

Programme National d'Eradication de la Polio au Tchad

5^{ème} REUNION DU GROUPE TECHNIQUE CONSULTATIF
N'Djaména, 29-30 novembre, 2010

RAPPORT de SYNTHESE

1. Introduction

Cette réunion extraordinaire du Groupe Consultatif Technique (GTC) avait été prévue à l'issue de la 4^{ème} réunion du GTC, en juillet 2010, de façon à procéder à un état des lieux après la saison des pluies. Le dernier cas de polio confirmé était survenu en mai 2010. Il convenait donc d'examiner la situation actuelle à la lumière des données de surveillance, des rapports d'activité et de la date buttoir d'arrêt de la transmission de la fin décembre 2010 pour les pays ayant ré-établi la transmission de la polio. A la veille de la réunion, une information est parvenue du laboratoire de référence de Yaoundé signalant quatre résultats positifs sur échantillons de selles provenant du Tchad: Un échantillon s'était révélé positif pour une infection mixte par P1 et P3 ; trois autres échantillons s'étaient révélés positifs pour le P1. Le PVS P1 n'avait pas été isolé à partir du Tchad depuis novembre 2008 bien qu'il continuait de circuler dans deux pays voisins (Cameroun et Nigeria).

Cette information a amené le GTC à concentrer son travail sur la présence de ces nouvelles souches et sur les activités entreprises et nécessaires pour endiguer les flambées connues tout en renforçant la recherche de nouveaux cas qui auraient pu échapper à la surveillance durant et peu après la saison des pluies.

2. Ouverture de la réunion

L'ouverture de la réunion a été marquée par un mot de Mme le Ministre, représentée par Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la santé publique, ainsi que les mots de Messieurs les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF et du président du GTC.

La réunion a alors donné lieu aux interventions suivantes :

- Présentation et adoption de l'agenda de la réunion. (Le rapport du 4^{ème} GTC ainsi que les recommandations issues de cette réunion ont été officiellement adoptés plus tard dans la journée après examen de ces documents par les membres du GTC).
- Présentation de l'état de mise en œuvre des recommandations de la 4^{ème} réunion du GTC par le Directeur Général Adjoint des Activités Sanitaires.
- Présentation de l'état de la situation de la surveillance épidémiologique de la poliomyélite au Tchad par le Chef de service de surveillance épidémiologique intégré.
- Présentation de l'état de mise en œuvre des AVS par le Coordonnateur adjoint du PEV.
- Présentation de la situation du PEV de routine par le Coordonnateur du PEV
 1. Surveillance
 2. AVS Polio et monitoring
 3. PEV de routine
 4. Communication
 5. Coordination
- Le président a remercié les membres nationaux du GTC pour le travail réalisé depuis la dernière réunion du Groupe en juillet 2010.

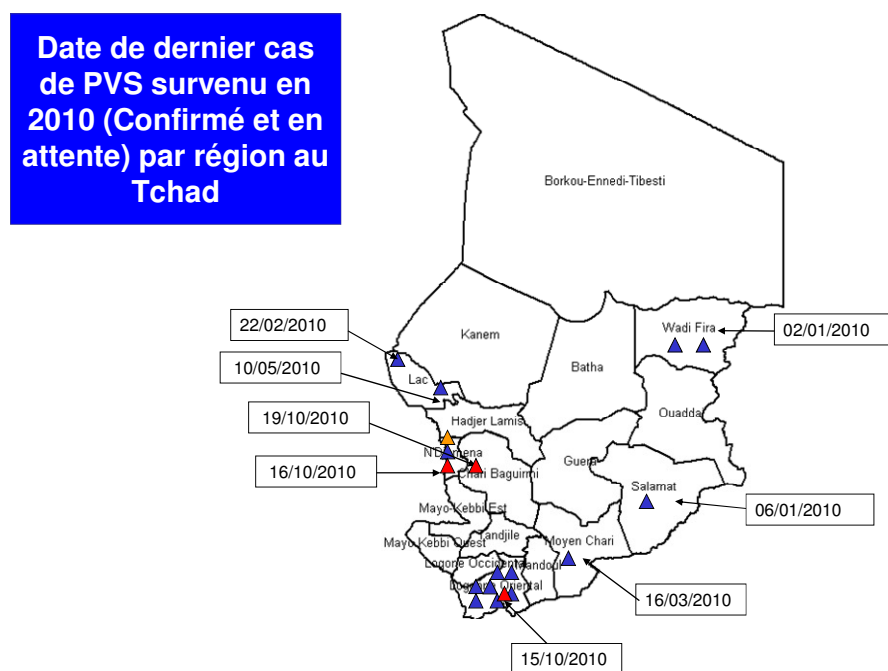
La liste des participants à la réunion figure en Appendix 1

3. Sommaire des travaux

L'examen systématique de la situation par le GTC a été structuré selon les recommandations exprimées par le groupe en juillet dernier, lors de sa 4^{ème} réunion. Ce faisant, les données concernant les quatre nouveaux cas confirmés ont été prises en compte afin d'étayer les conclusions et recommandations du GTC.

3.1 Aperçu de la situation actuelle

Quatre (4) nouveaux cas de poliovirus sauvages viennent d'être isolés par le labo de Yaoundé à N'Djamena (1 type 1 et 1 mixte 1+3), au Chari Baguirmi (1 type 1) et au Logone Oriental (1 type 1). Au 30 novembre 2010, il n'y avait pas de cas de PFA en attente de résultats du laboratoire de référence.



3.2 Examen des recommandations du 4eme GTC au vu de ces nouveaux cas

3.2.1. Surveillance

- 1) Les indicateurs de performance de la surveillance des PFA a la semaine 44 sont satisfaisants au niveau national mais inférieurs aux cibles opérationnelles (taux de PFA non polio > 2/100 000 et % échantillons de selles dans les 14 jours > = 80%) dans 10 provinces sur 21.
- 2) Un obstacle majeur au bon suivi des nouveaux cas de PFA est le manque d'analyse de ces cas au niveau central avant l'arrivée des résultats du laboratoire de référence. Des semaines peuvent ainsi se passer sans que le niveau central ne puisse intervenir sur des cas de PFA évoquant fortement un diagnostic de polio (les cas appelés « cas chauds »). C'est ainsi que deux des nouveaux cas de polio survenus à N'Djamena en septembre et octobre n'ont été portés à la connaissance du niveau central qu'un mois et deux mois, respectivement, après leur notification au niveau local. Ces deux cas, bien que fortement évocateurs de polio, ne feront donc l'objet de ratissage ou de surveillance renforcée que plusieurs semaines après leur notification initiale.

3) Les délais d'acheminement des échantillons de selles du niveau central vers le labo de Yaoundé (avec un envoi par semaine par la route) se sont nettement améliorés entre le 2e trimestre (36% dans les 7 jours) et le 3e trimestre (78%). Cependant les délais de transport des échantillons du district vers le niveau central devraient être améliorés. On note en particulier les points suivants :

- Les antennes de surveillance ont bénéficié de supervision formative et d'appui spécifique du niveau central, ce qui a permis d'améliorer les délais de recueil des échantillons qui, du prélèvement au niveau du district jusqu'à l'arrivée au laboratoire, varient entre 3 et 12 jours. Bien qu'en cours d'amélioration, des efforts doivent être faits pour réduire les délais d'acheminement des échantillons du niveau périphérique vers le niveau central.
- L'OMS a mis en place un mécanisme transport routier qui garanti la transmission hebdomadaire des échantillons des selles depuis N'Djamena au laboratoire de Yaoundé (délai de route =2jrs), toutefois il a été conseillé au pays d'identifier des mécanismes alternatifs au cas où le laboratoire de Yaoundé ne serait plus accessibles. Dans le cadre du réseau de laboratoire accrédité par l'OMS les laboratoires de Bangui ou d'Afrique du Sud seraient une alternative.
- Compte tenu du refus des vols humanitaires de transporter les échantillons des cas de PFA d'Abéché à N'Djamena, il a été demandé au Représentant de l'OMS de discuter avec son homologue du PAM pour permettre le transport aérien des échantillons. Une mesure alternative par route a été identifiée.

4) Analyse hebdomadaire des fiches d'investigation

- Les rapports d'investigation sont analysés et les informations manquantes complétées ce qui a permis de réduire considérablement le pourcentage de statut vaccinal inconnu de 30% à 12%. Cet effort doit se poursuivre.

**Encadré 1.a.
Proposition de Mise en Œuvre de
la Revue des Activités de
Surveillance**

Période: 2ème quinzaine de février 2011

Taches à accomplir :

- 1) Finaliser les TDR et les évaluateurs externes et les partager avec les membres du GTC avant fin décembre 2010
- 2) Détailler le plan opérationnel et finaliser les budgets et les aspects administratifs d'ici fin décembre 2010
- 3) La méthodologie de l'examen de la surveillance PFA et autres maladies cibles du PEV doit être mise au point dans les délais les plus brefs :
 - a. Toutes les composantes de la surveillance seront évaluées (processus, personnel, ressources, etc....)
 - b. Période: 2ème quinzaine de février 2011, durée: Deux semaines
 - c. Participants
 - d. Evalueurs externes (OMS, CDC Atlanta, Unicef, autres partenaires...
 - e. Evalueurs nationaux
 - i. Des questionnaires seront administrés par niveaux (Central, intermédiaire et périphérique), ceux-ci seront validés au niveau international
 - ii. Chaque équipe régional/district sera composée au moins d'un évaluateur externe et 2 évaluateurs nationaux
 - iii. Régions cibles
 - f. Les 27 districts ciblés dans le plan stratégique 2010 et 2012 seront en particulier ciblés
 - g. D'autres districts pourront être inclus
 - i. Préparatifs
 - h. finaliser les Termes de Référence
 - i. détailler le plan opérationnel
 - j. finaliser les budgets et les aspects administratifs

5) Classification à temps

- Tous les cas de PFA sont régulièrement classifiés, le CNEP s'est réuni régulièrement tous les 2 mois et sa composition a été réaménagée afin de le rendre encore plus opérationnel (aucun cas de PFA en instance de classification de plus de 90 jours).
- 6) La revue externe de la surveillance des PFA a été re-planifiée au 1er trimestre 2011 en raison d'un calendrier d'activités chargé au 4^e trimestre 2010. Il a été mis en place un groupe de travail durant la réunion du GTC visant à produire les termes de référence (TDR) de la revue externe de sorte à recevoir immédiatement les intrants, mais la date devrait être transmise le plus tôt possible aux partenaires afin de garantir la présence des partenaires. Durant la réunion du GTC, un groupe de travail a produit une proposition concernant cette revue externe (Voir encadre 1.a.)
- 7) Les renseignements manquent sur les activités (surveillance, AVS...) de l'autre coté de la frontière. Le dernier cas de PVS dans le Bornou State remonte au 10 octobre 2010.
- 8) La transmission hebdomadaire des échantillons de selles à Yaoundé est assujettie à une ouverture permanente des frontières. Par mesure de précaution, il faut envisager d'autres opportunités (Bangui, Addis Ababa ?).
- 9) Le monitoring des selles est insuffisant en l'absence d'information sur le taux d'entérovirus non-polio détecté dans les échantillons. Le taux d'entérovirus non-polio dans les selles de cas de PFA devraient être connus pour chaque région.
- 10) Les échanges sont en cours pour l'élaboration des termes de référence pour la revue du PEV. Il est important de préciser la date de la revue pour avoir un appui extérieur de qualité.

Encadré 1 : Recommandations détaillées concernant la Surveillance

- 1) Dorénavant, tous les cas de PFA (environ 300 à 350 par an, soit une moyenne d'un par jour) devront être notifiés dès leur découverte par le niveau périphérique au niveau central. Au niveau central, un monitoring systématique de tous ces cas devra être mis en place afin de s'assurer que des délais indésirables n'interviennent pas à une quelconque des étapes du traitement et du suivi de ces cas. Ces informations pourront être communiquées depuis le terrain au niveau régional et/ou central par téléphone ou SMS, avec accusé de réception par l'autorité responsable au niveau central.
- 2) La recommandation de juillet 2010 relative à la riposte prompte en présence de « cas chauds » est réitérée. Il faudra donc réaliser des investigations des « cas chauds » de PFA selon des procédures d'opérations normalisées mises à jour indiquant : les critères définissant de tels cas; la conduite à tenir ; les normes de notification aux niveaux régional et central ; et l'autorité responsable de la mise en œuvre d'une riposte le cas échéant (Fixer les critères pour la prise de décisions en présence de « cas chauds » ; fiche de CAT avec nom du responsable voir service de surveillance pour définition cas chaud). Le pré-positionnement des vaccins, selon la capacité et conditions de stockage/conservation, devra faire partie de ces nouvelles mesures.
- 3) Dans la mesure de leur moyens, les personnels du niveau central doivent investiguer

dans les délais les plus brefs les cas probables de polio et prendre les mesures qui s'imposent sans attendre la confirmation par le laboratoire de référence. Les fonds nécessaires pour mener ces investigations et entreprendre une riposte seraient disponibles par réallocation des économies faites sur les AVS.

- 4) On devra s'assurer que les délais d'acheminement des échantillons du niveau périphérique vers le central n'excèdent pas 3 jrs d'ici le 31 mars 2011. Ceci nécessite :
 - a. L'implication d'autres partenaires dans la facilitation du transport des échantillons (PAM.....)
 - b. Le suivi des délais d'acheminement dans le transport des échantillons du niveau périphérique vers le niveau central (Mise à jour hebdomadaire et communication et suivi renforcés au niveau central ainsi qu'il est proposé plus haut)
 - c. Le suivi de l'indicateur qualitatif des échantillons (taux entérovirus non-polio)
 - d. Le suivi des délais d'acheminement entre la date de prélèvement et la date d'arrivée au laboratoire
 - e. Le partage des informations par communication directe (voir plus haut) et dans le bulletin de retro information
- 5) D'ici fin décembre 2010, L'OMS devra identifier un laboratoire alternatif au cas où celui de Yaoundé ne serait plus accessible.
- 6) Un examen externe de la surveillance des PFA et des autres maladies cibles du PEV devra être effectué au 1er trimestre 2011 selon la proposition présentée dans l'encadré 1.a.
- 7) Le bulletin de rétro-information hebdomadaire devra comporter en plus des informations clés sur la surveillance, les informations relatives aux AVS. Pour les AVS : mise à jour régulière des dates et types de vaccins des campagnes planifiées et mises en œuvre; suivi du monitoring indépendant.

3.2.2. AVS Polio et monitoring

Depuis le dernier GTC, les campagnes ont été mises en œuvre dans 10 des 11 régions planifiées. La région du Lac a du retarder d'un mois ses activités du à l'épidémie de cholera. Une JNV bOPV a été organisée fin Octobre. La mise en place de la "nouvelle approche » n'a été étendue qu'à 11 des 21 régions. Des tours additionnels on été réalisés dans les zones à risque. Le monitoring effectué dans certains districts montre généralement une amélioration de la proportion d'enfants non-vaccinés de tour en tour mais certaines régions (Batha, Guera, Mayo Kebbi Ouest) ou certains Districts Sanitaires (Ndjamena Sud, Aboudea Am Timan, Iriba) présentent une proportion d'enfants non-vaccinés variant de 91% à 17% pour les enfants dans les ménages et de 93% à 13% pour les enfants hors ménage. Une étude spéciale organisée à Moundou en septembre 2010 montre que la raison majeure de non vaccination des enfants est la non-visite ou non-revisite des maisons dont les enfants sont absents.

Les points suivants ont aussi marqué le déroulement des activités de ces derniers mois :

- 1) Des réunions de coordination transfrontalière ont abouti à la programmation et réalisation des ripostes transfrontalières dans 4 régions sanitaires.

- 2) La nouvelle approche n'a pas été étendue à tout le pays, mais elle est faite de manière progressive et nécessite le renforcement de l'appui technique et des ressources humaines pour faciliter sa mise en œuvre. La documentation sur le nombre de régions et de districts qui ont adopté la nouvelle approche comparée avec les régions et les districts qui ne l'ont pas adopté n'est pas disponible.
- 3) Elle semble plus facilement mise en œuvre au niveau rural qu'au niveau urbain où il est de plus en plus envisagé une forme associant l'ancienne et la nouvelle en fonction du contexte régional.
- 4) L'appropriation par les autorités administratives et sanitaires de la nouvelle approche où celle-ci a été mise en place est remarquable. Leur soutien et leur suivi pendant les campagnes sont à noter.
- 5) L'amélioration des couvertures vaccinales dans les districts et dans les régions avec la nouvelle approche est signalée par le personnel du programme mais celle-ci reste insuffisante car la mise en place de la stratégie novatrice n'est encore ni systématique ni standardisée. Elle varie d'une région à l'autre et l'on manque de données comparatives sur la couverture vaccinale réalisée dans les districts qui appliquent des stratégies différentes.
- 6) Le monitoring et l'évaluation ne sont pas faits de manière systématique ni dans tous les districts à risques, ce qui ne va pas dans le sens des recommandations du GTC.
- 7) Il n'existe pas à ce jour une documentation nécessaire qui permette de comparer les acquis et les faiblesses de la nouvelle approche par rapport à l'approche traditionnelle. Ainsi que le GTC l'avait préconisé lors de sa réunion de juillet, il est nécessaire de documenter l'impact de cette approche en ce qui concerne:
 - a. La perte des données sur les enfants de moins d'un an.
 - b. La baisse des coûts de l'enfant vacciné.
- 8) Un appui externe est nécessaire pour standardiser les outils de mise en œuvre, le développement d'un guide et les outils de monitoring et d'évaluation de la nouvelle approche.
- 9) Il existe un avant-projet succinct d'un document décrivant la nouvelle approche et sa mise en œuvre périphérique. Cependant, comment devrait se faire la micro-planification décentralisée à la région, au niveau du district et de l'aire de santé n'est pas décrit, non plus le rôle des comités régionaux et des COGES (comités de gestion du village). L'institutionnalisation de la nouvelle approche n'est appliquée que de manière ad-hoc aux différents niveaux.
- 10) Au regard de la découverte de 4 nouveaux cas de PVS, le niveau national doit élaborer un plan de mise en œuvre de riposte de sorte à couvrir au moins chaque dernier cas de 4 tours de campagne. Une partie des fonds est disponible en raison des économies opérées lors des derniers AVS (39 millions de FCFA).
- 11) Il est nécessaire de distinguer les données de couverture vaccinale des enfants âgés de 0-11 mois de celles des enfants de 12-59 mois dans la mise en œuvre de la nouvelle approche.
- 12) La nouvelle approche couvre 8 régions sur 21. Elle s'est révélée plus facile dans les régions du Sud. Des DSR ont sollicité un appui technique pour la mise en œuvre de la nouvelle approche.

- 13) La nouvelle approche, efficace en zones rurales semble poser quelques difficultés en zones urbaines. Il est donc nécessaire d'envisager une approche mixte pour les zones urbaines.
- 14) La nouvelle approche n'a pas été évaluée pour des raisons de manque de ressources humaines.
- 15) La réunion transfrontalière entre le Tchad, le Cameroun, le Niger et le Nigeria, recommandée par le GTC à sa dernière réunion, n'a pas été réalisée. On note cependant qu'une réunion de coordination s'est tenue entre le Tchad et le Cameroun

Encadré 2 : Recommandations détaillées concernant les Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)

- 1) Assurer le monitoring indépendant systématique pour chaque AVS dans tous les 27 districts identifiés à haut risque. Ces activités doivent être planifiées tôt pour assurer l'engagement des partenaires ainsi que les ressources humaines nécessaires à leur bonne conduite. Les résultats devraient être partagés avec les niveaux régional et global dans le délai imparti.
- 2) Revacciner immédiatement avec du vaccin bivalent OPV1-3 toute zone où le taux de non-couverture (proportion d'enfants non vaccinés) est de plus de 10%.
- 3) Appliquer la même méthodologie et l'utilisation de mêmes formulaires dans l'ensemble du pays afin d'assurer la comparabilité de différents passages et exploiter tous les indicateurs, y compris ceux liés à la communication.
- 4) Lors des activités de vaccination, comptabiliser les enfants de moins d'un an séparément des enfants plus âgés, la feuille de pointage aux vaccinateurs doit intégrer cette distribution. L'analyse doit séparer les tranches d'âge (0-11 mois et 12-59 mois).
- 5) D'autres éléments de la liste établie des "10 éléments essentiels à la nouvelle approche" devraient être considérés pour le monitoring et inclus dans les outils de vérification.
- 6) Réaliser trois journées nationales de vaccination avec le vaccin bivalent OPV1-3. Le premier tour aura lieu dans la semaine du 13 décembre. L'identification récente de cas confirmés de PVS1, virus non identifié depuis 2008, nécessite une préparation et un monitoring renforcé dans des 3 Districts affectés. Deux autres journées devraient être planifiées au tout début de l'année 2011. Il est à noter que durant la quinzaine qui inclut la période des Journées Nationales de Vaccination au Tchad, des campagnes de vaccination se dérouleront aussi dans les zones frontalières du Cameroun et de la République Centre Africaine.
- 7) Assurer, suivre et documenter l'engagement politique des gouverneurs avant et durant les JNV.
- 8) Ainsi que le GTC l'avait préconisé lors de sa dernière réunion, organiser au plus tôt une réunion de coordination entre le Tchad, le Cameroun, le Niger et le Nigeria afin d'examiner minutieusement les aspects épidémiologiques et opérationnels touchant à la transmission transfrontalière du PVS et aux activités de riposte.

3.2.3. PEV de routine

Les activités suivantes ont été partiellement ou totalement réalisées :

- 1) Renforcement de la chaîne de froid N'djamena pour poursuivre la campagne selon la nouvelle approche :
 - Mise à disposition par le MSP de 2 groupes électrogènes de 35 KVA, renforcement en accumulateurs dans tous les districts.
- 2) Renforcement du processus de monitoring du PEV, y compris le DQS :
 - DQS réalisé dans 4 districts de N'djamena et 5 districts du Logone Oriental avec l'appui des consultants.
 - Le GTC note le renforcement du monitoring en général au niveau du PEV. L'application du DQS a amélioré la qualité des données du PEV.
 - le GTC note aussi que la revue externe est planifiée pour le 1er trimestre 2011.
- 3) Mise en place et réunions mensuelles des comités régionaux de validation de données à l'instar du comité national qui fonctionne depuis le début 2010 :
 - Une circulaire du SG /MSP a été émise dans ce sens en octobre dernier. Un tel comité a été mis en place dans la région du Batha.
 - Les réunions mensuelles des comités régionaux de validation des données doivent être réévaluées à l'occasion de la réunion bilan prévue en fin d'année. Cette recommandation est reconduite.

Encadré 3 : Recommandations détaillées concernant le Programme Elargi de Vaccination

- 1) Réaliser la revue externe du PEV programmée pour le 1^{er} trimestre 2011 ainsi que le GTC l'avait préconisé lors de sa réunion précédente.
- 2) D'ici à la fin du 1er trimestre 2011, élaborer un plan stratégique à court, moyen et long terme pour la réhabilitation de la CDF et le renforcement du PEV, sur la base de l'évaluation de 2010. Le plan doit être étoffé pour inclure les éléments de la chaîne de froid (moyens roulants, chaîne de froid, etc.).

3.2.4. Communication

- 1) Un progrès réel a été noté dans l'organisation de réunions régulières de coordination de communication, mais la planification de la communication et de la vaccination reste à être intégrée à tous les niveaux.
- 2) Le renforcement des capacités dans le domaine de la communication est effectif avec le recrutement, la formation et le déploiement de 26 coordonateurs régionaux de communication polio/PEV. Une activité de formation supplémentaire est prévue pour combler certaines carences qui ont été identifiées.
- 3) Les résultats du Monitoring Indépendant (MI) sont utilisés au niveau central pour la planification des AVS mais une recherche socio-anthropologique est nécessaire pour améliorer la qualité de la communication et l'adapter au contexte régional et du district.

- 4) Etude sur les causes d'absence : Les fonds ont été reçus en août et les démarches sont en cours pour identifier un bureau d'étude garantissant une étude de qualité. Dans cette attente, la recommandation du GTC portant sur l'étude sur les causes des enfants absents ou manqués lors des campagnes est réitérée.
- 5) Un plan opérationnel d'urgence AVS et PEV de routine a été développé mais non mis en œuvre pour des raisons de financement
- 6) Des plans de communication spécifiques par régions seront élaborés avec l'appui des consultants sur le terrain. Ces plans seront élaborés en janvier et seront opérationnels en février et mars 2011. La priorité est donnée aux zones à haut risque. Une forte implication des acteurs du terrain est souhaitée.
- 7) Vaccinateurs et mobilisateurs sociaux devraient être formés conjointement afin d'assurer une bonne collaboration. A cette même fin, les activités de communication devraient être programmées en fonction des dates prévues pour les campagnes de vaccination.
- 8) Une réunion de suivi de la déclaration des Gouverneurs de N'Djamena au Logone Occidental est fortement souhaitable.

Encadré 4 : Recommandations détaillées concernant la Communication

- 1) Mener d'urgence une étude sur les raisons des absences (évaluation rapide à envisager en attendant le CAP d'ici décembre 2010)
- 2) Elaborer un plan d'urgence de communication effectif et documenté couvrant la période de riposte
- 3) Réviser la stratégie nationale de communication PEV et des AVS à partir de décembre et développer des plans opérationnels d'ici fin février 2011 pour les régions et particulièrement les 27 districts à haut risque.
- 4) Intégrer la communication dans la planification des AVS à tous les niveaux (UNICEF, ministère santé, groupe technique), y inclure la documentation de la communication
- 5) Disséminer, institutionnaliser, collecter et analyser les 8 indicateurs standards de gestion de programme et de la communication dans les régions à haut risque.

3.2.5. Coordination

En ce qui concerne la coordination, le constat suivant s'impose:

- Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) :
 - Il n'y a pas eu de réunion du Comité de Coordination Inter Agence sur la polio depuis le début de cette année bien que deux réunions du CCIA se soient tenues en 2010, mais sur d'autres sujets.
 - Le Partenariat au niveau stratégique demeure non développé

- Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV):
 - Les réunions en sont documentées.
 - Son partenariat est encore limité: MSP-PEV-BIEC-CRT-UNICEF-OMS ;
 - Il existe un bon suivi des fonds mis à disposition par les partenaires et une bonne participation des partenaires à la budgétisation des fonds gouvernementaux.
 - Les réunions sont régulières en précampagne mais insuffisantes en post campagne.

- Comités de coordination des AVS:
 - Un comité national de gestion et de coordination des AVS a été créé par arrêté MSP et placé sous la direction du DGAS. Ce qui est une faiblesse car d'autres agences et départements sont aussi concernés bien que ne figurant pas parmi les participants. Ce comité national n'est pas fonctionnel.
 - Au niveau régional, des comités analogues sont présidés par les Gouverneurs mais ils ne sont pas uniformément performants (Réunions plus régulières dans les régions avec appui technique et adoptant la nouvelle approche : N'Ndjamena, Chari B., LOR, LOC, HL, Lac, Salamat).
 - Le suivi quotidien emprunte des formes variées durant campagne (bulletins quotidiens- Régions avec appui, contact téléphonique –PEV).
 - Il n'y a pas eu de réunion transfrontalière sur la Polio entre les DS de la zone du Lac bien qu'une telle réunion ait été organisée au sujet du cholera.

- Gestion des ressources:
 - Il existe une meilleure transparence dans la gestion des fonds au niveau central: dépenses effectuées connues, reliquats identifiés après chaque campagne.
 - On note une bonne intention dans la participation aux coûts des campagnes: une subvention de 43 Millions de CFA sont est allouée par le Gouvernement à la polio.
 - Un commun accord a été obtenu pour l'utilisation du format budgétaire intégré.

Encadré 5 : Recommandations détaillées concernant la Coordination

- 1) Redynamiser la CCIA et faire appel à Madame le Ministre de la santé publique pour convoquer une telle réunion au plus tôt sur la polio et la réponse à donner à l'épidémie actuelle de PVS1.
- 2) Redynamiser le comité national de gestion et de coordination des AVS et de le placer sous l'autorité du Secrétaire General pour plus d'efficacité et de régularité de fonctionnement.
- 3) Redynamiser les comités régionaux avec l'appui technique de la coordination nationale, du CNC, de l'OMS, UNICEF, Croix rouge, membres nationaux du GTC et du personnel du niveau central.
- 4) Formaliser ces comités à partir de textes existants et établir les cahiers de charges et en assurer le suivi.
- 5) Fournir la rétro information sur le fonctionnement des comités régionaux de gestion de campagne et en prévoir une évaluation.

3.2.6. Note d'information sur la Décennie de la Vaccination

Pour information, une présentation très enrichissante sur la décennie de la vaccination a été présentée et discutée. Il en ressort :

- Le constat du plafonnement de la couverture vaccinale mondiale à 80%
- Le besoin d'incorporer les programmes spéciaux pour l'éradication ou l'élimination régionale des maladies dans une stratégie mondiale de vaccination
- L'existence de vaccins non ou peu utilisés
- L'annonce d'un fonds de 10 milliards de \$US par la Fondation Bill et Melinda Gates pour stimuler le renforcement de la vaccination
- La formulation d'une stratégie mondiale pour la Décennie de la Vaccination a été assignée à quatre grands groupes dans les domaines suivants: Mise en Œuvre de la Vaccination ; Recherche ; Plaidoyer ; et Financement.

L'OMS et l'UNICEF assument le leadership de la composante « Mise en Œuvre de la Vaccination ». A cette fin, celles-ci ont établi quatre groupes de travail :

- 1^{er} groupe : Couverture et équité
- 2^e groupe : Vaccination et synergie
- 3^e groupe : Monitoring de la performance du PEV et de l'impact sur le système de santé
- 4^e groupe : Volet financement

Au niveau de la Mise en Œuvre de la Vaccination, le GIVS est très actuel et servira de base précieuse à la formulation de la nouvelle stratégie. La polio est concernée par la décennie des vaccins, du double point de vue de la campagne en cours et du renforcement des activités vaccinales de routine.

Cette initiative est une source de renforcement des systèmes de vaccination et des services qui incitera les états à une plus grande appropriation de la vaccination.

4. Conclusion et Recommandations Générales :

La situation de la polio au Tchad est préoccupante, en dépit de progrès réalisés dans plusieurs domaines au cours de ces derniers mois. La survenue de nouveaux cas, en particulier la réapparition du PVS P1 après deux ans d'absence, peut signaler soit une importation à plusieurs foyers, soit une persistance prolongée mais non détectée de ce type de virus, ce qui est moins probable. Le séquençage des souches isolées permettra d'en retracer l'histoire. En tout état de cause, on doit noter la défaillance relative du système de surveillance et de riposte qui a laissé des délais prolongés s'écouler entre la survenue de plusieurs de ces cas et la riposte à ces flambées. On peut supposer que d'autres cas seront détectés durant les campagnes de vaccination prévues pour décembre 2010 et le début de 2011.

Le GTC a formulé des recommandations détaillées sous chacune des rubriques de ce rapport. Le GTC aimerait toutefois mettre l'accent sur les recommandations générales suivantes :

Un soin particulier doit être apporté aux Journées Nationales de Vaccination de décembre afin qu'elles soient les plus performantes de toutes celles conduites à ce jour au Tchad. Ces JNV permettront de couvrir l'ensemble des enfants éligibles dans le pays, en particulier dans les zones concernées par les nouvelles flambées ainsi que les zones où un pourcentage d'enfants très élevé échappe régulièrement à la vaccination. Ces JNV permettront aussi de déceler des cas de PFA et, parmi eux, des cas cliniques très évocateurs de la polio.

La découverte de cas de PFA très évocateurs de la polio (« cas chauds ») doit entraîner des mesures de riposte immédiates selon une conduite à tenir qui doit être rendue explicite par des instructions claires et selon un arbre décisionnel préétabli. A cette fin, les cas de PFA doivent être notifiés au niveau central immédiatement après leur découverte et faire l'objet d'un suivi rapproché avec, dans la mesure des moyens disponibles, une visite sur place rapide de ces cas par le personnel de l'équipe centrale (Nationale et OMS).

Les activités vaccinales font appel à une coordination renforcée entre les équipes de vaccination et les personnels spécialisés dans la communication nouvellement formés et déployés.

Compte tenu de l'importance portée au Tchad dans le cadre du programme mondial et de l'importance donnée à la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique, le GTC demande qu'une actualisation conjointe et mensuelle des progrès soit partagée avec l'ensemble des membres du GTC par le bureau pays OMS. Cette actualisation, sous forme de tableau simplifié, doit reprendre l'ensemble des recommandations développées dans ce rapport et apporter des informations quantitatives et qualitatives sur le progrès accompli dans leur mise en œuvre.

A ce tournant critique de l'éradication de la polio au Tchad, le GTC sollicite Madame le Ministre de la Santé et, par son intermédiaire, les plus hautes autorités du pays, pour que les activités de vaccination, de vigilance et de coordination soient renforcées dans les plus brefs délais et avec tous les moyens requis afin de permettre au Tchad, à la région Africaine et au monde entier d'atteindre le but d'éradication de la Polio qu'ils se sont fixé.

Encadre 6 : Récapitulation des Recommandations Générales

1. Organiser des Journées Nationales de Vaccination de décembre 2010 de qualité, en particulier dans les zones concernées par la nouvelle flambée de PVS1 et développer la recherche active de cas de PFA très évocateurs de la polio.
2. Organiser une riposte immédiate lors de la découverte de cas de PFA « chauds » en suivant les instructions claires selon l'arbre décisionnel préétabli en faisant un suivi rapproché et une visite sur place rapide de ces cas par le personnel de l'équipe centrale (Nationale et OMS).
3. Organiser l'intégration de la communication dans le processus de planification et de formation du personnel mettant en œuvre les AVS en particulier des 26 communicateurs coordinateurs déployés.
4. Partager mensuellement et de manière conjointe les progrès réalisés par le pays avec l'ensemble des membres du GTC sous forme de tableau simplifié reprenant l'ensemble des recommandations développées dans ce rapport et apportant des informations quantitatives et qualitatives sur le progrès accompli dans leur mise en œuvre.
5. A ce tournant critique de l'éradication de la polio au Tchad, le GTC sollicite Madame le Ministre de la Santé et, par son intermédiaire, les plus hautes autorités du pays, pour que les activités de vaccination, de surveillance, de communication et de coordination soient renforcées dans les plus brefs délais et avec tous les moyens requis afin de permettre au Tchad, à la région Africaine et au monde entier d'atteindre le but d'éradication de la Polio qu'ils se sont fixés.

Annexe 1. LISTE DES PARICIPANTS

Participant	Titre/Affiliation
Prof. Daniel Tarantola	Président du GTC
Dr Amara Touré	Membre du GTC, Tchad
Dr Yankalbé Pabamé Mahouri	Membre du GTC, Tchad
Dr Patalé Tézééré Madi	Membre du GTC, Tchad
Dr Brigitte Touré	Membre du GTC, Unicef/WCARO, Dakar
Dr Jean-Marc Olivé	Membre du GTC, OMS Viet Nam
Dr Antoine Kabore	Membre du GTC
Dr. Saidou Pathé Barry	Représentant de l'OMS, Tchad
M. Marzio Babilie	Représentant de l'Unicef au Tchad
Dr Jos Vandelaer	Unicef/New York
Dr Norbert Ngandabanyikwa	WHO/IST/CA, Libreville
Ms Irina Dincu	Unicef/WCARO
Dr Mbaye Salla	WHO/AFRO, Ouagadougou
Mme Katrina Kretsinger	CDC/Atlanta, USA
Ms Liliane Boualam	WHO/HQ, Genève
Dr Teophane Tetimian	ROTARY et Président de l'Ordre des médecins du Tchad
Dr Harba Khamis	SG/MSP, Tchad
Dr Rohingalaou Ndoundo	DSPLM/MSP, Tchad
Dr Matchoké Gong Zoua	DGAS.A/MSP, Tchad
Dr Félicité Bélingar	Directrice de la SRV/MSP, Tchad
Dr Dadjim Blague	DOSS/MS, Tchad P
Mr Issa Mousaye	Directeur Planification/MSP, Tchad
Dr Sylvain Djimrangar.N.	DSRV adjt/MSP, Tchad
Dr Djabar Hamid	Responsable du PEV/MSP, Tchad
Dr Chérif Bahradine	Resp. adjt PEV/MSP, Tchad
Dr Adrinkaye Allaou	Santé des Armées/MD, Tchad
M. Djazouli Ibn Adam	Responsable de BIEC/MSP, Tchad
Mr Adoum Dalliam	CNTA/MSP, Tchad
Mr Ali Abderamane	SSEI/MSP, Tchad
M. Abakar Djimasngar	Labo/MSP, Tchad
M. Kodbesse Boulotigam	Unicef, Tchad
Dr Yaaron Wolman	Unicef, Tchad
Dr Goudja	Coord. Médical/CRT, Tchad
Dr Dah OULD CHEIKH	TL/IVD/OMS, Tchad
Dr Djalal Mohammed Elhafiz	NOP/PEV de routine/OMS, Tchad
Mr Lukadi Camille	Logisticien international/OMS
Dr Placide Gbedonou	MO/AVS/OMS, Tchad
Dr Richelot AYANGMA	MO/SURV/OMS, Tchad
M. Ngadjadoum MBainaissem	Gestionnaire des données/OMS, Tchad
<u>PERSONNEL D'APPUI</u>	
Mme Djeraibe Rosalie	AA
Mme NALMEN NADIONBANG Joséphine	Secrétaire