Resources for Child Health
REACH

PD-ABJ-100
20128

DRAFT

JSI A John Snow, Inc. project

FOR LIMITED DISTRIBUTION

[redacted]

Technical Report

Evaluation of the Expanded Program on Immunization in the Republic of Chad

November 15 - December 5, 1988

Evaluation Team Members:

Dr. Mary A. Carnell, REACH Project/A.I.D./UNDP
Mr. Robert Davis, UNICEF
Dr. Mambu-ma-Disu, WHO/AFRO
Mr. Mahamat Saleh Idriss, Chadian Ministry of Planning
Dr. Vladimir Rodine, WHO/AFRO Region 2

Table des Matières

		page
	Executive Summary (English)	1
I.	Introduction	4
II.	Remerciements	4
III.	Méthodologie	4
IV.	Conclusions et Recommandations	4
V.	Profil du pays	14
VI.	Gestion et Administration du PEV	16
VII.	Formation et personnel	19
VIII.	Supervision	21
IX.	Logistique	22
X.	Mobilisation Sociale	26
XI.	Surveillance Epidémiologique	27
XII.	Evaluation du programme	28
XIII.	Coût du programme	29
XIV.	Performance du PEV	30
XV.	Collaboration et Coordination	33
XVI.	Pérennisation du programme	34
XVII.	Liste des Annexes	37

EXECUTIVE SUMMARY

USAID/UNDP Chad requested that their assistance project to the National EPI Program be evaluated from 15 November to 5 December 1988. The project is scheduled to end in February 1989. As the project was supplementary assistance to the national program, it was decided in the joint interest of the Government of Chad, USAID, UNDP, WHO, and UNICEF to evaluate the entire National EPI program. The evaluation team was composed of five members: USAID/UNDP represented by a REACH/JSI consultant, the Chadian Ministry of Planning, WHO-African Regional Office, WHO-Africa Sub-region 2, and UNICEF Headquarters. The terms of reference were drafted by the EPI national program manager of the Ministry of Public Health.

The evaluation followed three principal methods:

1. Field visits to three geographic areas to observe their EPI activities.

2. A review of documents, coverage surveys, and reporting system statistics at central, intermediate, and periphery levels.

3. Interviews with government and health officials, those responsible for EPI, and those assisting in EPI activities at all levels.

The National EPI has accomplished a tremendous amount in its three years of operation. Major achievements include:

- o training courses for various levels;
- o publication of a national guide for EPI;
- o integration of EPI training into the curriculum of the national public health school;
- o cold chain installation throughout the country;
- o transportation, equipment, and supplies for EPI available at all levels;
- o widespread knowledge of the national vaccination calendar and contraindications;
- o social mobilization using the political party (UNIR) and radio;
- o widespread involvement of various non-governmental, private, and religious organizations in EPI;
- o the full support of the President of Chad, Mr. Haberé, to reach high vaccination coverage across the country.

Several major problems limit the program from realizing its full potential. The overriding constraint is the lack of planning and management capability. This problem is not unique to the EPI program, but appears to be a major concern for the Ministry of Public Health as a whole. The evaluation team witnessed the results of this insufficient management capacity in the lack of adequate supervision, planning of training, and program monitoring.

Since the program's beginning in 1985, the National EPI has had three different country managers, and was without a manager from July 1987, to April 1988. The current EPI country program manager, Dr. Abderahmane Djimé, has not received EPI management training and has only been at this position for seven months.

The USAID/UNDP funding included a WHO technical assistant, Dr. Codja, and a UN volunteer logistics specialist. For various reasons, the WHO support has not been able to overcome the serious need for planning and management that the EPI program requires. The UN volunteer was asked to leave his post after one year by the Ministry of Health. Apparently, there was not funding included for a garage to be established to repair the vehicles and assure cold chain maintenance. Therefore, he spent significant time arranging for the repair of vehicles and cold chain equipment, but upon his departure there is no structure in place to assure these demands continue to be met.

There are several administrative overlaps which add to the difficulties in implementing the EPI in Chad. First, the previous Disease Surveillance Department (Grandes Endemies) has become the Direction of Preventive Medicine and Rural Health (MPSR) in the Ministry of Public Health. They divided the country into six sectors, each of which encompasses one to three préfectures. In theory, the Médecin Chef de Préfecture is in charge of all health activities in his préfecture. However, EPI is located in the organogram as a service of MPSR. This often leads to confusion in the field as to who is responsible for overseeing EPI activities.

The respective roles in the EPI of the Ministry of Social Affairs and the Promotion of Women and the Ministry of Public Health need clarification. The "centres sociales" are overseen by the former, yet are frequently involved in EPI activities. With the advent of the SMI (Maternal and Child Health Centers) project in the Ministry of Public Health in 1984, there has been a concern over territory and competence regarding supervision of technical aspects of EPI in the centres sociales. These overlaps cause significant confusion and tension, which can not be afforded in a country which already suffers from scarce human and material resources.

Approximately $200,000 of the USAID/UNDP 1989 budget for vaccines has not been spent. An order for vaccines is in progress in preparation for the planned nationwide campaign. This order will spend the remaining money prior to the end of 1989. The evaluation team does not feel that the proposed campaign is prepared to be launched. Needs that have been identified, but not yet resolved include training the personnel, logistics support, and distribution of all the necessary equipment. The central storeroom is already full and will not be able to receive all the vaccines ordered for the campaign. The evaluation team recommended that the campaign be delayed until all the necessary preparatory steps have been completed.

UNICEF will continue to be the major donor to the EPI in Chad for at least the next two years. The need for significant USAID support to the EPI during this time does not appear necessary, although it might be important in the future. It is clear at the present level of government

support that the EPI will require considerable donor financing for a long time to continue the important work which has been started. USAID assistance in improving the management capacity of the Ministry of Health could be instrumental in aiding the country to implement EPI as well as its other health programs. Without improvement at this central point, other efforts will continue to be thwarted.

With improved planning and management skills, the necessary task of fully integrating the EPI and other health programs into the effective delivery of services will need to be addressed in order to maximize the resources available. This requires coordination and collaboration among the various donors and implementors (NGOs, religious groups, bilaterals, and multilaterals). The central EPI staff is small and unable to meet the training and management needs of a country as vast as Chad. Decentralization of planning, training, and logistics must follow when those in charge at the préfecture level have acquired the necessary management skills. Collaboration with the FED project and working to strengthen the préfecture level health management skills could assist EPI in achieving this important goal.

The team drafted its impressions of the principle achievements and problems of the National EPI along with its major recommendations. These were presented and discussed by the team during a four hour meeting with Dr. Yankalbé, Director General of Public Health, and local representatives of UNICEF, USAID, UNDP, and WHO. The draft of the report in French was completed prior to leaving the country and given to UNDP as requested. In addition to the group meeting, debriefings were also held independently with UNICEF, UNDP, and USAID.

I. INTRODUCTION

Ce rapport contient les observations, les avis et les récommandations de l'équipe mixte Gouvernement TCHAD/PNUD/OMS/USAID/UNICEF d'évaluation du Programme Elargi de Vaccination en République du Tchad. L'évaluation a eu lieu à la demande du Gouvernement Tchadien du 15 novembre au 6 décembre 1988.

Les termes de référence de la mission formulés par le Ministère de la Santé Publique ainsi que de la liste des membres de l'équipe se trouvent respectivement en Annexes 1 et 2 de ce rapport.

II. REMERCIEMENTS

L'équipe remercie toutes les autorités tant administratives que sanitaires qui l'ont assistée pendant toute la durée de la mission et cela à tous les niveaux. Les remerciements s'adressent aussi aux représentants de tous les organismes qui collaborent avec le Gouvernement Tchadien dans la mise en oeuvre et l'éxecution du Programme Elargi de Vaccination pour leur disponibilité permanente.

III. METHODOLOGIE

L'évaluation s'est effectuée par trois méthodes principales :

a) L'étude de la documentation disponible aux niveaux central, intermédiaire et périphérique;

b) Les observations du déroulement des activités du Programme sur le terrain;

c) Les entretiens avec les autorités administratives et sanitaires, les responsables du Programme et leur collaborateurs à tous les niveaux.

Après trois jours de prise de contact et d'élaboration du programme de travail au niveau de N'Djamena, l'équipe s'est répartie en trois sous-équipes qui ont effectué des visites sur le terrain dans le Sud du pays, à l'Est du pays ainsi que dans la ville de N'Djamena.

Les listes des documents consultés et des personnes rencontrées se trouvent respectivement dans les Annexes 3 et 4 du rapport.

IV. RESUME DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

Après deux semaines d'entretien, de revue de documents et d'obervations sur le terrain, l'équipe formule les conclusions et recommandations ci-dessous.

4.1 Les réalisations principales

1. Plusieurs cours de formation ont été réalisés pour les superviseurs, les cadres moyens et les vaccinateurs.

2. La chaine de froid existe et fonctionne en général avec satisfaction aux niveaux central, préfectoral, sectoriel et de dispensaires.

3. Les moyens de transport et logistique sont disponibles aux niveaux central et intermédiaire , voire même au niveau des formations sanitaires.

4. Certaines formations sanitaires telles que les SMI d'Abéché, utilisent un système très actif de suivi de la santé des mères et des enfants :

   a) Un carnet de visite par personne et qui est bien gardé à la maison pour suivre les vaccinations, le poids/taille et tous les soins curatifs;

   b) Fiche de courbe de poids gardée à la SMI de leur quartier;

   c) Un registre dans lequel sont inscrites toutes les visites au niveau de la SMI;

   d) Visites domiciliaires pour récupérer les enfants et les femmes irréguliers et réduire le taux d'abandon;

   e) Des tableaux affichés dans les SMI pour montrer le nombre d'enfants qui ont complété leur vaccination chaque mois.

5. La présence des stérilisateurs et du matériel réutilisable a favorisé dans certains endroits, Abéché par exemple, l'application de la politique d'une aiguille/une seringue stérile par enfant et par femme.

6. La bonne coordination et collaboration entre partenaires dans certaines zones rurales ont contribué à une bonne couverture vaccinale. Dans le Mayo-Kebbi (BELACD) par exemple, l'intégration du PEV dans les consultations curatives promet une pérénnisation certaine du programme.

7. La majorité de responsables et de vaccinateurs rencontrés connaissent bien le calendrier vaccinal national ainsi que les groupes cibles (femmes en âge de procréer pour la vaccination antitétanique et enfants de 0-23 mois pour les autres vaccins).

8. Les contre-indications (forte fièvre ou maladie grave) sont connues de la majorité du personnel interrogé et qui essaie de vacciner le plus de personnes possible pendant les séances.

9. Le personnel responsable rencontré ressent le besoin en formation et/ou recyclage en gestion du PEV

10. Malgré la vacance prolongée au poste du responsable national, le programme a continué ses activités sur le terrain.

11. Le programme a lancé les campagnes antérieures avec une collaboration intersectorielle (UNIR, Radio Tchad) dans le but d'augmenter la couverture vaccinale dans un court delai.

12. Le Décret Présidentiel No. 523/PR/MSP/86 créant le Comité National de l'Organisation de l'Année Africaine de Vaccination et l'Arrêté Ministériel No. 0029/MSP/SE/DG/86 créant la Commission Nationale Technique de la Vaccination, témoignent de l'interêt que l'autorité nationale suprême accorde à ce programme appelé à contribuer à la survie de l'enfant Tchadien.

13. L'interêt que les organismes internationaux et bilatéraux accordent à ce programme est témoigné par leur contribution tant financière que technique à son développement.

14. Quoique non chiffrée, la contribution de différentes ONG est assez remarquable dans l'exécution du programme sur le terrain. Annexes 6 et 7.

15. Le service national du PEV a élaboré le "Guide du Programme Elargi de Vaccination" dans laquelle la politique nationale est définie.

Toutes les réalisations ci-dessus sont très louables surtout si l'on considère que le PEV Tchad n'est âgé que 3 ans. L'équipe formule le voeux de voir tous les donateurs continuer a supporter ce programme.

4.2 Les principaux problèmes

1. Il y a un manque de description et de répartition claires de tâches entre le Médecin-Chef de Préfecture et le Médecin-Chef de Secteur. Ceci résulte dans un chevauchement de responsabilité entrainant de fois le manque d'exécution du travail et un gaspillage de ressources humaines déjà insuffisantes.

2. L'équipe a aussi constaté un chevauchement de responsabilité entre les SMI et les Centres Sociaux dans certaines villes notamment dans le cadre de :

a) La définition du rôle de chacun dans le PEV;

b) La supervision technique des Centres Sociaux;

c) La répartition du personnel (sous utilisation du 1 personnel au niveau des Centres Sociaux);

3. Il existe un manque de planification et gestion décentralisées du PEV aux niveaux intermédiaire et périphérique. Tout semble être géré par le niveau central, le rôle des autres niveaux étant réduit à une simple exécution.

4. Le programme manque d'objectifs réalistes permettant un bon suivi des progrès et tenant compte de la couverture actuelle et des ressources disponibles et/ou prévisibles.

5. L'intégration du PEV dans les consultations curatives n'est pas généralisée : équipes mobiles et les Centres Sociaux vaccinent mais ne consultent pas des enfants malades.

6. Le responsable national ainsi que trois des Médecins-Chef de Préfecture et un Medecin-Chef de Secteur n'ont pas encore été formés en gestion du PEV.

7. Beaucoup de personnes formées ne sont plus utilisées par le programme et leurs remplaçants ont besoin de formation ou recyclage.

8. Les préfectures visitées ne semblent pas être prêtes pour la campagne d'accélération du PEV à la date prévue étant donné que le personnel n'est pas encore formé et que l'équipement est encore à N'Djamena.

9. L'équipe déplore le manque de supervision à tous les niveaux et en toutes ses formes :

   a) Pas de plan ou programme de supervision;

   b) Pas de contenu standard (la fiche de supervision n'est pas utilisée);

   c) Pas de rétro-information au supervisé;

10. Le programme manque une équipe qualifiée et responsabilisée pour l'évaluation de la couverture vaccinale. Les seules enquêtes réalisées sont celles qui ont été faites occasionnellement par le CNNTA avec qui le programme n'a pas un contrat défini.

11. Il y a insuffisance de centres fixes.

12. Malgré le manque de données sur les dépenses relatives, le coût des équipes mobiles semble être execessif par rapport à la couverture des zones desservies et à la qualité de leur travail : elles vaccinent plus d'enfants en dehors du groupe cible (plus de 24 mois).

13. Le système de récolte de données actuellement utilisé par le BSPE ne permet pas une bonne surveillance du programme :

    a) Toutes les maladies PEV ne sont pas déclarées;

    b) Celles qui le sont semblent être noyées dans des symptômes non spécifiques;

    c) Les décès ne sont pas déclarés;

    d) Données non analysées ni interpretées au niveau préfectoral avant leur centralisation;

    e) Rétro-information trop tardive pour être utilisée dans la gestion du programme.

14. Il y a un manque de coordination des interventions de différents partenaires aux différents niveaux.

15. Actuellement, il est difficile d'estimer le coût de la vaccination d'une personne étant donné que les chiffres de contributions de certains intervenants ne sont pas disponibles au niveau du service national.

16. Le programme semble ne pas avoir un contrôle sur les activités menées par les ONG dans le cadre du PEV, surtout au niveau périphérique.

17. Les rapports d'activités préparés par le programme contiennent des informations souvent fragmentaires avec un manque total de données sur le budget et les dépenses du programme.

18. Les populations prises en charge par les centres de vaccination ne sont pas connues, ce qui résulte dans un travail sans objectif à ce niveau.

19. Le but et le contenu de la mobilisation sociale ne semblent pas être bien définis et compris de la même façon à tous les niveaux.

20. Les données sur la répartition du budget national qui ont été mises à la disposition de l'équipe revèlent une participation financière nationale qui ne favorise pas la pérénnisation du programme.

21. Le calendrier vaccinal ne tient pas encore compte de dernières récommandations de l'OMS notamment l'administration de Polio à la naissance et 5 prises de VAT pour les femmes en âge de procréer.

22. L'absence d'un stock d'alarme aux différents niveaux a souvent abouti à l'insuffisance, voire même rupture sporadique de stock de vaccins et autre matériel.

23. Dans la plupart des formations sanitaires visitées, le taux d'abandon, (proportion d'enfants qui ne complètent pas la série de vaccination) est encore très élevé.

24. Il existe un manque d'un système permettant un partage d'expériences acquises aux différents endroits où s'exécute le programme.

4.3 Recommandations principales

Coordination et Collaboration

1. Revoir l'organigramme afin de resoudre les problèmes de chevauchement de responsabilité observées à tous les niveaux :

Entre le DMPSR et les Préfectures Sanitaires;
Entre le Médecin-Chef de Préfecture et le Médecin-Chef de Secteur.

Par exemple :

a) définir les tâches de chaque Direction concernée surtout en matière du PEV;

b) Doter chaque préfecture d'un Médecin-Chef MPSR qui doit dépendre du Médecin-Chef de Préfecture.

c) ou créer un comité de coordination interne au niveau des préfectures (Médecin-Chef du Secteur, Médecin-Chef de Préfecture) afin de permettre une collaboration étroite.

2. Clarifier le rôle du Ministère des Affaires Sociales dans l'exécution du PEV sur le terrain :

a) Définir les tâches des Centres Sociaux en matière de vaccinations : gestion, supervision, etc...

b) Permettre la supervision technique de ces Centres par le Ministère de la Santé Publique.

3. Créer ou faire fonctionner aux niveaux central et préfectoral un Comité de Coordination de tous les organismes et organes tant nationaux, internationaux, bilateraux, confessionels que privés qui exécutent ou qui facilitent l'exécution du PEV :

Ministère de la Santé Publique, Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine, Ministère du Plan et de la Coopération, Médecine Préventive et Santé Rurale, Médecins-Chefs des Préfectures; Soins de Santé Primaires; Soins de Santé Maternelle et Infantile, UNICEF, PNUD, OMS, ONG, USAID, FAC, etc...

Ce Comité aura le rôle d'orienter le responsable national du programme dans la gestion générale :

- La programmation generale y compris l'estimation des besoins;
- L'identification et l'obtention des ressources;
- L'utilisation optimale des ressources;
- La résolution des problèmes opérationnels;
- La révision des objectifs si nécessaire

Il devra se réunir régulièrement (trimestriellement au niveau central et mensuellement au niveau des Préfectures).

4. Exiger du Responsable National du PEV un rapport d'activités tous les trois mois qui doit comprendre :

   a) les réalisations

   b) les contraintes

   c) le budget

   d) les activités prévues pour le prochain trimestre à l'intention de tous les partenaires (à présenter et défendre au cours de la réunion du comite de coordination).

5. Mettre sur pied un système permettant le partage des expériences entre exécutants du PEV aux differents niveaux, par exemple un bulletin d'information séminaire/atelier, etc.

<u>Planification</u>

6. Elaborer un plan d'opération basé sur des objectifs réalistes par rapport aux ressources disponibles, à la couverture vaccinale atteinte aux différents endroits ainsi qu'aux récommandations contenues dans ce rapport.

7. Décentraliser le PEV le plus possible au niveau de la Préfecture :

   a) Planification gestion (objectifs stratégie)
   b) Logistiques : vaccin, matériel, réparation véhicule, achat carburant + pétrole
   c) Information sanitaire avec analyse et interprétation
   d) Mobilisation sociale
   e) Coordination des différents intervenants
   f) Information
   g) Supervision
   h) Evaluation

8. Définir clairement au niveau national les stratégies, les populations cibles, le calendrier vaccinal ainsi que la politique en matière de contre-indications et de récupération des enfants irréguliers. Dans les plans d'action, l'accent devra être mis sur :

   a) Au niveau de la préfecture :

      Le nombre de formations sanitaires opérationnelles et capables de vacciner;

      Les populations desservies par ces formations;

      Les stratégies de couvertu communauté capable d'être pérennise.

9. Reporter les campagnes d'accélération du PEV prévues au niveau des Préfectures jusque quand les suivants points auront été réalisés par chaque Préfecture :
   a) La formation ou recyclage du personnel

   b) La dotation en matériel et produits nécessaires

   c) La sensibilisation de la communauté pour soutenir la campagne et l'après campagne.

10. Prioritiser les stratégies capables de réaliser une couverture vaccinale pouvant être maintenue avec les ressources disponibles et/ou prévisibles.

    a) Augmenter le nombre de centres fixes (construire et/ou équiper)

    b) Transformer les équipes mobiles non indispensables en corps de superviseurs des activites fixes et avancées;

c) Rentabiliser les équipes mobiles encore indispensables :

- Vacciner seulement les groupes cibles;
- Dispenser d'autres soins.

11. Intégrer le plan d'action pour l'accéleration du contrôle du tétanos néonatal dans le plan d'opération du PEV pour faciliter son exécution conformément à la résolution d'élimination du tétanos néonatal d'ici 1995.

Formation

12. Assurer la formation en gestion de tout le personnel responsable aux niveaux central et préfectoral.

13. Elaborer un plan de formation et recyclage couvrant une période d'au moins deux ans dans le but d'assurer une permanence du personnel qualifié sur le terrain.

Supervision

14. Planifier, dynamiser et donner un contenu défini à la supervision pour qu'elle soit non seulement un outil de contrôle du programme mais aussi un instrument de formation continue. Les problèmes identifiés pendant la supervision doivent faire l'objet d'une analyse scrupuleuse facilitant leur résolution.

15. Standardiser la supervision par l'utilisation effective des fiches de supervision à tous les niveaux et par l'élaboration des rapports de supervision y compris une rétro-information au supervisé.

Logistique

16. Identifier et former un personnel national pour assurer la logistique et l'entretien de la chaine de froid et du charoi automobile.

17. Exiger la politique d'une aiguille, une seringue, par injection afin d'éliminer toutes possibilités de transmission des maladies en fournissant le matériel en quantité suffissante (des stérilisations à vapeur, les seringues réutilisables, les aiguilles, les réchauds, le pétrole).

18. Déterminer le stock d'alarme en vaccin, seringues, aiguilles et autre matériel aux niveaux central et périphérique.

19. Etablir un système permettant aux Préfectures d'avoir un fonds courant pour des achats et autres dépenses locales (réparation véhicules, pétrole, carburant, pièces de rechange, etc.).

Performance

20. Intégrer les vaccinations dans les consultations curatives afin d'augmenter la couverture vaccinale et minimiser le nombre des occasions manquées : 22. Etablir aux niveaux préfectoral et périphérique un système permettant de réduire le taux d'abandon :

    a) Augmenter le nombre de séances de vaccination au niveau des centres fixes existants.

    b) Augmenter l'effectif du personnel au niveau de chaque centre fixe;

    c) Augmenter le nombre de centres fixes;

21. Utiliser le même calendrier vaccinal pour toutes les stratégies

    a) Enfant
       BCG et Polio à la naissance
       DTC/Polio à partir de six semaines
       Anti-amarile à partir de six mois
       Rougeole à partir de neuf mois
         pour permettre à l'enfant de compléter la vaccination avant son premier anniversaire.

    b) Femmes en âge de procréer

       V.A.T. 2 doses à un intervalle d'un mois
              3ème dose 1 an plus tard
              4ème dose 1 an plus tard
              5ème dose 1 an plus tard

    Changer la carte de vaccination conformément à ce calendrier (c'est à dire cinq prises de V.A.T.).

22. Etablir aux niveaux préfectoral et périphérique un système permettant de réduire le taux d'abandon :

    a) Fichier échéancier;

    b) Recherche active des enfants et femmes irréguliers.

Surveillance Epidémiologique des maladies cibles

23. Collaborer avec le BSPE pour améliorer la collecte des données relatives à la surveillance des maladies (cas et décès) avec une rétro-information plus fréquente aux différents niveaux.

24. Elaborer tout système informatique PEV dans l'avenir en collaboration dans la mesure du possible avec le Bureau Régional de l'OMS.

Mobilisation sociale

25. Définir, enseigner et faire appliquer la politique de la mobilisation sociale à tous les niveaux y compris la participation des mass-média, l'organisation des masses (UNIR), ainsi que les mosquées et les églises, etc.

26. Mobiliser la communauté pour augmenter sa participation dans la gestion du PEV :

    a) Garder soigneusement la carte de vaccinations

    b) Respecter les rendez-vous aux séances de vaccination

    c) Heberger/nourrir si nécessaire les équipes de vaccination

    d) Repérer et guider les enfants et femmes irréguiliers

    e) Soliciter les vaccinations (la demande).

Le Budget

27. Chiffrer toutes les contributions financières au PEV des différents partenaires afin d'estimer le coût total du programme.

    Gouvernement
    UNICEF
    OMS
    USAID
    PNUD
    FAC
    ONG

28. Faire une comptabilité différentielle du coût de la stratégie mobile et de la stratégie fixe-avancée par rapport à la couverture vaccinale de la population cibble (enfant 0-23 mois, femmes en âge de procréer).

29. Assurer la pérennisation du programme en augmentant progressivement la contribution financière du Gouvernement dans son exécution.

V. PROFIL DU PAYS

5.1 Géographie

Le Tchad, étendu sur une superficie de 1.284.000 km^2, est enclavé au coeur de l'Afrique. Il est limité au nord par la Libye, au sud par la République Centrafricaine, et à l'est par le Sudan.

La République du Tchad se caractérise par trois principales régions naturelles :

1. La zone saharienne (territoire du nord) caractérisée par une sécheresse extrême, couvre près de la moitié de la superficie du pays;

2. La zone sahélienne (centre du pays), se caractérise par une végétation de broussailles épineuses avec de poches de verdure des Lacs Tchad et Fitri et le long de trois rivières principales;

3. La zone des savanes (sud du pays), est caractérisée par une végétation luxuriante et une pluviométrie très abondante.

Les containtes climatiques sont très importantes dans le pays. Au sud, les précipitations provoquent des inondations saisonnières entravant les communications. Au centre, les récoltes sont étroitement liées à l'importance des pluies. Soixante-quinze pourcent du territoire national reçoit moins de 600 mm de pluie.

5.2 Démographie

Avec une densité moyenne de 4,2 habitants/km^2 (0,2hab/km^2 au Nord et 42 hab/km^2 au Sud), la population totale du Tchad est estimée à 5.303.000 habitants à la fin de 1987. La répartition de cette population par Préfecture de trouve en Annexe 8 de ce rapport. La répartion par tranche d'âge se fait de la manière suivante : (Plan d'opération PEV - 1986).

0-4 ans	14,1%
0-14 ans	24,5%
15-44 ans	47,4%
45 ans et plus	14,4%
(0-23 mois (cible PEV)	7,0%

Autres données démographiques essentielles :

(Bien-Etre Familial : Situation démographique du Tchad 1988) :

Taux de Natalité brut	42,32%
Taux de Mortalité brut	19,4%
Taux de Mortalité Infantile	210 %
Taux d'acroissement naturel	2,36%

Espérance de vie : 35 ans pour hommes
45 ans pour femmes

Population urbaine	26,4%
Population Rurale	73,6%
Taux de Fécondité	15,7%

5.3 Divisions administratives

Le Tchad est divisé en 14 Préfectures. Chaque Préfecture est dirigée par un Préfet de qui dépendent tous les services à ce niveau (voir Annexe 9).

Chaque Préfecture est à son tour divisée en Sous/Préfectures dont le nombre varie entre trois et cinq, en postes administratifs (pour certaines) et en cantons composés de plusieurs villages.

5.4 Le système de la santé

Le Ministère de la Santé Publique, comme le montre son programme, est composé d'un Cabinet du Ministre, un Secrétariat d'Etat, d'une Direction Générale chargée de la coordination et de l'intégration de toutes les activités sanitaires dans le pays et dont dépendent sept Directions au niveau Central et 14 Préfectures Sanitaires (voire annexe 8). Le Programme Elargi de Vaccination est un des services de la Direction de la Médecine Préventive et de la Santé Rurale. Il existe six Secteurs de Médecine Préventive et de Santé Rurale dirigé chacun par un Médecin-Chef de Secteur qui dépend du Médecin-Chef de Préfecture. Chaque Secteur couvre entre deux à plusieurs Prefectures. A la périphérie, le PEV est exécuté par des formations sanitaires fixes ou des équipes mobiles soit de l'Etat soit du secteur privé ou confessionel (Catholique, Protestant ou Bahaî). Les Annexe 9 et 10 montrent respectivement les nombres de différentes catégories du personnel, et les formations sanitaires du pays. Actuellement le PEV est intégrés dans les activités de base de plus de 100 formations sanitaires.

VI. LA GESTION ET l'ADMINISTRATION DU PEV

6.1 Historique

Le PEV allait demarrer au Tchad depuis 1978 n'eût été les événements graves et regrettables que le pays a connus suite à la guerre civile.

C'est seulement en 1984 qu'un protocole d'accord de mise en oeuvre du Programme Elargi de Vaccination fut signé entre le Gouvernement du Tchad, OMS et PNUD et le Programme a finalement demarra en janvier 1985 après un cours de formation des cadres moyens (médecins, infirmiers et sages femmes) tenu à N'Djamena en décembre 1984. Le Programme qui a commencé dans la ville de N'Djamena, s'est progressivement attendu dans d'autres Préfectures du pays.

6.2 Les objectifs

Le but principal du PEV Tchad est de développer et instituer dans les formations sanitaires, la prestation permanante de la vaccination entre les sept maladies cibles (rougeole, poliomyélite, tétanos, coqueluche, tuberculose, diphtérie et fièvre juane), afin de réduire la morbidité et la mortalité dues à ces maladies.

Les objectifs spécifiques (non cités ici) visent à étendre les activités du PEV sur toute l'étendue du territoire national et éléver la converture vaccinale chez les enfants de moins d'un an à 75 % d'ici 1990.

6.3 Stratégies

Le PEV/Tchad s'exécute en trois stratégies :

- fixe
- fixe avancée
- mobile

Théoriquement, la stratégie fixe se fait dans les formations sanitaires ainsi que dans les centres sociaux.

Certaines de ces formations médicales se déplacent dans un rayon de plus ou moins 10 km pour vacciner dans les villages (stratégie avancée).

Les équipes mobiles des secteurs MPSR devraient vacciner dans les localités non couvertes par les deux premières stratégies.

Sur le terrain, il a été constaté que certaines des équipes mobiles vaccinent souvent dans les endroits qui peuvent être couverts par la stratégie fixe et avancée.

Depuis 1986, le PEV/Tchad a décidé d'accélérer la vaccination en organisant des semaines de vaccination à travers le pays. Ceci constitue un moyen d'accroître la couverture vaccinale en un délai très court mais nécessite une planification rigoureuse non seulement des campagnes elles-mêmes mais aussi des activités post-campagnes afin que la couverture atteinte puisse être maintenue.

La campagne de vaccination menée à N'Djamena par exemple (fin 1987-début 1988) a augmenté la couverture des enfants 12-23 mois complètement vaccinés (selon les cartes) de 29 % à 59 %. Cependant, il a fallu créer 44 postes de vaccination temporaires dans le but d'augmenter l'accès aux vaccinations. Actuellement il ne reste que 15 de ces 54 postes de vaccination pour maintenir la couverture atteinte. Il est évident que ces 15 postes de vaccination que existent encore ne peuvent pas assurer la vaccination de tous les enfants nés depuis la campagne (0-11 mois, maintenant) en plus de deux qui n'ont pas pu être vaccinés pendant la campagne.

La politique sur les contreindications est clairement décrite dans le Guide du PEV mais elle n'est pas suivie par tout le monde.

6.4 Le calendrier vaccinale

Actuellement les groupes cibles du PEV/Tchad consistent des enfants de 0-23 mois et des femmes en âge de procréer.

Le calendrier vaccinal en vigueur est le suivant: (pour la stratégie fixe - avancée)*

Groupe cibles	Antigène	Age à la 1ère dose	# doses	intervalle minimum
Enfants	BCG	à la naissance	1	
	DTC/Polio	à 6 semaines	3	1 mois
	Anti amarile	à 6 mois	1	
	Rogeole	à 9 mois	1	1 mois
Femmes en âge de procréer	VAT	au premier contact	2	1 mois

*Les équipes mobiles utilisent un calendrier vaccinal à deux passgages :
1er passage: BCG ET $DTCP_1$ (enfants)
VAT_1 (femmes)
2e passage : $DTCP_2$, Antiamarile et VAR (enfants)
VAT_2 (femmes)
(DTCP = Tetracoq injectible)

6.5 La planification

Il existe un plan d'opération élaboré pour la période de 1987 à 1990. Ce plan décrit les différentes activités qui doivent être menées par le programme sans les programmer dans le temps. En plus, beaucoup de ces activités ne sont pas budgetisées (formation, supervision, etc.).

A cause des changements du responsable national connus par le programme au cours de deux dernières années, ce plan d'opération n'a pas pu être exécuté en temps prévu.

6.6 Structure adiminstrative du PEV (voir organigramme en annexe 8)

Notons que le service national PEV est dirigé par un responsable national en poste depuis quelques mois seulement. Il n'a pas encore été formé en gestion PEV mais il a participé à l'atelier sur l'accélération du contrôle du tétanos néonatal. Il est très motivé et peut assurer un bon fonctionnement du programme moyennant une formation en gestion PEV et/ou (en attendant) une assistance par un conseiller gestionnaire. Le programme ne dispose pas d'une personne formée en gestion et entretien de la chaîne de froid ainsi que d'un réparateur de véhicules.

6.7 Recommandations

1. Revoir le plan d'action actuel pour l'actualiser dans le temps et dans le contenu en tenant compte des recommandations de ce rapport.

2. Préparer pour chaque année un plan d'activités tenant compte des réalisations et contraintes de l'année précédente ainsi que des ressources disponibles ou prévisibles.

3. Modifier le calendrier vaccinal en fonction de dernières recommandations de l'OMS (polio à la naissance et cinq prises de VAT) et utiliser le même calendrier dans toutes les stratégies.

4. Renforcer la politique des contre-indications pendant les sessions de formation, au cours de la supervision afin de diminuer le nombre des occasions manquées.

5. Rendre effective l'utilisation des équipes mobiles seulement dans les endroits qui doivent être couverts main où la stratégie fixe avancée n'est pas faisable.

6. Faire participer le responsable national à un cours de gestion PEV le plus tôt possible.

7. Doter le programme d'un gestionnaire de la chaîne de Froid et d'un réparateur des véhicules.

8. Décrire les tâches évolues à chaque poste prévu dans l'organigramme du PEV et s'assurer que les personnes occupant ces postes possèdent les aptitudes requises.

VII. LA FORMATION DU PERSONNEL

Le plan d'opération du PEV élaboré pour la période 1987-1990 prévoit la formation de tout le personnel chargé de l'exécution du PEV aux différents niveaux. Ce plan ne contient malheureusement pas une programmation de cette formation.

Le tableau ci-dessous résume les différents cours de formation réalisés par le programme depuis 1984.

DATE	LIEU	TYPE DE COURS	# PARTICIPANTS
Nov-Déc 1984	N'Djamena	Cours National intermédiaire	43
Nov. 1985	N'Djamena	Cours Préfectoral "	25
Nov. 1985	Moundou	Cours Préfectoral "	25
Nov. 1985	Sarh	Cours Préfectoral "	25
Déc. 1985	N'Djamena	Cours National intermédiaire	43
Mars 1986	Abeché	Cours Préfectoral "	24
Juin 1986	N'Djamena	Cours National PEV.CDD	19 médecins
Oct. 1986	N'Djamena	Cours Techniques vaccinales	personnel sanitaire et étudiants appelés à participer à la semaine de vaccination
1987	Abéché	Techniques de vaccinations - agents vaccinateurs	
	Mao	"	40 participants dans l'ensemble
	Moundou	"	
1988	Faya	"	30

Les notions sur le Programme Elargi de Vaccination sont déjà intégrées dans le curriculum de l'école nationale de Santé Publique et du Service Social. Les cours y relatifs sont animés par le personnel du service national du PEV mais sans séances pratiques. Il est prévu une série de sessions de formation avant les campagnes d'accélération de la vaccination prévues au niveau de différentes Préfectures. A présent, cette formation a seulement été réalisée dans la Préfecture du B.E.T. Sur le terrain, la majorité du personnel vaccinateur rencontré a participé à au moins un cours de formation PEV. Beaucoup de ces vaccinateurs nécessitent, cependant, des recyclages afin de garantir et maintenir la qualité de leurs services. Plusieurs Médecins-Chefs de Préfectures actuellement en poste ont déploré le fait de n'avoir jamais participé aux cours de formation en PEV. Au niveau Prefectoral, personne ne semble être responsabilisé dans l'organisation des cours de formation ou de recyclage.

7.1 Recommandations

1. Elaborer et exécuter un plan de formation couvrant au moins une période de deux ans dans le but d'assurer la permanence d'un personnel qualifié sur le terrain.

2. Décentraliser la formation au niveau de la Préfecture en responsabilisant quelqu'un et en mettant à sa disposition les moyens et expertise nécessaires pour ce faire.

3. Renforcer cette formation par la pratique surveillée soit pendant les sessions de formation soit pendant les visites de supervision.

4. Se rassurer que chaque Préfecture ait réalisé la formation des agents vaccinateurs et superviseurs avant de commencer la campagne d'accélération de la vaccination.

5. Organiser des stages pratiques pour les étudiants de l'ENSPSS dans les formations sanitaires où les activités de vaccination s'exécutent correctement.

VIII. LA SUPERVISION

8.1 Les observations

Le plan d'action PEV pour la période 1987-1990 ne fait que mention de la supervision en tant qu'une des activités de gestion par le Responsable du Service National PEV. Il ne donne ni programme, ni calendrier ni modalités de supervision.

Pendant ses visites sur le terrain l'équipe a constaté que la supervision est une des activités les plus faibles du programme :

- Les visites de supervision sont très irrégulieres, voire rares et souvent réduites à un simple contrôle du matériel et du vaccin.

- La fiche de supervision existe au niveau central mais aucun exemplaire rempli n'a été trouvé sur le terrain. Ce qui signifie qu'elle n'est pas utilisée.

- Lorsqu'elle est faite, la supervision ne fait pas l'objet de formation continue et aucune rétro-information n'est faite au supervisé.

8.2 Les recommandations

1. Développer et suivre un programme de supervision annuel ou sémestriel aux niveaux national et préfectoral.

2. Standardiser la supervision par l'utilisation effective de la fiche de supervision et par l'élaboration d'un rapport de supervision qui doit être discuté avec tous ceux qui ont la responsabilité de superviser la formation sanitaire concernée, y compris la rétroinformation au supervisé.

3. Permettre au supervisé de parler de ses problèmes tant techniques que autres et de poser des questions.

4. Essayer dans la mesure du possible d'analyser et de résoudre les problèmes identifiés ou posés pendant la supervision.

5. Intégrer la supervsion PEV dans la formation globale sur la supervision des activités sanitaires faites par le F.E.D.

IX. LOGISTIQUE

9.1 Le transport

A l'heure actuelle, l'UNICEF donne l'appui technique au PEV en fournissant les services d'un logisticien expatrié qui n'a pas un homologue tchadien. Afin d'assurer la continuité d'appui logistique, il est recommandé que le gouvernement identifie le personnel national à être formé pour assurer la logistique et l'entretien de la chaîne de froid et du charroi automobile.

Le PEV est doté d'une flotte de 22 Toyotas (modèles différents) et un camion Mercedes fournis par USAID/PNUD, OMS et UNICEF. La plupart des véhicules sont en marche, mais il y a une carence de pièces de rechange de temps à autre. Ce qui empêche l'entretien rapide en cas de panne.

Selon les chiffres du programme, il y a 118 mobylettes sur le terrain, dont 65 sont en panne. Actuellement, il n'existe pas un fondsau niveau des préfectures pour assurer leur entretien et réparation, malgré la disponibilité de pièces de rechange et mécaniciens au niveau local. Il est donc recommandé d'établir un système permettant aux Préfectures d'avoir un fonds courant pour des achats et autres dépenses locales.

La fourniture des carburants est centralisée; ce qui a occasionné dans le passé des ruptures sporadiques au niveau périphérique. Comme partie de la décentralisation générale, il est recommandé que la fourniture de carburants, y compris pétrole pour les frigos, soit décentalisée.

9.2 Stérilisation

Après la campagne de 1987-88, le PEV a recommencé l'utilisation des seringues et aiguilles réutilisables. Dans certains endroits, on a constaté des problèmes d'abcès dû probablement à une insuffisance de seringues et aiguilles réutilisables.

Il est recommandé qu'un inventaire soit fait au niveau des formations sanitaires pour voir s'il y a une carence de seringues et aiguilles réutilisables ainsi que des stérilisateurs. En même temps, on pourrait faire des enquêtes auprès des responsables sur les difficultés rencontrées

dans la mise en place de la politique nationale d'une seringue, une aiguille par injection. PEV/Tchad devra assurer la disponsibilité de tout matériel nécessaire pour la stérilisation.

9.3 La chaîne de froid centrale

9.3.1 Equipement

La chaîne de froid centrale est dotée de deux chambres froides Hurre installées dès le re[illegible]cement du programme et qui marchent très bien. Il existe aussi un générateur de reserve qui est peu utilisé à cause des ruptures fréquentes d'éléctricité. Pour assurer la bonne marche du système, il est recommandé que le générateur soit testé régulièrement, par exemple, un fois par mois, afin de garantir sa bonne marche en cas de nécessité.

Les deux chambres froides, avec de petits congélateurs et frigos mis à la disposition du programme, suffisent pour les besoins actuels du programme. Mais la capacité des chambres froides ne suffit pas pour les besoins des livraisons prévus pour 1989, sans tenir compte des besoins de l'extension du programme après 1989. Il est donc recommandé qu'on achète une troisième chambre froide à installer dans le même bâtiment que les autres pour assurer assez de place pour les vaccins. Les dimensions de la troisième chambre froide devraient tenir compte des dimensions du bâtiment disponible, ainsi que des besoins de stockage des vaccins. Une planification conjointe entre le PEV et l'UNICEF est recommandé. Etant donné la bonne performance des chambres froides de Huurre au Tchad et dans nombre d'autres pays, l'achat de cette marque est recommandé.

9.3.2 Contrôle de stock

Il y a un responsable de la chaîne de froid centrale qui est chargé de la commande, de la conservation et la distribution des vaccins. Les vaccins sont bien conservés, avec les températures de deux chambres scrupuleusement notées deux fois par jour. Les fiches de contrôle 3M sont utilisées dans les chambres, et elles démontrent que les températures n'ont jamais depassé 8 degrès C.

Il existe un cahier de stock pour tous les vaccins du PEV, mais on n'a pas encore installé un système de vérification de stock à un rhytme régulier. Une visite à la chaîne de froid centrale effectuée le 1er décembre 1988 a revelé les stocks suivants :

Vaccin	Stock Enregistré ('000)	Stock Effectif ('000)
BCG	476	468
DTC	367	361
VPO	339	266
Tetracoq	11	12
Anti-amaril	35	34
Antirougeoleux	147	115
VAT	673	664

Les différentes observations, notamment la surestimation de stock de VOP et vaccin antirougeoleux, impliquent la nécessité de mettre en place un système de vérification de stock à rythme régulier. Il est donc recommandé que le PEV et l'UNICEF fassent une vérification trimestrielle du stock central de vaccins, ainsi que d'autres matériels essentiels (frigos, congélateurs, boîtes isothermes, glacières, seringues, aiguilles, coton). Il est aussi recommandé qu'un stock d'alarme soit déterminé pour supplémentaire à UNIPAC (ou une vérification de la date limite d'arrivée, pour le matériel dont l'arrivage est déjà prévu) serait obligatoire.

Malheureusement, le stock de vaccins au niveau central, même tenant compte des livraisons prévus pour janvier 1989, est probablement insuffisant pour certains vaccins. Il y a assez de BCG et DTC, mais le stock de Tétracoq est presque épuisé, et le stock de vaccin antirougeoleux ne suffit pas même pour cinq mois de vaccinations routinières, sans tenir compte des besoins des campagnes, surtout que le programme n'a pas encore soumis une demande pour 1989 pour Tétracoq ou pour vaccin antirougeoleux.

Il est donc recommandé que le gouvernement, en collaboration avec UNICEF, fasse une demande supplémentaire de Tétracoq et du vaccin antirougeoleux dans le plus bref délai possible. Les besoins de tous les cinq vaccins mentionnés ci-dessous devraient être reconsidérés, tenant compte des livraisons prévus pour janvier et les besoins des campagnes.

Vaccin	Stock Actuel + Livraisons de janvier ('000)	Estimation de Besoins des campagnes ('000)
VPO	766	740
Tétracoq	12	247
antiamarile	135	124
antirougeoleux	115	124
VAT	1664	1626

Système de Distribution

Les vaccins sont réceptionnés à l'aéroport par un Hilux à chambre froide et livrés à la chaîne de froid pour conservation et distribution. Dans le passé, on a acheté trois chambres froide montées sur camions pour le transport par voie terrestre. Les chambres froides mobiles n'étaient pas assez robustes pour les conditions locales, et elles sont tombées en panne.

Il est recommandé qu'on ne fasse plus de commande des chambres froides montées sur les camions, et que toute expédition de vaccins par voie terrestre soit faite en utilisant les caisses Electrolux RCW 25, qui sont les plus robustes et les moins thérmosensibles. Dans le cas où il y a des vaccins VAT, DTC, ou Tétracoq dans la même livraison que d'autres vaccins, il est recommandé que ces premiers soient emballés dans les caisses à 4-8 degrès C, en utilisant les indicateurs LTM (UNIPAC 11 845 00) sur les accumulateurs de froid pour assurer la non-congélation desdits vaccins. L'expédition des vaccins VAT, DTC, et Tétracoq dans une même boîte que les vaccins à congéler es fortement déconseillée.

Le choix de moyens de transport mérite une analyse économique. Dans les préfectures méridionales, il se peut que le transport par voie terrestre est plus rentable. Les caisses Electrolux sont capables de conserver les vaccins pendant une semaine de transport, même aux températures élévées. Il est recommandé que le programme fasse une étude des frais relatifs au transport des cargaisons par voies terrestre et aérienne.

9.3.4 La chaîne de froid au niveau des secteurs et au niveau périphériques

Les fiches de contrôle 3M utilisées au niveau central ne sont pas utilisées aux niveaux sectoriel et périphérique. Donc, le contrôle des frigos, surtout au niveau des dispensaires et centres médicaux, n'est pas bien assuré.

Il est donc recommandé, comme haute priorité, que le programme fasse une demande des fiches 3M (UNIPAC 11 830 17) en quantité suffisante pour assurer une fiche de contrôle dans chaque frigo et congélateur au niveau des secteurs et des formations sanitaires. Les fiches 3M doivent être activées par le personnel des formations sanitaires, lequel doit être formé dans l'interprétation des fiches. Les fiches doivent étre utilisées pour surveillance des frigos et congélateurs, et non seulement pour assurer la conservation des cargaisons en route.

La chaîne de froid aux niveaux des secteurs et périphériques causent des pertes de vaccins sporadiques à cause de l'absence d'un système de stock d'alarme pour permettre une livraison de stock avant la rupture totale. Il est recommandé que le gouvernement établisse un stock d'alarme de vaccins et autre matériel (suffisant pour six mois, par exemple) aux niveaux sectoriel et périphérique. Il est également recommandé que chaque préfecture ou secteur soit doté d'un cahier de stock pour vaccins et autres matériels essentiels qui permettrait aux responsables de signaler au niveau central leurs besoins en vaccins et en matériel.

Le test d'agitation pour vérifier la non congélation des vaccins VAT, DTC, et Tétracoq est peu utilisé au niveau périphérique. Il est donc recommandé que le programme fasse distribution de l'affiche "Votre vaccin a-t-il été congelé?" élaborée par PEV/Genève à tous les niveaux. La distribution des affiches et, éventuellement, le recyclage du personnel devra assurer le respect des normes établies pour les vaccins VAT, DTC, et Tétracoq.

9.3.5 Choix de matériel pour la chaîne de froid

Le programme a commencé récemment l'utilisation de la nouvelle génération des frigos/congélateurs Sibir qui fonctionnent à pétrole ou à courant et qui ont donné une expérience généralement satisfaisante. En même temps, les Sibir ont parfois causé des difficultés en zone sahelienne pendant la saison chaude, ce qui n'était pas le cas pour les anciens modèles d'Electrolux. Il serait souhaitable que les commandes faites dans l'avenir puissent inclure l'achat d'un certain nombre de frigos Electrolux pour les zones saheliennes. Les dix frigos solaires récemment réceptionnés ne sont pas encore installés.

X. MOBILISATION SOCIALE

Les activités de mobilisation sociale au sein du PEV ont demarré sérieusement à partir de 1986 avec un message du Président à la nation lors du démarrage de la semaine nationale de vaccination, transmis par Radio Tchad. L'année africaine de vaccination était l'occasion de nombreuses activités de sensibilisation, notamment mass-média (radio, bandéroles, panneaux, mégaphones) ainsi que l'utilisation de la communauté en réunions de sensibilisation en milieu rurale.

Dans un sondage de couverture vaccinale menée à N'Djamena en 1987, on a interrogé 379 mères sur la question des sources de leurs connaissances de la vaccination. Parmi les 379, 217 (64%) ont cité la radio comme moyen de sensibilisation. Les autres moyens (personnel de santé, mégaphones, leaders traditionnels) ont été cités par 14%, 6%, et 6% des mères respectivement. Il restait, tout de même, 35 mères (10%) qui ont affirmé ne jamais avoir entendu parler de vaccination.

Le même sondage a déclaré certaines méconnaissances des mères, notamment une mauvaise connaissance des trances d'âge prioritaires des enfants, sous-estimation du nombre de visites nécessaires pour compléter les vaccinations, et mauvaise connaissance de la population cible pour VAT (femmes en âge de procréer, au lieu de femmes enceintes seulement.

Il y a peu de rapports en dehors de la capitale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques du grand public en ce qui concerne la vaccination. Il y a certains endroits, notamment Goundi (Moyen Cha'i) qui ont réussi à réduire le taux d'abandon en utilisant les responsables sanitaires pour le suivi domiciliaire des enfants et des mères. La convocation des communautés par circulaire officielle a peu servi le but d'assurer un bon taux d'achèvement en milieu rural.

Les campagnes prévues pour 1989 envisagent distribution de vivres et boissons aux sensibilisateurs. La planification post-campagne devra envisager les moyens de motiver la communauté capable d'être pérennisé.

Etant donné la très courte histore de mobilisation sociale au PEV/Tchad, les réalisations jusqu'à présent justifient un investissement plus intensif dans les voies et moyens de sensibiliser les gens, et par mass média, et par les membres de la communauté.

Il est donc recommandé que :

1) le PEV insère dans tout sondage de couverture vaccinale un nombre limité de questions concernant les connaissances, les attitudes et les pratiques sur la vaccination;

2) le PEV mette en oeuvre à tous les échelons d'exécution du programme une méthodologie appropriée pour réduire le taux d'abandon, notamment par la récupération des occasions manquées et l'instauration d'un système tel que la convocation par exemple les systèmes menés à Goundi et Pala;

3) le PEV et ses partenaires (notamment Radio Tchad) aient leurs messages au grand public sur les points suivants :

   a. nécessité de ramener l'enfant aux séances cinq fois après la naissance;

   b. nécessité de compléter les vaccinations avant le premier anniversiare;

   c. nécessité de vacciner toute femme en âge de procréer au VAT afin de protéger la mère et ses enfants contre le tétanos.

Les réalisations faites jusqu'à présent en ce qui concerne la stratégie de canalisation méritent une attention de la part du gouvernement et de l'UNIR pour voir les possibilités de leur utilisation après les campagnes de 1989 pour assurer un meilleur taux d'achèvement.

Chaque étude ou sondage menée dans l'avenir devra demander aux mères leurs connaissances, même craintes, des sept maladies cibles. Les résultats peuvent servir pour confectionner les messages donnant un emphase sur les maladies les plus craintes.

Les deux problèmes les plus urgents auxquels toute stratégie de mobilisation sociale devrait s'adresser sont le grand nombre d'enfants qui commencent les vaccinations après leur premier anniversaire et le taux d'abandon élévé. Les stratégies de mobilisation sociale, mass média et utilisation de la communauté devraient concentrer sur ces problèmes. Toute étude menée à l'avenir doit mesurer en quelle mesure les messages d'éducation sanitaire font un impact sur le grand public, et comment assurer une bonne compréhension dans l'avenir.

Un plan conjoint de mobilisation sociale élaboré par le gouvernement et ses partenaires est indispensable à la pérennisation des achèvements des campagnes de masse.

XI. LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES CIBLES

Le système de statistiques a été récemment relancé par le Bureau de Statistiques, Planification, et Etudes, lequel vient de publier l'Annuaire de Statistiques Sanitaires du Tchad, qui couvre la période mi-1987 à mi-1988.

La collectes des données se fait par un réseau de postes sentinelles chargés mensuellement de la récolte des données épidémiologiques et celles des autres services. La tuberculos est mentionnée comme sous-catégorie des cas de taux de plus de 1 jour. Il n'y a aucune mention de la coqueluche, de la fièvre jaune, de la diphtérie ni de poliomyélite. La meningite, maladie qui n'est pas inclue dans le calendrier des vaccinations routinières, a fait l'objet d'investigations particulières suite à une flambée qui a sévi dans la capitale et les autres préfectures à partir d'avril 1988.

L'aperçu des données publiées montre une tendance vers une sous-estimation des maladies cibles du PEV. La rougeole, maladie qui doit toucher en principe beaucoup de nourrissons non-vaccinés, n'a été enregistrée que pour 805 cas dans la tranche d'âge de 0-11 mois, groupe qui compte à peu près 200.000 personnes dont seulement 16 % sont vaccinés. On n'a enregistré que 1043 cas de tétanos néonatal parmi les 1,4 millions de nouveaux cas (toutes maladies, toute tranche d'âge). Il se peut que certaine cas de maladies PEV soient enregistré sous d'autres catégories, (par exemple diarrhée, conjonctivité, pneumonie, fièvre) qui caractérisent plutôt leur sumptomatologie ou leurs séquelles.

Malgré ses limites, le système qui vient d'être relancé donne de bonne espérance pour l'avenir. On espère qu'une formation ou un recyclage de personnel de base impliqué dans la récolte des données pourra assurer une meilleure catégorisation des maladies PEV. Malgré les faiblesses inévitables d'un système qui vient d'être mis au point, le système BSP peut servir pour assurer l'analyse des tendances des maladies cibles du OEV et l'impact du programme sur leur incidence et motalité.

Deux maladies du PEV mériteront une attention particulière dans les années 1990 : le tétanos néonatal, qui doit être éliminé d'ici 1995, et la poliomyélite, d'ici 2000. Il se peut que les enquêtes communautaires, suivant les protocoles standardisés élaborés par l'OMS soient justifiées pour fournir des données de base dans le cas de ces deux maladies. Le Gouvernement devra considérer la fiabilité des enquêtes sur ces maladies (avec appui international) afin de démontrer leur envergure et d'assurer la disponibilité des ressources nécessaire pour les efforts axés sur leur élimination.

En même temps, le PEV et le BSPE devraient considérer la mise en place des mécanismes nécessaire pour assurer une rétroinformation rapide entre le niveau central et le niveau périphérique.

XII. EVALUATION DU PROGRAMME

Le programme PEV/Tchad a été évalué en 1986 par une équipe mixte Gouvernement Tchadien/OMS. Cette évaluation a formulé une série des recommendations très pertinantes, entre autre la dotation de l'équipe de l'équipe nationale d'un chargé d'évaluation et des statistique. Ce poste n'a jamais été pourvu. Le programme n'a jamais mené des enquêtes de couverture vaccinale sur le terrain faute de manque du personnel qualifié en cette matière.

L'équipe recommande donc que :

- le poste de chargé d'évaluation et des statistiques soit pourvu le plustôt possible;

- des enquêtes d'évaluation de la couverture vaccinale soient menée régulièrement sur le terrain;

- le Programme soit évalué par une équipe mixte à la fin de l'année 1990 pour déterminer le niveau d'exécution de présentes recommandations.

XIII. LE COUT DU PROGRAMME

L'évolution du budget de la Santé (voir Annexe 16) montre que le budget de la Santé 1988 représente 792 millions FCFA ou 2,9% du budget de l'Etat. Par rapport au budget de 1987 qui était de 1,126 millions FCFA soit 6,7% du budget global, ceci indique une réduction de la contribution de l'Etat aux dépenses de la Santé. D'autre part, l'économie de guerre prend 50% du budget de l'Etat et le secteur de la Santé s'en ressent toujours. L' annexe 16 montre l'évolution des dépenses de l'Etat dans le domaine de la Santé par rapport aux aides extérieures. En 1988, la contribution de l'Etat se chiffre à 792 millions FCFA et celle provenant de l'extérieur à 5,411 millions FCFA, soit respectivement 12,8% et 87,2% en tout.

On estime que 1144 FCFA/habitant sont dépensés pour la santé par le secteur public, soit 146 FCFA par l'Etat et 997 FCFA par l'extérieur.

Le tableau ci-dessous donne les contributions de l'UNICEF, de L'OMS, de l'USAID, du PNUD au PEV depuis 1986 en dollars U.S. Par ailleurs, en 1988, 505 millions FCFA sont prévus par ces donateurs. La Coopération Française, qui participe de manière importante au financement du PEV, notamment pour ce qui concerne les équipes mobiles, n'a pas chiffré sa contribution au PEV par rapport à ses dépenses générales. Le schéma est aussi valable pour toutes les ONG et les autres organismes dont le budget PEV est inconnu du Service National PEV.

Le calcul du coût par enfant complètement vacciné n'est pas possible à cause de l'ignorance d'une partie considérable du budget aussi bien que de la vraie couverture vaccinale nationale. Le budget de l'Etat pour le PEV n'est pas chiffré non plus mais comprend surtout les salaires des agents de santé et l'infrastructure sanitaire.

13.1 Recommandations

1. Chiffrer toutes les dépenses PEV des différents partenaires, gouvernement, UNICEF, OMS, USAID, PNUD, FAC, ONG etc. afin d'estimer le coût total du programme.

2. Faire une comptabilité différentielle du coût de la stratégie mobile et de la stratégie fixe avancée par rapport à la couverture vaccinale de la population cible (enfants 0-23 mois et femmes en âge de procréer).

3. Aussurer la pérennisation du programme en augmentant progressivement la contribution financière du gouvernement dans son exécution. Le pays se stabilisant de jour en jour, cela pourra amener à une amélioration dans la planification du budget en faveur de la santé et partant du PEV.

4. Réconsidérer le coût de la stratégie mobile pour les populations très dispersées. Dans le Nord (BET) par exemple où la densité est la plus faible, soit 0,18 habitants/km^2, il faut parcourir 3000 km^2 pour trouver 38 enfants ages de 0-23 mois. Sans beaucoup de moyens, aucun programme ne peut supporter cette stratégie, même quand on aimerait donner la possibilité à tout le monde d'être vacciné.

Il serait souhaitable de considérer d'autres stratégies pouvant couvrir ces populations à moindre coût.

BUDGET EXTERIEUR DU PEV
(en dollars U.S.)

	1986	1987	1988	1989	Total
	Dépensé	Dépensé	Prévu	Estimé	
UNICEF	333,047	738,144	1,138,200	1,304,200	3,513,519
USAID	331,448	453,272	338,240	-	1,288,433
PNUD		27,092	99,711	38,430	165,433
OMS	?	?	112,000	112,000	224,000
Total	664,495	1,218,508	1,668,151	1,454,830	5,025,984

NB : Les contributions considérables au PEV de la Coopération Francaise, des ONG et autres ne sont pas inclues.

XIV. PERFORMANCE DU PEV

Depuis le début du PEV en 1985, le système des rapports a changé avec la création en 1986 du Bureau de Statistiques, de la Planification et des Etudes (BSPE) du Ministère de la Santé Publique. Le premier annuaire de Statistique Sanitaires du Tchad juillet 1987 à juin 1988 est sorti pendant notre évaluation.

Actuellement, chaque centre fixe de santé aussi bien que les secteurs MPSR sont chargés de remplir les fiches de données mensuellement. Quant à la couverture vaccinale, le BSPE s'est rendu compte à la fin de 1987 que les secteurs privé et confessionnel y contribuent dans une mesure

importante et depuis, leurs rapports sont aussi sollicités. Depuis juillet 1987, 1102 rapports sont inclus dans l'analyse (68-105 ayant été reçus par mois).

Les numérateurs sous-estiment le nombre de vaccinations faites. Les dénominateurs, eux, sont les projections sur le récensement de 1964. Donc, le taux de couverture sans doute sous-estime la couverture vaccinale actuelle; mais avec le temps, on suppose que de plus en plus de rapports mensuels seront remplis par tous les partenaires qui s'intéresse à la vaccination. Ce qui va contribuer à une meilleure estimation de la couverture.

L'annexe 13 montre la couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois par préfecture. Malheureusement le système ne permet pas enocre d'estimer la couverture complète : tous les sept antigènes complétés (BCG, DTC_3, OPV_3, rougeole, antiamarile). One peut prendre le $POLIO^3$ qui a la plus faible couverture comme estimation de 13,4 % d'enfants de 0-11 mois ayant complété la série des sept antigènes.

Les enquêtes sur la couverture vaccinale sont les plus à même de déterminer la vraie couverture. Au niveau des préfectures, plusieurs enquêtes ont été réalisées mais limitées dans certains endroits, souvent les villes. Ce qui ne donne pas une idée sur la couverture vaccinale de toute la Préfecture. Pour la plupart, ces enquêtes se limitent dans les zones où les activités vaccinales sont les plus développées.

Selon la méthodologie de l'OMS de 30 grappes, sept enfants de 12-23 mois ou de 12-18 mois sont inclus dans l'estimation du taux de couverture par antigène et par la série totale. Souvent, pour une économie de temps, la plupart des enquêtes sur la couverture vaccinale VAT se limitent aux mères des mêmes enfants qui ne sont pas forcément représentatives de la population cible (toutes les femmes en âge de procréer).

L'annexe 14 montre toutes les enquêtes mises à la disposition de notre équipe. La plupart est réalisée parr le Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) du Ministère de la Santé Publique. La présentation des donnés standardisées selon l'OMS exige la couverture par antigène, l'intervalle correcte, et la présence de la carte. Le CNNTA présente les données suivant une autre classification : selon le nombre de passages sans spécifier si tous les enfants ont pris la même série des antigène à chaque passage. Nous citons les séries complétés pour les enfants et deux doses de VAT pour les femmes.

Les enquêtes faites par les secteurs (MPSR) suivent les recommendations standards de l'OMS. Celles ci permettent la comparaison de la couverture par antigène et le calcul de taux d'abandon, par exemple :

$$\frac{DTC1 - DTC3 \times 100\%}{DTC1}$$

ou l'inverse, le taux d'achèvement,

$$DTC3/DTC \times 100\%.$$

Nous avons constaté sur le terrain que les populations préfectorales ne sont pas définies. A cause du manque de personnel et/ou des moyens logistiques, les secteurs et les centres sanitaires préfectoraux limitent souvent leur travail à une partie de leur territoire. Notamment dans les villes et les sous-Préfectures proches du Chefs lieux en oubliant le reste des Sous-Préfectures parfois d'autre Préfecture entières sont oubliées, la couverture vaccinale secteur restera très faible même si la couverture dans la zone très limitée est très élévée.

14.1 Recommandations

1. Définir les populations desservies par préfecture.

2. Etablir des objectifs réalistes pour la couverture vaccinale par préfecture selon les couvertures déjà réalisées et les moyens en logistiques et personnel disponibles.

3. Etablir un plan pour l'évaluation du PEV dans chaque préfecture, par exemple faire une enquête sur la couverture vaccinale une fois par an et/ou après une campagne.

4. Suivre les recommendations de l'OMS pour mener les enquêtes sur la couverture vaccinale.

5. Utiliser les résultats de ces enquêtes pour gérer le Programme dans chaque préfecture - le calcul d'achèvement, la couverture par antigène pour les groupes cibles (enfants 0-23 mois, femmes en âge de procréer), les séries completées (BCG, DTC3, Polio3, Rougeole, antiamarile pour les enfants, VAT2 pour les femmes).

6. Etablir des objectifs par chaque centre fixe en estimant la population desservies par ce centre, soit la population totale de tous les villages (ou quartiers en ville) qui ont accès au centre ou bien la population dans un rayon de 5-10 kilomètres du centre. Même si ces estimations selon le récensement administratif sont très approximatives, c'est un point de départ. Et puis on peut estimer la population cible au Tchad. (7 % 0-23 mois; 23 % femmes en âge de procréer). Ce calcul donne au moins l'ordre de magnitude de travail à faire. Actuellement, des personnels des centres fixes interrogé n'ont aucune idée globale des populations à vacciner. Par exemples, s'il a 100 ou 1000 enfants à vacciner cette année autour de leur centre. Sans cette estimation, la planification de besoins en vaccin matériel, personel, etc. est difficile. En plus, c'est difficile de suivre le progrès. Par exemple, un centre qui vaccine 20 enfants complètement chaque mois parmi 2000 qui ont accès à leur centre et un autre centre 20 enfants parmi 100 qui ont accès à leur centre. Le premier a une couverture de 20/2000 ou 1 %, le deuxième de 20 % même si tous les deux ont completé le soin de 20 enfants.

7. Encourager le personnel des centres de vaccination à mener des enquêtes "75 foyers" les plus proche d'un centre pour évaluer la couverture vaccinale aussi bien que autres problèmes de santé par exemple la mortalité et la diarrhée dans leur rayon d'action.

8. Elargir la zone d'activités, de PEV dans chaque préfecture en augmentant le nombre de centres fixes capables de vacciner (personnel formé et centres équipés).

9. Etablir un système pour récupérer les enfants et les femmes irrégulier par exemple faire les visites domiciliaires, vacciner les groupes cibles dans les centres sanitaires, améliorer la sensibilisation, etc.

10. Diminuer les occasions manquées en essayant de vacciner les enfants et les femmes dans la mesure du possible à tous les contacts avec le système de soins curatifs ou augmenter le nombre de séances par semaine où sera possible de se faire vacciner et de prendre chaque occasion pour sensibiliser les mères à l'importance de la vaccination.

XV. LA COLLABORATION ET LA COORDINATION

15.1 Observations et conclusions

Le Programme Elargi de Vaccination en République du Tchad est un service national du ministère de la Santé. Son financement est assuré par l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, le FAC et plusieurs ONG. Sur le terrain son exécution est assurée par non seulement par le personnel du ministère de la Santé Publique mais aussi par celui des Affaires Sociales, des ONG et voie même, des bénévoles.

Il est donc essentiel que les différents partenaires d'exécution et/ou de financements du programme puissent collaborer ensemble afin que leurs efforts et compétences techniques puissent se compléter. Dans le même ordre d'idées, il est aussi indispensable que les contributions et les interventions de différents partenaires soient coordonnées aux différents niveaux d'exécution du programme.

Sur le terrain, il existe aux différents niveaux, des noyaux de comités et/ou commissions de coordination, la Commission Nationale Technique au niveau national et des comités de développement sanitaires dans certaines Sous-préfectures (districts) sanitaires. Cependant, il existe encore à ces différents niveaux des chevauchements de responsabilités : entre le médecin chef de Préfecture et le médecin chef de secteur au niveau préfectoral; entre les SMI et les Centres Sociaux au niveau des formations sanitaires et entre les donateurs principaux, au niveau national (qui est chargé de la réparation de véhicule, par exemple).

15.2 Recommandations

1. Responsabiliser, au niveau national, la Commission Nationale Technique, afin de jouer le rôle d'un comité de coordination des contributions et interventions de différents partenaires. Concrètement, ce comité doit orienter le Responsable National du PEV (secrétaire du Comité) dans :

   - la définition des objectifs tenant compte des ressources disponibles et prévisibles;

   - la programmation des activités

- l'estimation des besoins;

- l'identification, l'allocation et la repartition des ressourcesp;

- l'évaluation du programme et la révision des objectifs si nécessaire.

Le Responsable National devra faire un rapport à ce comité qui se réunira tous les trois mois en spécifiant :

- les activités menées au cours du trimestre;

- les contraintes rencontrées;

- les activités prévues au prochain trimestre ainsi que les moyens nécessaires.

2. Créer ou redynamiser aux niveaux intermédiaire et périphérique des comités de coordination des activités sanitaires et dont le rôle doit être celui d'orienter le médecin chef de Préfecture dans ses activités sanitaires dont celle du PEV.

3. Clarifier le rôle du médecin chef de secteur dans l'organisation sanitaire au niveau de la Préfecture.

4. Superviser les activités sanitaires menées par les centres sociaux.

5. S'assurer que tous les partenaires du terrain appliquent la politique nationale en matière de vaccination (calendrier vaccinal, techniques de vaccination, groupes cibles, la chaîne de froid).

XVI. LA PERENNISATION DU PROGRAMME

Le but principal poursuivi par le Service National du PEV en République du Tchad est de développer et instituer dans les formations sanitaires, la prestation permanente de la vaccination contre les sept maladies cibles afin de réduire leurs effets morbides et meurtriers sur les jeunes Tchadiens. Ceci fait de ce service non pas un projet de courte durée mais plutôt un programme continu.

La continuité de ce programme dépend de plusieurs facteurs entre autres, la disponibilité de moyens nécessaires pour son exécution, les stratégies utilisées la participation des populations concernées, ainsi que sa capacité de maintenir les résultats obtenus.

A présent, dans l'ensemble du pays, la stratégie fixe est la plus pratiquée. En plus, certains centres fixes fond un peu de la stratégie avancée. Malheureusement il y a encore beaucoup d'équipes mobiles qui vaccinent d'une façon moins rentable (une très faible couverture avec non respect des groupes cibles nationaux). Il est encore difficile d'estimer le pourcentage de la population atteinte par chacune des trois stratégies. Par dessus de ces trois stratégies viennent s'ajouter les campagnes d'accélération pour atteindre une bonne couverture vacinale dans un court

délai. Reconnaissant les efforts fournis tant au niveau de Préfecture qu'au niveau national dans la préparation de ces campagnes, il n'est pas très certain que l'aprés campagne ait reçu suffisamment d'attention.

La participation potentielle de la communauté à la gestion et à la survie du programme semble être sous estimée dans certaines parties du pay. La situation que traverse le pays ne parait pas identique dans toutes les parties : certaines familles, par exemple, peuvent accepter de nourrir ou heberger un vaccinateur ou supervisuer si correctement sensibilisées. Par ailleurs, des sociétés privées ou d'Etat peuvent contribuer aux efforts du PEV en fournissant leur service, transporter les vaccins par exemple lorsque leur véhicule va de N'Djamena vers leur siège régional, ou exiger la vaccination complète chez les enfants de leurs agents. Il apparait que la mobilisation sociale est beaucoup plus forte pendant les campagnes que pendant la période d'entretien.

Reconnaissant que la mission n'a pas pu prendre connaissance de la participation nationale effective au fonctionnement du PEV, il s'avère de note que la quasi totalité de frais de fonctionnement du programme est supportée par des donateurs extérieurs. Malgré que les vaccinations soient en grande partie intégrées dans les Services de Santé de base des établissements sanitaires de l'Etat, la vie du programme dépend essentiellement de la présence et de la bonne volonté des donateurs extérieurs.

Enfin, la notion de la population totale à vacciner par rapport à l'objectif du programme ne fait pas encore partie de la gestion journalière du programme aux différents niveaux.

Recommandations

1. Favoriser les stratégies capables de réaliser une couverture vaccinale pouvant être maintenue à moindre coût.

   - n'utiliser la stratégie mobile que lorsque la stratégie fixe n'est pas faisable;

   - encourager les agents à intégrer les vaccinations dans les consultations curatives.

2. Mobiliser la communauté pour augmenter sa participation dans le PEV.

   - faire comprendre aux chefs de cantons, par exemple, que c'est une fierté d'avoir tous les enfants de sa juridiction complètement vaccinés.

3. Augmenter progressivement la contribution financière du gouvernement dans l'exécution du PEV.

4. Gérer le programme à tous les niveaux en se posant et respondant aux questions suivantes :

   a) D'où je viens?
   b) Où suis-je?
   c) Où je veux aller?

d) Comment je vais y aller?
e) Quand je vais y arriver?
f) Comment je saurai que j'y suis arrivé?
g) Où irai-je après?

Liste des Annexes

1. Terme de Référence des Missions
2. Liste des Membres de l'Equipe d'Evaluation
3. Liste des documents Consultés
4. Liste des personnes recontrées
5. Visites sur le terrain
6. Décret Présidentiel N° 523/PR/MSP/86
7. Arrêté Ministeriel N° 0029/MSP/SE/DMPSR/86
8. Projections de la Population par Préfecture
9. Carte du Tchad (14 Préfectures)
10. Organigramme du Ministère de la Santé Publique
11. Personnel de santé par préfecture
12. Formations s nitaires par préfecture
13. Couverture vaccinale 0-11 mois par préfecture
14. Couverture vaccinale 12-23 mois
15. Tableaux Récapitulatif d'appui matériel et logistique au SNPEV 1985-1988
16. Evaluation du budget de la santé et dépenses de santé

ANNEXE 1

Terme de Référence

ANNEXE 1

Terme de Référence

Mission d'évaluation conjointe du Gouvernement du Tchad, du PNUD, USAID et de l'OMS du projet CHD/85/014 - Assistance Supplémentaire au Programme Elargi de Vaccination.

HISTORIQUE

Le projet CHD/85/014 a été approuvé le 21 avril 1986 par le Gouvernement du Tchad et le Programme des Nations Unies pour le Développement.

Dans le cadre de sa politique sanitaire nationale où la priorité est donnée à la vaccination pour diminuer le taux de morbidité et de mortalité des maladies pour lesquelles les enfants et les femmes enceintes paient un lourd tribut, le Gouvernement de la troisième République a adressé une requête au PNUD pour soliciter une assistance afin de réaliser les objectifs du projet CHD/85/014 à savoir :

- Accroître la couverture géographique du Programme Elargi de Vaccination pour obtenir une couverture vaccinale de 40 % de la population.

- Former une équipe de personnel national qui coordonnera les activités du PEV sur le terrain.

- Renforcer le Programme Elargi de Vaccination au sein de la Direction de la Médecine Préventive et de la Santé Rurale par l'Approvisionnement en vaccins, équipement médical et appui logistique des dix centres régionaux et 52 centres secondaires.

- Obtenir une réduction minimale de 30 % dans l'incidence des maladies cibles du PEV.

OBJECTIFS ET PORTEE DE LA MISSION

La mission aura les objectifs suivants :

1°) Evaluer la capacité de stockage de vaccins et autre matériel technique au Service National du PEV et les moyens disponibles pour leur distribution.

2°) Evaluer l'adéquation de la chaîne du froid, des fournitures et des moyens logistiques disponibles au niveau des centres régionaux pour couvrir les activités du projet.

3°) Evaluer la couverture géographique du projet : structure périphériques (centres vaccinaux), leur répartition, leur accessibilité, leur degré d'acceptabilité.

4°) Evaluer le niveau de performance des agents vaccinateurs et des superviseurs des centres régionaux.

5°) Evaluer l'impact du projet sous l'angle de la réduction du taux d'incidence des maladies-cibles, l'accent portant en particulier sur la rougeole, le tétanos néonatal, le poliomyélite.

6°) Evaluer le taux de couverture vaccinale atteint chez les enfants et les femmes en âge de procréer (mamans).

7°) Evaluer la stratégie d'accélération.

8°) Evaluer la gestion du Programme.

9°) Evaluer la stratégie de la mobilisation sociale.

10°) Evaluer le degré d'intégration.

11°) Evaluer la collaboration et la coordination de différents intervenants.

12°) Formuler des recommandations compte tenu des résultats de cette évaluation.

Pour accomplir ces tâches, la mission recueillera tous les renseignements pertinents disponibles au niveau du SNPEV, du PNUD, et de toutes autres sources de renseignements utiles.

COMPOSITION DE LA MISSION

La mission sera composée d'un représentant du Gouvernement, un représentant de l'USAID-PNUD, un représentant de l'agence d'exécution OMS et un représentant du FISE/UNICEF.

Le représentant du Gouvernement doit être un Médecin-épidémiologiste ou à défaut un spécialiste en Santé Publique.

Le représentant de l'USAID-PNUD doit avoir une bonne connaissance en gestion du PEV.

Le représentant de l'agence d'exécution qui sera Chef de la mission sera un épidémiologiste.

CALENDRIER ET ITINERAIRE DE LA MISSION

Mission sur le terrain : collecte d'informations, rédaction du brouillon de rapport d'évaluation et discussions avec les parties concernées.

Durée : 3 semaines - deuxième quinzaine de novembre - première de décembre 1988.

CONSULTATION SUR LE TERRAIN

La mission maintiendra une liaison étroite avec le Représentant Résident du PNUD ainsi qu'avec les services nationaux concernés et le personnel du projet.

Bien que la mission soit libre de discuter avec les autorités concernées, toute question ayant trait à son mandat, elle n'est pas autorisée à prendre des engagements au nom du PNUD et de l'OMS.

RAPPORT

Le rapport devra être en forme préliminaire sur le terrain et discuté avec les autorités du Gouvernement concernées avant que la mission ne quitte le pays ; par la suite, le rapport sera soumis en forme finale au PNUD, à l'USAID, et à l'OMS.

Le PNUD sera responsable de la transmission officielle du rapport au Governement et d'informer l'USAID des résultats de l'évaluation.

ANNEXE 2

Liste des membres de l'équipe d'évaluation

Gouvernement du Tchad

M. Mahamat Saleh Idriss, Ministère du Plan et de la Coopération, N'Djamena

OMS

Dr. Mambu-ma-Disu, Bureau Régional pour l'Afrique, Brazzaville
Dr. Valdimir Rodine, Sous Région II, Bujumbura

Fise

M. Robert Davis, Siège, New York

USAID/PNUD

Dr. Mary A. Carnell, REACH, JSI Consultante, Washington, DC, E-U.

ANNEXE 3

Liste des documents consultés

ANNEXE 3

Liste des documents consultés

1. Rapport Annuel 1986, Service Nation PEV
2. Rapport Annuel 1987, Service Nation PEV
3. Couverture Vaccinale à N'Djamena, février 1988
4. Couverture Vaccinale : Mayo Kebbi, juin 1988
5. Proposition de Plan d'action pour l'Accélération du Contrôle du Tétanos Néonatal
6. Rapport sur la Table Ronde : Campagne d'accélération de la Vaccination
7. Situation Démographique du Tchad, 1988
8. Projet : Contribution de l'UNICEF au PEV, 1988
9. Projet : Assistance Suplémentaire du PEV CHD/85/014/01/131
10. Rapport d'évaluation des activités (PEV) par un consultant OMS
11. Compte rendu de la réunion tripartite sur le projet CHD/85/014 assistance suplémentaire au PEV
12. Statistiques Sanitaires du Tchad BSPE juillet 1987, juin 1988
13. Proposition de plan d'action pour l'accélération du contrôle du tétanos néonatal dans le cadre du développement du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires

    Atelier sur l'Accélération du Contrôle du Tétanos néonatal Cotonou, 19-26 septembre 1988
14. Implementation of Recommendation of EPI Clobol Advisory Group in the African Region During 1982-1988, EPI Clobol Advisory Group Meeting, Adidjan, 17-21 octobre 1988
15. Preliminary Analysis of the Vaccination Campaign of N'Djamena January 1988, UNICEF, Chad
16. Rapport Semestriel de Statistiques, juillet-décembre 1987
17. Rapport d'activités de la semaine Tchadienne de vaccination, 1986
18. Procès verbal de la réunion de la commission technique de vaccination tenue le 31 août 1988 à N'Djamena

19. Evaluation of the Halth Planning Restoration Project, 23 March 1987, N'Djamena Chad

20. Exploration of Long-Term Technical Assistance to EPI/Chad, USAID/N'Djamena, 10-17 November 1987

21. Vaccination des enfants, Tchad, Moins d'août, 1987

22. Présentation du projet CHA/EPI/001, par Dr. I. Codja, juin 1988

23. Couverture Vaccinale à N'Djamena, octobre 1987

24. Rapport de l'enquête de couverture vaccinale dans le cadre du PEV effectuée le 28 juillet 1988 à Sarh (Moyen-Chari) sur un Echantillon de 217 enfants Tchad Ages de 12 à 23 mois, Dr. Jean du Marie Milleliri, secteur quatre

25. Malnutrition et Couverture Vaccinale à Mao, septembre 1987

26. Malnutrition et Couverture Vaccinale à Ati, août 1987

27. Evaluation de la Couverture Vaccinale du Canton Medego (Ati) mai 1988

ANNEXE 4

Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 4

Liste des personnes recontrées

N'Djamena

Ministère de la Santé Publique

Son Excellence Kotiga Guérina	Ministre de la Santé Publique
Dr Tankalbé Matchok Majouri	Directeur Général
Dr Guélina	Directeur de la Médecine Primaire et de la Santé Rurale

Service National du PEV

Dr Abderahmane Djimé	Responsable National du PEV
M Rombo Djénadjim	Responsable Administration Gestion/PEV
M Hané Gounigué Windi	Technicien des Opérations PEV

Centres de Santé (N'Djamena)

Centre ASSIAM VANTOU

Dr Nana Demane	Responsable
Dr Madjimta Nadji Baye	Responsable Adjoint
Mme Mayallah Ruth	Responsable de la Vaccination

Dispensaire de Chagoua

M Yafia Pazeu	Responsable du Centre
M Djebegoto Théophile	Responsable de la Vaccination

Centre Social N° 1

Mme Fatimé Djaba	Responsable du Centre
Mme Khadidja	Adjointe Sociale Stagiaire, Assistante Responsable de la Vaccination

Maternité Centrale

Mme Housnba Chérif	Major de la Materité
Mme Korack Françoise	Responsable de la Vaccination

Dispensaire de Bololo

M Adba-Bilala Djibril	Responsable Adjoint
Mme Diakité Falmata	Responsable de la Vaccination

Dispensaire de Douguia (N'Djamena rurale)

M Kada Djirangaye	Infirmier titulaire du Dispensaire
M Ali Abbator	Manoeuvre Spécialisé

Secteur Sanitaire No 1

Dr Granga Douya	MPSR Secteur N° 1
Dr Champion	Médecin Adjoint Secteur N° 1
M Netoloum Naibeye Justin	Superviseur PEV de Secteur N° 1

Préfecture du Guéra

S/Préfecture de Mongo

M Tadjadine Hissène	Préfet/Adjoint du Guéra

Centre Médical de Mongo

Dr Djimé Saleh	Infirmier diplômé d'Etat
Agnès Lamark	Infirmière diplômé (SECADEV)
Abdelkérim Attimer	Chaîne Froide

Centre Social de Mongo

M Patalé Pakouaré	Assistant Social, Responsable du Centre

S/Préfecture de Bitkine

M Abdoulaye Kerdja	S/Préfet de Bitkine

Infirmerie de Bitkine

M Ngaradoum Banlebé	Agent Technique, Responsable de Infirmerie
M Helou Youssouf	Vaccinateur
Mlle Haoua Rabah	Vaccinateur
Mbairo N'Botein	Laboratin

Préfecture du Ouaddai

S/Préfecture d'Abéché

M Miabé Mbailao	Préfet/Adjoint du Ouaddai

Hôpital d'Abéché/Secteur No 5

Dr Mahaat Pierre	Médecin Chef de Préfecture
Dr Issa	Médecin Chef du Secteur N° 5
Dr Laurent	Médecin Chef Adjoint (MSF)
Dr Bart	Médecin Supérieur
Anne DEMARS	Infirmière (MSF)

Préfecture de Biltine

M Rizzik Sakine	Préfet/Adjoint de Biltine

Centre Médical de Biltine

Dr Mahamat Nour Abderahim	Médecin Chef de Préfecture
Dr José Ribamar Neves	Médecin Chef Adjoint (Croix Rouge)
M Béhia Djasra Mahamat	Agent Technique
M Ramadane Ada	Agent Technique, Responsable de la Chaîne de froid
Elhadj Bakary Aoudou	Infirmier Breveté
J. Godenerc	Infirmière Sage-Femme (Croix Rouge)

Préfecture du Batha

M Mahamat Galli Mallah	Préfet/Adjoint

Secteur No 6

Dr Ali Garandi	Médecin Chef du Secteur
Dr Kabang	Médecin Chef de Préfecture
Erika Morsch	Infirmière (Inter AID)

Organismes Internationaux

PNUD

M. Tisso	Représentant Résident du PNUD
M. Mahamat Saleh Adam	Chargé de Programme au PNUD

UNICEF

M. Alain Court	Représentant Résident
Mme Nancy Andradé Castro	Chargée de Programme UNICEF
Dr Eric Laroche	Responsable de la Santé

OMS

Dr J. Codja	Représentant de l'OMS par intérim

USAID

M Bernard D. Wilder	Représentant de l'USAID
M Samir Zoghby	Responsable du Développement Génrl.
M Cary Kassebaum	Responsable du Programme

ONG

Dr Jean-Benoit Burrion	Représentant Médecin Sans Frontières (MSF)
Dr Eric Morin	Coordinateur BELACD et SECADEV Médical

ANNEXE 5

Visites sur le terrain

ANNEXE 5 a

Visites dans les formations Sanitaires
SMI ASSIAM VANTOU

Dispensaires de Chagoua, Bololo et Douguia, maternité Centrale et Centre Sociale N° 2 de N'Djamena

---

Resumé des observations et recommendations

Princiaples réalisations

Considérant que le PEV n'a pu recommencer (après événements) qu'en début 1986, nous avons constaté que :

4/6 Responsables PEV (67%) connaissent le calendrier du PEV.
6/6 100% maitrisent les techniques de vaccination.
6/6 Formations sanitaires 100% disposent d'un frigo pour la conservation de vaccin.
5/6 Formations sanitaires 83% disposent d'un frigo en état de fonctionnement.
6/6 Formations sanitaires 100% pratiquent la vaccination en stratégie fixe et d'une façon polyvalente.
6/6 Responsable PEV ont été formés au moins une fois depuis 1985.
5/6 Formations sanitaires disposent d'assez de matériel de vaccination au moment de la visite.
5/6 Formations sanitaires les vaccinations sont intégrées aux activités de base.

Principaux problèmes

1) Population desservie non connue dans presque la totalité de formations sanitaires bistées

Conséquences : Les vaccinations sont faites sans objectifs définis. Les chiffres obtenus sont muets pour les personnes au niveau local.

2) Le manque de moyen de transport dans la plupart des formations sanitaires entraîne la dépendance de ces formations sanitaires en matières d'approvisionnement en vaccin (rupture de stock lorsque le niveau intermédiaire ne le fait pas)

3) Il y a manque de recyclage ou de formation sur le tas du personnel chargé de vaccination.

4) La supervision est très irrégulière et manque de contenu standardisé. Lorsqu'elle est effectuée, elle se limite souvent au contrôle du matériel et du stock de vaccin. Pas de rétro-information fournie.

5) Aucune formation sanitaire ne dispose de frais de fonctionnement : tout vient du niveau intermédiaire ou national.

6) La politique de contreindication ne semble pas être bien définie appliquée; elle depend du jugement du vaccinateur.

7) La surveillance des maladies cibles du PEV n'est pas faite systématiquement dans les Centres de vaccination. Ceci ne permet pas aux agents d'apprécier les résultats de leur travail. La relation entre la vaccination et la réduction de la morbidité - mortalité n'est pas facilement perçue par les agents. Dans les formations sanitaires où elle est faite les données ne sont ni traitées ni interprétées localement. Les décès ne sont pas reportés.

8) Malgré le fait que le PEV soit intégré dans le programme d'activités de chaque formation sanitaire, certains responsables ont tendance de la considérer comme une activité du Service National du PEV que le Centre exécute. Ceci est peut-être dû par le fait que :

   - souvent les responsables des Centres ne sont pas formés en PEV.

   - les formations sanitaires ne sanitaires ne semblent pas avoir un rôle important à jouer dans la gestion des activités du PEV.

   - la supervision, lorsqu'elle est faite s'adresse directement à l'agent vaccinateur.

9) La population n'est presque pas impliquée dans la gestion des activités des formations sanitaires. Le terme "mobilisation sociale" ne semble pas signifier quelque chose à ce niveau.

<u>Principales recommandations</u>

1. Connaître la population desservie par chaque formation sanitaire :

   - établir de fiches de recensement standard ;

   - délimiter le rayon d'action de chaque formation sanitaire en km ou en nombre de villages.

2. Former le personnel des formations sanitaires sur :

   - l'utilisation des fiches de recensement ;

   - l'utilisation du chiffre de la population à desservir pour établir ses objectifs en termes de :

     . personnes à vacciner

     . nombre de séances de vaccination à organiser

     . nombre de vaccins et matériel nécessaire

- nombre de nouveaux consultants

- politique de récupération des enfants et femmes irréguliers.

Ceci est indispensable si on veut atteindre et maintenir UCI.

3) Fournir un moyen de transport (bicyclette, mobylette) à chaque responsable de vaccination pour lui faciliter l'approvisionnement en vaccin et matériel lorsqu'il en a besoin et que le secteur ne peut les lui apporter.

4) Dynamiser et donner un contenu défini à la supervision. Elle doit être planifiée et le programme connu par le supervisé. Elle doit être utilisée non seulement comme instrument de contrôle, mais aussi comme outil de surveillance de rendement des agents, d'identification des problèmes de rendement pour les analyser et les résoudre éventuellement, ainsi qu'un outil de formation continue. Le supervisé doit être autorisé à poser des questions à son superviseur. Le superviseur doit noter à sont intention et à celle des échelons supérieurs et de celle du supervisé les activités correctement exécutées ainsi que celles qui nécessitent une amélioration. Chaque visite de supervision doit faire l'objet d'un rapport écrit avec rétro-information au supervisé. Le rapport des visites antérieures doivent être utilisées pour des visites ultérieures dans les buts de voir si les activités ou tâches qui devraient être améliorées l'ont été.

5) Etudier la possibilité de décentraliser la gestion du PEV en octroyant quelques fonds pouvant leur permetre d'effectuer des achats locaux (pétrole, papier, etc) qui soient pour le moment faits au niveau national.

6) Dans le nouveau plan d'opération du PEV, définir la politique nationale en matière de contreindications. Qu'il y ait où pas de contre-indications dans le PEV-Tchad, il faudrait que tout le monde puisse dire et pratiquer la même chose.

7) Il serait peut être nécessaire que le Service National du PEV, vu la nature de ses activité ainsi que ses objectifs, puisse avoir un système d'information sanitaire propre à lui. Ou à défaut, faire inclure dans le système de BSPE les données qui lui sont indispensables pour le suivi et l'évaluation de son programme (cas et décès : rougeole, polio et tétanos néonatal).

8) Définir, enseigner et faire appliquer la politique de mobilisation sociale à tous les niveaux.

ANNEXE 5 b

Visite sur le terrain au centre et a l'est

Deux membrevs de l'équipe d'évaluation (Dr. Mary A. Carnelle et M Mahamat Saleh Idriss) sont partis sur le terrain au centre et à l'est pays accompagnés par M Rombo Djénadjim, l'administrateur du SNPEV à L'Djamena. La visite a concerné quaatre Préfectures (Guera, Ouadda, Biltine, Batha) appartenant à dans secteurs (MPSR) de. Les centres suivants ont été visités.

Préfecture	Centre
Guera	Centre Médical - Mongo Centre Social - Mongo SMI -Mongo Infirmerie - Bitkin
Batha	Secteur 6 - Ati
Ouaddai	Hôpital - SMI - Abeché SMI - Abeché Secteur 5 - Abeché
Biltine	Centre Médical - Biltine

Le dispensaire de Baro (SECADEV) etait prévu mais pas visité. Cependant une entrevue avec le superviseur s'est faite à Mongo.

1) Frigos

Cinq parmi les neuf autre visités disposent d'un frigo ou plusieurs (dans les secteurs).

Quatre parmi ces cinq remplissent les fiches de température.

Deux parmi ces quatre montrent des ruptures de la chaîne de froid importantes.

2) Calendrier national

Tous les responsables connaissent le calendrier national. Malheureusement notre équipe n'a eu l'occasion d'assister à aucune séance de vaccination.

3) Formation

Une grande partie des responsables PEV n'ont jamais eu de formation niveau moyen PEV, notamment deux médecins chefs de préfecture et un médecin chef de secteur.

Aucune des formations prévues avant la prochaine campagne n'a été faite.

* Batha et le Guéra sont regroupés dans un seul secteur, le secteur six implanté à Ati (Batha) de Biltine et le Ouadda sont regroupés dans le secteur cinq implanté à Abeché (Ouadda).

4) Vaccin et Matériel

Les vaccins sont en quantité suffisante pour les activités quotidiennes mais plusieurs responsables ont constaté un manque de diluant.

Presque tous les secteurs ont des aiguilles, seringues, et le materièl pour stériliser en quantité suffisante. Il en est de même pour des stérilisateurs à vapeur.

Dans l'ensemble, les centres ne possèdent pas encore assez de matériel nécessaire pour la prochaine campagne accélérée.

5) Les deux secteurs ne s'occupent pas de la totalité de leur secteur mais ils se limitent plutôt à la préfecture (ou sous-Préfecture) où ils sont implantés. Ils disent que le secteur est trop vaste pour leurs moyens en transport et personnel. Nous avons constaté aussi un manque de planification aussi bien que d'objectifs spécifiques et réalistes pour rentabiliser leur travail et maximiser leurs moyens existants.

6) A Abébé les SMI en ville ont un système du travail assez élaboré :

- un carnet de santé pour chaque enfant ou femme guardé à la maison
- une courbe de croissance pour chaque enfant gardée par SMI
- des visites domiciliaires pour récupérer les enfants et femmes irréguliers
- des affiches qui montrent le nombre enfants complètement vaccinés chaque mois affichées aux murs des SMI.

7) Depuis la mise en place du système BSPE pour collectioner les données, les responsables PEV ne font plus les sommaires à leur niveau. Ils se plaignent du retard de la rétro-information (6-12 mois délai).

ANNEXE 5 c

Observations sur le terrain au moyen-chari

Généralités

Deux membres de l'équipe (le Docteur V. rodine et M. R. Davis accompagnés par deux fonctionnaires (Mahamoud Doute et Hane Gomique Wedei, ont visité 14 formations sanitaires dans la Préfecture du Moyen-Chari parmi lesquelles :

- six formations du MSP;
- une formation du Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminie;
- six formations confessionnelles;
- sept formations privées.

Les membres ont visité la chaîne de froid du Secteur 4 de la MPSR.

En général, les postes fixes qu'on a visités étaient bien équipés en matière de chaîne froide, pétrole, vaccins et seringues/aiguilles, malgré certaines insuffisances, notamment seringes/aiguilles réutilisables, VAT et parfois transport indisponible à cause des pannes.

La plupart des formations sanitaires ne font qu'une ou deux séances de vaccination par semaine. Les services de vaccinations sont entièrement séparés des services de consultations curatives, ce qui implique un grand nombre d'occasions manquées de vaccinations. Ce problème exige un redressement comme haute priorité.

L'équipe a constaté l'absence d'un système de surveillance regulière de la chaîne de froid, surtout au niveau périphérique. Ella a trouvé une pratique sur le terrain qui consiste en la limitation des vaccinations antétanique aux seules consultations prénatales. Elle a constaté un très haut taux d'abandon dans la plupart des formations visitées sauf dans la ville de Goundi et ses alentours où une activité de rfecherce active des nourrissons a été mise en place en collaboration avec les agents dans les communautés.

Il y a d'autre part une carence de collaboration entre l'Etat et les formations confessionnelles et privées, lesquelles disposent d'une certaine autonomie dans la planification de leurs activités de vaccination.

En général, les véhicules et l'équipement de la chaîne de froid ont été bien choisis, sauf l'achat d'une chambre froide montée sur une Toyota, laquelle n'était pas assez robuste pour les conditions du terrain. Les véhicules qui tombent en panne resttent longtemps sans réparation à cause de l'absence d'un fonds au niveau de la Préfecture pour assurer le paiement des frais de réparation.

Un centre déclaré être en fonction ne l'était pas. Il y a d'autres centres qui fonctionnent pour soins curatifs mais qui ne font pas les vaccinations.

Certain personnel chargé de la vaccination a été muté après la formation et les remplaçant n'ont pas encore été formés par le PEV.

Malgré les problèmes rencontrés, l'équipe a constaté un progrès considérable dans la marche du programme, étant donné le court invervalle depuis son relancement en 1985.

Il y a aussi une possibilité d'utiliser les ressources locales (notamment Radio Sarh et UNIR pour assurer la réussite des campganes prévues pour 1989, voire même la pérennisation des efforts axés sur l'achèvement d'une diminution du taux d'abandon.

ANNEXE 6

Décret Présidentiel N° 523/PR/MSP/86

ANNEXE 6

REPUBLIQUE DU TCHAD

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

VISA : S.G.G. 1988

DECRET N° 521 /PR/MSP/86
PORTANT CREATION D'UN COMITE NATIONAL
DE L'ORGANISATION DE LA SEMAINE
NATIONALE DE LA VACCINATION

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
CHEF DE L'ETAT
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES

VU, l'Acte Fondamental de la République;
VU, Le Decret N° 025/PCE/SGCE/82 du 18/10/82, portant publication de l'Acte Fondamental de la République;
VU, Le Decret N° 201/PR/CAB/86 du 23 Mars 1986 portant remaniement Ministériel;
VU, La Résolution AFR/RC-35/R-9 du Comité Régional de l'O.M.S. pour l'Afrique adoptée lors de sa Session Ordinaire du 11 au 17 Septembre 1985 à LUSAKA déclarant 1986 Année Africaine de la Vaccination;
VU, Les Nécessités de Service;

Sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

- DECRETE -

ARTICLE 1er : Il est créé dans le cadre de l'Année Africaine De La Vaccination: Un Comité de l'Organisation de la Semaine Nationale de la Vaccination (C.N.O.S.N.V.)

ARTICLE 2 : Le Comité National de l'Organisation de l'Année Africaine de la Vaccination a pour tâche :

- d'organiser une Semaine Nationale de la Vaccination dans le cadre de l'Année Africaine de Vaccination sur l'ensemble du Territoire.

- d'organiser techniquement une Campagne de Vaccination dans chaque Préfecture en étroite collaboration avec les autorités sanitaires de la Préfecture qui doivent mobiliser tout leur potentiel en personnel à cet effet.

BEST AVAILABLE COPY

- de finaliser la Campagne par une Semaine de Vaccination dans chaque Chef-lieu de la Préfecture.

ARTICLE 3°/ - Placé sous le Haut Patronnage du Président de la République, le Comité National de l'Organisation de la Semaine Nationale de la Vaccination se compose comme suit :

- Le Ministre de la Santé Publique : Président
- Le Ministre des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine : Vice-Président
- Le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique : Secrétaire Général
- Le Directeur de la Médecine Préventive et Santé Rurale : Ier Secret. Général Adj
- Le Directeur de la Médecine Hospitalière et Urbaine : 2e Secret.Gén. Adjt.

--- MEMBRES ---

1. - Le Ministre Délégué à la Présidence de la République Chargé du Plan,
2. - Le Secrétaire d'Etat à la Présidence de la République, Chargé de l'Information et de l'Orientation Civique,
3. - Le Président de la Commission des Affaires Sociales du CNR.
4. - Le Président de la Commission des Affaires Sociales de l'AN,
5. - Le Directeur Général du Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine,
6. - Le Directeur Général du Ministère de l'Elevage et de l'Hydraulique Pastorale
7. - Les Secrétaires Généraux des Comités Régionaux de la Ville de N'DJAMENA, du Chari-Baguirmi et du Batha,
8. - Le Directeur des Affaires Sociales,
9. - Le Représentant du Comité Islamique,
10. - Le Représentant de la MIssion Catholique,
11. - Le Représentant de la Mission Protestante,

ARTICLE 4° : Le Comité National de l'Organisation de l'Année Africaine de la Vaccination se réunit sur convocation de son Président.

ARTICLE 5° : Il peut associer à ses activités toute personne ou tout organisme dont la compétence est susceptible de contribuer à la réussite de son programme.

ARTICLE 6° : Il est assisté par une commission technique à laquelle il peut déléguer une partie de son pouvoir.

ARTICLE 7° : La composition, les attributions et le mode de fonctionnement de cette commission seront déterminées par un Arrêté du Ministre de la Santé Publique.

ARTICLE 8° : Les Ministres de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine et le Secrétaire d'Etat à la Présidence Chargé de l'Orientation Civique sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent Decret qui prend effet pour compter de la date de sa signature et sera enregistré, publié au Journal Officiel de la République, et communiqué partout où besoin sera.

N'DJAMENA, le 18 Octobre 1966

AL-HADJ HISSEIN HABRE

BEST AVAILABLE COPY

ANNEXE 7

Arrêté Ministeriel N° 0029/MSP/SE/DMPSR/86

ANNEXE 7

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE
ET SANTE RURALE
SERVICE NATIONAL DU P.E.V.

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

(T-) RRETE N°0029 /MSP/SE/DMPSR/86

(Portant création de la Commission Technique de la Vaccination)

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

VU l'Acte Fondamental de la République;
VU le Décret n° 025/PCE/SGCE/82 du 18/10/82, portant publication de l'Acte Fondamental de la République;
VU le Décret n° 201/PR/CAB/86 du 23/03/1986 portant remaniement ministériel;
VU le Décret n° 523/PR/MSP/86 du 18 Octobre 1986 portant création d'un Comité National de l'Organisation de la Semaine Nationale de la Vaccination;
VU l'adhésion du Gouvernement à la Déclaration d'ALMA-ATA du 12 Septmebre 1978 sur les Soins de Santé Primaires;
VU la Résolution AFR/RC-35/R-9 du Comité Régional de l'O.M.S. pour l'Afrique adoptée lors de sa Session Ordinaire du 11 au 17 Septembre 1985 à LUSAKA déclarant 1986 Année Africaine de la Vaccination;
VU la nécessité d'accroître la couverture vaccinale en donnant la possiblité à tous les enfants de moins d'un en et les femmes en âge de procéer d'accéder à la vaccination d'ici l'an 1990.

-=- ARRETE -=-

Article 1er/ - Il est créé une Commission Technique de "l'Année Africaine de la Vaccination".

Article 2°/ - Cette Commission se compose comme suit :
. Président : le Directeur Général de la Santé Publique;
. 1er Vice-Président : Directeur de la Médecine Préventive et Santé Rurale;
. 2ème Vice-Président : le Directeur de la Médecine Hospitalière et Urbaine;

.../...

. Secrétaire Général : le Responsable National du Programme Elargi de Vaccination.

SONT MEMBRES :

1) - les Représentants des Organismes Internationaux suivants :

- Le Chef du Projet PEV/OMS
- Le Représentant du PNUD
- Le Représentant de l'UNICEF
- Le Représentant de l'USAID
- Le Représentant de la Coopération Suisse au Développement
- Le Représentant de la Coopération Française
- Le Représentant des MSF
- Le Conseiller OMS du Directeur des Soins de Santé Primaires.

2) - Les Représentants des Organismes Privés et Confessionnels :

- Le Représentant de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge
- Le Représentant du BELACD
- Le Représentant du SECADEV
- Le Représentant de World Vision
- Le Représentant de Service de Santé Protestant
- Le Président de la Croix-Rouge du Tchad.

3) - Les Responsables des Services Publics ci-dessous :

- Le Directeur des Soins de Santé Primaires ou son Conseiller
- Le Directeur Général du Ministère des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine
- La Responsable Nationale de la SMI
- La Responsable du Programme National de l'Information et de l'Education pour la Santé
- Le Représentant du Secrétariat Délégué à la Présidence Chargé de l'Information et de l'Orientation.

Article 3°/ - Ladite Commission est chargée d'assister techniquement le Comité National de la Vaccination.

A cet effet, elle se chargera de :

- Planifier les opérations en vue d'accélérer la couverture vaccinal sur l'ensemble du Territoire;
- Sensibiliser les Autorités Politiques, Administratives, Réligieuse les Notables et le Personnel Socio-Sanitaire;
- Mobiliser la Collectivité;

.../...

. Mobiliser toutes les ressources (humaines et matérielles);
. Superviser la campagne,
. Evaluer les activités de la Semaine Nationale de Vaccination;
. Fournir un rapport technique au Comité National.

Article 4°/ - La Commission est permanente afin de pérenniser les acquis de la Semaine Nationale de la Vaccination.

Article 5°/ - Les Membres de la Commission se réuniront sur convocation de leur Président chaque fois que le besoin se fait sentir.

Article 6°/ - La Commission peut associer à ses activités toute personne ou organisme dont la compétence est susceptible de contribuer à la réussite de son programme.

Article 7°/ - Le présent Arrêté qui prend effet à compter de la date de sa signature sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

AMPLIATIONS

Fait à N'Djaména, le

- Ministère Santé Publique
- Secrétariat d'Etat à la Santé
- Direction Générale
- Direction de la MPSR
- Direction de la MMU
- Direction des Affaires Sociales
- Direction des Soins de Santé Primaires
- OMS
- PNUD
- UNICEF
- USAID
- MSF
- BELACD
- SECADEV
- Worl Vision
- Coopération Française
- Coopération Suisse au Développement
- Service Santé Protestant
- Service National SMI
- Information
- Archives
- Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge
- Croix-Rouge du Tchad.

Le Ministre de la Santé Publique

MAHAMAT NOUR MALLAYE

ANNEXE 8

Projections de la Population par Préfecture

ANNEXE 8

T C H A D : PROJECTIONS DE LA POPULATION DES PREFECTURES ET CERTAINS CENTRES URBAINS

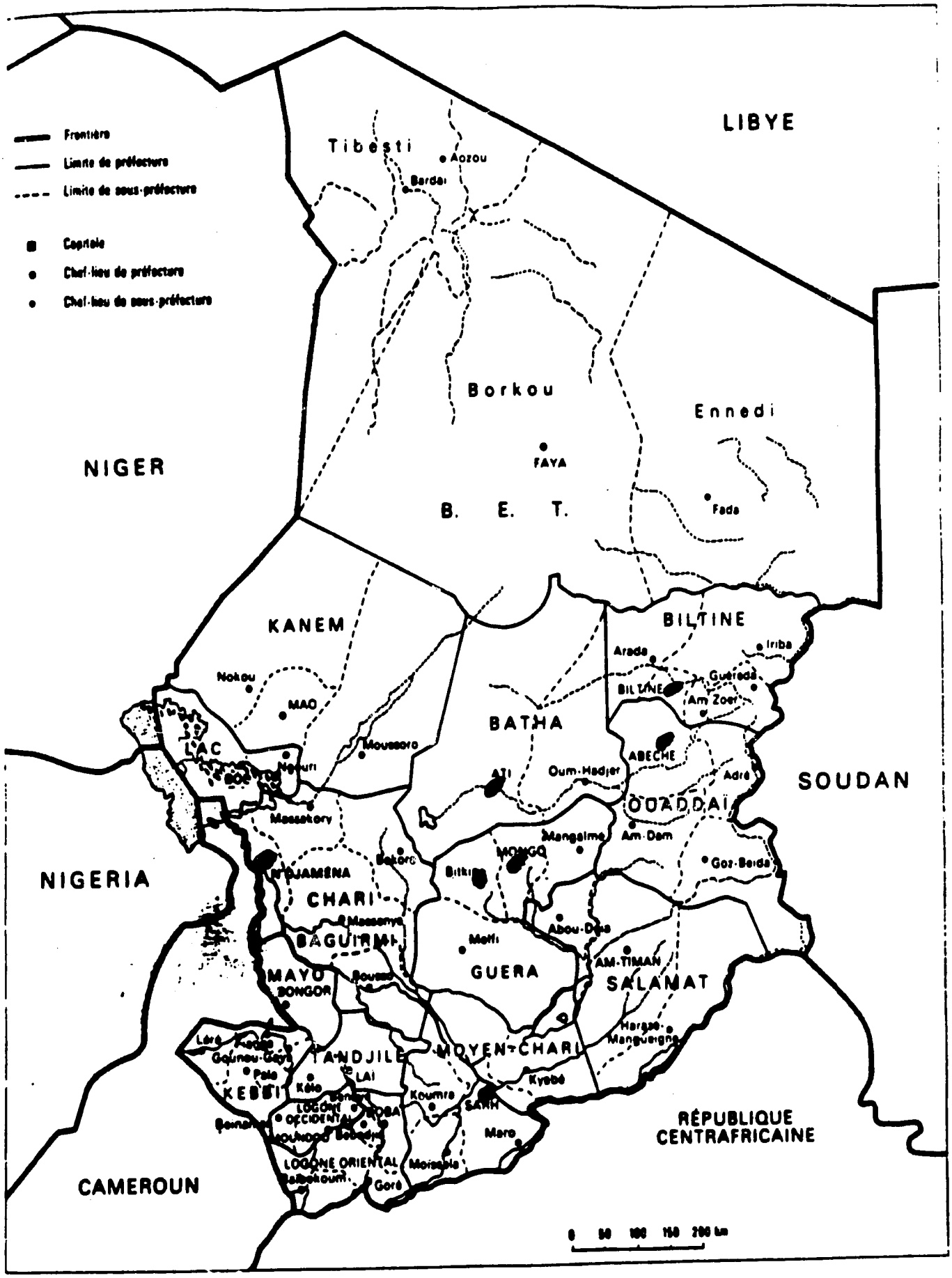
Préfectures / Année	1 9 7 5	1 9 8 0	1 9 8 5	1 9 8 6	1 9 8 7
BATHA	334.000	358.000	402.000	412.000	422.000
- Ati	0.500	12.300	17.700	19.000	20.500
- Oum-Hadjer	6.200	0.900	12.900	13.900	14.900
B.E.T.	84.000	90.000	101.000	104.000	106.000
- Largeau	7.300	10.500	15.200	16.300	17.600
BILTINE	163.000	179.000	201.000	206.000	211.000
- Biltine	4.200	6.100	8.700	9.400	10.100
CHARI-BAGUIRMI	506.000	700.000	707.000	805.000	824.000
- Bokoro	7.200	10.400	15.000	16.100	17.300
- Bousso	5.000	7.200	10.400	11.200	12.000
- N'Djamena	224.000	326.100	474.700	511.700	551.700
GUERA	191.000	211.000	237.000	243.000	248.000
- Bitkine	5.600	8.100	11.600	12.500	13.500
- Mongo	9.000	13.000	18.700	20.100	21.700
KANEM	191.000	203.000	228.000	233.000	239.000
- Mao	5.500	7.900	11.400	12.300	13.200
- Moussoro	7.700	11.100	16.000	17.200	18.500
LAC	129.000	137.000	154.000	158.000	161.000
- Bol	2.900	4.200	6.000	6.500	7.000
LOGONE-OCCIDENTAL	264.000	303.000	341.000	348.000	357.000
- Bébalem	5.500	7.500	10.300	11.000	11.700
- Bénoye	11.500	15.000	21.600	23.000	24.500
- Moundou	45.000	61.700	84.500	90.000	95.000
LOGONE-ORIENTAL	285.000	313.000	352.000	360.000	369.000
- Baïbokoum	6.100	8.400	11.500	12.200	13.000
- Bébédjia	5.200	7.100	9.800	10.400	11.100
- Béboto	5.100	7.000	9.600	10.200	10.900
- Bodo	6.000	9.300	12.000	13.600	14.500
- Doba	15.000	20.600	28.200	30.000	31.900
- Goré	3.100	4.200	5.800	6.200	6.600
MAYO-KEBBI	617.000	707.000	794.000	813.000	832.000
- Binder	5.400	7.400	10.100	10.800	11.500
- Bongor	15.700	21.500	29.500	31.400	33.400
- Fianga	11.100	15.200	20.800	22.200	23.600
- Pala	15.000	20.600	28.200	30.000	31.900
MOYEN-CHARI	474.000	536.000	602.000	616.000	631.000
- Koumra	10.000	25.000	35.300	37.600	40.000
- Kyabé	5.500	7.500	10.300	11.000	11.700
- Moissala	5.700	7.800	10.700	11.400	12.100
- Sarh	50.000	68.500	93.900	100.000	106.500
OUADDAI	335.000	350.000	393.000	403.000	412.000
- Abéché	32.000	46.200	66.600	71.600	77.100
SALAMAT	99.000	109.000	123.000	125.000	128.000
- Am-Timan	4.500	6.500	9.400	10.100	10.300
TANDJILE	278.000	300.000	346.000	354.000	363.000
- Béré	7.300	10.000	13.700	14.600	15.500
- Kélo	10.500	25.300	34.700	37.000	39.400
- Laï	11.000	16.200	22.200	23.600	25.100

Source : Direction de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (DSEED).

ANNEXE 9

Carte du Tchad (14 Préfectures)

ANNEXE 9


Frontière
Limite de préfecture
Limite de sous-préfecture
Capitale
Chef-lieu de préfecture
Chef-lieu de sous-préfecture
LIBYE
Tibesti
Aozou
Bardai
Borkou
FAYA
Ennedi
Fada
B. E. T.
NIGER
KANEM
Nokou
MAO
Mousoro
LAC
Nguri
Massakory
BATHA
ATI
Oum-Hadjer
BILTINE
Arada
Iriba
Guereda
BILTINE
Am Zoer
ABECHE
Adré
OUADDAI
Am-Dam
Mangalme
MOISSO
Goz-Beida
SOUDAN
NIGERIA
N'DJAMENA
CHARI
Bokoro
Bitkine
Massenya
BAGUIRMI
Melfi
Abou-Deas
GUERA
AM-TIMAN
SALAMAT
MAYO
BONGOR
Bousso
Haraze-Manguegne
TANDJILE
MOYEN-CHARI
Lere
Kyabé
Goulmou-Gaya
Pala
LAI
KEBBI
Kélo
Kouma
SAHR
Mara
OCCIDENTAL
ROBA
Bébédjia
LOGONE ORIENTAL
Moissala
Gore
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
CAMEROUN
0 50 100 150 200 km

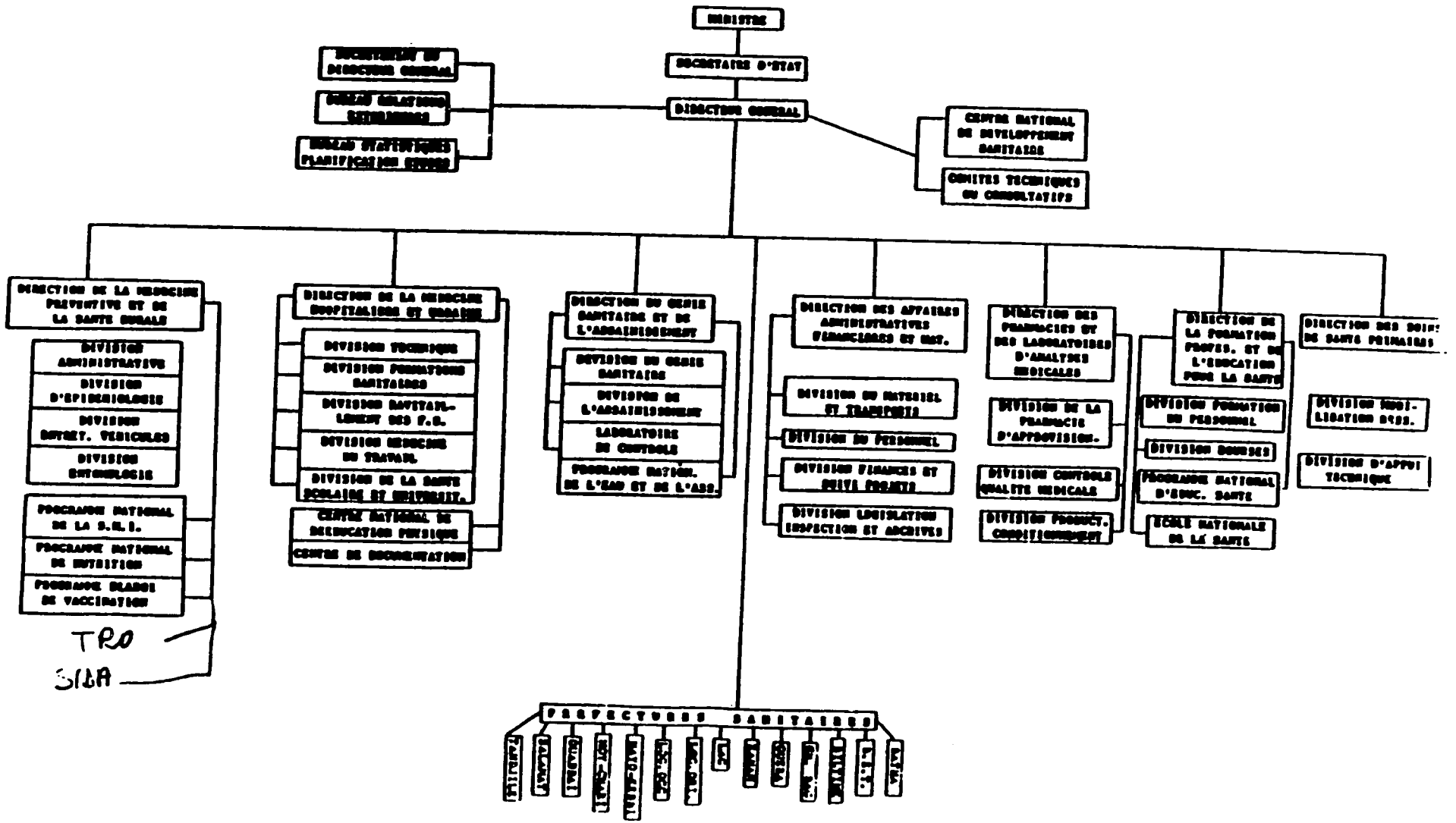
ANNEXE 10

Organigramme du Ministère de la Santé Publique

ANNEXE 10

ANNEXE

ORGANISATION DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (Schéma)



Mai 1986

ANNEXE 11

Personnel de santé par préfecture

ANNEXE 11

BEST AVAILABLE COPY

TABLEAU III 15

PERSONNEL DE SANTE SPECIALISE[1] PAR PREFECTURE

PREFECTURES	SERVICES														TOTAL	
	Cliniques		Laboratoire		Radiologie		Rehabil. Fonct.		Assainissement		Pharmacie		Secteurs DMPSR			
	Formation		Formation		Formation		Formation		Formation		Formation		Formation		Formation	
	Spec	Gen[2]	Spec	Gen	Spec	Gen	Spec	Gen	Spec	Gen	Spec	Gen	Spec	Gen	Spec	Gen
[illegible]	1	7	0	1	0	0	0	0	5	0	0	3	0	7	7	13
[illegible]	0	1	0	1	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	5	3
[illegible]-Ennedi-Tibesti	1	0	0	1	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	5	2
[illegible]-Baguirmi [illegible] [illegible]-Baguirmi Rural	34 0	187 0	13 0	15 2	3 0	3 0	10 0	3 0	15 7	0 0	13 0	3 0	3 0	15 0	37 7	210 2
[illegible]	0	9	0	5	0	0	0	0	5	1	0	2	0	1	5	17
[illegible]	0	1	0	2	0	0	0	0	10	0	0	0	0	5	10	8
[illegible]	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	2
[illegible] Occidental	9	63	7	15	0	1	3	2	10	3	1	1	1	33	31	113
[illegible] Oriental	0	36	0	25	0	0	0	1	6	0	0	4	0	0	6	66
[illegible]	2	29	0	14	0	0	0	0	11	3	0	5	2	19	15	71
[illegible]-Chari	4	104	0	25	0	2	0	0	13	0	0	13	0	12	17	156
[illegible]	3	20	0	6	0	1	0	0	8	1	0	5	4	7	15	40
[illegible]	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
[illegible]	2	15	0	15	0	0	0	0	9	1	0	3	0	0	11	34
TOTAUX	55	447	20	130	3	9	13	12	115	9	13	43	10	99	236	754

[1] [illegible] les services [illegible] le personnel de santé de l'administration centrale
[2] [illegible] Généralistes : Chir., Méd., Anes., Opthalmo., Odonto., CRL., Nutrition, Autres
[3] Spec : Specialisée. Gen : Générale

[illegible] SEPT

ANNEXE 12

Formations sanitaires par préfecture

ANNEXE 12

TABLEAU III 2

FORMATIONS SANITAIRES* PAR PREFECTURE

Préfecture	HOPI-TAL	CENTRE MED.	INFIR-MERIE	DISPEN SAIRE	POSTE SANTE	CLINI-QUE	MATER-NITE	C. HAN-DICAPE	LEPRO-SERIE	SECT. DMPSR	CENTRE SOCIAL	TOTAL
Batha	0	1	2	12	0	0	0	0	0	1	1	17
Biltine	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	7
Bork. Enn. Tib.	0	1	2	15	0	0	0	0	0	0	0	18
Chari-Baguirmi	2	1	4	41	5	4	1	1	1	1	7	68
N'Djamena	2	0	1	18	0	4	1	1	1	1	7	36
Chari-B Rural	0	1	3	23	5	0	0	0	0	0	0	32
Guera	0	1	3	9	0	0	0	0	1	0	0	14
Kanem	0	1	2	13	6	0	0	0	0	1	1	24
Lac	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	1	14
Logone Occ.	2	0	0	19	0	0	1	1	1	1	1	26
Logone Ori.	0	2	3	29	5	0	0	0	1	0	1	41
Mayo-Kebbi	1	4	3	29	6	0	0	1	1	1	1	47
Moyen-Chari	3	5	0	43	13	0	0	0	2	1	2	69
Ouaddaï	1	0	3	24	0	0	0	0	0	1	1	30
Salamat	0	1	2	4	0	0	0	0	0	1	1	9
Tandjilé	0	3	1	28	0	0	0	0	1	0	1	34
ENSEMBLE	9	22	27	282	35	4	2	3	8	8	18	418

* Formations sanitaires ouvertes au 30 septembre 1988

Source : Liste des formations sanitaires du Tchad/BSPE

ANNEXE 13

Couverture vaccinale 0-11 mois par préfecture

ANNEXE 13

COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN ET POURCENTAGE D'INSCRITS AUX SERVICES SMI
PAR PREFECTURE
Juillet 1987 - Juin 1988

Préfecture	Population Enfants 0-11 mois	POURCENTAGE D'ENFANTS 0 - 11 MOIS COUVERT PAR					Nouv. Inscrits 0 - 11 M	
		BCG	DTC 3	POLIO 3	ANTI-AMARILE	ROUGEOLE	Nombre	% de Population
Bilma	17 900	7,9	1,7	1,2	5,4	3,4	0	0
Biltine	8 900	3,2	0,4	0,4	1,3	0,8	472	5,3
[illegible] Enn. Tib.	4 500	0	0	0	0	0	0	0
Chari-Baguirmi	34 900	49,6	29,4	29,3	32,7	24,3	2 272	6,5
[illegible]	10 500	15,3	5,3	5,2	11,0	7,3	7	0,1
[illegible]	10 100	19,2	7,5	7,5	12,6	8,8	1 421	14,1
Lac	6 800	27,9	6,7	6,2	17,1	13,3	380	5,6
Logone Occ.	15 100	40,7	13,4	13,2	28,1	17,5	2 998	19,9
Logone Or	15 600	44,7	11,8	11,8	32,2	25,4	3 016	19,3
Mayo Kebbi	35 200	41,6	18,9	18,5	30,2	22,2	3 328	9,5
Moyen Chari	26 700	30,2	19,6	19,5	24,2	19,5	2 936	11,0
Ouaddaï	17 400	27,4	8,5	8,2	18,7	14,2	2 202	12,7
Salamat	5 400	25,2	1,8	1,8	13,0	8,7	473	8,8
Tandjile	15 400	26,9	5,5	5,5	12,9	11,4	2 186	14,2
TOTAL	224 400	31,5	13,6	13,4	21,6	16,1	21 691	9,7

[illegible] Annuels d'Activités Juillet 1987-Juin 1988

BEST AVAILABLE COPY

ANNEXE 14

Couverture vaccinale 12-23 mois par préfecture

ANNEXE 14

COUVERTURE VACCINALE

Enfants 12-23 mois
(en %)

Territoire	Date	BCG	DTC_1	DTC_2	DTC_3	P_1	P_2	PJ	R	** ECV +C	ECV ± C		** TT_2 ± C	T_2 ± C
N'Djamena Ville	1984									3				
	1985									5				
	6/87									16	22			38
	10/87									29	31		39	55
	2/88									59	64			74
Abéché Ville	*7/85	32	23	13	10	23	13	10	-	28	10			
	*8/86	40	18	9	7	18	9	7	-	15	6			
	*5/87	67	50	34	19	50	34	19	39	38	16		15	
	*1988	82	73	59	48	73	59	48	64	54	40		42	
Beinamar	*6/88	59	51	38	31	51	38	31	38	27	18			
Mao Ville	9/87	88								27	36		46	71
Ati Ville	8/87	89								21	26		30	55
Sarh	*7/88	71	45	32	24	43	31	24	-	16	12			
Medeogo Canton	3/88	95							92		56			54
Mao Rural	9/87	63								4	7		0,5	

+C = Carte présentée
-C = Sans carte
± = + Carte, - Carte inclue
** = Séries complétées vérifiées par la présence de carte
* = Enquête faite suivant le protocole de l'OMS par antigène, date, intervalle correct.

ANNEXE 14 (continued)

Territoire	Date		** ECV +C	ECV ±		TT_2 C	** T_2 ±
Mao-Kebbi							
Ville	1987		49	49			70
Ville	6/88		44	50		61	76
Sous/Préfecture:							
S. avancée	6/88		74	75		58	59
Léré							
Ville	1987		23				
Ville	6/88		48	52		42	81
Bongor							
Sous/Préfecture							
S. fixe	6/88		50	53		41	59
S. Avancée	6/88		54	57		44	62
S. mobile (1)	6/88		42	44		9	13
Pianga							
Sous/Préfecture							
S. fixe	6/88		61	67		73	89
S. avancée	6/88		49	51		72	84
S. mobile (1)	6/88		55	57		67	71

(1) Complètement vaccinés, comprenant les enfants ayant reçu une dose de BCG, d'anti-rougeoleux et d'anti-amaril et deux doses de DTCD.

ANNEXE 15

Tableaux récapitulatif d'appui matériel et logistique au SNPEV 1985-1988

ANNEXE 15 a

TABLEAU RECAPITULATIF D'APPUI MATERIELS ET LOGISTIQUE AU S N P E V 1985 - 1988

DESIGNATION PROVENANCE	REFRIGERATEUR	CONGELATEUR	MOBYLETTE	BICYCLETTE	VEHICULE	C. FROIDE
O M S	60	20	20	76	11	0
P N U D	50	3	45	-	11	4
UNICEF	71	28	53	122	1	0
TOTAL	181	51	118	198	23	4

ANNEXE 15 b

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE
ET DE LA SANTE RURALE
SERVICE NATIONAL DU PEV

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

REPARTITION DE MATERIELS DE FROID ET DE MOYENS DE LOCOMOTION PAR PREFECTURE

MATERIEL / PREFECTURE	REFRIGERATEUR	CONGELATEUR	MOBYLETTE	BICYCLETTE	VEHICULE	C. FROIDE
BATHA	9	1	7	10	1	0
B E T	6	5	0	0	0	0
BILTINE	4	1	1	3	1	0
CHARI-BAGUIRMI	37	9	53	97	11	1
GUERA	5	1	4	7	0	1
LOGONE OCCIDENTAL	17	7	10	10	2	0
LOGONE ORIENTAL	9	0	7	8	0	0
MAYO-KEBBI	26	4	11	23	2	0
MOYEN-CHARI	21	2	13	13	1	1
LAC	8	1	0	0	1	0
KANEM	12	2	0	0	1	0
OUADDAI	8	4	2	6	1	1
SALAMAT	3	1	0		1	0
TANDJILE	22	2	9	12	1	0
TOTAL :	187	40 (10)	117/118	183	12	4

Annexe 15

REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT D'ETAT

DIRECTION GENERALE

DIRECTION DE LA MEDECINE PREVENTIVE

ET DE LA SANTE RURALE

SERVICE NATIONAL DU PE[redacted]

ANNEXE 15 c

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

TABLEAU RECAPITULATIF DES CENTRES OPERATIONNELS FONCTIONNELS

ET EN VOIE D'OPERATIONS SUR L'ENSEMBLE DU PAYS

PREFECTURES	CENTRES DE VACCINATION
BATHA	8
B E T	6
BILTINE	4
CHARI_BAGUIRMI	41
GUERA	5
LOGONE OCCIDENTAL	17
LOGONE ORIENTAL	16
MAYO_KEBBI	29
MOYEN_CHARI	15
LAC	9
KANEM	9
[illegible]DAI	6
SALAMAT	3
TANDJILE	22
14	190

ANNEXE 16

Evaluation du budget de la santé et dépenses de santé

ANNEXE 16

TABLEAU III 19

EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE
(en milliers de F CFA)

ANNEE	BUDGET ETAT	BUDGET SANTE			DEPENSES ENGAGEES			% DEPENSES SANTE/ B. ETAT	% PERSONNEL	% FONCTIONNEMENT
		Personnel	Fonction°.	Total	Personnel	Fonction°.	Total			
1977	16.910.336	ND	ND	ND	740.675	385.480	1.126.155	6,7	65,8	34,2
1982	39.335.503	952.916	593.600	1.546.516	952.916	80.000	1.032.916	2,6	92,3	7,7
1983	42.550.420	967.592	304.600	1.272.192	967.592	85.000	1.052.592	2,5	91,9	8,1
1984	28.400.607	671.370	122.248	739.518	617.370	90.435	707.805	2,8	87,2	12,8
1985	27.113.772	701.264	181.836	883.100	701.264	90.935	792.199	2,9	88,5	11,5

Sources : 1977 : Annuaire de Statistiques Sanitaires du Tchad, 1977
(Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales)

1982-1985 : Direction du Trésor (Ministère des Finances et du Matériel)

TABLEAU III 20

DEPENSES DE SANTE

1. DEPENSES DE SANTE GLOBALES

	1985		1986		1987		1988	
	Millions CFA	(%)	Millions CFA	(%)	Millions CFA	(%)	Millions CFA	(%)
Depenses Sante de l'Etat	1,033	(33,3)	1,053	(17,2)	708	(10,3)	792	(12,7)
Aides Exterieures	2,315	(66,7)	5,071	(82,8)	4,721	(69,7)	5,411	(87,3)
T O T A L	3,348	(100,0)	6,124	(100,0)	5,429	(100,0)	6,203	(100,0)

2. DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT

	1985	1986	1987	1988
Population (en milliers)	5,361	5,180	5,303	5,423
	CFA/Habitant	CFA/Habitant	CFA/Habitant	CFA/Habitant
Depenses Santé de l'Etat	204	203	134	146
Aides Exterieures	393	981	892	997
	[illegible]	[illegible]		1,043

Sources : Budget Santé de l'Etat :
Direction du Tresor (Ministère des Finances et du Matériel)

Aides Exterieures : 1985-1987 : Banque Mondiale. Situation Economique et Priorités de Juin 1987
1988 : Estimations Ministère du Plan

BEST AVAILABLE COPY