JNV Polio ont été organisés chaque année avec des couvertures supérieures à 95%, le dernier cas de PVS remonte à mars 2009.
- Le taux de PFA non Polio est resté supérieur à 2 pour 100 000 habitants sur les trois dernières années.
- La couverture vaccinale en vaccin contre la rougeole est encore faible (autour de 72 %) et le pays doit encore fournir des efforts pour atteindre les au moins 80% pour introduire la 2^{ème} dose du vaccin selon les critères de GAVI.

Tableau III : Analyse de situation de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination

Initiative du contrôle des maladies	Indicateurs	Situation nationale		
		2012	2013	2014
Polio	Estimation officielle de Couverture VOP3 (%)	84	84	85
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans (%)	2,9	5,21	4,2
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV) et locales (JLV)	2	2	2
	Écart de couverture entre les tours de JNV	99,50%	1 (96%/97%)	0 (97%/97%)
TMN	Couverture par VAT2+ (%)	78	78	79
	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal	66	65	71
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	0	0	0
	Ya-t-il eu des activités supplémentaires de Vaccination ? (O/N)	Non	Non	Non
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	NA	NA	NA

	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (EDST III en 2013 (%))	59		
Rougeole Rubéole	Couverture du vaccin anti-rougeole (1ère dose) (%)	72	72	74,4
	Couverture du vaccin anti-rougeole (2e dose)	NA	NA	NA
	Nombre de flambées de rougeole confirmées par laboratoire	15	23	14
	Étendue géographique des JNV		Sub-National	Sub-National
	Groupe d'âge Couverture	NA	9mois-9 ans	9mois-9 ans
			96%	99%
	Nombre total de cas de rougeole confirmé au laboratoire	238	286	151
Nombre total de cas suspect de rubéole confirmé au laboratoire (2 autres cas confirmés en 2015)	0/33	3/38	0/16	
Fièvre jaune	Couverture de vaccination anti-marielle	72	72	72
	Nombre et pourcentage des districts notifiant au moins un cas suspect	34/35 (97%)	39/40 (97,5%)	37/40 (92,5%)
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ? (O/N)	N	N	N
Méningite épidémique	Couverture du vaccin antiméningococcique A (%), Campagne MenAfriVac dans les quatre régions septentrionales (Résultat d'enquête de couverture)	NA	NA	98
Performance des districts	Nombre de districts ayant une couverture en DTC-Hepb-Hib3 inférieur à 80%	1/35 (Golfe)	3/40 (Ogou, Kloto, Golfe)	6/40 (Doufelgou, Tchamba, Sotouboua, Moyen-Golfe)
	Nombre de districts ayant une couverture en VAR inférieur à 80%	7/35 (Assoli, Wawa, Ogou, Agou, Golfe, D4, D2)	12/40 (Tône, Oti, Kozah, Anié, Ogou, Moyen-Mono, Kloto, Haho, Agou, Vo, Golfe, D2)	14/40 (Tandjoare, Doufelgou, Binah, Tchamba, Sotouboua, Wawa, Ogou, Moyen-Mono, Haho, Danyi, Vo, Golfe, Avé, D2)

NB : les données de routine sont celles des estimations officielles OMS/UNICEF

2.3. Analyse de la performance du système de vaccination

Le tableau IV présente l'analyse de la situation des 7 composantes du système de vaccination. Ne sont pas présentées, les composantes « Prestations des services de vaccination » et « Surveillance et notification » qui ont été déjà présentées séparément dans les sections précédentes.

Sont présentés dans ce tableau une analyse succincte de quelques indicateurs des composantes « gestion du programme », « gestion des ressources humaines », « coût et financement », « approvisionnement, qualité et logistique des vaccins », « génération et communication de la demande ».

Tableau IV : Analyse de la situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation réglementations et	Combien de fonctions sont gérées par les Agences Nationales de Règlements (ANR) ?	3	3	3
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (line item) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?	Non	Non	Non
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ? <i>(Politique non encore élaborée)</i>	Non	Non	Non
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Oui	Oui	Oui
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination	36 (100%)	40 (100%)	40 (100%)
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été	4	3	4
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	0	0	(GTCV crée en 2015)
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	0	0	0
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé (médecin, infirmiers et sages-femmes) pour une population de 10 000 habitants	ND	0,9	0,9

	Pourcentage de postes d'agents vaccinateurs actuellement vacants	0%	0%	0%
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type Mild Level Management (MLM) ou VDP	2 agents	0	0
	Pourcentage du personnel de santé ayant reçu une formation relative aux services de vaccination au cours des deux dernières années (données provenant des rapports EPI et PEV)	0	0	111/776 Soit 14% en 2015
	Révision du programme de formation initiale du personnel médical et soignant en matière de vaccination	Non	Non	Non
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque district	1 sur 2	1 sur 2	1 sur 2
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	28%	20%	17%
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700) y compris les coûts partagés	16,8 USD	17,5 USD	16,8 USD
	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	Non	Non	Oui
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Transport /mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	0	0	0
Approvisionnement des vaccins	Ya-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	Non	Oui	Oui
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois	NA	2 mois	3-12
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s) NB: Rupture des seringues BCG, BS et Sdilution	NA	VAR et VPO	BCG
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	1/36 (2,8%)	1/40 (2,5%)	1/40 (2,5%)
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ? Deux GEV réalisées en 2011 et 2015	Non	Oui	GEV en 2015
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs	NA	NA	NA

	lors de la dernière évaluation GEV			
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid NB : il existe un plan national de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid qui prend en compte les besoins des districts	0	0% %	0% %
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Oui	Oui	Oui
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	Oui	Oui	Oui
Recherche	Année des études Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) au sein de la communauté, sur la vaccination	Oui	Non	Oui

2.3.1. Gestion du programme et ressources humaines

❖ Gestion du programme au niveau central

Le niveau central (Division de l'Immunisation) est chargé de la planification, de la mise en œuvre des activités et de l'évaluation du programme de vaccination. En collaboration avec les partenaires, il a un rôle central dans la mise en œuvre des activités du PEV pour atteindre les objectifs fixés.

Du fait de l'augmentation du volume d'activité dû à l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies ainsi que des nombreuses évaluations du système qui doivent être réalisées sans cesse, cette division doit sans cesse être renforcée en personnel de qualité et en quantité suffisante pour faire face aux nouveaux défis qui se présentent dans le monde de la vaccination.

❖ Suivi et supervision

Le monitoring permet d'assurer la collecte mensuelle d'une série d'indicateurs dans 100% des districts (taux de couverture vaccinale, taux d'abandon, taux de perte de vaccins, nombre de boîtes de sécurité incinérées, nombre de MAPI, nombre de cas de maladies sous surveillance). Des ateliers trimestriels de monitoring sont organisés régulièrement depuis 2005 en vue de renforcer le feed-back et les échanges avec les acteurs de terrain sur les performances de leur district et région respectifs.

La gestion des données au niveau opérationnel depuis 2006 est satisfaisante. On note un taux de promptitude des rapports mensuels de vaccination supérieur à 80% depuis 2006. Les doses administrées ainsi que les données sur la gestion des vaccins et consommables dans les formations sanitaires privées échappent en partie au système national de rapportage du fait que bon nombre de ces structures, notamment à Lomé, ne fournissent pas de données aux districts.

Le dernier recensement de la population togolaise remonte à () 2010 mais les données démographiques fournies par la Direction des Statistiques sont des estimations basées sur des projections faites à partir du dénombrement de la population. En conséquence les dénominateurs

utilisés par tous les programmes de santé (dont le PEV), s'inspirent des données démographiques nationales.

La supervision présente à tous les niveaux des insuffisances qualitatives et quantitatives, selon les résultats de la revue 2012.

L'autoévaluation de la qualité des données de vaccination réalisée en 2014 a permis d'apprécier la qualité du système de monitoring, le suivi de la complétude et la promptitude des rapports des formations Sanitaires et de vérifier l'exactitude des données de vaccination rapportées.

Par ailleurs, les données (DQS) ont montré un Score faible de la composante supervision. En effet seuls 08 districts sur 40 soit 20% ont atteint le score de qualité acceptable.

Les insuffisances constatées ont été le non-respect de la fréquence des supervisions du district vers les formations sanitaires et des supervisions reçues par le district et la non mise en application par les districts des recommandations faites par le niveau régional lors de sa supervision.

Des efforts ont été consentis dans les districts pour la précision des données de la vaccination par contre en ce qui concerne la qualité du système de monitoring de nombreux efforts restent à faire.

Selon les résultats de la Revue du PEV réalisée en 2012, de nombreux défis restent à surmonter :

- **Les insuffisances dans la gestion du programme** : faible financement endogène des activités du PEV, insuffisances dans la gestion des vaccins et de la maintenance de la chaîne de froid, insuffisance et la vétusté du matériel de CDF et des moyens de transport, insuffisance des ressources humaines et des supervisions de qualité, faible collaboration avec les structures de soins privées ;
- **La faible participation communautaire** : persistance de poches de résistance aux activités de vaccination déterminant des flambées épidémiques ;
- **L'insuffisance de fiabilité des résultats administratifs rapportés** : l'inadéquation des résultats administratifs et nécessité de renforcer la qualité des données (DQS).

2.3.2. Coût et financement

Pour l'analyse des coûts et du financement de l'année de référence (2014), voir la section 6 du présent document entièrement consacrée aux coûts et financement du programme.

2.3.3. Vaccins, chaîne de froid et logistique

La situation actuelle de l'équipement de la CDF à ce jour se présente de la manière suivante :

➤ **Au niveau central**, à Lomé :

- 2 chambres froides positives de 10 000 litres chacune
- 2 chambres froides positives de 15 000 litres chacune
- 1 chambre froide positive de 20 000 litres
- 2 chambres froides positives de 25 000 litres chacune
- 1 chambre froide positive de 40 000 litres
- 2 chambres froides négatives de 15 000 litres chacune

- 4 congélateurs FC W 300 en bon état pour la production des accumulateurs de froid d'une capacité nette de 1056 litres ;

Au total on a une capacité brute en positif de 160 000 litres soit une capacité nette de 43 243 litres et en négatif une capacité brute de 30 000 litres soit une capacité nette de 8108 litres. Suite à l'évaluation GEV de juin 2015 le dépôt national dispose d'une capacité suffisante de stockage en positif et en négatif. Par contre la capacité nette des congélateurs dédiée à la production des accumulateurs de froid est insuffisante ;

Toutes ces chambres froides sont munies de moniteurs continus de températures et d'un système d'alarme.

Tous ces équipements sont en bon état de fonctionnement. Le contrat de maintenance des équipements de chaîne de froid qui est reconduit chaque année depuis 2002 sera maintenu.

La capacité actuelle du dépôt central de vaccin pourrait suffire pour l'introduction du VPI en 2016 et le maintien d'un approvisionnement d'au moins deux livraisons annuels. L'ensemble des chambres froides pour le niveau central sont équipées de système d'enregistrement automatique et continu de la température.

Pour pallier au déficit de capacité de stockage en négatif pour la production des accumulateurs de froid, le dépôt central aura besoin de 4 congélateurs FCW 300 supplémentaires.

Les besoins du niveau central et périphériques en moniteurs de températures nécessitent une acquisition de 1200 Fridge Tags pour les réfrigérateurs et 40 log tags pour les chambres froides.

➤ **Au niveau régional**

L'évaluation des besoins en capacités de stockage de chaîne du froid des dépôts régionaux donne la situation suivante :

- Le pays dispose de cinq dépôts régionaux opérationnels qui sont ceux de la région Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes. Dans la situation actuelle, aucune de ces régions ne dispose de capacité de stockage au froid positif suffisant pour stocker les vaccins pour les trois mois d'approvisionnement prévus. Les districts de Lomé-commune s'approvisionnent directement au dépôt central compte tenu de la proximité immédiate (1Km) et du fait que le dépôt régional Lomé-commune n'est pas opérationnel. En ce qui concerne le stockage au froid négatif, aucun problème n'est à signaler d'ici 2020. Les tableaux ci-dessous illustrent la situation.

Tableau V : Capacité de stockage positive versus besoins projetés pour chaque dépôt régional

Nom dépôt	Population totale	Capacité nette disponible réfrigération	Capacité nette disponible congélation	Besoins annuels en capacité de froid positive					
				2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maritime	1 946 774	844 litr	264 litr	4 302 litr	4 549 litr	4 685 litr	5 224 litr	5 373 litr	5 366 litr
Plateaux	1 518 445	735 litr	120 litr	3 355 litr	3 548 litr	3 654 litr	4 075 litr	4 190 litr	4 186 litr
Centrale	671 447	675 litr	430 litr	1 484 litr	1 569 litr	1 616 litr	1 802 litr	1 853 litr	1 851 litr
Kara	826 280	675 litr	264 litr	1 826 litr	1 931 litr	1 988 litr	2 217 litr	2 280 litr	2 278 litr
Savanes	918 384	832 litr	335 litr	2 029 litr	2 146 litr	2 210 litr	2 464 litr	2 534 litr	2 532 litr

- Pour faire face à l'insuffisance des capacités de stockage en positif dans les régions, le Togo a un besoin urgent de 5 chambres froides positives de 15 m³ pour les dépôts de région.

➤ **Au niveau district**

- Le pays dispose de quarante dépôts de district. Dans la situation actuelle des capacités de stockage, 11 districts ont une capacité de stockage insuffisante. De 2016 à 2018 si la situation ne change pas, ce sera 13 districts qui ne seront pas capables de stocker les vaccins pour la période d'approvisionnement. A partir de 2019, ce sera 14 dépôts de districts dont la capacité de stockage sera insuffisante.
 - Afin de résoudre de façon durable la couverture des besoins de chaîne du froid des dépôts district, il se dégage un besoin de 30 réfrigérateurs TCW 3000 pour les dépôts des districts.

➤ **Au niveau périphérique (formations sanitaires)**

Des résultats de l'inventaire actualisé en avril 2015, il ressort :

- au moins un réfrigérateur fonctionnel dans 525 formations sanitaires sur 713 (soit 74%) ; fonctionnant à pétrole, à l'électricité, au gaz et à l'énergie solaire,
- 188 centres de vaccination (26%) ne disposaient pas de réfrigérateur fonctionnel pour la conservation des vaccins. Cependant 299 centres de vaccination (soit 59%) ne disposent pas de moyens de déplacement (moto). Cette situation n'est pas favorable à l'exécution de la stratégie avancée et de la supervision.

De façon générale l'inventaire fait ressortir :

- Une grande disparité des équipements
- Un fort taux (15%) des équipements en panne.

Il est prévu, dans le but de remplacer les réfrigérateurs qui seront amortis au cours de la période 2016-2020, l'acquisition de 110 réfrigérateurs RCW 50 EG pour les centres de santé

Un système de maintenance impliquant les techniciens du froid privés sera mis en place à travers la mise en œuvre des plans de maintenance (préventive et curative) de la chaîne de froid (des chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs), des groupes électrogènes et des bâtiments à tous les niveaux. Il sera utilisé dans ce cadre des cahiers ou registres de maintenance pour le suivi au niveau opérationnel.

Le cout total de la mise en place de ce système de maintenance, y compris la formation, d'environ 50 000 \$US sera financé sur les fonds SSV de GAVI, par l'OMS, l'Unicef et l'équipementier de la chaîne de froid DOMETIC.

⇒ **Approvisionnement en vaccins et sécurité des injections**

L'achat des vaccins et du matériel d'injection est assuré par l'Etat et GAVI ; l'approvisionnement du pays est réalisé par l'intermédiaire de l'UNICEF grâce à une convention d'achat-assistance signée avec l'Etat togolais.

Malgré ces dispositions, des ruptures de stock de vaccins ont été enregistrées au niveau opérationnel surtout pour les nouveaux vaccins PCV 13 et Rotarix pour les deux dernières années. On note aussi des ruptures de consommables (seringues BCG et Boîtes de sécurité) à tous les niveaux. Toutes ces ruptures sont liées à l'insuffisance de capacité de stockage au niveau des régions et la lourdeur des procédures douanières et portuaires.

Le rythme d'approvisionnement des régions est bimestriel, rythme révisé par le niveau central pour des raisons de d'insuffisance de capacité de stockage dans les régions. Malheureusement ce nouveau rythme est influencé par la disponibilité des ressources financières pour le convoyage des vaccins et consommables.

La pratique des injections sûres et la gestion des déchets issus de la vaccination sont en nette amélioration dans le pays. Après l'élaboration et la diffusion de la politique de la sécurité des injections en 2002, l'approvisionnement des régions et des districts en vaccins est couplé avec la

fourniture de quantités adéquates de seringues autobloquantes (SAB), de seringues de dilution (SD) et de boîtes de sécurité (BS).

Sur les 208 incinérateurs de type DE MONFORT DM8 amélioré recensés sur l'ensemble du pays en 2014, 192 sont fonctionnels soit 92%.

A ce jour, chaque district a au moins 1 incinérateur De MONFORT fonctionnel pour la destruction sans risques des déchets issus de la vaccination et d'un plan de gestion des déchets depuis 2002. Les boîtes de sécurité remplies sont convoyées au site d'incinération fonctionnel dans chaque district. Actuellement, il y a un besoin de réhabilitation de 16 incinérateurs et la construction de 105 nouveaux au niveau des districts.

Quelques faiblesses ont été relevées, notamment :

- Des pratiques non satisfaisantes en matière de conservation des vaccins au niveau opérationnel ;
- Non-respect des conditions de remplissage des boîtes de sécurité
- Insuffisance du matériel et équipement d'incinération
- Mauvaise manipulation des incinérateurs
- Des insuffisances dans la surveillance active des MAPI
- Insuffisance des moyens de transport pour l'approvisionnement en vaccins à tous les niveaux et la réalisation de la stratégie avancée

2.3.4. Prestation des services de vaccination

Depuis 2002, la mise en œuvre de la stratégie ACD au Togo, a conduit à une amélioration progressive et constante au fil des années, de la couverture vaccinale, de l'achèvement de la série vaccinale DTC et la réduction des taux de perte. Ces tendances traduisent une amélioration progressive de l'accès aux services de vaccination et de l'utilisation de ces services par la communauté. Elles témoignent également de l'impact positif de la formation des acteurs en gestion du PEV et des vaccins.

Pendant les trois dernières années, les couvertures sont à la baisse. Selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture en DTC-HepB-Hib3 était de 92% en 2011 et 84% en 2012 et 2013 et 83% en 2014 alors que l'objectif était de 95%.

Cette tendance à la baisse serait liée aux facteurs suivants :

- Le déficit de financement du PEV ;
- L'Insuffisance de la logistique roulante (y inclus l'insuffisance de carburant) pour la stratégie avancée ;
- L'Insuffisance de la chaîne de froid ;
- L'Insuffisance de ressources humaines ;
- La non maîtrise de la population cible
- En termes de taux d'abandon et de taux de perte, les objectifs de 2013 ont été atteints : Le taux d'abandon en 2013 est de 5% contre un objectif de moins de 10%.

Les résultats des différentes enquêtes conduites sont consignés dans le tableau suivant.

Tableau VI : Données de couvertures vaccinales (en %) selon les différentes enquêtes nationales : Revues du PEV 2006 et 2012, MICS IV, EDST III,,

Antigène	Revue PEV 2006	MICS IV 2010	Revue PEV 2012	EDST III 2013
BCG	92	90,7	96,9	95,3

VPO1	90	83,7	93,5	94,1
DTC-HepB-Hib1	88	72	93,5	93,2
VPO3	76	65,4	83,8	74,1
DTC-HepB-Hib3	76	59,1	84,1	82,9
VAR	64	63,8	71,7	74,4
VAA	53	60,3	71,6	74,2
ECV	34	29,7	70	61,4
Zéro dose	7	3,8	2,2	13,5
VAT2	80	ND	78,4	ND
Enfants protégés à la naissance contre le tétanos	58	66,9	66	77

ECV : Enfants complètement vaccinés avant l'âge d'1 an

Zéro dose : enfants n'ayant reçu aucune vaccination

2.3.5. Information : Surveillance et notification

L'analyse de la situation de la surveillance et notification est un domaine transversal qui est abordé dans les autres composantes du système de vaccination.

2.3.6. Génération et Communication de la demande

La Communication qui vient en appui au programme de santé dans son ensemble a pour objectif principal d'accroître la demande des services de vaccination à travers le renforcement de l'information et de la sensibilisation de la population en faveur de la vaccination.

Une communication bien adaptée stimule la demande et habilite les collectivités à faire vacciner leurs enfants. La couverture vaccinale ne peut augmenter que s'il y a une forte demande de la part de ces collectivités bien informées et convaincues des avantages de la vaccination et de la nécessité du respect du calendrier vaccinal.

Pour faire face aux besoins en informations et communication en santé, le Ministère de la santé du Togo dispose d'une Division de promotion de la santé dont l'une des missions est de concevoir, de planifier et coordonner les interventions en matière de communication. Cette division a ses répondants aux niveaux régional et district.

Conscient de la place de la communication pour l'atteinte de ses résultats, la Division de l'immunisation dispose en son sein d'un point focal communication qui travaille en étroite collaboration avec la Division de la promotion de la santé.

Dans le souci d'améliorer les interventions en matière de communication pour le PEV, une étude CAP (Connaissance Attitude Pratique) a été conduite en 2009. Les résultats de cette étude ont révélé que :

- Les parents sont de plus en plus favorables à la vaccination ;
- Seuls 21% des parents ont pu citer au moins 6 maladies cibles du PEV ;
- Si en 2001 c'est 45% des pères seuls qui prenaient cette décision contre 35% pour les mères seules, en 2006 c'est plutôt 55% des mères seules qui la prennent contre 19% pour les hommes seuls.
- De plus les parents discutent en couple sur la vaccination de leurs enfants

- Les Manifestations Adverses Post immunisation (MAPI) sont de plus en plus acceptées et prises en charge au sein des ménages. Toutefois ces MAPI continuent à faire « peur » aux parents et constituent un des facteurs importants de refus ou d'abandon.
- Les grands- mères jouent un rôle important dans la prise de décision relative à la vaccination
- L'insuffisance du personnel dans certains centres de santé qui les obligent à attendre longtemps, ce qui provoque souvent la colère des époux qui ne les autorisent plus à s'y rendre
- L'éloignement des centres de vaccination des ménages
- Les Chefs traditionnels et leurs notables, les leaders religieux et les crieurs publics sont abondamment utilisés pour informer les populations sur les dates et les lieux de vaccinations surtout au cours des campagnes. Par contre les enseignants et surtout les ONG et Associations nationales à l'exception de la Croix-Rouge sont presque totalement absents de l'environnement de la vaccination.
- 13% des jeunes élèves et apprentis enquêtés ne connaissent aucune maladie cible du PEV
- Seulement 55% des élèves contre environ 31% des apprentis ont cité 3 à 6 maladies du PEV de l'enfant.
- 26% des élèves et 32% des apprentis n'ont aucune idée du calendrier vaccinal.
- Les ruptures de stock de vaccins dans les centres de santé obligent les femmes à faire plusieurs déplacements dans les centres ce qui les démotivent ;
- Insuffisance de la communication avec les communautés (le calendrier vaccinal n'est pas connu par la majorité des parents)

De manière générale, les interventions de communication sociale en appui aux programmes et projets de développement notamment le PEV souffrent de plusieurs maux dont les principaux sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau VII : Principaux problèmes de communication et leurs causes

Problèmes	Causes
Insuffisance de coordination des activités de communication du PEV	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'une politique nationale de communication • Comité national de communication PEV trop restrictif et non fonctionnel • Faible collaboration entre les agents sanitaires et les OSC dans le cadre des activités de Communication sur le PEV
Faible appropriation des services de vaccination par les communautés	<ul style="list-style-type: none"> • Non déclinaison du plan national de communication aux différents niveaux (régions, districts) • Insuffisance de capacité pour la mise en œuvre du plan de communication (compétence, supports ; ressources financières • Faible implication des OSC dans la mobilisation sociale

	<p>Faible participation communautaire au processus de planification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de recherche de perdu de vue • Faible participation des communautés et ONG/Association aux activités de routine du PEV • Faible implication des médias de proximité dans la mobilisation sociale et la C4D • Insuffisance de motivation des acteurs communautaires • Insuffisance de professionnalisme chez les acteurs des médias en matière de vaccination • Insuffisance de formation des agents
Insuffisance dans la mobilisation des ressources en faveur de la communication sur la vaccination et la surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Faible contribution de l'Etat au financement des activités de vaccination • Insuffisance de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la communication pour la vaccination et la surveillance épidémiologique
Faible documentation sur les impacts des activités de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de suivi, supervision et évaluation des activités de communication /mobilisation sociale en faveur du PEV • Insuffisance d'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination

L'identification des interventions à haut impact dans le cadre du présent PPAC permettra de corriger ces faiblesses afin de renforcer l'adhésion des collectivités aux activités du PEV.

But et objectifs

Le but est de renforcer la communication en faveur du PEV

Les objectifs sont :

- Amener 95% des mères à faire vacciner complètement leurs enfants avant leur 1^{er} anniversaire
- Amener 90% de parents (pères et mères) et tuteurs à connaître le calendrier vaccinal, les cibles et les sites de vaccination de leur milieu
- Amener 70% des structures et relais communautaires (ONGs/OBCs/leaders/ enseignants, les ASC ...) à s'impliquer dans la promotion de la vaccination de routine

2.4. Points forts et points faibles de la performance du programme

L'analyse faite plus haut sur le contexte démographique, politique, institutionnel, économique fait ressortir les faiblesses, les forces, les menaces et les opportunités du système national de santé. Cette situation influe sur le PEV qui est un maillon important du système.

2.4.1. Gestion du programme et information

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un guide national de vaccination Existence d'un PPAC et de plan de travail annuel en faveur de la vaccination • Disponibilité des PAO intégrant les activités du PEV dans tous les districts CCIA est fonctionnel Création du GTCV en 2015 • Décision d'introduction des nouveaux vaccins dans le PEV • L'utilisation du Data Quality Self assesment (DQS) dans le système de monitoring du PEV pour l'amélioration de la qualité des données ; • L'amélioration du système de collecte et de rapportage des données. 	<p><u>Points faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'une politique nationale de vaccination • Absence d'un comité de mobilisation des ressources en faveur du PEV • Absence d'une législation prescrivant la ligne budgétaire • Insuffisance de plaidoyer en faveur de la vaccination • Faible participation des communautés et OSC au processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation des activités du PEV • Insuffisance de coordination des activités de mobilisation sociale (planification, exécution et évaluation) • Faible capacité de mobilisation des ressources pour la communication • Faible coordination des interventions des partenaires ; • Persistance des épidémies de rougeole dans certains districts ; • La non application des directives pour la gestion des MAPI ; • Faible fonctionnalité du centre national de la pharmacovigilance ;
<p><u>Opportunités</u></p> <p>Environnement international en faveur du renforcement du PEV</p>	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise financière • Conflits politiques et sociaux •

2.4.2. Prestation des services de vaccination

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bonnes couvertures vaccinales obtenues pour plusieurs antigènes ces dernières années • L'introduction des nouveaux vaccins dans la vaccination systématique (Pentavalent en 2008, PCV 13 et Rotarix en 2014, 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les couvertures vaccinales n'ont pas atteint les objectifs escomptés à cause de problèmes analysés dans les autres composantes • La faible implication des ONG/Associations par les services
---	---

<p>démonstration de l'utilisation du vaccin contre le HPV en 2015 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intégration de certaines interventions pour la santé de la mère et de l'enfant (distribution de MII, administration de vitamine A et déparasitage à l'Albendazole) lors des activités de vaccination ; • La prise en compte des données de vaccination du secteur privé dans le système de monitoring du PEV ; 	<p>de vaccination dans les activités du PEV ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persistance de certaines barrières à la vaccination (tabous, rumeurs) dans certaines localités, affaiblissant la demande de vaccination ;
---	--

2.4.3. Gestion des ressources humaines

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de prestataires formés en logistique de santé (08) et en maintenance des réfrigérateurs solaires (02) • Formation en 2015 de 111 prestataires en gestion du PEV et en gestion des vaccins • L'implication des Agents de Santé Communautaire dans les activités de PEV ; • La disponibilité d'un noyau de cadres du niveau central et district ayant une compétence en vaccinologie grâce aux formations EPIVAC et MLM ; 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de supervision du niveau central vers les districts • La majeure partie des agents formés en gestion informatisée des vaccins en 2011 ne s'occupent plus de la gestion des vaccins (affectations) • Insuffisance du nombre de prestataires formés en gestion du PEV et gestion des vaccins (111/776) • Insuffisance de supervision en gestion logistique des acteurs du niveau opérationnel • Non révision des modules du PEV dans la formation initiale du personnel médical et soignant
<p><u>Opportunités</u></p> <p>Environnement international en faveur du renforcement du PEV</p>	<p><u>Menaces</u></p>

2.4.4. Coûts et financement

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'existence et l'augmentation progressive du budget de l'Etat destiné à l'achat des vaccins et consommable traditionnels et cofinancement du PEV ; 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte dépendance du PEV vis-à-vis des partenaires pour les activités du PEV et l'achat des vaccins (90 à 95% du financement par les
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation du recouvrement de cout pour le financement partiel des activités de vaccination ; 	<ul style="list-style-type: none"> partenaires) • Insuffisance de l'allocation financière de l'Etat en faveur du PEV (achat des vaccins, équipements de CDF et de matériels roulant et ACE) • Faiblesse du plaidoyer pour le financement endogène des activités du PEV ; • Faible financement de l'approche Atteindre Chaque Enfant (ACE) dans les 40 districts ;
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt renouvelé des partenaires internationaux pour le financement du PEV • L'engagement de la société civile dans le développement du système de santé ; • L'appui de GAVI au Renforcement du Système de Santé (RSS) et au PEV ; • L'engagement politique du Ministère de la Santé à introduire les nouveaux vaccins (t VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) ; • L'adhésion du Togo à l'initiative partenariat international pour la santé (IHP+) ; • Accroissement progressif de l'aide publique au développement. 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise économique mondiale pouvant impacter sur le financement du PEV

2.4.5. Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins

<p><u>Points Forts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'estimation des besoins est faite conjointement avec le PEV et les partenaires en développement • Existence de politique et d'un plan de gestion des déchets des soins médicaux intégrant la gestion des déchets issus de la vaccination • Existence d'une politique de sécurité des injections • Signature de mémorandums d'accord d'achat assistance entre le Ministère de la santé et l'Unicef pour l'achat des vaccins et consommables du PEV • Capacité de stockage suffisante en positif et en négatif au dépôt central conformément aux objectifs du programme • Utilisation du système wireless pour le 	<p><u>Points Faibles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du nombre d'incinérateur • Rupture régulière des vaccins et consommables • Insuffisance de ressources financières pour le fonctionnement du PEV • Absence d'un plan national de maintenance des équipements de la chaîne de froid • Plus de la moitié des réfrigérateurs ont plus de 10 ans d'âge. • Financement de la majeure partie du coût des vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins par GAVI • Capacité de stockage insuffisante
---	---

<p>monitorage de température au dépôt central</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plan de distribution de vaccins aux abonnés est élaboré annuellement • Gestion informatisée des vaccins et des données de vaccination au dépôt central, dans certaines directions régionales et districts sanitaires 	<p>en positif dans certains dépôts de districts et de régions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage insuffisante en température ambiante au dépôt central et dans certains dépôts de districts et de régions pour les objectifs du programme • 28% des FS ne disposent pas de réfrigérateur pour la conservation des vaccins, affectant ainsi 21% de la population togolaise • La fiabilité des équipements de CDF utilisés n'est pas connue au Togo • Insuffisance de fridge tag pour couvrir l'ensemble des équipements de chaîne de froid inventoriés • 25% des réfrigérateurs sont en panne • Existence de plus de 50 modèles différents de réfrigérateurs compliquant la maintenance • Absence d'équipement informatique (microordinateurs) pour la gestion informatisée à tous les niveaux • La majeure partie des agents formés en gestion informatisée des vaccins en 2011 ne s'occupent plus de la gestion des vaccins (transfert région et district) • Insuffisances de supervision en gestion logistique des acteurs du niveau opérationnel
<p><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de partenariat pour la logistique 	<p><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de fiabilité des données démographiques surtout au niveau district et aires de santé • Lourdeur des procédures douanières et portuaires pour l'enlèvement des produits • Taxation des produits de vaccination (vaccins, consommables et matériels de la CDF)

2.4.6. Génération et communication de la demande

Points Forts	Points Faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de communication sur la vaccination systématique • Réalisation d'étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Non déclinaison du plan national de communication au différents niveaux (régions, districts) • Insuffisance de capacité pour la mise en œuvre du plan de communication (compétence, supports ; ressources financières) • Faible implication des OSC dans la mobilisation sociale • Faible participation communautaire au processus de planification • Insuffisance dans la mise en œuvre du mécanisme de recherche de perdu de vue

2.4.7. Causes des problèmes prioritaires

Le tableau VIII analyse les causes des problèmes prioritaires et présente les stratégies d'amélioration

Tableau VIII : Analyse des causes des problèmes prioritaires

PROBLEMES	CAUSES	STRATEGIES
Faible utilisation de services de vaccination (DTC-Hepb-Hib3 à 87 % et VAR à 82% en 2014) par rapport à l'objectif du PPAC 2011-2015 (95% pour le DTC-Hepb-Hib3 et 93% pour le VAR)	Irrégularité des stratégies avancées	- Accroissement du financement de la stratégie avancée -Renforcement du parc auto et moto des districts -Appui en personnel qualifié
	Faible analyse des données par les prestataires (ECD, RFS)	-Formation/Monitorage
	Faible recherche des perdus de vue	-Supervision -Utilisation des échéanciers et des supports -Implication des ASC
	Insuffisance de communication en faveur du PEV	-Communication pour un changement de comportement en faveur du PEV
	Insuffisance dans l'organisation des services de vaccination	-Organisation continue des services de vaccination -Réduction des occasions manquées
	Faible disponibilité des vaccins et consommables	-Approvisionnement régulier en quantité requise en vaccins et consommables
	Faible capacité de stockage des vaccins	-Renforcement des équipements de la chaîne de froid

Faible capacité de gestion du PEV à tous les niveaux	Le financement du PEV reste fortement dépendant des ressources extérieures ;	-Renforcement du plaidoyer pour le financement endogène des activités du PEV ;
	Insuffisance de personnel qualifié	-Formation/supervision
	Dysfonctionnement des cadres de concertation entre le PEV et les différents acteurs intervenant dans la vaccination à tous les niveaux ;	-Renforcement des cadres de concertation entre le PEV et les différents acteurs intervenant dans la vaccination à tous les niveaux ;
	Insuffisance de supervisions à tous les niveaux	-Supervisions
	Insuffisance de données factuelles sur la vaccination et la surveillance pour la prise de décisions	-Recherche opérationnelles -Renforcement de la surveillance

3. Établissement et fixation des objectifs et étapes à l'échelon national

3.1. Buts, objectifs et étapes

3.1.1. Buts du PPAc 2016 – 2020

Les buts du PPAc Togo pour la période 2016 - 2020 découlent des buts du GVAP 2011 – 2020 :

- 1) Maintenir le Togo indemne de Polio pour aboutir à un monde affranchi de poliomyélite.
- 2) Atteindre les objectifs d'éradication des diverses maladies à l'échelle mondiale et régionale.
- 3) Atteindre les cibles de couverture vaccinale universelle au Togo
- 4) Introduire des vaccins améliorés et nouveaux et de nouvelles technologies.
- 5) Dépasser l'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD4) sur la réduction de la mortalité de l'enfant

Le Togo adhère aux 6 stratégies de la Décennie du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (GVAP) 2011 - 2020, qui ont été reprises dans le Plan d'Action Régional Afrique pour les Vaccins. Ces stratégies sont les suivantes :

1. Tous les pays s'engagent à donner la **priorité à l'activité de vaccination**
2. Les individus et les communautés **comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier** du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité
3. Les avantages de la vaccination sont **équitablement distribués** entre tous les individus
4. Des systèmes de vaccination solides font **partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement**
5. Les programmes de vaccination bénéficient d'un **accès durable à des apports de fonds prévisibles**, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices
6. Les innovations de l'activité R&D (**recherche et développement**) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination

3.1.2. Priorités

L'analyse des différents problèmes du PEV au Togo a permis de définir pour les cinq prochaines années en lien avec les buts, objectifs et stratégies régionaux et mondiaux les priorités suivantes :

- Renforcement de la communication pour un changement de comportement en faveur du PEV
- Développement d'un partenariat national et international pour une meilleure gestion du PEV (Approvisionnement, Financement et Evaluation)
- Renforcement de la collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle
- Renforcement de l'équipement de la chaîne de froid à tous les niveaux
- Mise en place d'un système de maintenance de la chaîne de froid et des incinérateurs
- Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination
- Introduction de nouveaux vaccins (VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et les nouvelles technologies
- Equipement des USP en moto pour la réalisation des stratégies avancées
- Mise en place des différents guides (monitorage et supervision)
- Renforcement de la supervision et du monitorage intégrés à tous les niveaux
- Renforcement de la collaboration entre la Division de l'Immunisation et le réseau national des laboratoires d'une part et l'Autorité Nationale de Réglementation d'autre part
- Renforcement du processus d'intégration à la vaccination des interventions de santé de la mère et de l'enfant
- Renforcement de la surveillance intégrée des maladies
- Renforcement de la disponibilité des services de vaccination
- Recherche opérationnelle
- Suivi/Evaluation

3.1.3. Vision

D'ici 2020 :

- La vaccination est une priorité pour renforcer le système de santé en général et parvenir à la couverture vaccinale universelle
- 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 quel que soit l'environnement social, politique et économique.

3.1.4. Objectifs

❖ Objectif général :

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

❖ Objectifs spécifiques :

De 2015 à 2020 :

- ✓ Accroître la couverture vaccinale au plan national chez les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes :
 - de 86% à 98 % pour le BCG ;
 - de 91% à 98% pour DTC-Hepb-Hib1 et VPO1 ;
 - de 86% à 95% pour le DTC-Hepb-Hib3 et VPO3 ;
 - de 84% à 95% pour le PCV13-3 ;
 - de 82% à 95% pour le Rota2 ;
 - de 84% à 92% pour le VAR ;
 - de 84% à 92% pour le VAA ;
 - de 77% à 90% pour le VAT2+ ;

- ✓ Introduire dans la vaccination de routine, le vaccin anti-Hépatite B à la naissance, le vaccin contre la poliomyélite injectable (VPI), le vaccin contre le Virus du Papillome Humain (VPH), le vaccin conjugué contre la méningite A (MenAfriVac) et le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR en 2^{ème} dose) respectivement en 2016, 2018 et 2019.

- ✓ Accroître la couverture vaccinale de DTC-Hepb-Hib3 à au moins 90% dans chaque district
- ✓ Atteindre les cibles mondiales/régionales des indicateurs de performance de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination à l'échelle nationale
 - Poliomyélite : maintenir à zéro cas le nombre de poliovirus sauvage
 - Rougeole : maintenir la réduction de la mortalité rougeoleuse à plus de 98%
 - TMN : maintenir le taux de morbidité due au TMN à moins de 1 cas pour 1000 naissances vivantes
 - Fièvre jaune : prévoir et détecter à temps les épidémies de fièvre jaune sur toute l'étendue du territoire national

Les tableaux IX et X ci-dessous présentent les détails sur les objectifs de couverture vaccinale et de taux de perte de vaccin par année et par antigène de 2016 à 2020.

Tableau IX : Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2020 par antigène

Type de Vaccin	Objectifs de la Couverture Vaccinale				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Vaccins Traditionnels					
BCG	90%	93%	95%	96%	98%
DTC-HepB- Hib (1)	93%	94%	95%	96%	98%
VAT2+ - Femmes enceintes	80%	82%	85%	87%	90%
VAR	86%	88%	89%	90%	92%
VAA	86%	88%	89%	90%	92%
VAR/Rubéole			89%	90%	92%
MenAfriVac			89%	90%	92%
VPO (1)	93%	94%	95%	96%	98%
DTC-HepB-Hib(3)	86%	88%	90%	92%	93%
VPO (3)	86%	88%	90%	92%	93%
VPI	50%	94%	95%	96%	98%
HepB à la naissance	90%	93%	95%	96%	98%
Vaccins sous-utilisés et nouveaux					
Pneumo1	93%	94%	95%	96%	98%

Pneumo3	84 %	88%	90%	92%	93%
Rota 1	93%	94%	95%	96%	98%
Rota 2	82%	86%	90%	93%	95%
Campagne de Vaccination	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Polio	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Rougeole/Rubéole		≥95%			
VPH1		≥80%	≥80%	≥80%	≥80%
VPH2		≥70%	≥70%	≥70%	≥70%
Vitamine A	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
Albendazole	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%

Tableau X : Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2020 par antigène

Type de Vaccin	Objectifs de Taux de Pertes en Vaccin				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Vaccins Traditionnels et sous utilisés					
BCG	30%	30%	25%	25%	25%
DTC-HepB-Hib (10doses)	5%	4%	10%	10%	10%
VAT	20%	15%	15%	15%	15%
VAR	25%	24%	19%	18%	16%
VAA	25%	24%	19%	18%	16%
VPO	20%	15%	15%	15%	15%
Vaccins nouveaux					
Pneumo (monodose)	5%	5%	5%	5%	5%
Rota (monodose)	5%	5%	5%	5%	5%
Campagne de Vaccination	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Polio	5%	5%	5%	5%	5%
Rougeole			10%		
Vitamine A	10%	10%	10%	10%	10%
Albendazole	10%	10%	10%	10%	10%

Les conditionnements des différents vaccins sont résumés dans le tableau suivant

Tableau XI: Vaccins avec leur conditionnement et le coût par dose

Nom du vaccin	Population cible	Classification des vaccins	Doses dans le calendrier	Administration	Présentation	Taille du flacon	2016	2017	2018	2019	2020
							Prix / dose (incl. fret)				
BCG	Naissances	Traditional	1	ID	Lyophilized	20	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
VPOb	Naissances	Traditional	4	Oral	Liquid	20	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44
VPI	Nourrissons Survivants	New	3	IM	Liquid	5	4,34	4,34	4,34	4,34	4,34
VAT	Femmes Enceintes	Traditional	2	SC	Liquid	10	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
VAR	Nourrissons Survivants	Traditional	1	SC	Lyophilized	10	0,44	0,44			
VAA	Nourrissons Survivants	Under Use	1	SC	Lyophilized	10	1,48	1,48	1,48	1,48	1,48
DTC-Hep.B-Hib	Nourrissons Survivants	Under Use	3	IM	Liquid	10	2,73	2,73	2,73	2,73	2,73
Pneumo (PCV13)	Nourrissons Survivants	New	3	IM	Liquid	1	14,08	14,08	14,08	14,08	14,08
Men Afrivac Conjugué	Nourrissons Survivants	New	1	SC	Lyophilized	10		1,09	1,09	1,09	1,09
Rotavirus	Nourrissons Survivants	New	2	Oral	Liquid	1	4,34	4,34	4,34	4,34	4,34
Rougeole-Rubeole	Nourrissons Survivants	Under Use	1	SC	Lyophilized	10			1,09	1,09	1,09
HepB-naissance	Naissances	Under Use	1	IM	Liquid	10	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30

4. Planification des stratégies pour chaque composante du système

La mise en œuvre du plan stratégique pluriannuel complet 2016 - 2020 s'articulera autour des sept (7) composantes du système de santé déclinés en 7 composantes du système de vaccination qui sont :

- Direction et Gouvernance
- Personnel de santé
- Financement
- Techniques et produits médicaux
- Prestations de services
- Information
- Communauté

Sous chaque composante il a été développé les stratégies suivantes :

Direction et Gouvernance (Gestion du programme) :

- Développement d'un partenariat national et international pour une meilleure gestion du PEV (Approvisionnement, Financement) ;
- Renforcement de la collaboration avec les structures privées, la société civile et les structures de médecine traditionnelle ;
- Renforcement de la collaboration entre la Division de l'Immunisation et le réseau national des laboratoires d'une part et l'Autorité Nationale de Réglementation d'autre part ;
- Mise en place des différents guides (monitorage et supervision)

Personnel de santé :

- Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination

Financement :

- Renforcement du plaidoyer pour le financement endogène du PEV

Techniques et produits médicaux :

- Renforcement de l'équipement de la chaîne de froid à tous les niveaux
- Mise en place d'un système de maintenance de la chaîne de froid et des incinérateurs
- Equipement des USP en moto pour la réalisation des stratégies avancées

Prestations de services :

- Introduction de nouveaux vaccins (VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et les nouvelles technologies
- Renforcement de la disponibilité des services de vaccination
- Renforcement du processus d'intégration à la vaccination des interventions de santé de la mère et de l'enfant
- Renforcement de la mise en œuvre de l'approche ACD

Information :

- Renforcement de la surveillance intégrée des maladies
- Recherche opérationnelle
- Suivi/Evaluation

Communauté :

- Renforcement de la communication pour un changement de comportement en faveur du PEV

4.1. Prestation de services de vaccination

4.1.1. Renforcement de l'approche « ACD » pour vacciner toutes les populations cibles dans les districts et surtout dans ceux à faible performance

L'approche « Atteindre Chaque District » (ACD) sera renforcée dans les 40 districts à travers ses cinq composantes, à savoir la stratégie avancée, la supervision formative, le suivi pour action ou monitoring, la mobilisation sociale, la planification et la gestion des ressources afin de rendre plus équitable l'accès aux services de vaccination et d'accroître la couverture vaccinale. Un accent sera mis à chaque niveau du système sanitaire sur l'atteinte des enfants non vaccinés et les populations mal desservies. La notion « Atteindre Chaque District » (ACD) évoluera vers « Atteindre Chaque Enfant ».

4.1.2. Introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies

Le vaccin anti-amaril a été introduit dans la vaccination de routine au Togo depuis 2005 et le vaccin DTC-HepB-Hib (Pentavalent) en juillet 2008, le PCV13 et le Rotarix en juin 2014.

En vue d'augmenter le spectre de protection contre les maladies évitables par la vaccination, il s'avère nécessaire d'introduire, au cours des cinq prochaines années, d'autres vaccins tels que le vaccin contre la rubéole - rougeole (RR), le VPI, le MenAfriVac, le vaccin contre le HPV et bien d'autres selon la charge de la maladie et les priorités. Le programme devra également adopter progressivement les nouvelles technologies et autres nouveaux vaccins qui sont déjà disponibles sur le marché et ceci, selon le contexte épidémiologique et la disponibilité des ressources.

Tableau XII: Calendrier vaccinal du PEV de routine au Togo prenant en compte les nouveaux vaccins

Contacts	Agés/périodes	Antigènes
Vaccinations des enfants de 0-11 mois		
1	Naissance	BCG, polio 0
2	6 semaines	DTC-HepB-Hib1, polio 1,VPI-1 Pneumo1, Rota1
3	10 semaines	DTC-HepB-Hib2, polio 2,VPI-2 Pneumo2, Rota2
4	14 semaines	DTC-HepB-Hib3, polio 3, VPI-3 Pneumo3
5	9 mois	VAR ou RR, VAA, ,MenAfriVac, VitA
Vaccination des adolescentes naïves (9-13 ans)		
1	9 à 13ans	HPV1
2	6mois après HPV1	HPV2
Vaccination antitétanique chez les femmes enceintes		
1	Au premier contact	VAT1
2	4 semaines après VAT1	VAT2

3	6 mois après VAT2	VAT3
4	1 an après VAT3	VAT4
5	1 an après VAT4	VAT5

* Pentavalent= DTC-HépatiteB-Hib

4.2. Gestion du programme

4.2.1. Renforcement des capacités de gestion du programme à tous les niveaux

L'accent sera mis sur la formation du personnel, notamment en management du PEV, en gestion de la CDF, en logistique et en gestion informatisée des vaccins.

Il s'agira aussi de renforcer les moyens de communication des régions, des districts et des USP en vue d'améliorer le système d'information sanitaire. L'équipement de la division de l'immunisation en matériel informatique sera également renforcé en vue d'une meilleure coordination du programme.

4.2.2. Opérationnalisation de l'Autorité Nationale de Réglementation (ANR) et du nouvel organigramme du Ministère de la Santé

Il existe une autorité nationale de réglementation et de mise sur le marché des médicaments et vaccins. Cependant cette structure n'est pas à son fonctionnement optimal car dans sa composition le Comité National de Pharmacovigilance (CNP) n'est pas fonctionnel d'une part et d'autre part seuls les médicaments et vaccins commercialisés sont réglementés ; les vaccins du PEV étant commandés par l'UNICEF dans les firmes pré qualifiées par l'OMS. Un plaidoyer devrait être fait pour redynamiser le CNP. Par ailleurs une concertation entre l'ANR et la division de l'immunisation s'avère nécessaire pour que les vaccins du PEV de routine suivent la même procédure que les autres produits pharmaceutiques.

4.2.3. Suivi évaluation

Une place de choix sera accordée comme par le passé, au monitoring des activités du PEV en général et de la surveillance des maladies en particulier. Ainsi l'auto-évaluation de la qualité des données en cours déjà dans le pays sera renforcée et rendue systématique, les feed-back entre différents niveaux seront plus réguliers et renforcés notamment à travers les ateliers semestriels de monitoring qu'il faudra maintenir.

L'accent sera également mis sur la supervision à tous les niveaux et les suivi-évaluations périodiques. Le rôle du comité de coordination inter agences (CCIA) sera renforcé par son élargissement à d'autres partenaires (autres secteurs nationaux de développement et coopération bilatérale).

4.3. Gestion des ressources humaines

La composante ressources humaines qui est une composante centrale du système de vaccination a été discutée dans les autres composantes d'une façon ou d'une autre.

Les programmes et projets du Ministère de la santé, appuyés par les partenaires notamment l'AFD et le projet « Muskoka » sur les pratiques sage-femme devaient en principe profiter au PEV.

Le PEV étant un domaine très sensible, il est souhaitable de mettre un accent particulier sur le remplacement des départs à la retraite, des affectations et d'insister sur la formation des nouveaux venus dans le système de vaccination afin de pérenniser les acquis du PEV.

En ce qui concerne les zones reculées et d'accès difficile, les réflexions en cours dans ce domaine dans le pays doivent être renforcées pour la fidélisation du personnel dans ces zones.

4.4. Vaccins, chaîne du froid et logistique

4.4.1. Analyse de la capacité de stockage au niveau central

Le dépôt central de vaccin du PEV dispose de :

- 08 chambres froides positives de capacité totale brute de 160000 litres soit une capacité nette de 43243 litres
- 02 deux chambres froides négatives de capacité totale brute de 30000 litres soit une capacité nette de 8108 litres
- 04 FCW300 de volume pour la production des accumulateurs de froid d'une capacité nette de 1056 litres

Tous ces équipements sont en bon état de fonctionnement. Le contrat de maintenance des équipements de chaîne de froid qui est reconduit chaque année depuis 2002 sera maintenu.

Tableau 1 XIII : Capacité de stockage positive versus besoins projetés pour niveau central

	Formules	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif <i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	27 244 litr	28 888 litr	30 485 litr	31 178 litr	32 198 litr	33 224 litr
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid #	43 243 litr					
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid A/B	0,63	0,67	0,70	0,72	0,74	0,77
D	Nombre annuel d'expéditions <i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant) $((A * (1/D + Réserve/12) - B)$	- 29 621 litr	- 28 799 litr	- 28 001 litr	- 27 654 litr	- 27 144 litr	- 26 631 litr
F	Estimation du coût de l'expansion US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

D'après le tableau XIII, la capacité requise en 2020 est de 33 224 litres qui est inférieure à la capacité positive disponible actuellement.

En prenant en compte les arguments évoqués plus haut, les capacités positives existantes sont suffisantes pour couvrir les besoins actuels et à venir du niveau central jusqu'en 2020.

4.4.2. Capacité de stockage en magasins sec au dépôt central

L'espace d'entreposage du matériel sec au niveau central est quasi inexistant car l'ancien magasin sec abrite désormais 04 chambres froides en plus des consommables d'où une nécessité d'en construire un nouveau d'un volume d'environ 1500 mètre cube.

Tableau 2 XIV : Capacité de stockage négative versus besoins projetés pour niveau central

		Formules	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A	Volume total annuel des vaccins en stockage négatif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	1 240 litre	1 284 litre	1 477 litre	1 424 litre	1 454 litre	1 499 litre
B	Capacité négative totale nette existante (litres ou m3)	#	8 108 litre					
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	0,15	0,16	0,18	0,18	0,18	0,18
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	4	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	- 7 488 litre	- 7 466 litre	- 7 370 litre	- 7 396 litre	- 7 381 litre	- 7 358 litre
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

4.4.3. Analyse de la capacité au niveau régional

La réévaluation des besoins en capacités de stockage de chaîne du froid des dépôts régionaux donne la situation dans le tableau ci-dessous.

- D'après ce tableau, l'acquisition et l'installation d'une chambre froide de capacité brute de 15m3 dans les régions des Plateaux et Maritimes en 2016 permettra d'améliorer ce déficit de capacité de stockage en positif jusqu'en 2020. Pour les autres régions il est prévu l'achat des réfrigérateurs et congélateurs pour combler les gaps en capacité de stockage.

Tableau XV : Capacité e stockage positive versus besoins projetés pour chaque dépôt régional

Entrepôts intermédiaires		2015					
		Formules	Maritime sans Golfe	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	4 528 litre	6 053 litre	2 722 litre	3 390 litre	3 646 litre
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	405 litre	398 litre	338 litre	316 litre	534 litre
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	11,18	15,23	8,06	10,72	6,83
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	1009,943394	1 494 litre	513 litre	743 litre	606 litre
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	#DIV/0!	\$43 028	\$9 275	\$13 913	\$11 594

- Dans l'immédiat, la réduction du délai d'approvisionnement des régions est une solution palliative à l'insuffisance de la capacité de stockage au niveau des régions en attendant l'acquisition de chambres froides.

Tableau XVI-B : Volume de stockage additionnel requis au niveau intermédiaire en 2020

Entrepôts intermédiaires		2020					
		Formules	Maritime sans Golfe	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	5 523 litre	7 380 litre	3 318 litre	4 134 litre	4 447 litre
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	405 litre	398 litre	338 litre	316 litre	534 litre
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	13,64	18,57	9,83	13,07	8,33
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national de distribution des vaccins</i>	4	4	4	4	4
E	Différence (le cas échéant)	$((A*(1/D+Réserve/12) - B)$	1320,997719	1 909 litre	699 litre	976 litre	856 litre
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$43 028	\$43 028	\$13 913	\$18 550	\$16 231

4.4.4. Analyse de la capacité au niveau district

La réévaluation des besoins en capacité de stockage de chaîne du froid des dépôts de district montre une amélioration.

Les districts de D2, D3, D5, Golfe, Zio, Haho et Tchaoudjo sont ceux qui présentent désormais un gap en capacité de stockage en positif en 2015. Ce gap pourra être comblé facilement avec la mise en place de 10 réfrigérateurs de type TCW 3000 supplémentaires dont 09 en 2016 et 01 en 2017. Le besoin sera plus important en tenant compte de la vétusté des équipements de chaîne de froid sur le terrain (93% des équipements selon l'inventaire de 2015, soit 37 réfrigérateurs de type TCW 3000).

4.4.5. Analyse de la capacité au niveau opérationnel (formations sanitaires)

Par ailleurs dans la perspective de renforcement de la chaîne de froid au niveau opérationnel, 110 réfrigérateurs du type RCW 50 EG, d'un coût global estimé à 530 317 \$US, seront acquis avec l'appui financier des divers partenaires du PEV pour les USP n'en disposant pas. L'acquisition de ces 110 réfrigérateurs s'étalera sur toute la période 2016 - 2020 couverte par le PPAc.

Le financement de l'achat de tous les équipements ci-dessus énumérés se fera conjointement par les fonds de l'Etat, les fonds RSS GAVI, l'UNICEF, l'OMS, le Rotary International et certaines ONG nationales (AGAIB, GEF, Plan International Togo).

Un système de maintenance impliquant les techniciens du froid privés sera mis en place à travers la mise en œuvre des plans de maintenance (préventive et curative) de la chaîne de froid (des chambres froides, réfrigérateurs et congélateurs), des groupes électrogènes et des bâtiments à tous les niveaux. Pour opérationnaliser le système de maintenance, une formation des prestataires en maintenance préventive et curative est prévue en décembre 2015. Il sera utilisé dans ce cadre des cahiers ou registres de maintenance pour le suivi au niveau opérationnel.

La formation en maintenance préventive de la chaîne de froid évoquée plus haut permettra à des pools de maintenance mis en place au niveau périphérique (districts et régions) d'être opérationnels.

4.4.6. Capacité de stockage en magasins sec au niveau des régions et districts

L'espace d'entreposage du matériel sec dans les régions et districts est insuffisant en raison surtout de la faiblesse dans l'organisation des espaces pour l'emmagasiner des intrants de tout le système de santé.

4.4.7. Renforcement de la sécurité des injections

La pratique des injections sûres et la gestion des déchets issus de la vaccination est devenue courante depuis 2002, néanmoins des efforts seront orientés dans le sens de la disponibilité du matériel d'injection sûr, de l'adoption de manière durable des pratiques d'injection sans risque et de la réhabilitation/construction/maintenance des incinérateurs dans les formations sanitaires publiques et privées. Une attention particulière sera accordée à la surveillance et à la prise en charge des manifestations adverses post-immunisations (MAPI) en vue de prendre les mesures qui s'imposent pour assurer la crédibilité des services de vaccination.

4.5. Surveillance et notification

La surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination réalisée à tous les niveaux du système sanitaire a permis, de 2011 à 2014, de détecter 459 cas suspect de PFA dont 0 cas confirmés, 1821 cas rougeole dont 837 cas confirmés, 66 cas TMN et 1675 cas suspects de FJ dont 12 cas confirmés. Suite à ces cas détectés et confirmés, des campagnes et ripostes de vaccination ont été réalisées.

Cette performance a été réalisée grâce aux structures mise en place notamment les réseaux de surveillance, les circuits d'acheminement des données et les agents de santé communautaires. Afin de renforcer la surveillance intégrée des maladies, toutes les composantes de la communauté (autorités politiques, traditionnelles, tradithérapeutes, ONG, etc) seront de nouveau mises à contribution pour détecter et notifier les cas.

Au cours des 5 prochaines années l'accent sera mis sur le renforcement de la surveillance des maladies basée sur les cas, du système de surveillance à base communautaire et du processus de contrôle des maladies, en vue de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et de la fièvre jaune, l'éradication de la poliomyélite et le maintien de l'élimination du tétanos néonatal

Comme le précédent plan, la mise en œuvre de cette stratégie sera basée sur :

La notification au cas par cas et l'investigation de tous les cas suspects de PFA, de rougeole, de rubéole, de fièvre jaune, de TMN, de choléra, de méningite et éventuellement d'autres maladies comme la diarrhée, la grippe aviaire, la grippe A H1N1, le paludisme, l'ulcère de Buruli, la fièvre typhoïde et la maladie à virus Ebola. Cette surveillance se poursuivra dans tous les districts et dans les sites sentinelles en vue d'orienter les actions de renforcement du PEV de routine et des vaccinations supplémentaires éventuelles.

La sensibilisation des responsables de réseaux du système d'alerte précoce, des cliniciens et tradithérapeutes, des points focaux régionaux et préfectoraux de surveillance intégrée, (PFA, Rougeole, rubéole, MCS, Fièvre jaune, TMN, maladie à virus Ebola et des autres maladies à potentiel épidémique) se poursuivra afin de relever le niveau de détection des cas suspects.

La supervision s'intéressera aux modalités de notification, d'investigation des cas et des épidémies et d'analyse des données. Elle s'intéressera également à la recherche active des cas dans les registres des hôpitaux et centres de santé et sera guidée par les résultats de l'analyse. Ainsi chaque niveau hiérarchique supérieur devra appuyer techniquement le niveau inférieur dans l'investigation et la réponse aux épidémies.

Les prélèvements et l'acheminement des échantillons de sang et de selles, de LCR se feront par les responsables des formations sanitaires ou les responsables de surveillance vers la Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte qui est chargée du remboursement des frais de transport et de la transmission de ces échantillons au Laboratoire National de Référence (LNR).

Les réunions hebdomadaires d'harmonisation des données entre le LNR et la Division de la surveillance intégrée des urgences sanitaires et de la riposte seront renforcées afin de minimiser les discordances entre les données collectées dans les deux services. Les rapports de surveillance ainsi que ceux de laboratoire seront partagés avec les partenaires.

La rétro-information sur les données de surveillance sera faite aux directeurs de région, de districts et aux points focaux de surveillance lors des réunions de monitoring, afin qu'ils puissent discuter du contenu avec les responsables des USP lors des réunions de monitoring mensuelles de district. L'accent sera mis sur la qualité des documents de rétro-information.

Les performances de la surveillance de certaines maladies prioritaires seront utilisées comme éléments de motivation du personnel. Comme indiqué plus haut, au cours des cinq prochaines années, la surveillance basée sur le cas sera renforcée et étendue à d'autres maladies prioritaires afin de prévoir et détecter à temps les flambées épidémiques.

Dans le but d'assurer une réponse appropriée aux flambées épidémiques, les capacités des équipes de santé des régions et districts seront renforcées en investigation et en gestion des épidémies. Des activités supplémentaires de vaccination (Journées nationales de vaccination, ratissage dans les zones à haut risque, etc.) seront organisées sur la base des tendances épidémiologiques.

4.6. Renforcement de la génération de la demande, communication et plaidoyer

La communication pour le développement se définit comme l'utilisation rationnelle et orientée des techniques de communication pour la promotion du développement, à travers un changement positif d'attitude et de comportement. Elle implique la participation efficiente de tous les acteurs.

Parmi les principaux facteurs qui entravent les activités du PEV, se trouvent le déficit de communication en vue de la mobilisation des populations vers les services de vaccination et le plaidoyer auprès des décideurs en faveur du PEV.

Afin de mener à bien les activités de communication pour le PEV, un plan stratégique de communication pour la vaccination a été élaboré et sa mise en œuvre avec la contribution des points focaux communication, des ONG et associations, des agents de santé communautaire et de la communauté dans son ensemble permettra d'améliorer les couvertures vaccinales. Les grandes stratégies développées dans ce plan concernent :

- ❖ **La communication pour le changement de comportement et le changement social** pour informer, stimuler et influencer les individus, les ménages et les leaders communautaires et les réseaux communautaires à l'adoption de comportements favorables à la vaccination et au renforcement des normes sociales.
- ❖ **La mobilisation sociale** pour renforcer la participation des institutions, des réseaux communautaires y compris les groupes religieux en vue d'atteindre les objectifs du programme ;
- ❖ **Le plaidoyer** : vise à l'engagement, l'adhésion et le soutien actif des décideurs et des partenaires ;
- ❖ Le renforcement des capacités des acteurs en matière de communication pour la vaccination ;
- ❖ Le renforcement de la recherche-Action pour identifier les obstacles et les opportunités d'élargir l'accès de la couverture vaccinale

- ❖ Le développement des partenariats avec les communautés, le secteur privé et les organisations de la société civile (OSC) ;
- ❖ La production des supports de communication
- ❖ Suivi/supervision des activités de communication

5. Calendrier des activités et cadre de suivi et d'évaluation national

5.1. Calendrier des activités du PPAc 2016 - 2020

Pour les plans annuels budgétisés de 2016 à 2020, voir l'outil costing (cMYP V3_9.1) dans la feuille « Plan annuel ».

5.1.1. Prestation des services de vaccination

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement de l'approche ACD	1.1 Organiser 40 ateliers de micros planifications (1 X 40 districts) annuelles en impliquant le personnel des structures privées, les leaders communautaires les responsables d'ONG/ association .et les secteurs connexes	DPS / DRS / DI	X	X	X	X	X
	1.2 Organiser 7 ateliers de planifications (1 X 6 DRS + 1 DI) annuelles en impliquant le personnel des structures privées, les leaders communautaires les responsable d'ONG/ association et les secteurs connexes	DRS / DI	X	X	X	X	X
	1.3 Organiser la vaccination en stratégies fixes dans toutes les formations sanitaires (publiques et privées)	RFS	X	X	X	X	X
	1.4 Organiser en stratégie avancée la vaccination dans les 3500 villages situés à plus de 5km d'une formation sanitaire (1stratégie par mois par village.)	RFS	X	X	X	X	X
	1.5 Organiser la vaccination en stratégie mobile dans 500 villages enclavés et/ou d'accès difficiles.	DPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	1.6 Organiser la surveillance et la prise en charge des MAPI	RFS	X	X	X	X	X
	1.7 Organiser une réunion de monitoring mensuel dans les 40 districts avec les 850 structures offrant la vaccination en impliquant le personnel des structures privées, les responsable d'ONG/ associations : pilier gestion du programme	DPS	X	X	X	X	X
	1.8 Organiser semestriellement un atelier national de monitoring des activités PEV/SIMR/Nutrition regroupant les 40 districts, les 6 DRS, la DLMPSP	DLM/DI	X	X	X	X	X
	1.9 Organiser un atelier de monitoring semestriel des activités PEV/SIMR au niveau des régions et districts avec la participation du niveau central	DRS/DPS/DI	X	X	X	X	X
	1.10 Organiser une supervision formative trimestrielle des agents PEV/SIMR des formations sanitaires par les équipes cadre de district	DPS	X	X	X	X	X
	1.11 Organiser une supervision formative trimestrielle des agents PEV/SIMR des 40 districts sanitaires par les équipes cadre de région	DRS	X	X	X	X	X
	1.12 Organiser une supervision formative semestrielle des agents PEV/SIMR des 6 régions et de 40 districts sanitaires par les acteurs du niveau central	DI/DMT	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	1.13 Organiser un atelier de révision des outils de gestion pour prendre en compte les nouveaux vaccins	DI	X			X	
	1.14 Reproduire et diffuser les supports de collecte des données du PEV ainsi que leurs guides de remplissage prenant en compte les nouveaux vaccins introduits	DI	X			X	
	1.15 Doter les formations sanitaires de 500 échéancier et annuellement 300 000 cartes pour la recherche des perdus de vue.	DI	X	X	X	X	X
	1.16 Motiver les ASC pour la recherche des perdus de vue	RFS /DPS / DRS	X	X	X	X	X
	1.17 Mettre en place dans toutes les régions et districts une base de données informatisée pour la gestion du PEV et de la SIMR	DI/DLMPSP	X			X	
	1.18 Réaliser l'auto évaluation de la qualité des données dans les régions et districts	DPS/DRS/DI	X	X	X	X	X
Introduction de nouveaux vaccins	1.19 Elaborer les documents de soumission du vaccin contre le HPV et RR	DI		X			
	1.20 Elaborer les documents de plan d'introduction du vaccin contre l'hépatite B à la naissance, HPV et de MenAfriVac dans le PEV de routine	DI	X	X			
	1.21 Mettre en œuvre les plans d'introduction	DI	X		X	X	
	1.22 Evaluer la mise en œuvre des plans d'introduction	DI	X		X	X	
Organisation des AVS selon le	1.23 Organiser des ripostes de vaccination aux épidémies	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
profil épidémiologique	1.24 Faire la riposte autour des cas de TNN confirmés	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	1.25 Organiser des ratissages en cas d'isolement de polio virus sauvage	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	1.26 Organiser une campagne nationale de vaccination contre la rougeole/Rubéole en 2017	DI		X			
	1.27 Organiser une campagne nationale de vaccination contre la poliomyélite	DI	X	X	X	X	X
Extension de la vaccination à d'autres cibles en fonction du profil épidémiologique	1.28 Vacciner d'autres cibles en fonction du profil épidémiologique	DI/DLMPSP	X	X	X	X	X

5.1.2. Gestion du programme

Stratégies	Activités	Responsables	Chronogrammes				
			2016	2017	2018	2019	2020
Elargissement de la collaboration à d'autres structures et institutions.	2.1 Recenser les structures privées faisant la vaccination et non impliquées dans le système national de vaccination et de SIMR	DI	X	X	X	X	X
	2.2 Impliquer le personnel des structures privées et des OSC dans les activités de vaccination et de SIMR	DI/DLMPSP	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	Chronogrammes				
			2016	2017	2018	2019	2020
	2.3 Organiser un atelier d'actualisation et d'harmonisation des enseignements de vaccinologie dans les curricula des écoles de formation en santé	DI/DLMPSP	X			X	
Renforcement des capacités de gestion du programme	2.4 Doter les districts et USP de moyens de communication (téléphone, fax, internet, intranet et en réseau aérien de communication)	MS	X	X	X	X	X
	2.5 Doter la DI de 30 ordinateurs et (15 desktops et 15 lap top) et accessoires (onduleurs, régulateurs), de 5 vidéoprojecteurs, de 4 photocopieurs, 10 imprimantes, 15 disques durs externes et 4 scanners	MSPS/DI	X	X	X	X	X
	2.6 Doter les chefs réseaux (150) de motos tout terrain pour la notification des cas.	DLMPSP	X	X	X	X	X
	2.7 Assurer le fonctionnement de la DI (fournitures de bureau, mobilier de bureau, matériel de bureau, carburant, maintenance des équipements et bâtiments, assurance des véhicules, connexion internet, électricité, eau, téléphone, antivirus)	MSPS/DI	X	X	X	X	X
	2.8 Faire le plaidoyer pour le renforcement du personnel technique et de soutien	DI	X	X	X	X	X
	2.9 Organiser un atelier d'élaboration de la politique nationale de la vaccination et	DI	x				

Stratégies	Activités	Responsables	Chronogrammes				
			2016	2017	2018	2019	2020
	du guide de monitoring du PEV						
	2.10 Organiser un atelier d'actualisation des directives et des outils de monitoring et d'investigation des MAPI	DI	X				
	2.11 Produire et diffuser les documents de politique nationale de la vaccination et de guide de monitoring du PEV	DI	X				
	2.12 Organiser un atelier d'élaboration et de validation du manuel de procédure opératoire normalisé sur la gestion des vaccins, de la chaîne de froid et des déchets de vaccination	DI	X				
	2.13 Doter chaque district et chaque région d'un ordinateur pour la gestion informatisée des données de PEV/SIMR	DI/DLMPSP/DRS	X	X			
	2.14 Organiser une fois par trimestre les réunions de CCIA (Pilier gestion du programme)	DI	X	X	X	X	X
	2.15 Organiser les réunions du GTCV une fois par semestre	DI	X	X	X	X	X
	2.16 Organiser des réunions de concertation entre l'ANR, la DI et les partenaires pour l'enregistrement des vaccins du PEV	DI/DPML	X	X	X	X	X
	2.17 Doter la DI de 3 véhicules de supervision LAND CRUSER 4X4	MS		X			

Stratégies	Activités	Responsables	Chronogrammes				
			2016	2017	2018	2019	2020
	2.18 Doter les points focaux PEV et SIMR du niveau central de 10 motos, du niveau régional, des districts et les ICP de 300 motos pour les activités de vaccination et de supervision	MSPS/ DI	X	X	X	X	X
	2.19 Mettre en place à tous les niveaux les cahiers de bord pour les véhicules et les cahiers de maintenance pour le matériel de la chaîne de froid	DI/DRS/DPS/U SP	X	X	X	X	X
	2.20 Briefer les chauffeurs et les utilisateurs de motos au remplissage des cahiers de bord et à la maintenance préventive	DI/DRS/DPS/U SP	X	X	X	X	X
	2.21 Organiser un atelier d'élaboration du PPAC 2021-2025	DI					X
Suivi-évaluation	2.22 Organiser une revue du PEV	DI		X			
	2.23 Organiser 4 ateliers de classification par an des cas de PFA	DI	X	X	X	X	X
	2.24 Organiser 2 ateliers de validation par an des cas de PFA	DI	X	X	X	X	X
	2.25 Evaluer en interne annuellement la mise en œuvre du plan pluriannuel	DI	X	X	X	X	X
	2.26 Evaluer le système national de surveillance des maladies cibles du PEV	DMT/DI	X	X	X	X	X
	2.27 Réaliser 1 enquête CAP sur la vaccination tous les deux ans	DI	X		X		X

Stratégies	Activités	Responsables	Chronogrammes				
			2016	2017	2018	2019	2020
	2.28 Faire 2 évaluations du PPAC (1 à mi-parcours et 1 finale)	DI			X		X
	2.29 Evaluer le système de parrainage des enfants pour la vaccination	DI					X
Recherche et développement	2.30 Organiser des recherches-action sur les contraintes/résistances à la vaccination				X	X	
	2.31 Evaluer le rapport coût efficacité des différents calendriers et stratégies de vaccination	DI		X			

5.1.3. Ressources humaines

Stratégie	Activités	Responsable	2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement des capacités des ressources humaines pour les services de vaccination	3.1 Former 40 PF de district, 6 PF de région et 1200 prestataires y compris les privés en gestion du PEV pendant 5 jours	DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	3.2 Former 30 membres des ECR et 160 membres des ECD en supervision intégrée et en autoévaluation de la qualité des données pendant 05 jours	DI/DRS/DPS	X		X		X
	3.3 Former les 46 points focaux PEV des régions et districts à l'utilisation des bases de données informatisées pour le	DI/DRS/DPS	X		X		X

Stratégie	Activités	Responsable	2016	2017	2018	2019	2020
	PEV (DVDMT/SMT).						
	3.4 Former les DDS/DRS (46) et les points focaux (46) à la surveillance des maladies cibles PEV pendant 6jours	DI/DMT	x	x	x	x	x
	3.5 Former les RFS (1200) à la surveillance des maladies cibles du PEV pendant 3jours	DI/DMT	X	X	X	X	X
	3.6 Former 10 cadres nationaux et 30 régionaux en logistique	DI/DLMPSP	x	X	x	x	x
	3.7 Former / mettre à niveau 46 points focaux PEV, 06 chargés régionaux de la gestion des stocks, 40 DPS, 6 DRS et 10 gestionnaires de données au niveau central à la gestion des vaccins et consommables	DI			X	X	X
	3.8 Former/ Mettre à niveau 1200 RFS en gestion des vaccins en 5 jours	DI/DRS/ DPS	X	X	X	X	X
	3.9 Former 46 PF PEV et 46 PF SIMR sur la surveillance des MAPI	DI		X			
	3.10 Former 12 magasiniers en santé et sécurité au travail	DI	X				
	3.11 Former 50 prestataires/technicien en maintenance de la chaîne de froid	DI			X		
	3.12 Briefer 210 chargés d'incinération à l'utilisation des incinérateurs	SRHA/DRS/ DPS	X				
	3.13 Briefer les ASC (4000) et les tradithérapeutes (1000) sur la surveillance des maladies (PFA,	DMT	X		X		X

Stratégie	Activités	Responsable	2016	2017	2018	2019	2020
	rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal)						
	3.14 Organiser 02 session de 02 pools régionaux de formation des formateurs pour le renforcement des capacités en : communication interpersonnelle, en contenus de messages PEV / utilisation des supports	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X			
	3.15 Organiser des ateliers de formation des agents de santé communautaires, animateurs des ONGs, CDV, CDQ, des élèves adoptants et des OBCs au niveau district en communication pour le PEV	DI/DivPS/DRS	X	X			
	3.16 Organiser des ateliers régionaux de formation des directeurs régionaux et inspecteurs des enseignements primaire et secondaire et de l'Action Sociale sur le PEV sur la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves et sa mise en œuvre	DI/DivPS/DRS	X	X			
	3.17 Organiser des ateliers de briefing des élèves parrains et les membres des comités des parents d'élèves pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption de nouveaux nés par les élèves	DI/DivPS/DRS	X	X			
	3.18 Organiser des ateliers d'orientation des journalistes membres des Associations des journalistes de la Santé sur le PEV et les pratiques familiales		X		X		

Stratégie	Activités	Responsable	2016	2017	2018	2019	2020
	essentielles.						

5.1.4. Coût et financement

Stratégies	Activités	Responsable	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020
Amélioration des procédures de budgétisation et de décaissement des fonds de l'Etat	4.1 Organiser des ateliers de formation des comptables des DRS (6), DPS (40) et DI (4) sur les procédures budgétaires de l'Etat et des partenaires	DI/DAF	X		X		X
	4.2 Elaborer un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le PEV	DI	X				
	4.3 Faire le plaidoyer pour l'application effective de l'accord de coopération entre l'Etat Togolais et GAVI pour l'exonération des frais de douane des vaccins, consommables et matériel de chaîne de froid	DI	X				
	4.4 Faire le plaidoyer pour l'augmentation de la ligne budgétaire pour le dédouanement des vaccins, consommables et matériel de chaîne de froid	DI	X				

Stratégies	Activités	Responsable	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020
	4.5 Faire le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour l'augmentation de la contribution financière de l'Etat aux activités opérationnelles du PEV	DI	X				
Augmentation des ressources financières allouées/utilisées au PEV	4.6 Reproduire et diffuser le PPAC 2016-2020 aux partenaires	DI	X				
	4.7 Organiser un atelier de réflexion sur les stratégies innovantes de mobilisation des fonds en faveur du PEV	DI					
	4.8 Faire le plaidoyer auprès du Ministère des Finances pour augmenter l'allocation de la ligne budgétaire vaccin et consommables dans le but de prendre en compte les nouveaux vaccins	DAF/DI	X	X	X	X	X

5.1.5. Vaccins, chaîne de froid et logistique

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
Approvisionnement en vaccins de qualité et consommables	5.1 Maintenir le mécanisme d'achat assistance avec l'UNICEF	DI/MSPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	5.2 Acquérir (estimer les besoins, commander, réceptionner) les vaccins, les consommables et les équipements de chaîne de froid pour le PEV Togo	DI/MSPS	X	X	X	X	X
	5.3 Approvisionner une fois tous les trois mois les vaccins et consommables aux régions et une fois par mois aux districts / USP	DI/ DRS/ DPS	X	X	X	X	X
Renforcement de la chaîne de froid et de la logistique roulante	5.4 Construire deux chambres froides positives de 15 m3 chacune équipées d'un système d'alarme automatique, de 02 générateurs de secours et de 08 logtags au niveau des régions maritimes et plateaux	MSPS/ DI	X				
	5.5 Construire 06 magasins secs dans toutes les régions	MSPS/DI		X		X	
	5.6 Equiper les réfrigérateurs électrique de tous les dépôts en régulateurs de tension	MSPS/DI	X				
	5.7 Doter le dépôt du niveau central de 4 congélateurs MF314, 200 glaciaires-large pour le convoyage des vaccins, 48 log-tags et 150 freezetag	MSPS/ DI	X	X	X	X	X
	5.8 Doter les dépôts régionaux et de districts de 52 réfrigérateurs TCW 3000, 10 congélateurs MF314, 2400 Fridge tag, et 1800 freeze-tag	MSPS/ DI	X	X	X	X	X
	5.9 Doter 400 FS de réfrigérateurs RCW50 EG	MSPS/ DI	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	5.10 Faire annuellement l'inventaire de la CDF à tous les niveaux	DI		X	X	X	X
	5.11 Organiser une tournée d'inventaire de la chaîne de froid et de la logistique tous les 3 ans	DI	X		X		X
	5.12 Etablir un contrat avec 7 techniciens privés (un par région et un pour la DI) pour la maintenance de la CDF	DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	5.13 Doter les dépôts et centres de vaccination en pièces de rechange pour les différents types de réfrigérateurs et de congélateurs	DI	X	X	X	X	X
	5.14 Doter la DI d'un camion long châssis pour l'approvisionnement des régions en vaccins et consommables	MSPS/DI				X	
Renforcement de la sécurité des injections	5.15 Construire 105 nouveaux et réhabiliter 54 incinérateurs	DNHA/ DI	X	X	X		
	5.16 Fournir le matériel d'incinération à 105 FS (gants, bottes, lunettes, masques, blouses, pyromètres, brouettes et pelles)	DNHA/ DI	X		X		
	5.17 Organiser l'entretien de tous les incinérateurs (290 incinérateurs)	DNHA/ DPS	X	X	X	X	X
	5.18 Acquérir 02 incinérateurs de grande capacité pour l'élimination des déchets de vaccination	DNHA/ DI	X				
	5.19 Incinérer 100% des déchets issus de la vaccination	DRS/ DPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	5.20 Doter les formations sanitaires (publiques et privées) en SAB et seringues de dilution pour la vaccination	DRS/ DPS	X	X	X	X	X

5.1.6. Surveillance et notification

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement de la surveillance basée sur les cas	6.1 Assurer le convoyage des échantillons biologiques vers les laboratoires de référence	DLMPSP/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	6.2 Notifier les cas de maladies sous surveillance	RFS	X	X	X	X	X
	6.3 Faire la recherche active des cas de maladies sous surveillance à travers le réseau des relais communautaires	RFS	X	X	X	X	X
	6.4 Investiguer les suspicions des épidémies	DMT/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	6.5 Equiper les laboratoires en matériel, réactifs et consommables pour la confirmation des MPE	DMT	X	X	X	X	X
	6.7 Doter les sites sentinelles	DLMSPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	2016	2017	2018	2019	2020
	(CHR et CHU) en matériel pour la surveillance des Méningites Bactériennes Pédiatriques et des diarrhées à Rotavirus						
	6.8 Atelier d'élaboration du rapport annuel conjoint OMS-UNICEF et du rapport de progrès de l'éradication de la poliomyélite	DMT/DI	X	X	X	X	X
	6.9 Atelier d'élaboration du rapport annuel de progrès de l'éradication de la poliomyélite	DMT/DI	X	X	X	X	X

5.1.7. Génération de la demande, communication et plaidoyer

Stratégies	Activités	Responsables	Années				
			2016	2017	2018	2019	2020
La communication pour le changement de comportement et le changement social	7.1 Diffuser sur les médias de proximité des microprogrammes sur la vaccination et la surveillance épidémiologique (4 diffusions/mois)	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X
	7.2 Animer une émission radio phonique/mois sur la vaccination et la surveillance épidémiologique	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X
	7.3 Organiser des séances semestrielles d'information et de sensibilisation des leaders communautaires, des chefs religieux et des autorités sur la vaccination et la surveillance épidémiologique dans les districts	DI-DivPS-DRS-DPS	X	X	X	X	X
	7.4 Organiser des séances d'information et de	RFS-DPS-DRS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	Années				
			2016	2017	2018	2019	2020
	sensibilisation au cours des séances de vaccination à l'endroit des parents						
	7.5 Diffuser des SMS sur le PEV et la surveillance épidémiologique sur les réseaux de téléphonie mobiles	DI/ DivPS	X	X	X	X	X
	7.6 Organiser un voyage d'étude d'une semaine pour échanger sur l'approche élèves adoptants	DI	X	X			
	7.7 Mettre en place un système de parrainage de la vaccination des enfants par les élèves/enseignants/cadres dans les districts à faible couverture Penta 3<80%	RFS-DPS-DRS	X	X	X	X	X
	7.8 Organiser des visites à domicile pour la recherche des perdus de vue	DI/ DivPS	X	X	X	X	X
La mobilisation sociale	7.9 Organiser des ateliers annuels conjoints en pool (Ministère, OSC, OBC) pour la planification des activités de vaccination et de surveillance épidémiologique afin de susciter leur implication	DI	X	X	X	X	X
	7.10 Dynamiser les comités de mobilisation sociale dans les communautés	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X			
	7.11 Organiser tous les deux ans une réunion nationale de mobilisation de l'association des médias pour un engagement en vue de renforcer la communication pour le PEV dans leur plan d'action	DI/DivPS/DRS/DPS	X		X		X
	7.12 Organiser les journées de communication sur la vaccination (SAV, journées portes ouvertes, journées de lancement)	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Responsables	Années				
			2016	2017	2018	2019	2020
	7.13 Organiser des dialogues communautaires dans les districts à faible couverture en Penta 3 (<80%)	DI/DivPS/DRS/DPS	X	X	X	X	X
Le plaidoyer	7.14 Elaborer un document de plaidoyer pour le PEV	DI/DivPS	X				
	7.15 Organiser 02 réunions de plaidoyer avec la Commission Santé de l'Assemblée Nationale (AN) pour le soutien au PEV	DI/DivPS	X	X			
	7.16 Organiser 02 réunions de plaidoyer avec les hautes autorités des Ministères transversaux pour intégrer le volet communication PEV dans leurs plans sectoriels	DI/DivPS	X				
	7.17 Organiser deux réunions de plaidoyers aux autorités locales, organisations de la société civile (ONGs), syndicats et élus locaux pour la mobilisation des ressources au niveau régional et préfectoral	DRS/DPS	X	X			
	7.18 Organiser des réunions de plaidoyers à l'endroit des chefs des sociétés privées (entreprises de téléphonie mobile, banques, chambre de commerce, sociétés pétrolières, ...) pour la mobilisation des ressources au niveau national, régional et préfectoral.	DI/DRS/DPS	X	X			
Le développement des partenariats	7.19 Elaborer un document de politique nationale de communication	DI/DivPS		X			
	7.20 Mettre en place un comité national de communication pour le PEV	DI/DivPS	X				
Elaboration	7.21 Organiser un atelier national	DI/DivPS	X	X			

Stratégies	Activités	Responsables	Années				
			2016	2017	2018	2019	2020
et production des supports	d'élaboration et de validation des supports de communication sur le PEV						
	7.22 Produire les supports éducatifs aux ONGs, Associations, ASCs, formations sanitaires publiques et privées, enseignants, tradipraticiens, OBCs, etc.	DI/DivPS	X	X	X	X	X
	7.23 Equiper les structures sanitaires en équipement audio visuels (Poste téléviseur, DVD et Mégaphone) et supports de communication	DI/DivPS /DRS/DPS	X	X	X		
	7.24 Réaliser un film documentaire sur le PEV	DI		X	X		
	7.25 Organiser des ateliers d'élaboration de plans de communication régionaux / de districts pour la mise en œuvre du plan stratégique (DPS, PF PEV, PF IEC, PF SIMR et OSC)	DI/DRS/DPS	X				
	7.26 Organiser des missions de supervision mensuelles intégrées des Agents de Santé Communautaires et des élèves adoptants par les Responsables des Formations Sanitaires	DI/DRS/DPS	X	X	X	X	X
	7.27 Signer des contrats de prestation avec les ONGs pour le suivi des Agents des Santé communautaires et des animateurs des ONGs et les élèves adoptants		X				

5.2. Cadre national de suivi et d'évaluation de la vaccination

Sous-composante des systèmes de vaccination	Indicateurs	Source des données	VAL. RÉF.	CIBLES				
			2014	2016	2017	2018	2019	2020
1. GESTION DU PROGRAMME								
Législation et réglementations	Nombre de fonctions gérées par les ANR	Termes de référence des ANR	3	3	4	4	4	4
	Législation sur le financement de la vaccination prescrivant une ligne budgétaire concernant les vaccins dans le budget de santé national	Loi sur la vaccination			X			
	Législation sur le financement de la vaccination identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination.	Loi sur la vaccination			X			
Politique	Elaboration de la politique nationale de vaccination	Politique de vaccination nationale	Non	Oui				
	Mise à jour de la politique nationale de vaccination	Politique de vaccination nationale	NA	NA	Non	Oui	Non	Oui
Planification	Elaboration d'un plan d'action annuel en faveur de la vaccination	Plan opérationnel de vaccination national	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Nombre de districts bénéficiant d'un microplan annuel de vaccination (cumulatif)	Rapports PEV	40/40	40	40	40	40	40

Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	Compte rendu du CCIA	4	4	4	4	4	4
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	Comptes rendus du GTCV	NA	2	2	2	2	2
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination	Rapports sur le programme de vaccination	0	2	2	2	2	2
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES								
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé/vaccinateurs. pour une population de 10 000 habitants	Données sur les ressources humaines du MdS	0,9	1,1	1,5	1,8	2	2,1
Renforcement des capacités	Nombre du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM (cumulative)	Rapports PEV	2	10	15	20	25	30
Supervision	Moyenne annuelle des visites de contrôle central dans chaque district	Rapports PEV	2	2	2	2	2	2
3. Coûts et Financement								
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	Rapports PEV	17%	20%	22%	25%	27%	30%
	Existence d'une ligne budgétaire dans le budget national en faveur du programme de vaccination qui soit intégralement financé	Budget national de la santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant – Sans les coûts partagés (RCN 6700)	Rapport Conjoint RCN - JRF	1000 000 USD/286510 survivants = 3,5 USD	5	10	15	20	25
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS								
Approvisionnement des vaccins	Ruptures de stock au cours de l'année passée au niveau national	Rapport PEV	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
	Dans l'affirmative, indiquez la durée en mois			0–12	0–12	0–12	0–12	0–12
	Dans l'affirmative, indiquez quel(s) antigène(s)			0 antigène				
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	Rapports sur le programme de vaccination	1/40 (2,5%)	5%	7%	10%	15%	25%
	Année où a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV)	Rapport GEV	GEV et mise à jour de l'inventaire réalisés en 2015)	Non	Non	Oui	Non	Non
Élimination des déchets	Existence d'un plan de gestion des déchets	Plan de gestion des déchets et rapport GEV	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
5. PRESTATION DES SERVICES DE VACCINATION								
Couverture de routine	Couverture par DTC-HepB-Hib3	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	87%	89%	93%	94%	95%	95%
	Pourcentage de districts avec une couverture DTC-HepB-Hib3 >80 %	Informations sur la santé au plan national	85%	90%	95%	100%	100%	100%

		- Rapports PEV						
	Pourcentage d'abandon du DTC-HepB-Hib1 / DTC-HepB-Hib3 à l'échelon national	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	4%	3%	2%	2%	2%	1%
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du DTC-HepB-Hib1 / DTC-HepB-Hib3 > 10 %	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	5%	3%	3%	0%	0%	0%
Equité	Nombre de districts avec une couverture DTC-HepB-Hib3 >80 %	Informations sur la santé au plan national - Rapports PEV	34/40	36/40	38/40	40/40	40/40	40/40
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles DTC-HepB-Hib3	Enquête EDS	-11,20%	-8%	-5%	-3%	0%	0%
Intégration au système de santé	Pourcentage des services de santé faisant la vaccination	Étude sur la couverture vaccinale	70%	75%	80%	85%	90%	95%
Nouveaux vaccins	Couverture de vaccination en VPI	Informations sur la santé au plan national	0%	50%	93%	94%	95%	95%
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION								
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté	Informations sur la santé au plan national ou système de surveillance de la santé publique	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Suivi de la couverture	Pourcentage de districts avec des performances médiocres (Penta3 <50%) l'année dernière	Informations sur la santé au plan national	15%	10%	8%	5%	0%	0%
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans (%)	Rapport PEV et Surveillance	4,2	4,2	4,5	4,5	4,5	5

Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Rapports sur le programme de vaccination	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Comptes rendus de la réunion MAPI	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE

Stratégie de communication	Existence d'un plan	Stratégie de communication	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination	Enquête CAP	Non (dernière en 2009)	Non	Oui	Non	Oui	Non
Demande	Pourcentage des services de santé faisant la vaccination	Étude sur la couverture vaccinale	70%	75%	80%	85%	90%	95%
Planification	Plan à haut risque pour les communautés défavorisées et résistantes à la vaccination	Plan à haut risque	Aucun plan	Plan	Plan	Plan	Plan	Plan

6. Analyse des coûts, du financement et des déficits de financement

L'analyse des coûts, du financement et des déficits en financement du PPAc 2016-2020 ont été réalisées à l'aide des outils suivants :

- Guide révisé d'élaboration des PPAc, OMS – UNICEF 2013
- Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV ou GVAP)
- Outil Excel du costing du PPAc (cMYP_V3_9.1, Octobre 2015)

L'ensemble des ressources nécessaires à la réalisation des activités planifiées dans le PPAc, 2016 - 2020 a été intégré dans l'outil Excel pour le calcul des besoins en ressources et des financements sur la période. Ces ressources émaneront des financements de l'Etat, des approbations de soutien de GAVI et des intentions de financement des partenaires notamment l'OMS, UNICEF, Plan Togo, Rotary International, Initiative PPTE...

Pour ce qui concerne la projection des financements de 2016 à 2020, les risques 1 et 2 leur ont été attribués selon la forte probabilité de réalisation du financement.

Le risque 1 a été attribué aux financements assurés, et le risque 2 aux financements non assurés ou probables. En l'occurrence, à partir de 2017, la majorité des financements ont été considérés comme probable étant donné qu'on ne peut avoir d'engagements fermes de la part des différents bailleurs ; seuls les financements sur budget de l'Etat ont été considérés en majorité comme assuré, compte tenu des postes de coûts qu'il couvre (salaires, maintenance, ...etc.).

Les données qui ont permis de confectionner les tableaux qui ont fait l'objet d'analyse dans ce Plan ont été collectées dans une large mesure auprès des administrations nationales et des partenaires et pour d'autres estimées à partir des tendances passées.

L'absence des informations disponibles sur le financement de la communauté et de certains partenaires n'ont pas facilité les prévisions de financement sur les prochaines années.

L'analyse des coûts et financements du Programme va porter essentiellement sur les points suivants :

- Les coûts du Programme pour l'année de base qui est 2014 avec un accent particulier sur les plus importantes rubriques,
- Le financement du Programme au cours de l'année 2014
- La projection des coûts du Programme de 2016 à 2020 avec un accent particulier sur l'introduction de nouveaux vaccins en routine (Vaccin contre le VPH, MenAfriVac, Vaccin Rougeole – Rubéole)
- Les financements assurés et probables projetés sur la période
- Et enfin l'analyse des gaps et les stratégies de viabilité financière.

6.1. Environnement économique général du Togo

La situation générale du pays au plan économique reste encore fragile, par exemple le revenu par tête d'habitant était de 691 USD en 2014 contre 818 USD en moyenne pour les pays de l'Afrique sub-saharienne.

Tiré par le secteur agricole et le développement des infrastructures de transport, le taux de croissance est estimé à 5,5 % en 2014 et devrait s'établir à 5,7 % en 2015. En 2014, l'Office togolais des recettes a introduit le paiement des recettes fiscales par voie bancaire comme mesure de facilitation du commerce et de lutte contre la corruption. La mise en place de la décentralisation administrative à l'horizon 2016 est une condition essentielle pour réduire les

inégalités et les disparités entre les régions du pays (<http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/notes-pays/afrique-de-louest/togo/>, consulté le 09/12/2015).

Le contexte politique national a été marqué par des troubles socio - politiques au début des années 1990 entraînant la suspension de la coopération internationale, ce qui a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003. Après plus de 15 ans d'aide extérieure limitée, le Togo a normalisé ses relations financières avec les principaux partenaires au développement en 2008 et jouit désormais du soutien total de ses partenaires internationaux traditionnels.

Le contexte social est marqué par une progression de la pauvreté de la population togolaise avec un taux de pauvreté passant de 32% à la fin des années 1980 à 61,7% en 2006. Une pauvreté essentiellement rurale (79,7% de la population rurale vivant en dessous du seuil de pauvreté) ainsi qu'une extrême vulnérabilité des individus à la pauvreté (taux de vulnérabilité estimé à 81,2% en 2006). Cette situation difficile fait que la réalisation des OMD liés à la santé reste incertaine à l'horizon 2015.

L'édition 2015 du rapport de la Banque mondiale, Doing Business, indique que le Togo fait partie des dix économies du monde qui ont le plus progressé sur le climat des affaires en faisant un bond de quinze places pour être classé 149e dans le monde.

L'Office togolais des recettes (OTR) a engagé plusieurs réformes dans son administration.

Au 31 décembre 2013, le Togo comptait 92 institutions de microfinance (IMF) avec un encours de crédit de 117 milliards XOF.

Les bénéficiaires des IMF représentent 43 % de la population togolaise, contre 16 % pour l'ensemble des pays de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA).

La part relative de la population urbaine de chaque région augmente au fur et à mesure que l'on se rapproche de la région Maritime où se trouve la capitale, Lomé : région des Savanes, 5 % d'urbains ; région de la Kara, 8 % ; région Centrale, 7 % ; région des Plateaux, 12 % ; et région Maritime, 68 %. La grande majorité des pauvres (78.9 %) vivent en milieu rural. En 2014, la région Maritime, qui ne couvre que 11 % du territoire, collecte 98 % de recettes fiscales, emploie 82 % de médecins et bénéficie de 86 % de l'énergie électrique du pays. Le Togo est le seul pays de l'UEMOA qui ne s'est pas encore mis à l'épreuve de la décentralisation dont le démarrage effectif en 2016 sera déterminant pour relever les défis de l'inclusion spatiale (<http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/notes-pays/afrique-de-louest/togo/>, consulté le 09/12/2015).

6.2. Estimation des coûts et du financement du PPAC

6.2.1. Estimation des coûts du programme en 2014

Les informations ci-dessous résultent de l'analyse faite à partir des données de l'outil Excel du Plan Pluri Annuel Complet (cMYP version V3_9_1).

Le tableau XVI suivant présente les données macro-économiques de 2014 et leurs projections de 2016 à 2020. Les données de 2014 sont les estimations du Fonds Monétaire International en ce qui concerne le PIB et du National Health Account (NHA) en ce qui concerne les dépenses totales de santé par habitant. Les projections ont été obtenues en appliquant aux données de 2009 le taux de croissance économique annuel du pays qui est évalué à 2,5%.

Tableau XVI : Données macroéconomiques en 2014 au Togo et leurs projections

Indicateur	2014 \$	2016 \$	2017 \$	2018 \$	2019 \$	2020 \$
PIB par habitant	691	599	621	644	668	693
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	56	59	61	63	66	68
	%	%	%	%	%	%
Dépenses publiques de santé (DPS) en % des dépenses totales en santé (DTS)	53,9%	58,1%	60,2%	62,4%	64,8%	67,2%
http://www.WHO.int/nha/country						

Le tableau XVII présente les coûts spécifiques et les coûts partagés de la vaccination (vaccination de routine et vaccinations supplémentaires) en 2014.

Tableau XVII : Coûts spécifiques et partagés du PEV 2014

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2014
Référence	
PIB par habitant (US\$)	<u>\$691</u>
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	<u>\$56</u>
Population	<u>6 781 614</u>
PIB (US\$)	
	<u>\$4 686 095 383</u>
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	<u>\$379 770 393</u>
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	<u>\$205 038 035</u>
Besoins en ressources : vaccination	
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	<u>\$25 257 487</u>
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	<u>\$19 245 194</u>
Par enfant vacciné avec la DTC	<u>\$78,62</u>
% dépenses totales en santé	
Besoins en ressources : vaccination	
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	6,65%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	5,07%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	

Besoins en ressources : vaccination	
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	12,32%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	9,39%
% PIB	
Besoins en ressources : vaccination	
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	0,54%
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	0,41%
Par habitant 2014	
Besoins en ressources : vaccination	
systematique et campagnes (y compris vaccins et coûts opérationnels)	\$ <u>3,72</u>
systematique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérationnels)	\$ <u>2,84</u>

- Vaccination de routine

Le total des dépenses pour le PEV en 2014 représente 6,65% des dépenses de santé. Elles s'élèvent à \$ 25 257 487_ soit 3,72 \$/ht. Les dépenses publiques spécifiques pour la vaccination représentent 12,3% des dépenses totales publiques en santé.

Les dépenses pour le PEV en 2014 se répartissent comme suit :

- ✓ 76,2% pour la vaccination de routine, soit \$19 245 194
- ✓ 23,8% pour la campagne de vaccination, soit \$6 012 293

En 2014, étant donné le coût élevé du vaccin DTC-HepB-Hib et l'introduction des vaccins PCV 13 et Rotavirus, le premier poste de coûts du PEV de routine est représenté par les vaccins & le matériel d'injection (78%), suivi du personnel et du transport pour la stratégie avancée (un peu plus de 9%) et la chaîne du froid (3%) (voir figure ci-dessous).

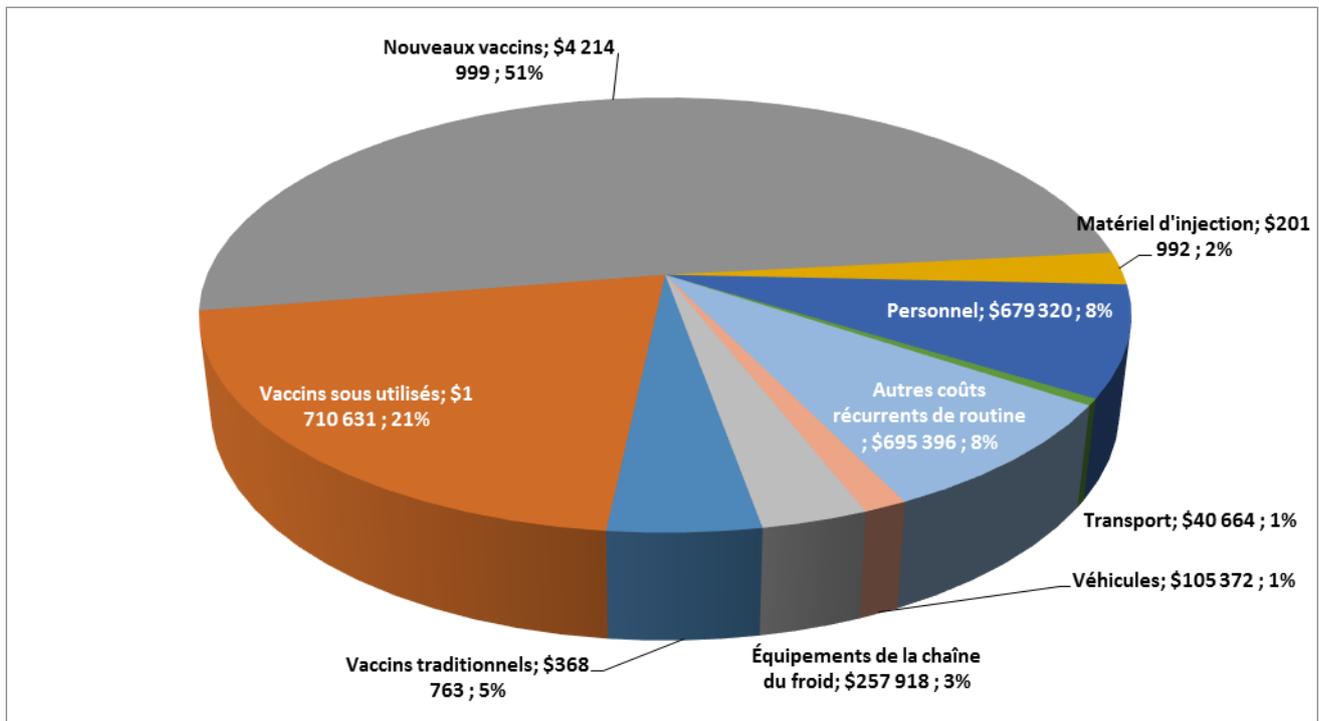


Figure 1 : Profile des coûts pour l'année de base

Le **coût par enfant complètement vacciné (Penta3, VAR et VAA)** était de 78,62\$ si l'on exclut les coûts partagés.

L'Alliance GAVI avait apporté la plus grande partie du **financement** pour la vaccination de routine (68%), suivi du gouvernement (18%), de l'UNICEF (6%). Le COGES (fonds de recouvrement dans les formations sanitaires) et l'OMS ont respectivement financé 5% et 3% (Figure 2).

Le financement de GAVI a servi essentiellement à payer :

- Les nouveaux vaccins et vaccins sous-utilisés ainsi que le matériel d'injection
- Les transports et quelques indemnités pour les stratégies avancées, la réception et la livraison des vaccins et de la maintenance de la chaîne de froid ;

Le gouvernement a financé essentiellement :

- Les vaccins traditionnels, le cofinancement des nouveaux vaccins et 100% des salaires
- les frais de maintenance des équipements (véhicules, chaînes de froid et bâtiments)

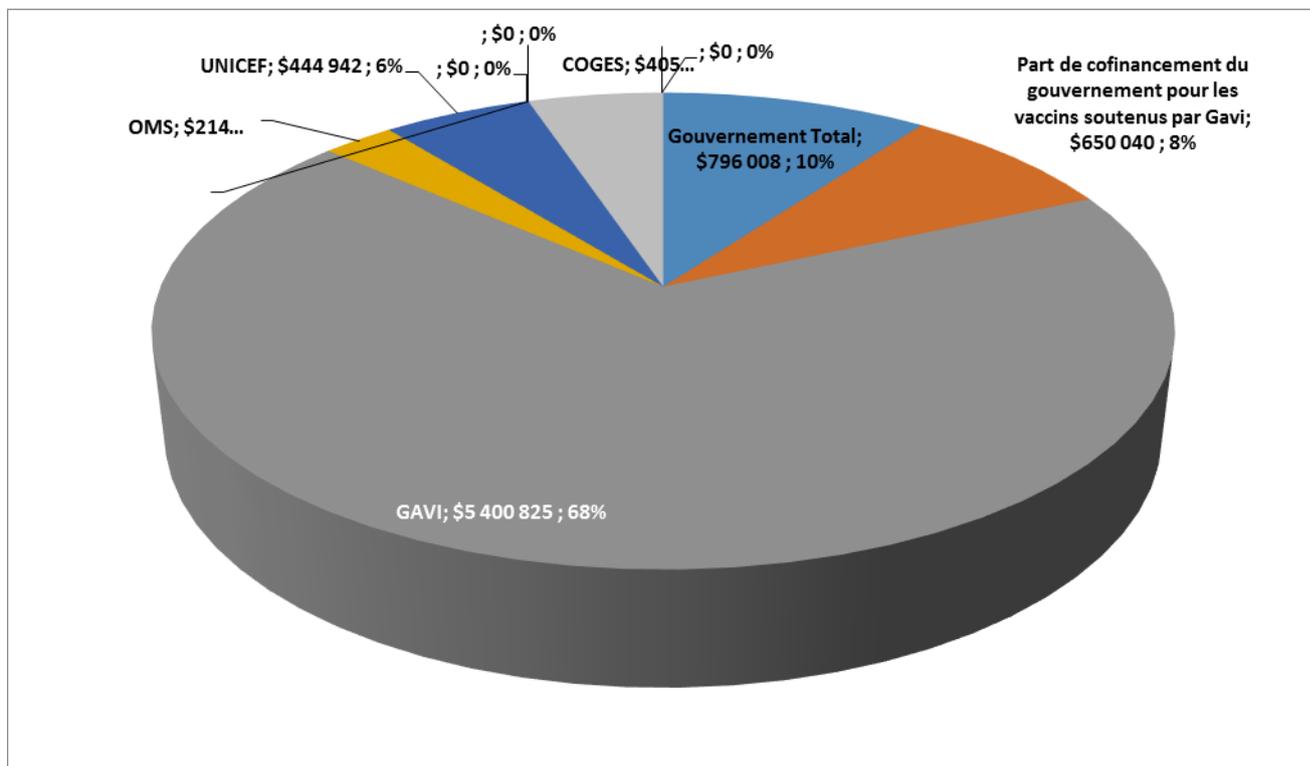


Figure 2 : Profil du Financement (Année de base - Routine)*

- Activités de vaccination supplémentaires

Les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont été financées par l’OMS, l’UNICEF :

- L’UNICEF a financé la totalité des vaccins des JNV polio en 2014
- Les dépenses opérationnelles (sans les coûts partagés) ont été financées par l’OMS (tous les autres coûts sauf la communication) et l’UNICEF (la communication).

Les campagnes de distribution de vitamine A et de l’Albendazole ont été entièrement financées par l’UNICEF.

6.2.2. Estimation du financement du programme en 2014

❖ Sources de financement du PEV au Togo

Le financement du PEV est à plus de 77% assuré par les ressources extérieures. Jusqu’en 2003, la quasi-totalité du financement des vaccins et consommables de vaccination a été assurée par les partenaires techniques et financiers qui sont l’UNICEF, l’OMS, Plan Togo, l’Etat et les COGES, GAVI, la Coopération française, le Rotary Club, ARIVA, AMP, ADSS/UE et le UNFPA.

Tableau XVIII : Contributions des partenaires au financement du PEV de routine

Donor	US\$
Gouvernement Total	\$796 008
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	\$650 040
GAVI	\$5 400 825
OMS	\$214 661
UNICEF	\$444 942
COGES	\$405 289
TOTAL	\$7 911 764

Les partenaires qui interviennent dans le PEV de routine sont essentiellement :

- ✓ L'Etat pour l'achat des vaccins traditionnels et le cofinancement des vaccins nouveaux et sous utilisés ;
- ✓ GAVI, pour l'achat des nouveaux vaccins, le soutien à l'introduction de nouveaux vaccins, l'appui de la mise en œuvre de l'ACD et dans le renforcement de l'équipement de la chaîne de froid ;
- ✓ OMS, UNICEF, OOAS, et Plan-Togo pour l'appui à la mise en œuvre du PEV et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;
- ✓ Rotary, pour le renforcement de la chaîne de froid.

Cependant depuis 2 à 3 ans certains partenaires (Rotary) n'ont plus apporté d'appui au PEV.

L'Etat a consenti d'inscrire et d'exécuter une ligne utilisée pour l'achat des vaccins et consommables dans le budget national depuis 2004.

Selon les projections, en tenant compte de l'introduction de nouveaux vaccins en perspective (VPI, HPV, MenAfriVac, HepB à la naissance) et du renouvellement de la logistique, pour être autonome financièrement sur le poste vaccins et consommables (indépendance vaccinale), le Togo devrait dépenser sur ce poste, entre 13 000 000 à 19 000 000 USD chaque année entre 2016 et 2020 sans les coûts partagés.

L'appui de GAVI pour l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins sous utilisés (VAA, Penta, Pneumo, Rota, VPI, et MenAfriVac) est à plus de 85%. La part réelle du gouvernement togolais, pour l'achat de tous les vaccins, revient à 1 019 803 USD par an entre 2016 et 2020 en mettant de côté le financement de la vaccination des filles de 10 ans par le vaccin anti-VPV par le Gouvernement (dont les coûts du vaccin et opérationnels sont chers et devrait être financé par le Gouvernement).

Les autres contributions de l'Etat pour le programme sont des coûts partagés (frais du personnel, frais d'entretien, frais de fonctionnement des structures).

Beaucoup d'efforts ont été faits dans le cadre du processus d'appropriation de l'initiative pour l'indépendance vaccinale. Cependant la ligne budgétaire ne couvre pas tous les besoins annuels en vaccins et consommables, et ne contribue pas aux coûts opérationnels du programme. Cette ligne budgétaire n'augmente pas en fonction des besoins en vaccins traditionnels mais aussi en nouveaux vaccins.

Cette dépendance du PEV aux ressources extérieures a pour conséquences :

- La mise en œuvre incomplète du plan stratégique et des plans d'action annuels du PEV avec une faible proportion d'activités exécutées faute de financement ;
- Les retards de financement et de mise en œuvre des plans d'action dus au retard de décaissement des fonds par l'Etat ;
- Une baisse d'efficacité du PEV ;
- La démotivation du personnel impliqué dans les activités du PEV.

Pérennité des financements

L'Alliance du Vaccin (GAVI) appui le financement du PEV depuis 2003 à travers le renforcement des services de vaccination, à l'introduction de nouveaux vaccins et des vaccins sous utilisés, à la sécurité des injections, au renforcement du Système de Santé.

Au niveau local, seuls l'OMS et l'UNICEF et les autres partenaires qui interviennent dans le PEV, prévoient dans leur plan de coopération avec le Togo des lignes d'aide à la surveillance et à la vaccination. En définitive, le nombre de partenaires qui appuient le PEV au Togo est très limité.

6.2.3. Projection des besoins en ressources futures 2016-2020

Le montant total des besoins en ressources pour la période 2016-2020 s'élève à **\$ \$140 190 662**, dont **\$ 56 835 450** de coûts partagés. Le taux de croissance annuel des besoins en ressources est très variable d'une année à l'autre.

La plupart des grosses activités consommatrices de ressources ont été planifiées dans les trois premières années notamment l'achat et le renouvellement de la chaîne de froid (tableau XIX), l'introduction de nouveaux vaccins (VPI, VPH, MenAfriVac, Rougeole Rubéole), ce qui augmente les coûts pendant cette période. Cependant, le montant des coûts ne varie pas substantiellement pendant les 5 années du PPAC.

Tableau XIX : Besoins en ressources pour le PEV, avec et sans les coûts partagés, 2016-2020

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2014	2016	2017	2018	2019	2020
Référence						
PIB par habitant (US\$)	\$691	\$599	\$621	\$644	\$668	\$693
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$56	\$59	\$61	\$63	\$66	\$68
Population	6 781 614	7 172 280	7 375 972	7 585 450	7 800 877	8 022 422
PIB (US\$)						
PIB (US\$)	\$4 686 095 383	\$4 296 195 493	\$4 581 681 120	\$4 886 137 496	\$5 210 825 242	\$5 557 088 748
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	\$379 770 393	\$423 164 498	\$451 284 117	\$481 272 308	\$513 253 237	\$547 359 326
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	\$205 038 035	\$245 731 624	\$271 756 932	\$300 538 567	\$332 368 451	\$367 569 420
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opératio	\$34 730 499	\$23 447 831	\$29 169 723	\$26 444 044	\$27 350 020	\$28 612 998
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérati	\$28 718 207	\$21 237 348	\$22 277 408	\$22 581 346	\$23 420 054	\$24 614 538
Par enfant vacciné avec la DTC	\$ 117,32	\$ 79,83	\$ 77,94	\$ 76,33	\$ 76,17	\$ 77,84
% dépenses totales en santé						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opératio	9,15%	5,54%	6,46%	5,49%	5,33%	5,23%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérati	7,56%	5,02%	4,94%	4,69%	4,56%	4,50%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		1,06%	1,80%	1,18%	1,08%	1,06%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		0,17%	0,11%	0,12%	0,11%	0,11%
% Dépenses publiques de santé (DPS)						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opératio	16,94%	9,54%	10,73%	8,80%	8,23%	7,78%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérati	14,01%	8,64%	8,20%	7,51%	7,05%	6,70%
Écart de financement						
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)		1,82%	2,99%	1,89%	1,66%	1,58%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)		0,29%	0,19%	0,18%	0,16%	0,16%
% PIB						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opératio	0,74%	0,55%	0,64%	0,54%	0,52%	0,51%
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérati	0,61%	0,49%	0,49%	0,46%	0,45%	0,44%
Par habitant						
Besoins en ressources : vaccination						
systématique et campagnes (y compris vaccins et coûts opératio	\$ 5,12	\$ 3,27	\$ 3,95	\$ 3,49	\$ 3,51	\$ 3,57
systématique uniquement (y compris les vaccins et coûts opérati	\$ 4,23	\$ 2,96	\$ 3,02	\$ 2,98	\$ 3,00	\$ 3,07

Le niveau des besoins totaux en ressources et les taux de croissance annuels entre 2016 et 2020 s'expliquent par les activités et les achats d'équipement prévus dans le plan stratégique.

En particulier par :

- Les couvertures vaccinales croissantes sur l'ensemble de la période
- L'introduction à partir de 2016 du vaccin injectable contre la Polio (VPI), de vaccin contre l'hépatite B à la naissance, du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), du vaccin contre la méningite (MenAfriVac) et de la campagne contre la rougeole et rubéole.
- Le renouvellement de l'équipement de la chaîne de froid et du matériel roulant, avec un effort particulier d'achat de matériel de CDF les 2 premières années pour l'introduction des nouveaux vaccins.

La part des vaccins et matériels d'injection et équipement de la CDF tourne autour de 72% du coût total du PEV de routine (hors campagnes de vaccination).

Les campagnes de vaccination représentent plus de 25,1% du coût total du PEV sur la période

(\$20 893 923) ; il s'agit :

- o des JNV polio (2 passages par année de 2016 à 2020)
- o une campagne contre la rougeole et rubéole en 2017
- o la vaccination des filles de 10 ans en 2 doses par année dans les établissements scolaires, équivalents aux campagnes de vaccination

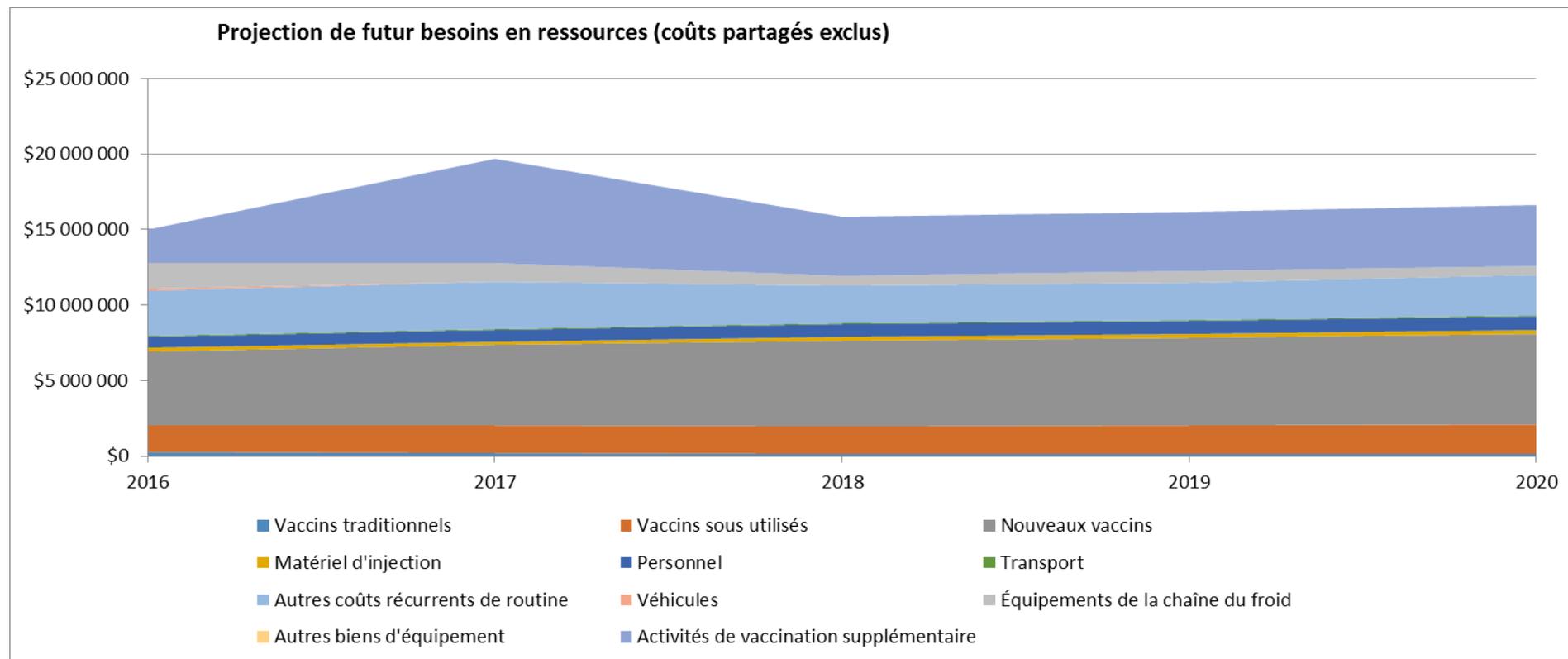


Figure 3 : Projection des Besoins en Ressources

Le coût moyen annuel (sans les coûts partagés) du PEV sur la période est de 16 655 000 \$. Il est donc stationnaire, par rapport au PPAC 2016 2020 (il était alors de 16 274 807 \$).

La part des coûts totaux du PEV de routine dans les dépenses totales de santé va rester entre 5 et 6,5%.

Le coût du PEV de routine par habitant varie de 1,85\$ à 2,5\$. En incluant les coûts partagés, ce coût varie de \$3,27 à \$3,95.

En outre le coût par enfant complètement vacciné en Penta (DTCoq-HepB-Hib3) varie de \$76 et 80\$ en incluant les coûts partagés.

Analyse de la viabilité de la vaccination selon les indicateurs choisis

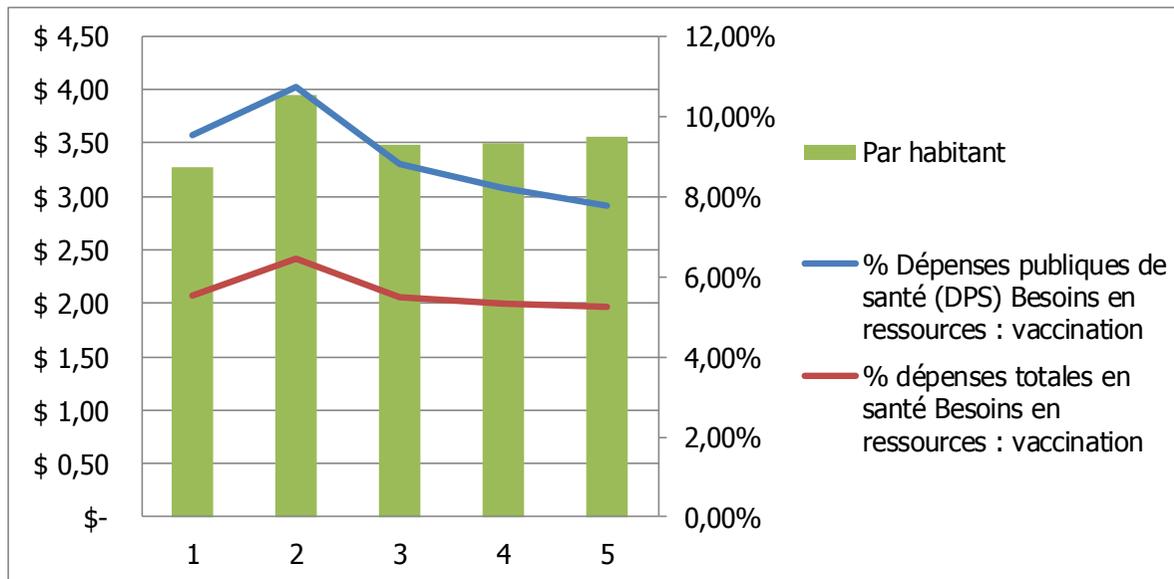


Figure 4 : Evolution des besoins en ressources pour le PEV (y compris les prix partagés) par habitant et en part des dépenses de santé, 2016-2020

Les principaux postes et les coûts totaux directs moyens du PEV entre 2016 et 2020 sont :

- Vaccins, matériel d'injection et logistique : 54%
- Activités de vaccination supplémentaires : 25%
- Prestation de service : 4%
- Gestion du programme : 12%
- Surveillance épidémiologique et monitoring : 2%
- Plaidoyer et communication : 2%

Tableau XX : Synthèse des besoins en ressources futures de 2016 à 2020 (US \$)

Année	Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	Prestation des services	Plaidoyer et communication	Monitoring et contrôle des maladies	Gestion du programme	Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	Coûts directs totaux
<u>2014</u>	7 752 283	617 042	150 000	189 603	341 807	6 012 293	15 063 027
<u>2016</u>	9 081 587	682 298	411 336	308 265	2 276 329	2 210 483	14 970 298
<u>2017</u>	8 945 894	714 909	692 073	319 112	2 122 173	6 892 315	19 686 476
<u>2018</u>	8 713 286	750 923	280 731	330 673	1 881 248	3 862 698	15 819 559
<u>2019</u>	9 025 238	780 836	272 415	342 157	1 835 760	3 929 966	16 186 372
<u>2020</u>	9 122 982	811 662	292 073	353 969	2 029 506	3 998 460	16 608 651
Total	44 888 987	3 740 628	1 948 627	1 654 175	10 145 017	20 893 923	83 271 356
Année	Approvisionnement en vaccins et	Prestation des services	Plaidoyer et communication	Monitoring et contrôle des	Gestion du programme	Coûts des activités de vaccination	Coûts directs totaux
Total	\$ 44 888 987	\$ 3 740 628	\$ 1 948 627	\$ 1 654 175	\$ 10 145 017	\$ 20 893 923	\$ 83 271 356

6.2.4. Projection du financement futur 2016 - 2020

La part des financements internes (Etat et communautés), assurés et probables, de 2016 à 2020 est de 56% des coûts spécifiques du PEV (sans les coûts partagés, si toutes les ressources sont mobilisées).

En fonction des hypothèses de financement, l'Etat financerait essentiellement :

- L'achat des vaccins traditionnels (100%) et les salaires (100%)
- Le matériel d'injection
- Les coûts partagés de systèmes de santé : 100%
- Les vaccins sous-utilisés et nouveaux vaccins : 4%

Toujours selon les hypothèses de financement, la communauté financerait principalement l'entretien de la chaîne de froid, certains coûts de personnel surtout les perdiems pour les stratégies avancées.

L'Alliance GAVI financerait essentiellement les nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés (84%). Cette forte proportion de financement GAVI est liée au fait que la période 2016-2020, en dehors des nouveaux vaccins qui seront introduits, GAVI continuera par financer les 2 nouveaux vaccins qui ont été introduits en 2014 dans le PEV de routine (Pneumocoque, Rota virus) essentiellement financés sur fonds GAVI.

Les partenaires habituels du PEV du Togo, en dehors de GAVI et de l'Etat, financeraient 12% des coûts totaux du PEV (essentiellement OMS et UNICEF).

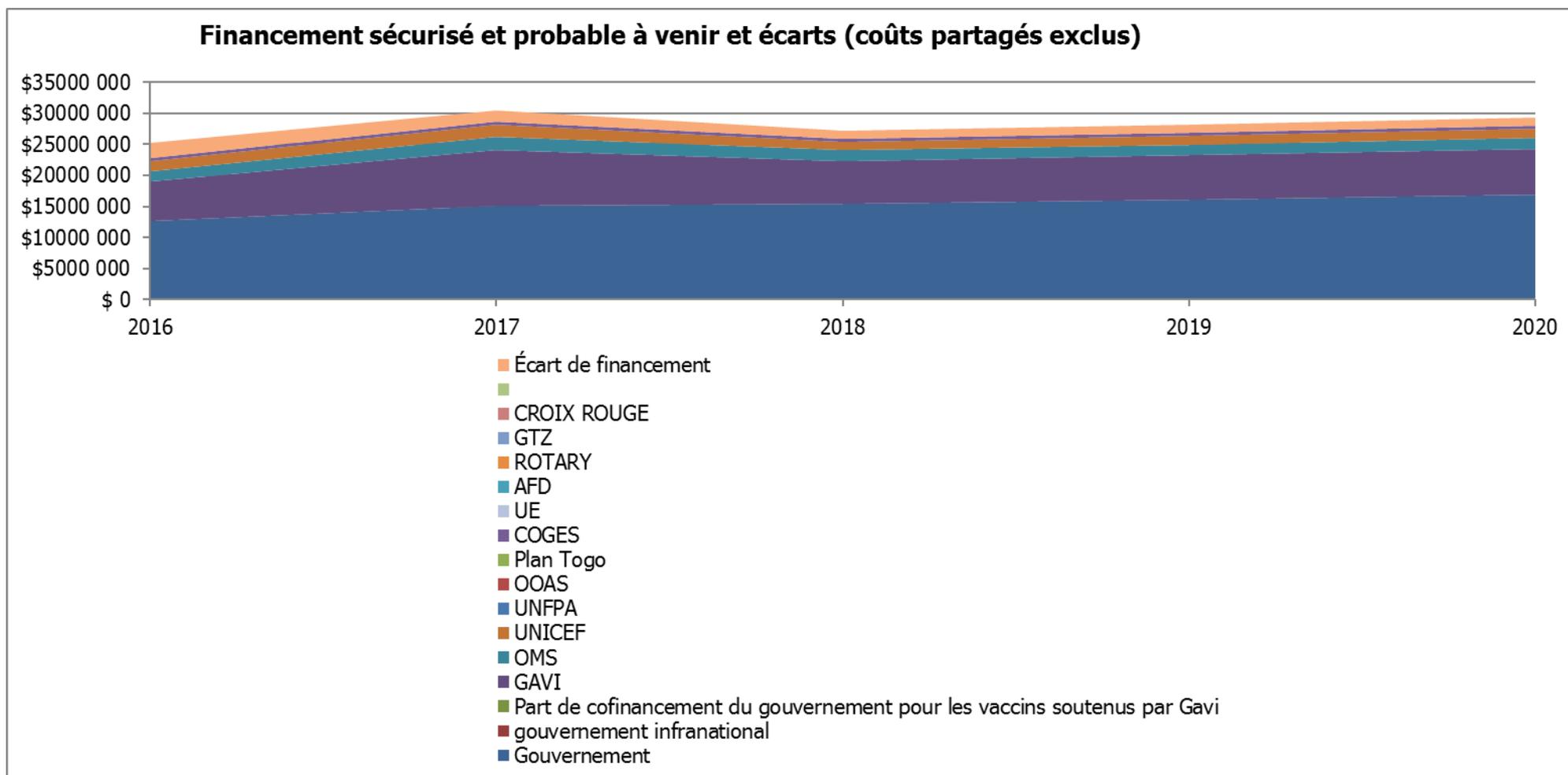


Figure 6 : Projection du financement assuré et probable

Tableau XXI : Plan et schéma de financement des nouveaux vaccins dans le PEV de 2016 à 2020

Financement sécurisé et probable à venir et écarts (coûts partagés exclus)

Financement sécurisé + probable	2016	2017	2018	2019	2020
0	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gouvernement	\$12 623 245	\$15 166 429	\$15 394 947	\$16 133 020	\$16 918 330
gouvernement infranational	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Part de cofinancement du gou	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GAVI	\$6 351 352	\$8 911 460	\$6 960 364	\$7 130 429	\$7 354 773
OMS	\$1 674 396	\$2 126 983	\$1 662 762	\$1 664 796	\$1 770 674
UNICEF	\$1 660 528	\$1 994 997	\$1 394 173	\$1 379 460	\$1 461 689
UNFPA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OOAS	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Plan Togo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
COGES	\$429 303	\$453 809	\$477 008	\$500 961	\$525 689
UE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AFD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ROTARY	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GTZ	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CROIX ROUGE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$22 738 824	\$28 653 679	\$25 889 253	\$26 808 666	\$28 031 154
Total : ressources nécessaires	\$25 155 576	\$30 432 885	\$27 151 286	\$28 174 997	\$29 275 918
Ecart de financement	\$2 416 752	\$1 779 207	\$1 262 032	\$1 366 331	\$1 244 764

Projection des écarts de financement

Les prévisions de financements assurés de 2016 à 2020 représentent 76% des besoins en ressources spécifiques, 24% des besoins sont non couverts pour le moment.

En partant du principe que les financements probables se concrétiseront, l'écart financier se réduit à 4% des besoins.

Les principaux postes des coûts du PEV de routine pour lesquels il manque une partie des financements sont :

- la logistique/équipement : véhicules et matériel de la chaîne de froid
- les activités de formation, de mobilisation sociale et de surveillance
- pour les stratégies avancées et la supervision : les indemnités journalières
- la mise en œuvre à l'échelle nationale de la vaccination contre le VPH

Tableau XXII : Composition des écarts financiers pour le PEV de routine, financements assurés et probables, 2011-2015

Financement sécurisé et probable à venir et écarts (coûts partagés exclus)

Financement sécurisé + probable	2016	2017	2018	2019	2020
0	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Gouvernement	\$12 623 245	\$15 166 429	\$15 394 947	\$16 133 020	\$16 918 330
gouvernement infranational	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Part de cofinancement du gou	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GAVI	\$6 351 352	\$8 911 460	\$6 960 364	\$7 130 429	\$7 354 773
OMS	\$1 674 396	\$2 126 983	\$1 662 762	\$1 664 796	\$1 770 674
UNICEF	\$1 660 528	\$1 994 997	\$1 394 173	\$1 379 460	\$1 461 689
UNFPA	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
OOAS	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Plan Togo	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
COGES	\$429 303	\$453 809	\$477 008	\$500 961	\$525 689
UE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
AFD	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ROTARY	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
GTZ	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CROIX ROUGE	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Total financement sécurisé	\$22 738 824	\$28 653 679	\$25 889 253	\$26 808 666	\$28 031 154
Total : ressources nécessaires	\$25 155 576	\$30 432 885	\$27 151 286	\$28 174 997	\$29 275 918
Ecart de financement	\$2 416 752	\$1 779 207	\$1 262 032	\$1 366 331	\$1 244 764

Les écarts financiers calculés ci-dessus sont basés sur les principales hypothèses de financement suivantes :

- Les vaccins traditionnels sont financés à 100% par l'Etat
- Les vaccins nouveaux et sous utilisés sont financés par l'Etat et GAVI, avec une dévolution progressive à l'Etat, fonction du type d'antigène
- Le matériel d'injection est financé par l'Etat et GAVI

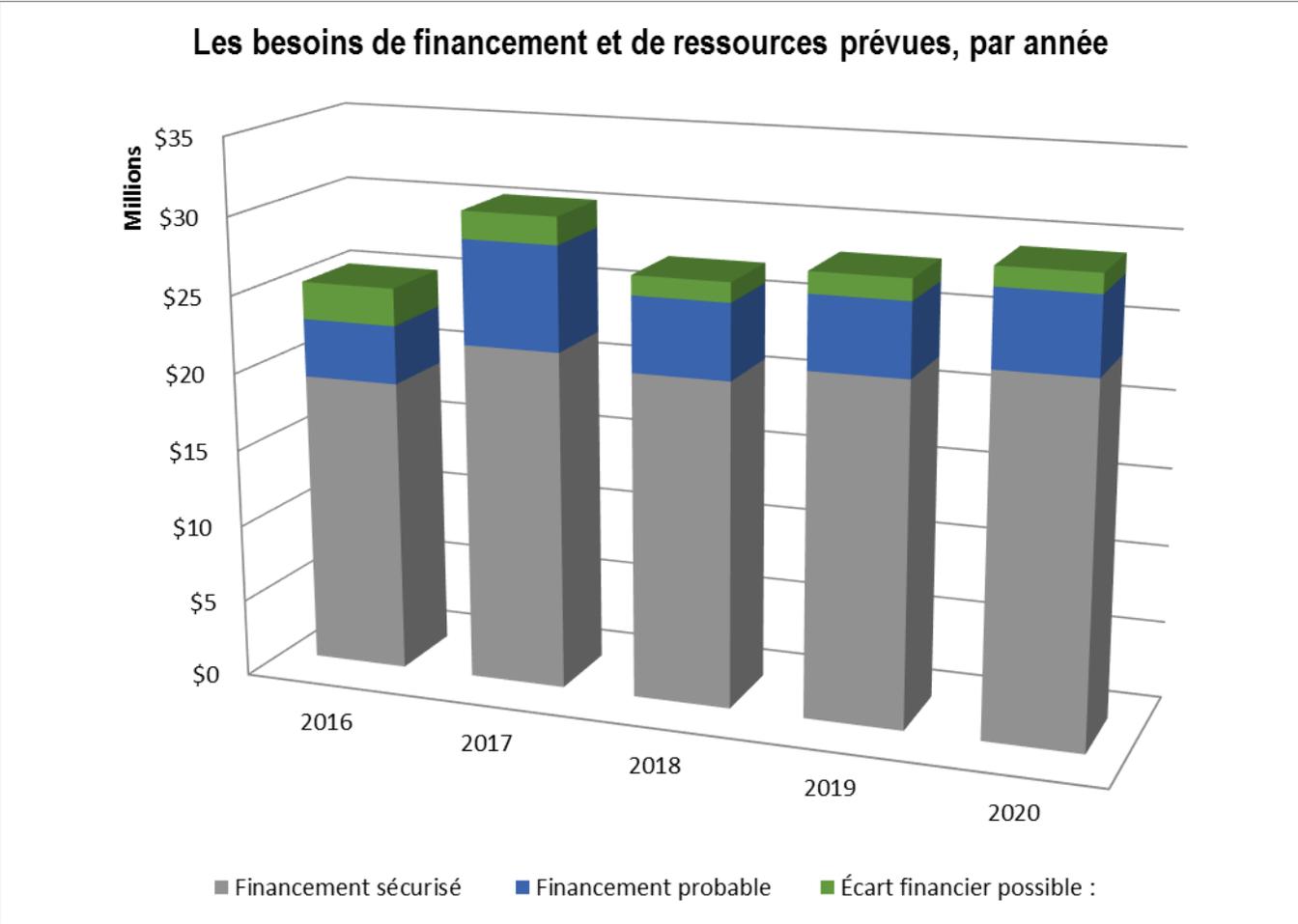


Figure 7 : Besoins de financement et de ressources et écarts financiers

6.3. Élaboration de stratégies de viabilité financière

Le PEV du Togo est fortement dépendant des financements externes puisqu'ils représentent près 80% des besoins en ressources du PEV pour la période 2016 - 2020. Par ailleurs, 24% des besoins en ressources sur la même période ne sont pas financés si l'on s'en tient aux seuls financements assurés, 4% si l'on tient compte aux financements assurés et probables.

En vue d'augmenter la mobilisation des ressources pour le PEV, le PPAC 2016 – 2020 a mis l'accent sur l'importance de :

- Faire un plaidoyer renforcé auprès de l'Assemblée Nationale pour mieux faire connaître le PEV, faciliter une législation du financement du PEV et la mobilisation de ressources supplémentaires auprès de l'Etat ;
- Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l'augmentation de la ligne budgétaire en fonction des besoins en vaccins et coûts opérationnels ;
- Appuyer la réalisation d'études sur les sources de financements internes et externes au Togo
- Faire un plaidoyer envers les sociétés privées pour le financement du PEV notamment de la Chaîne de Froid

Dans la perspective de la mise en œuvre effective de l'initiative Pays Pauvre Très Endetté (PPTTE) pouvant bénéficier au PEV, de la reprise de l'Aide Publique au Développement (APD), de l'accès du Togo aux financements de GAVI, de l'Initiative IHP+ et d'une contribution accrue du gouvernement aux dépenses de santé et en particulier au PEV, l'écart financier devrait pouvoir se réduire de manière substantielle.

7. Mise en œuvre du PPAC : approbation, diffusion, exécution et suivi

Le PPAC est un document de référence pour accompagner toutes les interventions en matière de vaccination pour les cinq prochaines années (2016-2020). Il s'agit donc d'un cadre qui devrait guider tous les acteurs impliqués dans les activités de vaccination. Il sert de base à l'élaboration des plans d'action annuels et pourra donc être adapté à chaque contexte selon les spécificités relevées.

Le processus participatif adopté pour son élaboration nous garantit l'adhésion de tous les départements techniques concernés, de la société civile et des principaux partenaires techniques et financiers du PEV.

Le succès de ce processus dépendra non seulement de son appropriation par les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire mais aussi de sa traduction en plans de travail annuel et surtout de la mise en œuvre et du suivi des interventions identifiées pour un mieux-être des enfants et des femmes togolaises.

7.1. Diffusion

Après la validation du PPAC par le CCIA, les prochaines étapes sont les suivantes :

- Présentation du PPAC aux autorités nationales (Ministère de la Santé, Gouvernement et à l'Assemblée Nationale) afin d'obtenir l'approbation et l'appropriation du plan.
- Intégration du PPAC dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)
- Organisation d'une réunion avec le Ministère des finances et les partenaires techniques et financiers afin que le financement du plan fasse partie des engagements du financement pluriannuel.
- Diffusion du plan à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan.
- Organisation des forums publics en s'assurant de la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias

7.2. Mise en œuvre - création d'un plan annuel

- Au niveau intermédiaire et opérationnel : chaque début d'année une analyse de la situation sera faite pour identifier les performances et les contre-performances en vue d'élaborer les plans annuels. Ces plans sont élaborés dans un premier temps au niveau des formations sanitaires en tenant compte des activités spécifiques du plan annuel du PPAC ; ensuite ces plans sont consolidés au niveau district puis au niveau régional au cours d'un atelier.
- Au niveau national les plans consolidés au niveau des régions sont pris en compte par le niveau central au cours d'un atelier en vue d'actualiser le PPAC duquel découlera l'élaboration du plan annuel du PEV.

7.3. Renforcement et intégration des activités

Le but de cette intégration est de contribuer à l'optimisation des ressources et à la réduction de la mortalité materno-infantile.

Elle se fera en associant les interventions ci-après :

- la supplémentation en vitamine A, la distribution des MILDA, le déparasitage systématique des enfants d'âges scolaires contre les helminthiases ;
- la sensibilisation des enfants des écoles au lavage systématique des mains à l'eau et savon et les interventions de santé à l'endroit des jeunes et adolescents (éducation santé sexuelle et reproductive, prévention du VIH et des IST).

L'atteinte des objectifs de ce plan passera par le renforcement des activités de gestion de programme (supervision, planification, suivi-évaluation, coordination, formation), de la concertation entre les coordinations dont les interventions sont intégrées et de la mobilisation sociale.

7.4. Hiérarchiser les activités

La hiérarchisation des activités du plan annuel se fera à chaque niveau de la pyramide sanitaire en se basant sur les critères de priorisation suivants :

- impact sur la santé (réduction de la morbidité et de la mortalité) ;
- valeurs stratégiques (alignement à la politique nationale de santé, au PNDS, plan stratégique régional pour la vaccination, au plan mondial de la vaccination) ;
- efficience ;
- équité ;
- faisabilité.

7.5. Etablissement des liens avec les plans infranationaux

- ✓ Les plans de vaccination des régions et districts doivent se baser sur les PAO des régions et districts qui sont l'émanation du PNDS et du PPAC ; ils doivent suivre le processus de planification du secteur de santé et tenir compte des besoins en ressources et priorités concernant la vaccination et les services de santé maternelle et infantile ;
- ✓ Les micro plans de vaccination des régions et districts doivent accorder une priorité à des communautés à haut risque ou non desservis et prendre en compte la question d'équité et de genre.

7.6. Plans de suivi et de supervision

- ✓ Le suivi des indicateurs de performance élaboré dans la rubrique « Suivi évaluation » du PPAc doit être réalisé chaque année pour analyser le niveau d'atteinte des objectifs ;
- ✓ Il faut faire une micro planification annuelle suivi de monitoring mensuel au niveau des districts et trimestriel au niveau des régions pour apprécier les indicateurs de performance ;
- ✓ Il faut impliquer dans les prestations de services de vaccinations les autorités locales, les ONG, les secteurs privés ;
- ✓ La supervision sera réalisée :
 - une fois par trimestre par l'équipe cadre du district vers les formations sanitaires publiques et privées;
 - une fois par semestre par l'équipe cadre de région vers le niveau district ;
 - une fois par semestre par le niveau central vers les régions et les districts.
- ✓ La supervision sera intégrée au niveau régional et district.

8. Conclusion

Le présent Plan pluriannuel Complet (PPAc) s'est inscrit dans le nouveau Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011 – 2020 (GVAP). Les stratégies qui y sont décrites découlent pour la plupart de celles proposées dans le GVAP, en y ajoutant quelques spécificités nationales. L'introduction de nouveaux vaccins, le renouvellement de la logistique et de la chaîne de froid ainsi que l'intégration des interventions de santé, occupent une grande part des activités à réaliser.

Pour les cinq années à venir, le budget du PPAc qui s'élève à **\$ \$140 190 662** et pour lequel la contribution annoncée (financement assuré et probable) de l'Etat et des communautés est de **\$78 622 741** (56%) y compris les coûts partagés, paraît encore faible et dépendante des ressources extérieures.

Ce budget présente un gap financier de **\$33 088 068** si l'on s'en tient au financement assuré seulement. Dans le but de réduire ce gap financier, un ensemble de stratégies de viabilité financière y a été développé pour mobiliser de façon efficace les ressources de l'Etat et des ressources privées.

Ces stratégies incluent notamment l'accès accru de la Santé aux financements de l'initiative Pays Pauvre Très Endetté (PPTTE) pouvant bénéficier au PEV, la reprise et la recherche de diversification de l'Aide Publique au Développement (APD), l'accès du Togo aux financements de GAVI, la mise en œuvre effective de l'Initiative IHP+ et d'une contribution accrue du gouvernement aux dépenses de santé et en particulier au PEV.