

8^e Réunion du Groupe Technique Consultatif pour l'Éradication de la Poliomyélite au Tchad

N'Djamena, 10-12 juillet 2012

Résumé des observations et recommandations

Bouter la polio hors du Tchad au plus tard fin décembre 2012 !

8^e Réunion du Groupe Technique Consultatif pour l'Éradication de la Poliomyélite au Tchad

N'Djamena, 10-12 juillet 2012

Résumé des observations et recommandations

Introduction : bouter la polio hors du Tchad au plus tard fin décembre 2012

Le Groupe Technique Consultatif (GTC) pour le Tchad s'est réuni à N'Djamena du 10 au 12 juillet 2012 à l'invitation du Ministère de la Santé Publique. Durant cette réunion, les membres du GTC, ont pu conjointement, avec les équipes techniques du Ministère de la Santé et les partenaires, mesurer les progrès et défis du programme depuis sa dernière consultation tenue en février dernier.

En 2012, le programme a notifié 5 cas de PVS de type 1, localisés sur le flanc Ouest du pays, les deux derniers dans la région du Lac, frontalière avec le Nigéria. La diminution du nombre de cas est très significative si on compare les données actuelles avec celles de l'année dernière à la même époque. Ceci peut être attribué aux campagnes de vaccination intensives et de meilleure qualité. Ces progrès sont très encourageants et le personnel du programme peut s'en féliciter. Par exemple, la dernière riposte dans la région du Lac en juillet a été conduite de manière très efficace et coordonnée avec un appui interministériel ainsi que des partenaires considérable. L'éradication de la polio au Tchad entre donc dans une phase critique où la surveillance, la découverte rapide de cas suspects et la riposte d'urgence devraient garantir l'interruption de la transmission sur l'ensemble du pays. Afin de pérenniser ces acquis, interrompre l'épidémie en cours au Lac et s'assurer qu'aucun cas potentiel n'est ignoré là ou ailleurs, il est crucial de renforcer la surveillance épidémiologique des Paralysies Flasques Aigues (PFA) sur l'ensemble du territoire. Il est également essentiel de mettre en place un dispositif préparant à une réponse immédiate en cas de nouvelle notification de cas confirmés ou suspects.

Deux Journées nationales de vaccination (JNV) sont prévues ainsi que la possible intégration de Vaccin Polio Oral (VPO) dans la campagne de vaccination contre la méningite dans 15 régions au cours du dernier trimestre 2012. Des efforts sont aussi réalisés vers le renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine dont la couverture demeure toujours très basse, en particulier parmi les populations mobiles, migrantes et de nomades.

1. Réponse au cas de Bol : riposter vigoureusement et sécuriser le futur

Après plusieurs semaines d'interruption apparente dans la survenue de cas de polio en début d'année, deux cas de PVS sont survenus dans le District de Bol, région du Lac, l'un en avril et l'autre en juin 2012, dépistés en mai et juin, respectivement. La structure génétique du premier cas, apparentée à celle d'un cas découvert en 2010 dans la région de Chari Baguirmi, laisse supposer qu'une chaîne ininterrompue de transmission s'est poursuivie depuis au travers de cas symptomatiques et non-symptomatiques. Une riposte d'envergure sans précédent a été mise en œuvre fin juin-début juillet 2012 dans ce district difficile d'accès et où des communautés hautement mobiles n'avaient jusqu'alors bénéficié ni d'une couverture vaccinale satisfaisante,

ni d'une surveillance focalisée. Elle a fait appel à une collaboration étroite entre les équipes du Ministère de la Santé Publique, ses partenaires internationaux, et les Ministères de l'élevage et de celui de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, appuyée par des moyens logistiques importants mis à la disposition des équipes par Ministère de la Défense Nationale sur instruction de SE le Chef de l'État. De plus la mobilisation des ressources locales en personnel et logistiques par les autorités administratives, militaires et civiles ont joué un grand rôle dans le bon déroulement de la riposte. Une vaccination systématique des enfants de moins de 15 ans et une recherche de cas de PFA qui auraient encore échappé à la surveillance étaient toujours en cours dans la région au moment de la réunion du GTC.

Cette situation souligne l'importance du renforcement de la surveillance, de la mobilisation des communautés et de la vaccination, en particulier dans les zones mal desservies et parmi les populations nomades ou migrantes.

Le GTC salue les initiatives des équipes de vaccination qui ont adapté leurs horaires de passages à la présence des bénéficiaires dans les ménages.

1.1 Le GTC félicite les équipes locales, régionales et centrales pour la riposte aux flambées de polio dans la région du Lac et recommande de renforcer la surveillance dans les zones silencieuses ainsi que la couverture plus complète des populations vulnérables durant les campagnes de vaccination, en particulier celles qui, comme cela était le cas pour la région du Lac, étaient connues pour leur haut risque épidémique.

1.2 Face à l'identification de PVS dans la région du Lac, le GTC recommande d'effectuer deux passages ultérieurs à environ quatre semaines d'intervalle.

1.3 Il recommande aussi que des mesures soient prises pour renforcer la préparation à des situations semblables qui pourraient survenir durant cette étape critique de la campagne d'éradication. Celles-ci devraient inclure la diffusion renouvelée d'une marche à suivre détaillée applicable dans de tels cas ainsi que la mise en place d'un stock national de réserve de 300.000 doses de vaccin VPO bivalent et la constitution d'une réserve de fonds équivalente aux fonds pour une JLV. Ces réserves seront destinées spécifiquement aux ripostes rapides, en accord avec le plan d'urgence couvrant la période juillet-décembre 2012.

2. Renforcer la surveillance : briser le silence de certains districts

Au cours des deux dernières années, les efforts visant à renforcer la surveillance des cas suspects de polio s'est améliorée considérablement dans la plupart des districts du pays ainsi que le démontrent les notifications de cas de paralysie flasque aigue touchant les enfants, la collecte et l'acheminement des échantillons de laboratoire et, dans une moindre mesure, le suivi des cas dans les délais fixés de 60 jours après l'apparition de la paralysie. Des activités dans ce but sont en cours tandis que d'autres sont prévues pour permettre aux structures périphériques de jouer un rôle accentué dans le dépistage, la notification, l'investigation rapide et le suivi systématique des nouveaux cas. Ceci implique une transition du rôle des sous-bureaux régionaux, élargissant leur engagement direct dans les campagnes de vaccination aux activités de surveillance aux niveaux communautaire, de district et régional. Le programme d'éradication a en effet entrepris la mise en œuvre d'une surveillance active à base communautaire faisant appel à la participation d'informateurs et de motivateurs locaux. Ces efforts devraient en particulier porter sur les 19 districts à haut risque identifiés dans le plan d'urgence. Parmi ceux-ci, 4 districts silencieux ne notifient pas ou peu de cas de PFA, même si certains sont situés en zones urbaines ou périurbaines d'accès facile (N'Djamena Sud).

2.1 Le GTC recommande qu'un accent particulier soit porté sur le renforcement de la surveillance en insistant sur le renforcement des capacités et de la redevabilité des districts peu performants, ainsi que sur la vérification des données ainsi recueillies et de leur utilisation dans la prise de décision aux niveaux des districts, des régions, des sous-bureaux et de l'équipe nationale. Le rapport hebdomadaire épidémiologique « *Weekly* » devra être complété par une présentation et une analyse des données par district.

2.2 La surveillance à base communautaire, mise en œuvre initialement dans 19 districts hautement vulnérables est en voie d'expansion. Le GTC recommande qu'elle soit suivie avec soin selon des critères préétablis afin de s'assurer de son efficacité, discerner ses points forts et ses points faibles et les conditions (humaines, sociales et financières) sous lesquelles elle fonctionne au mieux et peut être répliquée dans d'autres districts. La possibilité d'introduire une incitation financière pour les membres de la communauté et les agents de santé notifiant des nouveaux cas de PFA doit être mise à l'essai à petite échelle. Le monitoring et l'évaluation de cette nouvelle approche devront être réalisés selon des critères préétablis prenant en compte les spécificités culturelles locales, avant que l'approche ne soit instituée à plus grande échelle. Le groupe de la communication doit intervenir concrètement dans le processus de formation participative favorisant l'implication des communautés dans la recherche active des PFA.

2.3 Le GTC est informé de la recommandation exprimée au niveau mondial d'élargir la surveillance environnementale. Le GTC recommande qu'une telle approche soit différée dans le cas du Tchad afin d'éviter un surcroît de travail et une diversion des efforts du personnel en place. Une discussion préalable avec les autorités nationales et leurs partenaires internationaux, en consultation avec le GTC, est indispensable afin de déterminer si une étude de faisabilité d'une surveillance environnementale est opportune à ce stade critique de la campagne d'éradication.

3. Mise en œuvre des recommandations du 7^e GTC : promouvoir la redevabilité

Les recommandations issues de la 7^{ème} réunion du GTC ont été mises en œuvre dans un contexte de priorités multiples, car l'équipe a dû réaliser plusieurs activités urgentes et importantes dans un laps de temps limité et avec des ressources humaines restreintes. En effet, il faut noter que, parmi les recommandations principales, la majorité en a été réalisée d'autres sont en cours de réalisation et une minorité n'a pas été mise en œuvre.

Une mise à jour de l'état d'avancement de la réponse à ces recommandations sera jointe au rapport final.

3.1 Le GTC réitère les recommandations qu'il a exprimées lors de sa réunion précédente. Leur mise en œuvre doit être poursuivie et les recommandations non mises en œuvre devront être satisfaites sur les prochains mois. Il s'agit notamment d'activités touchant à la coordination, la surveillance et la communication, lesquelles sont reprises par le GTC dans les recommandations de cette 8^{ème} réunion.

3.2 Le GTC a longuement débattu la notion de redevabilité des acteurs sur le terrain. Il recommande des actions vigoureuses pour assurer la transmission de rapports complets et réguliers et leur analyse aux niveaux d'envoi et de réception. Cette redevabilité concerne tant les activités opérationnelles que financières. Le GTC recommande que les incitations financières actuellement offertes soient liées à la performance des personnes concernées sous la responsabilité du Ministre de la Santé Publique.

4. Activités Vaccinales Supplémentaires (AVS) : améliorer la qualité des campagnes

Cette année, six campagnes de vaccination ont été organisées : une AVS en janvier couplée avec la rougeole ; 3 Journées Nationales de Vaccination (JNV) en février, mars et avril ; et 2 Journées Locales de Vaccination (JLV) en mai et juin ciblant les populations nomades de <15 ans dans 19 des 21 régions et, de plus, les populations sédentaires (0-59 mois) dans 8 de ces 19 régions.

Suivant les recommandations du dernier GTC les données sur les tranches d'âge vaccinées (0-11 mois et de 12-59 mois), des données sur le type des populations vaccinées (sédentaire, nomade) et sur les caractéristiques démographiques et sociales des enfants jamais vaccinés (« Zéro doses ») ainsi que sur les raisons de non-vaccination ont été collectées. Celles-ci permettront une meilleure analyse du résultat de ces campagnes et surtout l'amélioration du ciblage des populations nomades lors des prochaines campagnes.

Depuis le début de l'année, dans les districts où le LQAS a été effectué on observe une augmentation progressive de la proportion de districts acceptés au seuil de 90% (taux de couverture vaccinale de 90% déclaré dans les rapports administratifs et confirmé par une évaluation indépendante). La proportion des districts satisfaisant ce critère a évolué favorablement de 28% en février 2012 à 50% en avril mais on note que ce taux a stagné par la suite: 50% en mai, 55% en juin. Ces proportions demeurent donc insuffisantes pour assurer la protection uniforme des enfants et l'interruption de la transmission de la polio dans le pays.

Parmi les causes de non-vaccination des enfants, la plus fréquente est l'absence des enfants, de l'ordre de 67%, alors que les raisons de ces absences ne sont pas investiguées systématiquement. Cependant, sur la base de l'observation, on peut attribuer certaines de ces « absences » au refus de la vaccination ou à des activités sociales ou économiques des mères. La non-visite et non-revisite des ménages comptent pour 25% des causes de non-vaccination. En effet, certains ménages sont exclus d'emblée de la campagne, entre autre en raison de la difficulté d'accès ou de refus antérieur des parents, tandis que d'autres ménages dont les enfants sont absents ne sont pas systématiquement revisités dans les heures ou jours qui suivent le premier et unique passage des vaccinateurs. Ces taux élevés peuvent en partie s'expliquer par une micro-planification déficiente et une supervision inadéquate. D'autre part, les limites séparant les zones de responsabilités, mais aussi les districts ou les régions ne sont pas clairement définies, ce qui aboutit à la non-couverture de certaines populations limitrophes. Enfin, peu d'efforts sont faits pour atteindre les enfants et leurs mères sur les lieux publics en dehors des ménages (par exemple sur les marchés).

4.1 Pour améliorer la qualité des AVS, la formation des vaccinateurs et des superviseurs devrait être plus participative et pratique plutôt que théorique. Cette formation doit être réalisée avec la participation conjointe des vaccinateurs, agents de communication et leurs superviseurs.

4.2 Les zones de concentration de populations comme les marchés, les gares routières, ainsi que les points d'eau et de passage du bétail doivent être couverts durant les AVS par un nombre suffisant d'équipes mobiles assurant la recherche active d'enfants de moins de 5 ans.

4.3 Quand les résultats des LQAS (qui concernent généralement les districts à haut risque) ne sont pas adéquats il faut étudier les raisons de ces mauvaises performances et mettre en œuvre une revaccination de toute la zone défaillante. Les incitations

financières aux agents concernés doivent être basées sur leur performances, une fois connus les résultats réels de leur travail.

4.4 Pour documenter les résultats et acquis des AVS, un bulletin de rétro-information sur la campagne, devra être préparé à l'issu de chaque AVS. Cette activité pourrait être la responsabilité de l'équipe de soutien à la communication (STOP Team).

5. Mobilisation Sociale et Communication: entrer en symbiose avec les opérations

Le GTC note les efforts fournis par la sous-commission Mobilisation Sociale et Communication, notamment lors de la dernière campagne de Bol. Cependant, le grand nombre de personnel travaillant dans la communication a de la peine à compiler, analyser, mesurer et faire remonter la masse d'informations recueillies au niveau périphérique. Les questions de performance du personnel et de leur financement restent au cœur des priorités.

Le GTC note avec satisfaction le déploiement sur le terrain d'un grand nombre de techniciens de la communication ainsi que le rôle important que semblent jouer les crieurs publics dans la diffusion de l'information dont ils sont la première source d'information pour les parents. Cependant, on note peu d'amélioration dans la moyenne nationale des parents non informés, laquelle stagne autour de 20% en 2012. Le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont renforcé leurs groupes de communication dont on espère une contribution plus efficace à l'information des communautés.

Le GTC constate que la collecte des données ne conduit ni à leur analyse systématique ni à leur utilisation lors de la révision de la planification à tous les niveaux. L'absence des enfants dans les ménages reste la cause déclarée la plus fréquente de non-vaccination (67% en juin 2012), la 2ème cause en étant la non-revisite des ménages (24%). De plus, le mécanisme de notification aux sous-bureaux et de rétro-information de leur part n'est pas totalement fonctionnel et ne conduit pas à la correction systématique des problèmes identifiés.

De nombreux agents de communication et mobilisation sociale ont été recrutés mais le GTC exprime des réserves quant à leur contribution réelle au vu de l'absence d'information sur leur déploiement et la concordance de celle-ci avec la notion de district à haut risque. Des doutes persistent quant' à leur intégration réelle dans la formation, la planification périphérique, restitution, et coordination des AVS, lesquelles engagent les vaccinateurs et les mobilisateurs sociaux séparément.

5.1 Le GTC recommande de renforcer et systématiser la collecte, l'analyse et la remontée des données sur la mobilisation sociale, en particulier celles concernant les populations spécifiques (nomades, transhumants, migrants et autres populations mobiles ou insulaires) et de documenter les meilleures pratiques afin d'en élargir l'échelle.

5.2 Il recommande de produire la cartographie des ressources humaines de la communication et mobilisation sociale.

5.3 Il recommande aussi d'assurer la participation du groupe de communication à toutes les réunions des groupes techniques de travail sur les AVS polio à tous les niveaux et d'intégrer les activités de communication dès le stade de la planification. En particulier, les équipes de vaccination et de communication devront conjointement effectuer le suivi rapproché des ménages dont les enfants non pas été vaccinés (revoir les modules de formation Communication Interpersonnelle - CIP).

5.4 Le GTC recommande de documenter et capitaliser sur la contribution des relais communautaires à l'effort de sensibilisation des communautés et de surveillance des maladies et renforcer leur collaboration avec les équipes de vaccinateurs et de mobilisateurs sociaux.

5.5 Il souligne le besoin de capitaliser sur les données de la récente étude CAP conduite lors de la revue externe du PEV en 2012 et de mettre à profit les nouvelles technologies de communication en direction des nomades et de la population urbaine (téléphonie mobile).

5.6 Le GTC recommande enfin d'organiser une revue à mi-parcours des activités de communication dans le cadre de l'éradication de la polio.

6. Programme Élargi de Vaccination (PEV) : donner sa chance à chaque enfant

Tant attendue, la revue du PEV couplée d'une enquête sur la couverture vaccinale et les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) a été réalisée en 2012. Elle a permis d'identifier les raisons majeures des faibles couvertures de vaccination dans le pays. Les conclusions de cette évaluation ont conduit à l'élaboration du Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2013-2017 et du plan d'accélération du PEV dans les 32 districts comptant la majorité des enfants non vaccinés au Tchad.

6.1 Le GTC félicite les évaluateurs du PEV et les rédacteurs du PPAC, et appuie d'un avis favorable les activités proposées. Cependant, en plus de toutes les activités considérées dans ces 2 documents, il est important de s'assurer que la micro-planification qui va être développée lors des plans d'accélération du PEV s'inspire de la micro-planification appliquée à la polio et, renforcée, serve de base à toutes les activités de vaccination quel que soit l'antigène utilisé (définition des populations cibles, localisation géographique, accès aux populations spéciales).

6.2 Le GTC recommande que le PPAC 2013-2017 soit harmonisé avec les plans de santé existants ou en cours d'élaboration : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), Plans Régionaux de développement Sanitaire (PRDS), et plan plurisectoriel du Gouvernement et de ses partenaires sur la Santé (Pacte).

6.3 Le bulletin mensuel de rétro-information du PEV devrait être réactivé avec notamment un volet couvrant la gestion et les stocks des vaccins.

7. Chaîne du froid et logistique : optimiser l'utilisation des Ressources

Le GTC note avec satisfaction les progrès accomplis par le groupe Chaîne du froid -Logistique, et encourage la sous-commission à poursuivre ses efforts dans le monitoring des activités de gestion des vaccins particulièrement dans le domaine de la distribution des vaccins et du retour des reliquats de stocks après les AVS. Il faut en effet assurer la mise à disposition en temps voulu du VPO trivalent pour les activités vaccinales de routine et de celle du VPO bivalent pour les AVS tout en garantissant que ces vaccins ne soient spécifiquement et uniquement utilisés qu'à l'une ou l'autre de ces fins.

Le GTC note avec satisfaction la désignation d'un point focal logistique AVS polio au niveau national depuis le dernier GTC. Il note également l'utilisation d'un outil de monitoring des AVS polio et la préparation de rapports réguliers au niveau central, bien que la rétro-information ne s'opère pas systématiquement vers la périphérie. Il note également la commande de pièces de rechange et de consommables pour la bonne maintenance de la chaîne de froid.

Cependant, le GTC note que les leçons apprises sur la gestion du VPO au niveau central ne sont pas encore institutionnalisées de façon systématique. De plus, l'état réel de fonctionnement et de la gestion de la chaîne de froid, des moyens de transport et autres composantes logistiques à tous les niveaux est mal documenté. Les informations collectées au niveau du terrain ne remontent pas au niveau central car les producteurs de l'information et les utilisateurs dépendent de directions différentes (DGAS-R et DGAS). Le manque d'information aboutit à des demandes répétées et non justifiées d'approvisionnement et de renouvellement de matériel. Cette situation risque d'être compliquée par l'acquisition de nouveau matériel financé par GAVI en vue de l'introduction de nouveaux vaccins.

Enfin, le projet de construction de chambres froides et de dépôts financé par l'État est en instance d'approbation officielle. La construction de ces structures est indispensable et urgente au vu des besoins actuels et de ceux prévus pour l'élargissement des activités vaccinales dans le pays.

7.1 Le GTC recommande de systématiser la collecte d'information, l'analyse et le retour des données sur les réserves et l'acheminement des vaccins et autres matériels s'y rapportant, la chaîne du froid, les moyens de transport et autres composantes logistiques. La mise en place de circuits de distribution des vaccins, l'utilisation systématique de l'outil de monitoring du VPO pour les AVS, l'inventaire et la cartographie de la chaîne de froid indiquant son état de fonctionnement et régulièrement mis à jour, et le retour du reliquat des vaccins non utilisés doivent permettre une utilisation plus rationnelle et effective des ressources et le calcul effectif des taux de perte des vaccins et autres matériels.

7.2 Le GTC recommande d'inventorier les besoins en ressources humaines et financières de la chaîne de froid et de la logistique à tous les niveaux et de répondre à ces besoins de façon ciblée.

7.3. Le GTC attire l'attention du Gouvernement sur l'urgence d'entreprendre la construction des chambres froides et dépôts nécessaires à la bonne marche du programme polio et à l'expansion du Programme Élargi de Vaccination.

7.4 Le GTC recommande l'organisation d'un stock de sécurité de 300.000 doses de VPO bivalent destiné à faire face aux besoins de ripostes urgentes.

7.5 Il suggère enfin d'impliquer le sous-comité logistique dans le choix du matériel de chaîne du froid commandé par le MSP.

8. Le Plan d'Urgence : bouter la Polio hors du Tchad fin 2012

Visant l'interruption du PVS, les pays à transmission endémique et ré-établie ont développé des plans d'urgence semestriels depuis 2011. Le Tchad a ainsi élaboré et mis en œuvre deux plans d'urgence successifs couvrant les périodes de juin-décembre 2011 et janvier-juin 2012, respectivement. Ces plans se sont révélés être des outils précieux qui ont constitué la base d'une amélioration sensible des performances du programme bien que l'objectif de l'interruption de la transmission de la polio au Tchad n'ait pas été atteint à échéance.

Sur la recommandation du GTC, un troisième plan d'urgence couvrant la période de juillet à décembre 2012 a été élaboré par un groupe de travail. Celui-ci s'est inspiré de l'expérience précieuse acquise durant les deux plans précédents. L'objectif actuel est d'interrompre la transmission au Tchad fin 2012.

Le GTC a examiné l'avant-projet du 3eme plan qui lui a été soumis, sur lequel il a exprimé des commentaires et suggéré quelques modifications.

8.1 Le GTC exprime ses félicitations au groupe du travail qui a rédigé ce plan national et recommande sa validation par le CCIA au plus tôt et sa soumission aux agences partenaires en vue d'en répartir les tâches et d'en assurer le financement à partir de sources nationale et internationale.

8.2 A cette fin, le GTC recommande qu'une évaluation du coût des Ressources Humaines soit faite avec précision et incorporée dans un budget consolidé indiquant la source de financement en regard de chaque ligne budgétaire et les dates auxquelles chacune des contributions financières ainsi définies devront être disponibles.

9. Coordination : La polio, priorité nationale et urgence de santé publique mondiale

Le GTC note que la coordination reste efficace. En dépit de l'absence ou de l'insuffisance de ressources humaines tant au niveau du Ministère de la Santé Publique qu'à celui des partenaires, les réunions de coordination se tiennent régulièrement, bien que la rédaction de minutes et leur diffusion aux intéressés demeurent aléatoires. Le suivi des recommandations de ces réunions est souvent assuré de manière aléatoire et la mise en œuvre des directives nationales souffre de retards.

Le GTC note avec satisfaction les efforts en cours vers la décentralisation de la coordination au niveau des sous-bureaux et la mise en place d'un système de notification mensuel intégré (AVS, communication). Néanmoins, un écart persiste entre ces rapports mensuels bien documentés, qui comportent des recommandations précises, et la mise en œuvre de ces recommandations, atténuant ainsi l'impact des mesures correctrices qu'elles devraient engendrer.

9.1 Le GTC recommande la documentation systématique des réunions du CTAPEV, ainsi que l'élaboration de recommandations claires et d'une grille de suivi de ces dernières.

9.2 Afin de renforcer le processus de décentralisation, le GTC recommande le développement par les sous-bureaux d'une grille de suivi des recommandations et des points d'action s'y rapportant, ainsi que l'évaluation mensuelle systématique au niveau central des rapports mensuels que leur soumettent les sous-bureaux. En retour, le niveau central devrait informer les sous-bureaux du résultat de leur évaluation, attirant leur attention sur les progrès et déficiences qu'il a relevé.

9.3 Il est aussi recommandé d'augmenter la fréquence des visites par le niveau central aux sous-bureaux et d'assurer que les coordinateurs des sous-bureaux effectuent davantage de visites de supervision et d'appui aux districts.

9.4 Le GTC recommande que tous les postes prévus dont certains sont financés afin de renforcer les capacités nationales et internationales soient pourvus dans les plus brefs délais. Les termes de références de ces postes doivent être observés pour assurer une contribution primordiale au programme d'éradication de la polio tout en contribuant à l'avancement du Programme Élargi de Vaccination.

9.5 Le GTC recommande une collaboration renforcée entre la DGAS et la DGAS-R, notamment en assurant leur participation régulière aux réunions du CTAPEV, aux réunions de restitution nationale post-AVS ainsi qu'au suivi des activités dans les régions.

Conclusion

Le programme d'éradication de la polio au Tchad a encore une fois progressé à bien des égards : Les structures ont été renforcées; d'avantage de personnel a été recruté, formé et déployé sur le terrain; la surveillance s'est améliorée; et la capacité de riposte rapide à la survenue de cas suspects ou confirmés a été mise à l'épreuve avec succès lors d'une flambée qui s'est déclarée récemment dans la région du Lac. Plusieurs volets du programme appellent à des efforts redoublés, en particulier vers le renforcement de la participation communautaire, l'amélioration de la couverture vaccinale, le meilleur ciblage des populations mal desservies et une gestion plus rigoureuse de la chaîne du froid, des vaccins et des moyens de transport.

Le GTC recommande une série d'actions concrètes qui visent à améliorer la performance du programme et à stimuler la mobilisation soutenue de tous les intervenants. Si les efforts préconisés sont réalisés dans le cadre du plan d'urgence national juillet-décembre 2012, on peut espérer interrompre la transmission de la poliomyélite du Tchad au plus tard à la fin de l'année 2012.

Le Groupe Technique Consultatif (GTC) exprime sa profonde gratitude au Gouvernement de la République du Tchad pour l'avoir invité à examiner l'état d'avancement du programme national d'éradication de la poliomyélite et lui fournir des recommandations visant à en assurer le succès. Le GTC tient à exprimer son encouragement au personnel national et international du programme pour le travail qu'il réalise, souvent dans des conditions difficiles, et le remercie pour lui avoir fourni l'excellente documentation qui a étayé ses délibérations.

A l'issu de la réunion du GTC, une version préliminaire de ce rapport a été présentée le 12 juillet 2012 à Monsieur le Ministre de la Santé Publique puis à SE Monsieur le Premier Ministre de la République du Tchad. Prenant note du progrès accompli et des défis qu'il faudra surmonter afin d'éliminer la polio du Tchad fin 2012, ils ont tous-deux réitéré l'appui sans faille du Chef de l'État à la campagne d'éradication, ainsi que celui du Gouvernement. Ils ont souligné que cette campagne doit jouer le double rôle de répondre à une priorité nationale et à une urgence de sante publique mondiale, et de renforcer les activités vaccinales en général et les soins de santé primaires dans le pays.

8^{ème} réunion du Groupe Technique Consultatif (GTC) pour l'Eradication de la Poliomyélite au Tchad
N'Djamena 10-12 juillet 2012

AGENDA PROVISOIRE

Mardi, 10 juillet,

Session 1 : Cérémonie d'ouverture officielle

Heures	Thèmes et intervenants	Questions à débattre
08.30 - 09.30	<ul style="list-style-type: none"> Discours d'ouverture officielle par Mr le Ministre de la Santé Publique Objectifs et agenda de la réunion : Président du GTC Brèves interventions des représentants des Agences internationales (OMS, UNICEF, Rotary, CDC) Retrait des Officiels -Présentation des participants 	
Session 2 : État des Lieux		
9.30 - 10.30	<i>1. Cas récents de Polio : Contexte, Détection et Riposte</i>	
10.30 - 11.00	<i>Pause-café</i>	
11.00 - 12.00	<i>2. Situation de la surveillance épidémiologique au Tchad : Coordonnateur de la surveillance /MSP</i>	<ul style="list-style-type: none"> Discuter également de la possibilité de mettre en œuvre une surveillance environnementale à N'Djamena et de la mise en œuvre d'une surveillance à base communautaire.
12.00 - 12.30	<i>3. Mise à jour sur l'Initiative de l'éradication de la Poliomyélite: Aperçu régional et mondial. AFRO/OMS</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agira d'une seule présentation intégrant les aspects régionaux et mondiaux. Les aspects transfrontaliers doivent également être inclus
12.30 - 13.30	<i>4. Mise en œuvre des recommandations de la réunion du GTC du 27 -29 février 2012 : SG/MSP</i>	<ul style="list-style-type: none"> Quelles recommandations n'ont pas été suivies et dans ce(s) cas, pourquoi ? Cette présentation devrait inclure un examen systématique de raisons pour lesquelles certaines recommandations n'ont pas été mises en œuvre ou l'ont été partiellement ou pas du tout4
13.30 - 14.30	<i>Pause déjeuner</i>	

14.30-15.30	5. Mise à jour sur les efforts du renforcement de la mobilisation sociale : BIEC/MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de la mise en œuvre de la mobilisation sociale au cours des AVS en particulier chez les nomades et les insulaires • Discuter des actions à mettre en place pour réduire le nombre d'enfants non vaccinés lors des AVS dont les 2 principales causes sont l'absence d'enfants et la non visite des ménages • Comment renforcer la surveillance à base communautaire et la routine dans le contexte du Tchad (
15.30-16.00	6. Classification des cas : Présentation des données ; rappel des critères ; résultats, composition du comité : Secrétariat/CNEP	<ul style="list-style-type: none"> •
15.30-16.00	<i>Pause-café</i>	
16.00-17.00	Réunion interne et travail individuel	

Mercredi, 11 juillet 2012

Session 3 Riposte : Plan d'Urgence Polio et Efforts Connexes

08.30- 09-30	7. Présentation des résultats de la revue externe couplée à l'enquête de couverture : Coordonnateur PEV/MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des résultats de la revue externe et de l'enquête de couverture vaccinale • Présenter les principales conclusions et recommandations de la revue externe
09.30-10.30	8. Situation actuelle, perspectives du PEV de routine au Tchad et défis Coordonnateur PEV/MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter du Plan pluriannuel Complet du PEV couvrant la période de 2013 à 2017 avec un accent sur les ressources humaines • Discuter des campagnes d'accélération
10.30-11.00	<i>Pause café</i>	
11.00-12.30	9(a). Les campagnes de vaccination contre la polio en 2012 : Aspects stratégiques, cas spécifiques des	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter les données quantitatives (méthodes de monitoring, LOAS, fiabilité des données et des systèmes d'information, l'utilisation des données pour action et la

	nomades et des insulaires, aspects qualitatifs et défis : Coordonnateur PEV/MSP	retro-information). Les aspects stratégiques : cas spécifique des nomades et des populations insulaires, aspects qualitatifs et défis
12.30-13.30	9(b) Campagnes de vaccination aspects logistiques et CDF	<ul style="list-style-type: none"> Discuter de façon détaillé des aspects de CDF et de l'étude sur la CDF inversée
13.30-14.30	Pause déjeuner	
14.30-16.30	Autres thèmes proposés par les membres du GTC en début de réunion	
16.30-16.45	Pause café	
16.30-18.00	Réunion interne et travail individuel	
Jeudi, 12 juillet 2012		
Session 4 Recommandations et Conclusions des travaux du GTC		
10.30- 11-30	9. Approbation en plénière des conclusions et recommandations du GTC suivie de discussions.	
11.30 - 12.30	Cérémonie de clôture Présentation des recommandations Mot du Président du GTC Discours du Ministre de la Santé Publique Cocktail	
Après midi	Rencontre du Président du GTC avec les hautes autorités pour remettre les conclusions et recommandations de la réunion	

❖ Objectifs de la réunion

- Renforcer les activités d'éradication de la polio en République du Tchad
- Présenter au GTC la situation et les avancées du programme national réalisées au Tchad et recevoir ses recommandations dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite

❖ Résultats attendus

- Le rapport du 7ème GTC est adopté;
- L'état de mise en œuvre des recommandations de la 6ème réunion du GTC est discuté;
- L'état de la situation de la surveillance épidémiologique de la poliomyélite au Tchad est discuté;
- L'état de mise en œuvre des AVS est discuté;
- La situation du PEV de routine et des campagnes vaccinales connexes est présentée;
- Des recommandations pour accélérer l'atteinte de l'objectif de l'interruption de la transmission de la polio au Tchad sont discutées, adoptées par le GTC et remises aux autorités nationales

Documents de travail

1. Rapport du 7 ^{ème} TAG	2. Rapport de la réunion de l'IMB de janvier 2012,
3. Etude de cas : les cas récents de polio : contexte, détection et riposte	4. Derniers bulletins de rétro information sur la surveillance des PFA
5. Plan de renforcement de la surveillance Mars 2012	6. Rapport de la revue externe du PEV de routine et enquête de la couverture vaccinale
7. Suivi de la mise en œuvre des recommandations du 7 ^{ème} TAG	8. Plan d'urgence de lutte contre la polio
9. Dernier weekly sur la situation épidémiologique polio au Tchad	10. Plan d'action PEV 2012 (Révisé)
11. Plan de renforcement des activités vaccinales dans 32 districts	12. Rapports des dernières réunions du CTAPEV et CCIA
13. Plan pluriannuel complet du PEV, 2013-2017	

8^e REUNION DU GROUPE TECHNIQUE CONSULTATIF (GTC) POUR L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITIS AU TCHAD

LISTE EFFECTIVE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRENOMS	TITRE
Ministère de la Santé		
1	1	Dr Mamouth Ngawara
		Ministre de la Santé
2	2	Dr Annour Mahamat Wadak
		S.G du Ministère de la Santé
3	3	Dr Matchoke Ngong Zoua
		S.G.A du Ministère de la Santé
4	4	Dr Brahim Hamit
		Directeur de l'Action Sanitaire Régionale
5	5	M. Natoingar Neoundangar
		Directeur Général des Ressources et de la Planification
6	6	Dr Hamid Djabar
		Directeur de la santé de la Reproduction et de la Vaccination
7	7	Dr Cherif Baharadine
		Cordonnateur du PEV
8	8	Dr Mbaihol Tamadji
		Cordonnateur Adjoint du du PEV
9	9	M. Djazouli Ibn Adam
		Chef de BIEC
10	10	Dr Acyl Mahamat Ali
		Coordonnateur de la Surveillance Epidémiologique
11	11	M. Ali Abderhamane
		Coordonnateur adjoint de la Surveillance Epidémiologique
12	12	M. Youssouf Annadif
		Administrateur/PEV
13	13	M. Brahim Youssouf
		Logisticien du PEV
14	14	M. Rombo Djénadjim
		Gestionnaire des données/PEV
15	15	Dr Fatchou Gakaïtangou
		DSRV A
16	16	M. Mahamat Gamar
		BIEC
17	17	Dr Abdoul Goudjo
		Conseiller MSP
18	18	Dr Barah S. Mallah
		DSR N'Djamena
19	19	M. Abakar Zaïd
		Président de la Croix Rouge du Tchad
Membres du TAG		
20	1	Professeur Daniel Tarantola
		Président TAG
21	2	Dr Brigitte Touré
		Membre du TAG, UNICEF Genève
22	3	Dr Amara Touré
		Membre National TAG
BMGF		
23	1	Dr Jean-Marc Olive
		Consultant BMGF
Membre du TFI		
24	1	Dr. Jean-Baptiste Kakouma
		Membre TFI
ROTARY		
25	1	M. Issa Ngarmbassa
		Président de ROTARY/N'Djamena
26	2	M. Tchombou Antoine
		Rotary Club
CDC		
27	1	Dr Omer Pasi
		CDC Atlanta
UNICEF		
28	1	M. Marcel Ouattara
		Représentant Adjoint UNICEF/Tchad
29	2	Dr Sylvain Djimrangar
		Administrateur PEV/UNICEF
30	3	M. Nanalngar Moyengar
		Suivi-Evaluation Unité C4D POLIO/UNICEF
31	4	Dr Halima Dao
		Health/Polio Specialist, WECARO
32	5	Mlle Irina Dincu
		Communication for development Specialist, WECARO
33	6	M. Mahamoud Dout
		Consultant UNICEF
34	7	M. Copois Thierry
		UNICEF
35	8	M. Martin Engoulou
		UNICEF
OMS		
36	1	Dr Saidou Pathé Barry
		Représentant OMS/Tchad
37	2	Mme Liliane Boualam
		OMS/HQ
38	3	Dr Jean-Marie Kipela
		OMS/IST/CENTRAL
39	4	Dr Kandolo Wenye Pierre
		Point Focal /OMS/IVD/Tchad
40	5	Mr Santime Jean-Marc
		AO/IVD
41	6	Dr Gbedonou Placide
		MO/AVS
42	7	Dr Ayangma Richelot
		MO/Surveillance
43	8	Dr Djalal Mohamed Elhafiz
		NO/PEV de routine
44	9	Dr Toboe Désiré
		Coordonnateur HUB de Mao
45	10	Dr Luzitu Siamo
		Chargé des Activités de Vaccination Supplémentaires
46	11	Dr Thomas Karengera
		Coordonnateur HUB N'Djamena
47	12	M. Sessouma Abdoulaye
		Gestionnaire des données/OMS
48	13	Mme Djeraïbe Rosalie
		AA/IVD
49	14	Mme Guideyana Ndota
		AA/HUB/N'Djamena
50	15	M. Noel Nodjitan
		AA/HUB/IVD
51	16	Mme Nalmen Nadionbang
		Secrétaire/IVD
52	17	M. Mannta Guérina
		Socio-Anthropologue
53	18	M. Naissem Jonas
		HIP/OMS
54	19	M. Abicho Abba Hissein
		Chauffeur OMS
55	20	M. Haroun Abouna Idriss
		Chauffeur OMS