

**6<sup>ème</sup> REUNION DU GROUPE TECHNIQUE CONSULTATIF (GTC)**

**POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE AU TCHAD,**

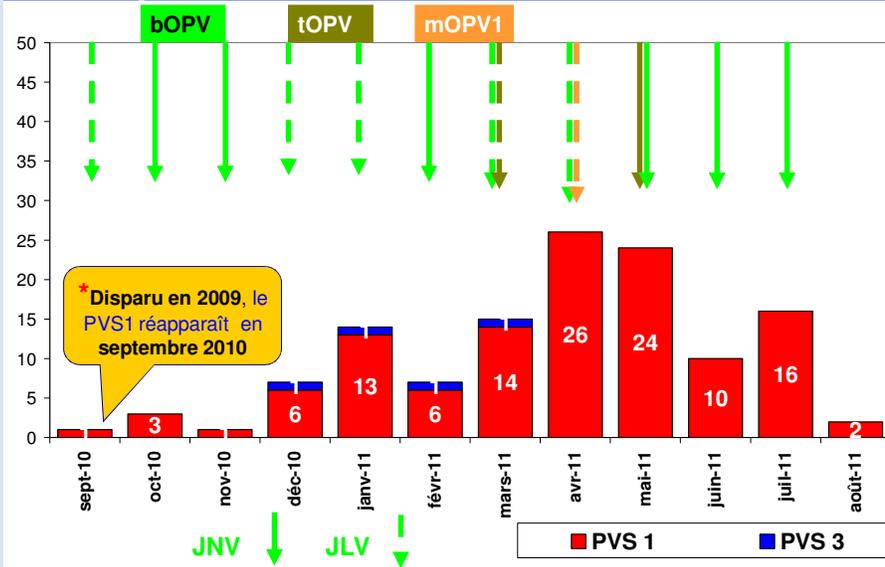
**N'DJAMENA, 19 – 20 SEPTEMBRE 2011**

**RAPPORT FINAL**

**Note de Synthèse**

L'épidémie de polio continue de se propager au Tchad malgré les ripostes qui lui ont été opposées. Un terrain fertile pour cette transmission prolongée est créé par l'insuffisance des structures et des services de santé, la capacité insuffisante de la surveillance épidémiologique pour assurer la découverte rapide et le traçage des nouveaux cas, la couverture et qualité sous-optimales des campagnes de vaccination qui se succèdent presque chaque mois ainsi que celles de la vaccination de routine, l'écart persistant entre les engagements pris au niveau national et la faible prise de responsabilité aux niveaux régional et local, ainsi que l'appui technique et financier insuffisant reçu des partenaires internationaux.

**Fig.1. AVS et courbe épidémique de la polio de septembre\* 2010 à la semaine 36 de 2011**



Le Tchad figure parmi les 13 pays du monde qui hébergent encore le virus de la polio. Sept de ces pays sont sur le continent africain, le Tchad comptant pour la charge la plus lourde des cas en Afrique et dans le reste du monde en septembre 2011 (33% des cas mondiaux), que la transmission du virus soit continue ou résulte de cas importés d'un pays tiers. La persistance de la transmission du virus sauvage de la polio au Tchad doit être considérée à la fois comme une menace permanente qui pèse sur les enfants du pays, un obstacle majeur au progrès de la santé, et une entrave au développement économique et social.

A l'échelle régionale, la persistance de la transmission dans certains pays du continent africain oblige tous les autres à investir dans des activités de lutte contre la polio des ressources financières et humaines qui pourraient être redirigées vers d'autres priorités de développement sanitaire, social et économique. Les défaillances d'un pays ont donc un impact qui dépasse largement les frontières géographiques nationales et ont une influence négative sur les rapports harmonieux entre les États du Continent.

Au niveau mondial, l'engagement collectif pour mener la campagne d'éradication à son terme accapare l'attention des partenaires internationaux. La campagne d'éradication de la polio absorbe des ressources financières non négligeables et fait obstacle à des entreprises nouvelles qui permettraient de lutter contre d'autres problèmes mondiaux de santé

publique affectant en particulier la santé de la femme, de l'enfant et des populations les plus vulnérables. L'éradication de la polio d'un pays témoigne de sa capacité à mettre en œuvre d'autres activités de sauvegarde de la santé, stimulant ainsi une base solide pour une coopération internationale renforcée au moment où les tendances de l'assistance officielle pour le développement sont incertaines.

Pour son propre développement et son mieux-être social, ainsi que par solidarité avec les autres pays du monde, le Tchad se doit de répondre d'urgence à la situation de la polio avec toute l'énergie mobilisable dans le pays et auprès de ses partenaires. Un nombre de mesures ont été décidées dans ce but mais leur mise en œuvre est trop lente, incomplète et inégale au sein du pays pour que l'on puisse escompter l'interruption de la transmission de la polio en 2011.

De toute urgence, il est nécessaire d'améliorer la qualité de la surveillance et des activités de vaccination de septembre 2011 dans l'espoir d'interrompre la transmission du virus de la polio au Tchad en 2012. Dans ce but, le Groupe Consultatif réuni à N'Djamena du 19 au 20 septembre 2011, se félicite du leadership soutenu de SE Idriss Déby Itno, Président de la République du Tchad, Chef de l'État, et recommande quatre axes de mobilisation nationale contre la polio:

1. La prise de responsabilité et redevabilité des hautes autorités au niveau national en portant un accent particulier sur les ministères de tutelle--Santé et Intérieur ;
2. L'exercice par les Gouverneurs de l'autorité qui leur a été déléguée et qu'ils doivent assumer et rendre compte de toutes les activités dirigées vers l'éradication de la polio, selon leur engagement pris devant S.E. le Président de la République le 12 mars 2010 ;
3. Une coordination plus étroite entre services gouvernementaux, société civile et partenaires internationaux impliquant un renforcement des mécanismes de coordination et une plus grande harmonisation, transparence et redevabilité mutuelle sur les actions entreprises, l'utilisation des ressources financières et l'engagement des ressources humaines ;
4. Le renforcement des activités de communication, de surveillance, de vaccination et

d'appui logistique tel qu'il est préconisé par le Plan d'Urgence pour l'Interruption de la Circulation du Virus sauvage de la Polio au Tchad (mai-novembre 2011) en prévoyant, en Octobre 2011, un examen approfondi de ce plan au vu des résultats atteints, de l'évolution de la situation épidémiologique et de l'extension qui sera probablement nécessaire de la période couverte par ce plan.

Des recommandations spécifiques ont été faites par le Groupe Consultatif Technique selon les quatre axes cités ci-dessus. Les membres de ce Groupe expriment leur gratitude au Gouvernement de la République du Tchad pour avoir sollicité leurs conseils à cette période très critique de l'éradication de la polio dans le monde. Compte tenu de l'urgence et de la gravité de la situation de la polio au Tchad, le Groupe Consultatif est disposé à se réunir de nouveau en décembre 2011 afin de procéder à un bilan de la situation et d'examiner la marche à suivre

## **RAPPORT**

### **CEREMONIE D'OUVERTURE**

Au nom du gouvernement de la République du Tchad et en l'absence de Madame la Ministre de la Santé, Monsieur le Secrétaire d'État à la Santé, Mr Youssou Hamit réitère, lors de la séance d'ouverture de la réunion, l'engagement du Tchad au déploiement de toutes les ressources nécessaires dans le but d'éradiquer la poliomyélite du pays dans les délais les plus brefs. Il souligne le rôle prépondérant que SE Idriss Déby Itno, Président de la République du Tchad, Chef de l'État s'est engagé à jouer dans cette campagne. Il assure le GTC de l'appui déterminé du Ministère qu'il représente à mener cette campagne à son terme. A leur tour, les représentants de l'OMS, de l'UNICEF, du Rotary International et de la Croix-Rouge Tchadienne rappellent leur appui soutenu à la campagne et leur espoir d'en voir l'aboutissement rapide. Le Président du Groupe Technique Consultatif (GTC), au nom de l'ensemble des membres du Groupe, remercie le Gouvernement du Tchad d'avoir convoqué cette réunion et dresse les grandes lignes de son ordre du jour. La séance est alors ouverte.

## 1) DEROULEMENT DES TRAVAUX

Le rapport DU 5<sup>ème</sup> GTC (**Annexe A**) et l'Ordre du jour de la 6eme réunion (**Annexe B**) sont approuvés.

Le Dr Jean Marc Olivé sollicite son retrait du groupe du fait d'un conflit d'intérêt pouvant exister entre sa participation aux travaux du Groupe et sa qualité de consultant indépendant pour le renforcement technique du programme d'éradication de la polio au Tchad, financé par la Fondation Bill&Melinda Gates. Le GCT le félicite de sa décision et l'invite à continuer à participer à son travail en qualité de membre honoraire du Groupe.

Durant sa réunion, le Groupe (Voir la liste des participants en **Annexe C**) a suivi l'Ordre du Jour en bénéficiant de brèves présentations délivrées par l'équipe nationale et/ou ses partenaires. Leurs contributions au bon déroulement de cette réunion sont chaleureusement remerciées ici. Le matériel imprimé ou projeté utilisé à l'appui de ces présentations est disponible sur demande.

En l'absence de documents de travail sur le Programme Élargi de Vaccination (PEV) soumis à l'étude du GTC avant sa réunion, le Groupe a préféré reporter à une date ultérieure son analyse et ses recommandations sur ce sujet. Un résumé succinct de l'état d'avancement du PEV lui a cependant été présenté pour information, couvrant les priorités du dernier trimestre de 2011. Comme par le passé, il en est ressorti la nécessité d'améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du PEV pour inverser la tendance évolutive de la poliomyélite au Tchad.

### **Recommandation 1 : Programme Élargi de Vaccination**

Le GCT recommande que les documents nécessaires à son examen approfondi de l'état d'avancement du PEV et des efforts entrepris visant à renforcer l'appui mutuel et réciproque entre PEV et éradication de la polio lui soient soumis avant sa prochaine réunion et que ce sujet soit inscrit à l'ordre du jour de cette réunion.

## 2) PRELIMINAIRE : SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU 5<sup>ème</sup> GTC

Sur les 29 recommandations présentées : 12 ont été mises en œuvre, 11 partiellement mises en œuvre et 6 ne l'ont pas été. Les discussions ont porté sur la présentation des résultats, leur quantification du suivi des recommandations mises en œuvre, les contraintes et problèmes rencontrés. Une révision du tableau résumant la situation actuelle est sollicitée par le GTC. Cette version dument révisée figure en annexe à ce rapport (**Annexe D**).

**Recommandations 2.: Suivi des Recommandations de la 5eme Réunion du GTC**

- i. Ajouter dans le tableau de présentation des résultats une colonne permettant de fournir des informations sur les raisons de la mise en œuvre partielle ou de la non mise en œuvre de certaines de ses recommandations. Ceci aidera à identifier les goulots d'étranglements permettant aux membres du GTC de proposer des solutions et d'évaluer la pertinence de ses recommandations ;
- ii. Synthétiser la mise en œuvre des recommandations sous la forme quantitative suivante : « complètement réalisée », « partiellement réalisée » et « non réalisée » ;
- iii. Intégrer les résultats de la communication à la présentation générale ;
- iv. Confier le suivi des AVS au CCIA (comité de coordination inter-agences).

**3. POINTS DE DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS DE LA 6<sup>ème</sup> REUNION DU GTC**

Le résumé des débats qui ont marqué la 6<sup>ème</sup> réunion du GTC figure ici sous quatre rubriques, chacune reflétant un axe de mobilisation contre la polio tel qu'il apparaît dans le document de synthèse, plus haut.

**3.1. Prise de responsabilité et redevabilité des hautes autorités au niveau national en portant un accent particulier sur les ministères de tutelle--Santé et Intérieur ;**

Le CTG se réjouit de l'engagement pris par SE Idriss Déby Itno, Président de la République du Tchad, Chef de l'État, de « déclarer la guerre à la Polio », mobilisant ainsi toutes les forces vives du pays afin d'interrompre la transmission du virus dans le pays au plus tôt.

Un Comité Santé, présidé par SE le Président de la République, se réunit désormais tous les 24 de chaque mois afin d'insuffler une énergie nouvelle dans les actions de santé, dont l'éradication de la polio. Les Ministres de la Santé et celui de l'Intérieur (Tutelle des Gouverneurs), ainsi que les Chefs d'Organisations internationales (OMS, UNICEF) et non-gouvernementales (Croix Rouge) figureront parmi les membres de ce Comité. Les Gouverneurs sont aussi instruits de tenir, chaque 24 du mois, des réunions de coordination sur la santé au niveau de chaque zone. On se doit d'espérer que ces développements favorables permettront de combler rapidement l'écart existant entre l'engagement pris au niveau central et celui du niveau périphérique, d'une part, et le décalage sérieux persistant entre ces engagements et leur mise en application.

Dans la région africaine, le Tchad a réalisé le plus grand nombre d'AVS au cours de l'année 2011 (11 dans le cours de ces derniers 12 mois). Celles-ci semblent avoir eu un impact sur les tendances épidémiques, mais celui-ci a été insuffisant pour interrompre la transmission du virus, laquelle pourrait se poursuivre au-delà de 2011. Il faudra donc se préparer, avant la fin de l'année, à prolonger la période d'urgence (initialement prévue de mai à novembre 2010) de plusieurs mois et maintenir le pays au centre des préoccupations mondiales en 2012.

Enfin, le GTC s'interroge sur la nécessité de maintenir la classification du Tchad comme pays à « transmission de PVS rétablie » alors que la transmission est continue depuis plus d'une année ce qui évoque une situation d'endémicité. La notion de « réintroduction » du virus dans le pays détourne l'attention des intervenants au Tchad de leur confrontation avec la transmission endémique du virus perçue comme inhérente à des importations de pays voisins. Le GTC note par ailleurs qu'une seule exportation de polio vers un pays limitrophe a été signalée ces dernières semaines. Il note cependant que les performances de la surveillance épidémiologique dans certaines zones de ces pays limitrophes demeurent sous-optimales.

### **Recommandations 3.1. Responsabilité et redevabilité**

- i. Appuyer les Membres du Comité mis en place par SE Le Président de la République par une information de qualité et le suivi de ses directives ;
- ii. Renforcer la coordination entre partenaires pour travailler simultanément sur les AVS et le PEV de routine. A cette fin, faire le point des mécanismes de coordination existants en vue d'identifier leur efficacité, la redondance possible de leurs rôles, et le cas échéant, mettre en place des nouvelles formes de coordination;
- iii. Renforcer la collaboration entre le ministère de la santé et les autres ministères en vue d'aider à une meilleure transmission des consignes du niveau central vers le niveau périphérique ;
- iv. Proposer d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion de l'IMB (Independent Monitoring Board) une discussion sur la justesse de la classification du Tchad comme pays « à transmission ré établie ».

### **3. 2. Exercice par les Gouverneurs de l'autorité qui leur a été déléguée et qu'ils doivent assumer et rendre compte de toutes les activités dirigées vers l'éradication de la polio, selon leur engagement pris devant S.E. le Président de la République le 12 mars 2010 ;**

Le TAG note qu'il y a eu un redéploiement des Gouverneurs à travers le pays depuis les dernières semaines. Ce changement crée une opportunité nouvelle d'inciter les Gouverneurs à s'engager plus directement et profondément dans la campagne d'éradication.

Il est essentiel que tous les Gouverneurs soient sensibilisés au programme d'éradication et informés de leur rôle et de leur fonction dans le cadre de ce programme. Les directives sur le rôle des Gouverneurs développées dans l'engagement du 12 mars 2010 devront être portées à leur attention. Le Délégué de la région informera la direction du programme d'éradication de la polio sur l'avancement des activités placées sous l'égide du Gouverneur. Le

plan d'urgence mentionne ce point spécifique dont le GTC encourage fortement l'application.

**Recommandations 3.2. Engagement des Gouverneurs**

- i. Relancer et accélérer la mise en œuvre des activités de la déclaration du 12 mars 2010 à laquelle les Gouverneurs ont souscrit ;
- ii. Inciter les Gouverneurs à exercer pleinement leur autorité sur la planification et la réalisation des activités d'éradication et à assumer activement la responsabilité qui leur a été dévolue de diriger cette campagne en rassemblant et dirigeant toutes les délégations sectorielles exerçant dans le territoire qu'ils gouvernent ;
- iii. Mettre en place des mécanismes de diffusion de documents et outils adaptés aux besoins des Gouverneurs afin qu'ils puissent pleinement remplir leur rôle.

**3. Coordination plus étroite entre services gouvernementaux, société civile et partenaires internationaux impliquant un renforcement des mécanismes de coordination et plus grande harmonisation, transparence et redevabilité mutuelle sur les actions entreprises, l'utilisation des ressources financières et l'engagement des ressources humaines ;**

Le GTC constate l'insuffisance de la coordination à tous les niveaux et juge qu'une institutionnalisation renforcée de celle-ci est indispensable et urgente. Au cours des années, de nombreux Comités et groupes de coordination ont été mis en place. Certains d'entre eux ont joué et continue de remplir un rôle important dans la campagne d'éradication. D'autres n'ont pas fonctionné de façon satisfaisante. D'autres

enfin n'ont jamais fonctionné. Un aménagement de ce système de coordination devrait satisfaire aux requis suivants :

**Au niveau exécutif national :**

- Il faudra réviser ou élaborer, d'ici mi-octobre 2011, les termes de référence du CCIA, du CTAPEV ainsi que les 4 sous-comités : Mobilisation Sociale, Logistique, Gestion et mobilisation des ressources financières et technique. Parmi ces sous-comités, les deux premiers sont déjà en place mais nécessitent une revitalisation tandis que les deux derniers sont à établir.
- Il conviendra d'articuler très clairement le rôle du CCIA, du CTAPEV et leur interaction avec le nouveau Comité Santé placé sous l'égide de SE le Président. Une attention particulière devrait être portée sur la production de compte-rendus des réunions avec des points d'action précis et un suivi systématique.

**Au niveau opérationnel central :** le GTC suggère que sur proposition du comité technique national, le Ministre de la Santé prenne les mesures nécessaires afin de :

- Revitaliser les deux sous-comités de mobilisation sociale et de chaîne de froid et logistique, en révisant leurs termes de référence et institutionnalisant les réunions hebdomadaires avec la production de comptes rendus de réunions comportant des points d'action précis et un suivi systématique de leur mise en œuvre.
- Ainsi qu'il est proposé plus haut, créer deux sous-comités, 1) gestion et mobilisation des ressources financières et de 2) technique (y compris suivi et évaluation), en développer les termes de référence et institutionnaliser les compte-rendus de séances hebdomadaires avec la production de réunions comportant des points d'action précis et un suivi systématique de leur mise en œuvre.

- Les quatre sous-comités mentionnés ci-dessus, constitués de manière paritaire entre le Gouvernement et ses partenaires, joueront un rôle critique de liaison et d'action entre le niveau central et périphérique.

3. Afin d'optimiser les performances du système à tous les niveaux, les partenaires nationaux et internationaux engagés dans l'éradication de la Polio doivent s'assurer que les nationaux et internationaux récemment recrutés:

- a) reçoivent une même formation correspondant à leur niveau de responsabilité;
- b) utilisent les mêmes outils et les mêmes formats de rapport propres à leur fonction et à leur spécialité;
- c) mettent en place des grilles d'évaluation des performances individuelles harmonisées entre les différents partenaires.

#### **Recommandations 3.3. Coordination**

- i. Examiner les rôles et performances des divers mécanismes de coordination au niveau national (Exécutif) et central (Opérationnel), en particulier le Comité National, le CCIA et du CTAPEV et s'efforcer de les harmoniser afin d'en renforcer l'efficacité et d'efficacité et de leur fournir l'appui technique nécessaire ;
- ii. Assurer le bon fonctionnement de quatre sous-comités Mobilisation Sociale, Logistique, Gestion et mobilisation des ressources financières et Technique (y compris suivi et évaluation) .

#### **3.4. Renforcement des activités de communication, de surveillance, de vaccination et d'appui logistique.**

Ces mesures ont été préconisées par le Plan d'Urgence pour l'Interruption de la Circulation du Virus sauvage de la Polio au Tchad (mai-novembre 2011). Il faudra prévoir, en Octobre 2011, un examen approfondi de ce plan au vu des résultats

atteints, de l'évolution de la situation épidémiologique et de l'extension qui sera probablement nécessaire de la période couverte par ce plan.

Ce sujet a reçu beaucoup d'attention de la part du GCT. Ses discussions et recommandations ont touché l'état général d'avancement du Plan d'Urgence, la surveillance épidémiologique, les activités vaccinales supplémentaires, la mobilisation sociale et la chaîne du froid.

### **3.4.1 ETAT GENERAL D'AVANCEMENT DU PLAN D'URGENCE**

Le CTG note que le Plan d'Urgence devait être mis en œuvre dès le mois de juin 2011 mais son application réelle n'a en fait débuté qu'en juillet-août en raison du retard apporté au recrutement et déploiement des ressources humaines supplémentaires, tant nationales que celles venues de l'extérieur. Le plan comprend un chronogramme de mise en œuvre avec répartition détaillée des responsabilités et des mécanismes de suivi. Entre autres caractéristiques, il attire l'attention sur les populations difficiles d'accès.

Le suivi de ce plan révèle à ce jour les points marquant suivants :

- Système de surveillance des PFA : Une seule région déclare un taux de PFA non-polio inférieur à 2 pour 100 000 et une seule autre région a un pourcentage d'échantillon de deux selles prélevées dans les 14 jours inférieur à 80% ;
- Renforcement des activités de vaccination supplémentaires : Les ressources humaines ont été enrichies par la présence 69 experts nationaux et de 11 experts internationaux ;
- AVS : Deux AVS conduites en juin et juillet 2011 et trois autres sont prévues pour septembre, octobre et Novembre 2011, respectivement. On note cependant que la proportion d'enfants non vaccinés est toujours élevée, plus de 10% dans certains districts, entre 5% et 10% au niveau national ;
- Coordination : La réunion mensuelle du CCIA s'est tenue chaque vendredi à partir de début août.

La mise en œuvre du plan d'urgence nécessite un suivi attentif de façon à documenter son état d'avancement et, sur cette base d'information, guider la formulation d'un plan d'urgence prolongé sur l'année 2012. Une ébauche de ce plan devrait être préparée en novembre 2011, prenant en compte les enseignements tirés des AVS de septembre et

octobre. Cette ébauche devrait être soumise au GTC début décembre pour avis, puis pour approbation par les autorités nationales et leurs partenaires en janvier 2012.

#### **Recommandations 3.4.1. Plan d'Urgence**

- i. Mettre en place des mécanismes et outils de suivi de la performance du programme et de ses intervenants et diffuser ce canevas de suivi de la mise en œuvre du plan d'urgence à tous les niveaux ;
- ii. En particulier, d'ici fin septembre 2011, établir des jalons quantifiés mensuels pour mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du plan d'urgence ;
- iii. Développer et mettre en pratique des méthodes et outils de suivi de la performance des ressources humaines nationales et internationales engagées à l'appui des régions ;
- iv. Développer et adopter une méthode d'évaluation du plan d'urgence afin d'établir l'efficacité et l'efficience de ce plan et de fournir l'évidence utile à planifier sa prolongation ;
- v. Préparer la prolongation du plan d'urgence en novembre 2011 à la lumière des progrès et activités réalisés en septembre et octobre ainsi que de la situation épidémiologique du moment. Ce plan sera soumis au TAG en décembre 2011 puis au Gouvernement pour approbation ;
- vi. Garantir la participation effective de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre, le suivi et la prolongation du plan d'urgence ;
- vii. Convoquer une nouvelle réunion extraordinaire du CTG avant la fin du plan d'urgence. Le GTC se tient à la disposition du Gouvernement du Tchad pour qu'une telle réunion se déroule à N'Djamena en décembre 2011.

#### **3.4.2 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE**

Le TAG prend bonne note de la tenue de la revue externe de la surveillance épidémiologique des PFA en juillet 2011. Il endosse les recommandations exprimées dans le rapport et encourage l'ensemble des parties prenantes à les mettre en œuvre dans les délais impartis.

En particuliers, le GTC insiste sur la nécessité de :

- Diffuser la conduite à tenir (CAT) sur les cas chauds à chaque niveau du système ;
- Enregistrer et rapporter régulièrement les informations pertinentes à ces cas : nombre de cas chauds, nombre de cas chauds signalés par niveau périphérique, nombre de cas chauds avec riposte dans la semaine, nombre de domiciles visités/nombre d'enfants de moins de 5 ans vaccinés ;
- S'assurer que les cas chauds soient notifiés promptly (délai de notification) et que la riposte se fasse rapidement (délais d'intervention) et soit documentée dans les intervalles de temps adéquats au niveau périphérique ;
- Notifier systématiquement les cas de PFA, ou leur absence. Au vu de la faible capacité du système de surveillance de détecter les cas, particulièrement en période de basse transmission, il est important de suivre hebdomadairement le taux de notification des cas de PFA par district et région. Il est important d'insister sur la notification systématique des cas de PFA mais aussi de l'absence de cas (« rapport zéro cas »). Il est également important d'investiguer les régions/districts silencieux et de remédier à l'absence de notification ;
- Exploiter les données de surveillance pour une meilleure compréhension de la dynamique de l'épidémie de poliomyélite et guider la riposte. L'analyse des données épidémiologiques devrait mettre en exergue la dynamique de la transmission dans le pays ainsi que depuis ou vers les pays limitrophes. Une telle analyse devrait par exemple décrire la progression géographique de l'épidémie, appliquer la démarche prédictive, et parvenir à « tracer » les cas jusqu'à leur source à l'aide d'enquêtes et d'études phylogénétiques. A l'appui de cette analyse il est

important que le pays accède rapidement aux résultats de séquençage des PVS confirmés ;

- Renforcer la production et l'utilisation de données épidémiologiques implique la disponibilité aux niveaux central et périphérique de ressources humaines formées à ces tâches. Les épidémiologistes qui seront recrutés par le CDC pourraient aider au renforcement des capacités périphériques dans ce domaine. Toutefois, pour tirer un bénéfice réel de ce renforcement de capacité, il faudra tenir compte de l'instabilité du personnel de santé au niveau périphérique et parer au mieux à cette difficulté ;
- Coopérer avec les pays limitrophes. Une attention particulière devra être apportée à la notification de cas de PFA entre pays limitrophes. A cet égard, la collaboration des services de surveillance épidémiologique entre les pays limitrophes devrait être renforcée au travers de réunions transfrontalières périodiques, dont une seule s'est tenue (avec la RCA) cette année ;
- Établir et mettre en pratique les intervalles de suivi des performances. Le suivi des cas et des performances devrait reposer sur les intervalles entre les dates des événements essentiels qui caractérisent un cas, depuis sa découverte jusqu'à l'extinction de la flambée. C'est ainsi que, à un moment où les cas pourraient devenir moins fréquents, les rapports de suivi et les rapports hebdomadaires devraient pour chacun des cas notifiés indiquer les dates :
  - de survenue présumée des signes cliniques
  - de la découverte du cas,
  - du recueil d'échantillons de selles, de leur réception au niveau central, de l'envoi au laboratoire de référence et de la réception du résultat virologique,
  - de la mise en œuvre de la riposte (Ratissage ou AVS),
  - de l'extinction de la flambée confirmant l'absence de cas secondaires.

Certaines de ces dates apparaissent dans les rapports hebdomadaires. Il convient donc d'en consolider la liste et de faire

ressortir plus clairement les intervalles entre chaque date-clé pour que ceux-ci entrent dans l'évaluation de la campagne aussi bien que de celle de ses intervenants.

Le GTC note que le Comité national des Experts de la Polio (CNEP) continue de jouer un rôle capital dans le cadre de la surveillance épidémiologique puisqu'il confirme ou rejette le diagnostic de polio au vu des données cliniques, virologiques et épidémiologiques de ces cas. Ce rôle s'avère de plus en plus important alors que le nombre de cas rapportés est sur le déclin. Une erreur diagnostique pourrait avoir des conséquences encore plus graves qu'en période de transmission persistante du virus. Les trois membres de ce comité sont choisis parmi des experts nationaux qui satisfont les critères de sélection internationaux. Actuellement, un siège est vacant et l'un des deux membres actifs a exprimé le désir de voir se pointer une relève. La sélection et la disponibilité de nouveaux membres doit être considérée avec grand soin et au plus tôt pour que ce Comité puisse continuer d'opérer en tant que source d'expertise nationale essentielle au bon déroulement du programme d'éradication.

#### **Recommandations 3.4.2. : Surveillance**

- i. Exploiter davantage les données épidémiologiques au niveau national et local de façon à accentuer le traçage des nouveaux cas et à analyser la dynamique de l'épidémie dans le temps, l'espace en fonction des facteurs de vulnérabilité (par exemple mobilité et autres données sociales et démographiques). Dans ce but, l'OMS doit partager rapidement et systématiquement avec les pays les résultats des séquençages des PVS ;
- ii. Analyser la dynamique de l'épidémie dans les rapports mensuels de la surveillance (par exemple mettre en perspective l'analyse des cas dans les régions où les cas de PFA non polio sont faibles) et lier plus systématiquement les activités clé dans les rapports hebdomadaires (par exemple les intervalles entre dates de survenue de la paralysie, de la détection du cas, du prélèvement des échantillons de selles, et de la mise en œuvre des campagnes de ratissage ;

- iii. Enquêter sur la surveillance épidémiologique dans les « zones muettes », en particulier celles qui sont contiguës aux zones dans lesquelles des cas de PFA et de PVS ont été identifiés ;
- iv. Intégrer de manière claire dans les directives les conduites à tenir face à des « cas chauds » ;
- v. Garder les fonctionnalités des Hubs (sous-bureaux délocalisés Polio), avec un rôle logistique ;
- vi. Améliorer le suivi des cas et utiliser les données épidémiologiques et opérationnelles comme base d'évaluation des performances du système et des équipes en place.

### **3.4.3. ACTIVITES VACCINALES SUPPLEMENTAIRES (AVS)**

Le GTC prend note des Directives nationales du 3 juin 2011 y compris son addendum produit suite à l'atelier de réflexion du 23-24 août 2011. Le GTC souhaite que ces documents soient distribués à l'ensemble des intervenants à tous les niveaux avant les AVS de fin septembre 2011.

Le GTC prend également note de l'évaluation faite par l'équipe du CDC de la stratégie « novatrice » et, n'étant pas convaincu que cette stratégie ait apporté une amélioration substantielle de la couverture vaccinale ou des aspects logistiques et financiers des AVS, il est en faveur de l'adhérence aux approches stratégiques précédentes avec les adaptations nécessaires aux populations spéciales (insulaires, mobiles et nomades).

Certaines mesures ont été déjà prises pour améliorer la qualité des AVS (vaccination en 3 jours sur tout le territoire, sélection des vaccinateurs et des superviseurs supervisé par le RCS et MCD, fiche de pointage, marquage des portes, guides de formation superviseurs /vaccinateurs...) Des obstacles s'opposent cependant à l'extension de cette approche sur l'ensemble du territoire : manque de 4 000 porte-vaccins et de leurs accumulateurs de froid,

prohibition de l'utilisation de sacs plastiques dans la capitale, manque de vérification quant à la possibilité de se procurer des glacières auprès de commerçants dans le pays ou à la possibilité d'utiliser des sacs plastique en dehors de la capitale.

Le GTC recommande que des actions soient entreprises immédiatement pour s'assurer que les AVS d'octobre bénéficient de l'élargissement de ces nouvelles mesures.

En dépit des efforts réalisés au cours des derniers mois pour améliorer la qualité des AVS, le monitoring indépendant montre que la proportion des enfants manqués reste élevée. Elle se situe en moyenne entre de 5% de 10% à l'échelle nationale. Notant que ces chiffres témoignent cependant d'un certain progrès, le GTC aimerait recevoir plus d'information sur la fiabilité du monitoring « indépendant », lequel est parfois assuré par des personnes liées directement ou indirectement à la conduite des AVS ou des services qui les dirigent. D'autre part, le GTC suggère que la méthode d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (« Lot Quality Assurance » (LQA)) soit employée pour fournir une seconde mesure de la couverture vaccinale.

#### **Recommandations 3.4.3: Renforcement des AVS**

- i. Harmoniser les stratégies AVS dans le pays de telle sorte que les caractéristiques principales de la stratégie mise en œuvre jusqu'en 2009 soient respectées uniformément (en particulier: micro-planification, durée de trois jours, enregistrement des enfants de moins d'un an séparément des autres, et méthodes de marquage des maisons et enfants vaccinés), sauf exceptions justifiées par des impératifs locaux et approuvées par les autorités centrales ;
- ii. Ne pas apporter de modifications à cette stratégie ou appliquer des méthodes ou instruments nouvellement proposés à moins que des évaluations préalables en aient démontré les bénéfices;
- iii. Prendre toutes dispositions nécessaires pour recruter, à partir des AVS

de septembre 2011, les moniteurs indépendants en dehors des services/entités chargés de la mise en œuvre directe des activités sur le terrain;

- iv. Partager à tous les niveaux et avec les partenaires l'information (organisation et résultats) relative au monitoring indépendant. Partager dans les délais requis (1 semaine pour les régions) les résultats du monitoring indépendant ;
- v. Évaluer avant la fin de l'année le processus et la mise en œuvre du monitoring indépendant ;
- vi. Dès les AVS d'octobre 2011, introduire un exercice de d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (« Lot Quality Assurance » (LQA)) afin de vérifier la qualité des données du monitoring indépendant des AVS dans des districts sélectionnés ;
- vii. Mettre en place un mécanisme de motivation des vaccinateurs qui reflète leur performance réelle ; (développement du système de l'auto-évaluation rapide, d'analyse et de dissémination des résultats au niveau inter-villageois avec gratification à chaque AVS) ;
- viii. Produire et diffuser à tous les niveaux un outil de micro planification selon une approche ascendante (zone de responsabilité, ensuite niveau district, puis région) ;
- ix. Proposer une liste d'actions concrètes et prioritaires qui devraient être menées différemment lors des AVS de septembre 2011;
- x. Trouver de toute urgence une solution au déficit de 4000 porte-vaccins pour les vaccinateurs lors du passage de septembre (importation d'urgence, achat local ou utilisation de récipients adéquats).

#### **3.4.4. MOBILISATION SOCIALE**

Le TAG reçoit avec satisfaction une ébauche de rapport sur l'étude CAP même si un certain nombre d'insuffisances techniques sont relevées et identifiées dans ce rapport par le sous-groupe de mobilisation sociale lui-même.

Le Plan national de communication reste à la phase d'ébauche et le GTC regrette de ne pas avoir pu y avoir eu accès en dépit de ses demandes répétées. Il demande qu'il lui soit soumis pour avis technique sous 3 mois, pour ensuite être validé par le CCIA.

#### **Recommandations 3.4.4. : Mobilisation Sociale**

- i. Poursuivre les analyses de l'étude CAP, en insistant sur la connaissance et attitude sur la maladie et la vaccination ainsi que les pistes des facteurs de risques des « enfants manqués » ;
- ii. Produire un rapport final dans les meilleurs délais et développer un plan de diffusion stratégique afin de refléter les résultats de l'enquête CAP dans l'élaboration des messages et des actions correctrices ainsi que de mieux cibler les groupes à haut risque;
- iii. D'ici fin novembre 2011, extraire à partir de l'ébauche de l'étude CAP, les informations qui seront utiles à établir les raisons de la non-vaccination des enfants et combler ce déficit;
- iv. D'ici octobre 2011, finaliser les plans de communication régionaux opérationnels pour les régions et les districts à haut risque, et intégrer toutes les activités s'y référant dans la ligne budgétaire de communication qui sera intégralement révisée lors de chaque AVS ;
- v. Après chaque AVS, analyser les indicateurs de communication collectés au niveau des districts et proposer des actions correctrices pour les AVS suivantes ;
- vi. D'ici fin novembre 2011, développer une cartographie des acteurs communautaires (leaders traditionnels et religieux, relais, associations à base communautaire, ONG, groupements féminins) dans les districts à haut risque ;
- vii. D'ici fin 2011, impliquer au moins 50% des acteurs communautaires dans la

- gestion des cas de refus dans au moins 50% des districts à haut risque ;
- viii. Développer le mécanisme d'intégration, à tous les niveaux, entre les équipes de mobilisation sociale et les autres équipes vaccinales ;
- ix. Renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation des interventions de communication à base communautaire par l'emploi d'indicateurs de processus permettant aux acteurs mobilisés dans les AVS d'auto-évaluer le progrès des activités de communication et de pouvoir attribuer les progrès en couverture vaccinale aux changements sociaux et comportementaux souhaités ;
- x. Tout en conservant le souci éthique d'atteindre les minorités dans la lutte contre la poliomyélite et mettant en place des stratégies adaptées à leurs besoins, maintenir l'accent majeur sur les actions dans les zones à haute transmission;
- xi. Diffuser le plan d'intervention auprès des populations nomades et insulaires avec toutes les parties prenantes, en particulier les services du Ministère de l'Agriculture qui sont en mesure d'en favoriser l'accès.

#### **3.4.5 ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE REVITALISATION DE LA CHAÎNE DU FROID**

Le GTC note avec satisfaction les efforts de renforcement de la chaîne de froid à tous les niveaux. Cependant il relève que le niveau de préparation des AVS polio de septembre en matière de chaîne de froid ainsi que celui de la régularité des réunions du sous-comité chaîne de froid logistique sont insuffisants. Le GTC recommande que le sous-comité logistique et le CTAPEV apporte une solution urgente à l'insuffisance en porte-vaccins et accumulateurs de froid, et pare au défaut de capacité de stockage et de production de froid au niveau périphérique.

#### **Recommandations 3.4.5.: Chaine du froid**

- i. Recourir aux capacités technologiques locales (ONG, autres sociétés) pour assurer la maintenance des équipements ;
- ii. Planifier et harmoniser le recours aux solutions locales pour le maintien de la chaine de froid, notamment pour les AVS de septembre ;
- iii. Élaborer des stratégies de mobilisation de ressources locales pour le financement de la chaine du froid (en direction du secteur privé par exemple) ;

## **4. PRESENTATION DES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU GCT**

### **A SE LE PREMIER MINISTRE, CHEF DU GOUVERNEMENT**

SE Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement de la République du Tchad, Monsieur Emmanuel Nadingara a eu l'obligeance d'inviter le GCT à une audience durant laquelle un résumé des conclusions et recommandations de la 6ème réunion du GGTC lui a été succinctement présenté. Monsieur le Premier Ministre a pris note de ces recommandations et a assuré le GTC de son appui ferme au succès de cette campagne. Des interviews par les medias locaux ont ensuite permis de diffuser cette information au grand public.