



REPUBLIQUE DU TCHAD
Présidence de la République
Primature
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



Decembre 2017

PLAN DE TRANSITION DE LA POLIOMYELITE DU TCHAD 2018 – 2022

Sommaire

PRÉFACE	6
REMERCIEMENTS.....	8
1. LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	9
2. RESUME ANALYTIQUE	11
3. APERÇU SYNTHETIQUE DU PLAN DE TRANSITION DE LA POLIO AU TCHAD 2018-2022	12
4. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE TRANSITION POLIO AU TCHAD	16
5. CONTEXTE	20
5.1. Environnement géographique et sécuritaire	20
5.2. Système de santé	21
5.3. Financement	22
5.4. Epidémiologie	23
5.5. Vaccination et activités de lutte contre la polio	23
5.6. Opportunités	24
5.7. Défis	24
5.8. Préalables à la transition	25
6. ACQUIS ET LEÇONS APPRISES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ERADICATION DE LA POLIO.....	25
6.1. Les acquis.....	25
6.1.1. <i>Ressources humaines</i>	25
6.1.2. <i>Les actifs physiques larges</i>	27
6.1.3. <i>Les petits actifs</i>	27
6.1.4. <i>Laboratoire</i>	29
6.1.5. <i>Chaine du froid</i>	29
6.1.6. <i>Outils de gestion et autres supports développés dans le cadre l'IMEP</i>	29
6.1.7. <i>Financement</i>	29
6.1.8. <i>Processus et acquis intangibles</i>	30
7.2. Les leçons apprises.....	31
7.2.1. <i>Mobilisation du soutien politique, social et plaidoyer</i>	31
7.2.2. <i>Élaboration des politiques et planification stratégique</i>	31
7.2.3. <i>Gestion des partenariats et coordination des donateurs</i>	31
7.2.4. <i>Mise en œuvre des opérations et tactiques du programme</i>	31

7.2.5	<i>Suivi et monitoring indépendant</i>	31
7.3	Limites du programme polio sur le système et autres programmes de santé	31
8.	BUT ET OBJECTIFS DE LA TRANSITION	32
8.1.	But	32
8.2.	Objectif général	32
8.3.	Objectifs spécifiques	32
8.4.	Axes stratégiques	32
9.	SCENARI, DUREE ET MODALITES DE FINANCEMENT DE LA TRANSITION	32
9.1.	Facteurs déterminants des différents scénarii à prendre en compte dans la modélisation	33
9.2.	Scenarii de la transition	33
9.3.	Durée et phases de transition	33
9.3.1.	Phase 1 ou pré-transition (1an) : <i>Janvier à Décembre 2018</i>	34
9.3.2.	Phase 2 (2 ans) : <i>Janvier 2019 à Décembre 2020</i>	34
9.3.3.	Phase 3 (2 ans) : <i>de Janvier 2021 à Décembre 2022</i>	34
10.	PRIORITES NATIONALES EN MATIERE DE SANTE ET DE VACCINATION	34
10.1.	Financement de la santé	34
10.2.	Financements innovants	35
10.3.	Renforcement du système de surveillance épidémiologique	35
10.4.	Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination	36
10.5.	Amélioration de la prévention des autres maladies à potentiel épidémique (MAPE) non prises en compte par le PEV	36
10.6.	Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux évènements majeurs de santé publique	36
11.	PREALABLES ET HYPOTHESES DE REUSSITE DE LA TRANSITION POLIO	37
11.1.	Maintenir la vaccination comme stratégie prioritaire au sein de la DVSE	37
11.2.	Accroître le financement en faveur de la vaccination	37
11.3.	Renforcer l'approche communautaire	37
11.4.	Renforcer l'approche d'intégration des services	37
12.	OPTIONS DE TRANSITION DES FONCTIONS ESSENTIELLES ET ACQUIS DE L'IMEP AU TCHAD	39
13.	BUDGET ET FINANCEMENT	43
13.1	Budget par Rubriques/Fonction	43
13.2	Budget par source de financement.....	43
14.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DE LA TRANSITION POLIO DU TCHAD	43
Objectifs	44

Cadre de redevabilité des organes impliqués dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan.....	45
I. Les mécanismes de suivi et évaluation	48
Principes généraux.....	48
Modalités ou mécanismes de suivi et l'évaluation.....	48
II. Le cadre de mesure des résultats ou plan de suivi et évaluation	48
Tableau de suivi des indicateurs de mise en œuvre du plan de transition Polio.....	58
Le plan de renforcement du système de Suivi et Évaluation.....	61
<i>Tableau : Cadre commun de renforcement en Suivi et Évaluation</i>	62
15. CONCLUSION.....	63
ANNEXES DU PLAN DE TRANSITION POLIO DU TCHAD.....	64

PRÉFACE

Depuis son lancement en 1988, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP) a permis de réduire l'incidence mondiale de la poliomyélite de plus de 99% et le nombre de pays d'endémie de 125 à 3. Sans cet effort mondial, plus de 10 millions de personnes qui marchent aujourd'hui seraient paralysées.

Le Gouvernement du Tchad qui s'est inscrit aux grandes initiatives de lutte accélérée contre la maladie, à savoir l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite, l'élimination de la rougeole, du tétanos maternel et néonatal (TMN) a fait des efforts importants avec ses partenaires au développement en vue de l'éradication de la poliomyélite d'une part, le contrôle accéléré des autres maladies évitables par la vaccination et le renforcement du PEV de routine, d'autre part. En effet, le Tchad a notifié le dernier cas de Poliovirus Sauvage (PVS) le 14 juin 2012 et a été considéré, comme pays ayant interrompu la circulation du poliovirus sauvage le 30 juin 2016. C'est donc avec un esprit de fierté qu'il a entamé l'élaboration de son plan de transition conformément au 4^{ème} objectif stratégique du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, élaboré en 2012 par l'Assemblée mondiale de la Santé pour mettre un terme définitif à la poliomyélite. Cependant, cette satisfaction n'a été que de courte durée car un mois plus tard l'Etat de Bornou au Nigéria, dans le bassin du Lac-Tchad, a notifié un cas de poliovirus sauvage de type 1.

L'élaboration du Plan de Transition d'Eradication de la Poliomyélite au Tchad qui a bénéficié dès le début, en mi-octobre 2016, de l'appui total de ses partenaires traditionnels que sont l'OMS et l'Unicef a été conduite par deux organes que sont le CCIA et le Comité Technique de Pilotage (CTP). Le processus d'élaboration de ce plan de transition a été participatif et inclusif. Le CTP composé des cadres du Ministère de la Santé Publique (MSP), des partenaires techniques et financiers, des représentants de la société civile et des ONG a été chargé de son élaboration. Ce comité a été appuyé par deux consultants (un international Senior et un expert national). Le travail fourni a, par la suite, été validé lors d'un atelier regroupant les acteurs du secteur de la santé et a connu une adoption officielle.

Le Plan de Transition de la Poliomyélite au Tchad (PTPT) budgétisé est aligné avec les priorités nationales du pays notamment avec les objectifs stratégiques définis à la fois dans la Politique Nationale de Santé (2016-2030), le Plan National de Développement de Santé 3(2017-2021) et le Plan Pluriannuel complet du PEV (2018-2022). Le PTPT doit prendre en compte le fait que les investissements effectués en matière d'éradication de la poliomyélite contribuent aux futurs objectifs de santé afin de s'assurer que le pays i) demeure exempt de polio ; ii) renforce la vaccination de routine avec un focus sur la surveillance épidémiologique avec les moyens humains et matériels suffisants; et iii) intègre les acquis du PEV dans les programmes existants avec un focus sur les activités à base communautaire.

Le plan d'exécution qui est présenté peut être ajusté au fil du temps. Il contient les principaux éléments suivants :

- un plan de ressources humaines ;
- une stratégie d'évaluation et de développement des compétences ;
- une stratégie de communication et de promotion du plan de transition de la polio ;
- un cadre de surveillance et de responsabilité, avec calendriers ;
- un budget d'exécution détaillé ;

- un cadre de gouvernance de la transition, avec les rôles et les responsabilités des principales parties prenantes ;
- un plan de travail d'exécution.

Je saisis l'occasion pour remercier sincèrement, au nom du Gouvernement de la République du Tchad, tous les partenaires techniques et financiers, la société civile et les ONG ainsi que les autres Ministères connexes qui ont participé activement à l'ensemble du processus d'élaboration, de validation et d'adoption de ce Plan de Transition d'Eradication de la Poliomyélite au Tchad.

Enfin, j'exprime ma reconnaissance à tous mes collaborateurs pour avoir contribué activement à l'élaboration de cet important document.

Le Ministre de la Santé Publique

Madame NGARMBATINA ODJIMBEYE SOUKATE

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de :

- Tous les responsables centraux du Ministère de la Santé Publique pour leurs contributions à l'élaboration de ce document ;
- Les membres du Comité Technique de Pilotage et le personnel du Programme Elargi de Vaccination, membres du CTP;
- Les Partenaires de l'Initiative Mondiale de l'Eradication de la Poliomyélite ;
- Les Représentants pays de l'OMS, Unicef et GAVI pour leur appui technique et financier ;
- Tous les autres partenaires qui ont participé à l'élaboration de ce document, notamment le Rotary club de N'Djamena et le CDC (Point Focal pour le Tchad);
- Tous les responsables des Comités polio : Comité National de Certification (CNC), Comité National des Experts Polio (CNEP), etc. ;
- Les responsables de la Société civile en particulier POSVIT, qui ont partagé leurs avis et expériences ;
- Les Consultants nationaux et internationaux OMS et UNICEF pour leur appui technique;
- Toute personne qui a contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce document.

1. LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACC	Atteindre Chaque Communauté
ACD	Atteindre Chaque District
ACPV	Approche Communautaire pour la Promotion de la Vaccination
AVS	Activités Vaccinales Supplémentaires
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
C4D	Communication For Development (Communication pour le Développement)
CBS	Chef Bureau Santé
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CDC	Centre for Diseases Control and Prevention (Centre de contrôle et de prévention des maladies)
CDF	Chaine De Froid
CIP	Communication Inter Personnelle
CNC	Comité National de Certification de l'éradication de la polio
CNEP	Comité National des Experts Polio
CRT	Croix Rouge du Tchad
CTP Polio	Comité Technique de Pilotage
CV	Couverture Vaccinale
DGSELM	Direction Générale de la Santé Environnementale et de la Lutte contre la Maladie
DNTA	Direction de la Nutrition et Technologie Alimentaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
DS	District Sanitaire
DSEPS	Direction de la Santé Environnementale et de la Promotion de la Santé
DVDMT	District Vaccine Data Management Tool (outil de management des données de vaccination du district)
DVSE	Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique
ECD	Equipe Cadre du District
ECDSR	Equipe cadre de la Délégation Sanitaire Régionale
GAVI	Global Alliance Vaccine for Immunization (Alliance Mondiale du Vaccin)
GIS	Geographical Information System (Système d'Information Géographique)
IMEP	Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio
JLV	Journées Locales de Vaccination
JNV	Journées Nationales de Vaccination
JRF	Joint Report Form (Rapport d'Evaluation Conjointe)
LQAS	Lots Quality Assurance Sampling Survey
MCD	Médecin Chef de District
MEV	Maladies Evitables par la Vaccination
MR	Mobilisation des Ressources
OBRA	Outbreak Response Assessment (Evaluation indépendante de la réponse à l'épidémie polio du Bassin du Lac Tchad)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Points Focaux
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
POSVIT	Plateforme des Organisations de la société civile pour le Soutien à la Vaccination et à

	l'Immunisation au Tchad
PTPT	Plan de Transition de la Poliomyélite au Tchad
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTP	Plan de Transition Polio
PVDVc	Polio Virus dérivé de souche vaccinale circulant
PVS	Polio Virus Sauvage
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SMT	Stock Management Tool (outil de management du stock)
SSD	Service de Santé du District
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VPI	Vaccin Polio Injectable
VPO	Vaccin Polio Oral

2. RESUME ANALYTIQUE

Le Tchad n'a pas enregistré de cas de poliovirus sauvage après le 14 juin 2012. Il a été déclaré pays libre de polio le 30 juin 2016. Il s'est engagé sur la voie de l'éradication, selon les orientations du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. Cependant, la notification d'un cas de poliovirus sauvage de type 1 dans l'Etat de Bornou au Nigéria et l'insécurité dans le bassin du Lac Tchad l'amènent à doubler de vigilance.

En conséquence, le Gouvernement a entrepris d'élaborer son plan de transition budgétisé selon les étapes suivantes :

- Désignation d'un consultant international senior OMS et d'un consultant national UNICEF qui ont rassemblé tous les différents documents nécessaires pour assurer un cahier de charge en vue d'aider le pays à élaborer son plan de transition;
- Désignation par le Ministre de la Santé Publique du Comité Technique de Pilotage (CTP) présidé par le Directeur Général Adjoint de la Santé Environnementale et de la Lutte contre la Maladie (DGSELM/A). Cette structure est placée sous l'autorité du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) qui en est l'organe dirigeant. Les termes de référence du CTP qui précisent son rôle, ses responsabilités et sa composition sont déclinés dans une note de service signée par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique. Cette note de service fait une répartition des tâches des membres du dit comité. Après sa mise en place, le CTP a adopté un calendrier de travail .

La première réunion du Comité de Coordination Inter -Agences (CCIA) relative au processus de la transition polio, tenue le 20 janvier 2017, a eu pour but d'apprécier, tout d'abord, l'état d'avancement du processus, puis de se prononcer sur le choix des options stratégiques que le pays doit opérer à la lumière des éléments contextuels qui lui ont été soumis ; c'est ainsi que le CCIA a approuvé pour le Tchad les deux options stratégiques suivantes : (i) redimensionner les actifs de la polio, maintenir les fournisseurs actuels (OMS et UNICEF) et rechercher de nouvelles sources de financement ; et (2) arrêter les actifs de la polio à court terme et renforcer les capacités du Gouvernement. A cette première réunion du CCIA, il a été recommandé à l'équipe du CTP de poursuivre le processus pour finaliser le Business case le plus vite que possible.

La deuxième réunion du CCIA élargie aux parties prenantes et autres partenaires du MSP a été organisée le 03 mai 2017. Elle a été consacrée à l'examen du draft du Business case ou draft du plan de mise en œuvre des stratégies sélectionnées de la transition Polio au Tchad. Après des discussions et des échanges francs sur ledit document et un consensus sur les prochaines étapes, le CCIA élargi a fait les recommandations suivantes : i) l'analyse financière doit être affinée en détaillant davantage la contribution de l'Etat et en précisant les bailleurs répertoriés sous la rubrique « autres sources »; ii) le recrutement d'un expert en mobilisation de ressources pour appuyer le CTP afin d'affiner la contribution financière de l'Etat doit être fait mais aussi pour élaborer la stratégie de mobilisation de ressources elle-même; iii) le lien entre la transition polio et le PNDS 3 en cours d'adoption ainsi que le PPAc doit être établi; et iv) l'emphase doit être mise sur le renforcement du système de vaccination de routine et le système de santé.

Suite à ces recommandations, les membres du CTP ont pris part du 10 au 11 mai 2017 à Yaoundé à côté de leurs pairs de la RD Congo et du Cameroun à un atelier d'évaluation. Sous la coordination du Groupe de Gestion de la Transition (GGT) de l'IMEP du Siège de l'OMS Genève, de l'UNICEF HQ ainsi que des instances Régionales (IST/AC et WCARO de Dakar, cette rencontre avait pour but de mesurer l'état de progression de leurs plans respectifs, etc). Lors de cet atelier les deux éléments clefs que les 3 pays francophones ont retenus peuvent être les suivants : (i) les plans de transition peuvent être de véritables mécanismes d'anticipation des réponses des pays pour assurer la consolidation des acquis des efforts de lutte contre la Polio, et (ii) l'appropriation des stratégies et l'engagement à mobiliser les ressources nécessaires sont autant des défis à relever par chaque pays. De retour au pays, les membres du CTP se sont servis des recommandations issues de cet atelier pour peaufiner le plan de transition qui était déjà suffisamment avancé.

En exécution de la Feuille de route telle que décrite dans le guide d'élaboration, il convient de relever que le pays avait déjà bénéficié d'appui conséquent pour un inventaire (cartographie des actifs) complet des acquis du programme d'éradication de la polio par les deux agences partenaires que sont l'OMS et l'UNICEF dès 2016. Cet

inventaire est complété par celui de l'Etat réalisé en 2017. La cartographie des actifs de la polio a permis, l'identification exhaustive des acquis, , dont les plus significatifs sont :

- La micro-planification à l'échelle nationale des campagnes polio et leur application simultanée ;
- La formation du personnel dans plusieurs domaines ;
- Le renforcement de certaines structures sanitaires du pays en chaîne de froid, vaccins et moyens roulants;
- Le renforcement de la collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires techniques et financiers, donnant ainsi un modèle de collaboration pour l'ensemble du système de santé
- Et une formidable mobilisation sociale avec une forte participation communautaire.

Au terme de ce processus de cadrage préalable, le CTP mis en place par le Gouvernement a élaboré après plusieurs séances de travail et retraites, la présente matrice conceptuelle qui esquisse les grandes lignes des activités prioritaires, les principales stratégies, le budget et son financement.

Le budget prévisionnel de ce Plan de transition 2018-2022 s'élève à USD 369 024 777.

3. APERÇU SYNTHETIQUE DU PLAN DE TRANSITION DE LA POLIO AU TCHAD 2018-2022

Objectifs du Plan Stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018		<ol style="list-style-type: none"> 1. Détection du poliovirus et interruption de sa transmission ; 2. Renforcement de la vaccination et retrait du VPOb en 2018 ; 3. Confinement et Certification ; 4. Planification de la transmission des acquis (<i>Plan de transition</i>). 					
Acquis et leçons apprises de la mise en œuvre de l'IMEP au Tchad		<ul style="list-style-type: none"> • Processus : <i>planification, activités de masse ;</i> • <i>Engagement politique, social et communautaire : Task force, plaidoyer, media</i> • Coordination et <i>partenariat</i> • Ressources humaines : <i>staff, PF, assistants techniques ;</i> • Equipements : <i>antennes surveillance, chaîne du froid, moyenroulant ;</i> • Outils : <i>gestion des données, communication, budgétisation ;</i> • Financements : <i>appui au fonctionnement, coûts opérationnels.</i> 					
Priorités nationales en matière de santé et de la vaccination		Couverture sanitaire universelle, Santé de la mère et de l'enfant, Approche communautaire, Urgences, Financement de la santé, Lutte contre la maladie.					
Contexte		<p>Défavorable : Risque polio n'est pas à exclure, faibles performances de la vaccination et de la surveillance, forte dépendance extérieure du financement de la vaccination, diminution puis arrêt des financements extérieurs de la polio d'ici 2018/2019, Région du Lac Tchad, Nigéria, Groupe terroriste Boko Haram</p> <p>Favorable : Financement GAVI pour le Renforcement du Système de Santé (RSS) avec la Plateforme d'optimisation de la Chaîne du froid, promesses faites des bailleurs de fonds pour le financement du PND du pays, etc.</p>					
But		Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvénile due aux maladies évitables par la vaccination					
Objectif général		Maintenir le Tchad exempt de poliomyélite d'ici 2022et au-delà.					
	1. Atteindre le niveau de	2. Augmente	3. Communiqu	4. Disposer des RH	5. Renforcer	6. Mobiliser les ressources	7. Accroître la part du

Objectifs spécifiques	certification des indicateurs de surveillance des PFA au niveau national, régional et district par le renforcement de la surveillance épidémiologique	r la couverture vaccinale en VPOB de 82 à 95% et en VPI de 80 à 95% dans tous les districts sanitaires d'ici 2019	er efficacement sur les enjeux et défis de la transition Polio afin d'informer et de mobiliser les partenaires et la population d'ici fin 2022	compétentes dédiées à l'éradication de la Polio au Tchad d'ici fin 2022.	les capacités logistiques de la DVSE et des différentes structures de santé en appui à la mise en œuvre du plan de transition Polio	financières requises en cohérence avec les priorités des stratégies de développement national dans le domaine de la vaccination d'ici fin 2022	budget du Ministère de la Santé Publique allouée au PEV à au moins 10% d'ici 2022
Principaux résultats attendus	Les indicateurs de certification de l'éradication de la polio sont atteints et maintenus	le niveau d'immunité des populations contre la polio est maintenu au plus haut niveau de façon continue	D'ici 2018 à 2022, au moins 90% des acteurs impliqués dans l'éradication de la Polio sont informés sur la mise en œuvre du plan de transition et de nouveaux partenariats pour le financement de la lutte contre la polio sont noués.	D'ici 2022, les compétences d'au moins 80% des acteurs dédiés à l'éradication de la Polio sont développées 80% du personnel non fonctionnaire ayant intervenu dans la lutte contre la polio a contractualisé avec l'État	Les capacités logistiques et des différentes structures de santé sont renforcées	- De nouveaux PTF ont contribué au financement de la mise en œuvre du plan de transition Tchad. - De 2018 à 2022, les ressources financières extérieures/intérieures nécessaires à la mise en œuvre du plan de transition Polio au Tchad sont mobilisées	Le budget du MSP alloué aux activités de l'immunisation a augmenté
Préalables (engagements stratégiques des autorités)	Renforcer le dispositif de surveillance épidémiologique à tous les niveaux	Maintenir la subvention accordée au PEV (DVSE) pour l'achat des vaccins de routine	Engager la communauté dans le système de santé	Actualiser l'inventaire des postes de travail et affecter à la DVSE le personnel nécessaires à l'exécution optimale du plan de transition		Obtenir l'accord des fournisseurs des ressources à débloquer les fonds à temps pour soutenir la mise en œuvre du plan de transition Polio	Obtenir un engagement politique en vue de l'augmentation du financement de l'Etat en faveur de la vaccination
Options de transition des acquis et des	Maintien du niveau de certification des indicateurs de la	Vaccination de routine et AVS de qualité	Renforcement de l'engagement communautaire	Contractualisation des RH non fonctionnaires et agents de l'Etat ayant des	Renforcement de la logistique	Recherche de nouvelles sources de financement	Accroissement des financements de l'Etat

fonctions essentielles	surveillance et du PEV au niveau de la certification		Surveillance communautaire	compétences requises dans l'exécution de la transition			
Activités clé de Pré-transition (2018) -Les partenaires poursuivent le financement des fonctions polio essentielles -Plaidoyer pour le financement Mise en place de mécanismes de financement	Maintenir les activités de surveillance épidémiologique	Maintenir les activités de vaccination de routine et organiser des AVS de qualité	Renforcer la sensibilisation et l'appropriation par les acteurs communautaires des interventions en faveur de la vaccination	Développer les compétences et/ou recycler le personnel hérité de l'IMEP au niveau central et déconcentré.	Acquérir la logistique nécessaire à la mise en œuvre des activités de lutte contre la Polio	Faire le plaidoyer auprès des partenaires actuels et potentiels pour qu'ils financent les fonctions polio essentielles	Mener un plaidoyer en faveur de l'augmentation du financement de l'Etat alloué à la vaccination
Activités clé de la Transition (2019-2022) <i>Arrêt progressif des actifs et transfert des responsabilités à l'Etat avec soutien minimal des partenaires et renforcement des capacités du Gouvernement</i>	Renforcer les activités de surveillance épidémiologique en mettant l'accent sur les régions et les districts prioritaires identifiés à risque	Intensifier la mise en œuvre des approches novatrices (ACD, ACPV et ACC) dans les districts sanitaires à faible couverture vaccinale et sur les groupes de population à haut risque	Accroître les actions de communication pour renforcer l'engagement communautaire et la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	Former, superviser, suivre et évaluer le personnel concerné par la mise en œuvre du plan de transition. Assurer le transfert progressif du personnel non fonctionnaire de l'IMEP à l'Etat	Acquérir la logistique nécessaire au fonctionnement effectif de tous les districts sanitaires en mettant l'accent sur ceux qui sont identifiés à risque	Poursuivre le plaidoyer auprès des partenaires actuels et signer des accords de financement avec de nouveaux fournisseurs de ressources	Faire un plaidoyer continu pour l'augmentation du financement de l'Etat national alloué à la vaccination
Activités clé Post-transition (2023) Autonomisation de l'Etat Vers l'indépendance vaccinale Couverture sanitaire universelle	Renforcer le dispositif d'alerte et de riposte rapide	Maintenir et renforcer les performances du PEV en routine	Maintenir la communication pour l'éradication de la polio	Développer des mécanismes de fidélisation du personnel.	Maintenir les acquis de la transition Polio pour le renforcement du système de santé	Valoriser les accords de partenariat en faveur de la vaccination de routine	Faire un plaidoyer continu pour le maintien d'un financement national optimal pour la vaccination de routine
						Taux des	Proportion

Principaux indicateurs et cibles	Taux de PFANP (B=7.6% et C<10%) Qualité de selles (B=91% et C=100%)	Taux de couverture en VPO3 (B=82% et C=95%) Taux de couverture en VPI (B=80% et C=95%)	Nombre des PTF engagés dans le financement de la mise en œuvre du PTP Proportion des personnes informées sur le PTP	Effectif du personnel qualifié dédié à la mise en œuvre du PTP	% des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	ressources mobilisées en faveur de la mise en œuvre du PTP	du budget de l'État alloué à la mise en œuvre du PTP
Budget par objectifs(USD)	51387575	140009003	25 305 824	52559086	99763289	Cf budget communication	Cf budget communication
Budget par sources de financement (USD)	<i>Etat</i> ¹ <i>Partenaires externes</i> 51 387 575	<i>Etat</i> :1 831 072 <i>Partenaires externes</i> 104 877 931	<i>Etat</i> :162 000 <i>Partenaires externes</i> 25 143 824	<i>Etat</i> :9 441 166 <i>Partenaires externes</i> 43 117 920	<i>Etat</i> :60 563 029 <i>Partenaires externes</i> 39 200 260	Etat : cfr objectif 3 Partenaires externes	Etat :cfr objectif 3 Partenaires externes

¹ Contribution de l'Etat en personnel

4. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE TRANSITION POLIO AU TCHAD

Le processus d'élaboration du plan de transition polio a été conduit sous le leadership du Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction Générale de la Santé Environnementale et de la Lutte contre la Maladie (DGSELM) à laquelle est rattachée la Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique (DVSE) jouant le rôle du secrétariat du Comité Technique de Pilotage (CTP). Cet organisme est directement en charge de l'élaboration dudit plan de transition. Le CTP est présidé par le DGSELM/A et regroupe les hauts cadres du MSP, notamment du Secrétariat général, Conseiller du MSP, DGRP, DNTA, etc., la plateforme des Organisations de la société civile pour le Soutien à la Vaccination (POSVIT), les représentants des agences locales de l'IMEP (OMS et UNICEF), les représentants du Rotary Club de N'Djamena, de la Croix Rouge du Tchad etc. Le processus d'élaboration du plan de transition a duré un peu plus de 12 mois. Il s'est déroulé en trois phases : 1) Octobre 2016 - Janvier 2017 avec l'appui technique d'une équipe de deux consultants (un national UNICEF et un senior international OMS/AFRO), 2) Février – début mai 2017 avec l'appui technique d'un nouveau consultant national OMS et l'ancien consultant UNICEF, 3) 20 septembre – 21 novembre 2017 avec l'appui technique d'un nouveau consultant national OMS et l'ancien consultant UNICEF. C'est ici le lieu de souligner l'appui technique et financier important apporté par les Partenaires au développement que sont l'OMS et l'UNICEF dans l'aboutissement de ce processus.

Les principales étapes ont été les suivantes :

➤ **Inventaire des acquis et des leçons apprises :**

Conformément aux étapes décrites dans les directives de préparation d'un plan de transition, les meilleures pratiques et leçons apprises ont été documentées en octobre 2014, de même qu'une cartographie (preuve) des actifs de la polio a été réalisée en juin 2016. En mars 2016, l'UNICEF après avoir conduit une analyse de la situation, a produit un document d'Investment case concernant ses interventions dans le cadre de l'IMEP. Les informations résumées de ces différents documents ont servi de base au Business case.

Ainsi, selon le Plan Stratégique de l'Eradication de la Poliomyélite et la Phase finale 2013-2018, suivant les recommandations du guide de la planification de la transition polio qu'il sous-tend, on entend par actifs de polio, les ressources humaines (RH), les équipements larges et petits, le laboratoire, la chaîne du froid ainsi que les fonctions, les bonnes pratiques et leçons apprises de la mise en œuvre de l'IMEP. Cette section du Business case donne ainsi une vue d'ensemble de tous ces actifs de la polio et des fonctions de santé publique qu'ils couvrent. C'est ainsi que le Business case est comme le socle autour duquel s'est bâti l'ensemble du plan de transition.

➤ **Mise en place d'un Comité Technique de Pilotage** en charge du développement du plan de transition polio:

Par note de service N° 3164/PR/PM/MSP/SE/SG/BEP/2016 du 29 novembre 2016, le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique a désigné les membres du Comité Technique de Pilotage (CTP) composé des Directions centrales du Ministère de la Santé Publique, de l'OMS, de l'UNICEF, de Rotary, de la plateforme de la société civile, des ONG et de la Croix Rouge du Tchad. La note de service a défini le rôle et les attributions du CTP ainsi que les attentes de celui-ci.

➤ **Ateliers et retraites :**

- **Dans la 1^{ère} phase**, une première retraite a été organisée du 10-12 novembre 2016 à N'Djamena regroupant les membres du CTP et certains communicateurs ; cet atelier a porté sur les différents sujets relatifs au processus de planification de la transition tels que :

- i) **Un aperçu général sur l'Initiative Mondiale d'Éradication de la Poliomyélite (IMEP)** notamment l'adoption en mai 2013 du plan stratégique pour la fin de l'éradication de la poliomyélite 2013 – 2018 au cours de l'Assemblée Mondiale de la Santé ;
- ii) **Une vue d'ensemble du processus de la planification Polio**, notamment le processus de planification de la transition de la polio qui s'articule autour des trois objectifs qui sont :
- a. garantir que les fonctions nécessaires pour maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication soient intégrées dans les systèmes nationaux de vaccination et d'autres programmes de santé publique ;
 - b. transférer des compétences et des processus non essentiel, lorsque cela est possible, souhaitable et approprié, pour soutenir d'autres priorités de santé et assurer la pérennité de l'expérience du programme d'éradication de la poliomyélite ;
 - c. veiller à ce que les connaissances générées et les enseignements tirés des activités d'éradication de la poliomyélite soient documentés et partagés au profit d'autres initiatives de santé. C'est ainsi que les résultats de l'étude faite sur les Meilleures Pratiques en fin 2014 ont été présentés aux participants.
- iii) **Champs de la planification de la transition polio.** Les étapes de la planification de la transition au niveau des pays prioritaires sont au nombre de six (6.). Elles vont de la sensibilisation qui permet de susciter le leadership du Gouvernement à la feuille de route en passant par la coordination, la preuve (actifs, fonctions, leçons apprises), les options stratégiques et la vision pour l'avenir.
- Le premier atelier de N'Djamena s'était focalisé sur les éléments en rapport avec la preuve et les options stratégiques.
- Selon l'équipe des facilitateurs, le processus de planification de la transition polio au niveau pays obéit, à 4 principes directeurs. Ainsi, 1) la planification de la transition du programme polio doit être bénéfique à tous et pas seulement aux pays dans lesquels les ressources pour l'éradication de la polio sont actuellement concentrées. 2) Elle doit assurer des transitions à long terme vers une appropriation nationale complète des fonctions de santé publique de base, 3) respecter, dans la mesure du possible, le calendrier de mise en œuvre et, enfin, 4) la planification de l'héritage ne doit pas détourner l'attention de la priorité actuelle d'interruption de la transmission du poliovirus et des autres objectifs du Plan stratégique 2013-2018.
- iv) **Le cadre de conduite d'un exercice de simulation de transition polio** a été aussi présenté par les facilitateurs. C'est ainsi que tour à tour le cadre et les objectifs d'un exercice de simulation de transition ont été définis avec les quatre étapes que sont l'identification des besoins, la catégorisation des fonctions en 3 groupes, la génération des options et des alternatives et la hiérarchisation. A l'issue de cette phase, 4 groupes de travail ont été constitués qui sont :
- a. un groupe des communicateurs qui doit plancher sur la stratégie de communication du plan de transition et 3 groupes constitués des membres du CTP dont :
 - b. - Un groupe sur les fonctions essentielles polio prises en charge par les actifs de la polio ;
 - c. - Un groupe sur les fonctions non polio actuellement prises en charge par les actifs de la polio ;
 - d. - Un groupe sur les fonctions non polio qui pourraient bénéficier d'un soutien de l'actif de la polio modifiée.
- Cependant, compte tenu de l'absence des représentants de certaines parties prenantes, un seul groupe a été constitué, ce qui a limité la portée de cet atelier de N'Djamena. Au terme de l'exercice, il a été difficile, pour les membres du CTP présents de se prononcer par rapport aux trois choix possibles, et la décision a été prise pour assurer le bon déroulement du processus d'organiser, du jeudi 15 au samedi 17 décembre 2016, un second atelier cette fois-ci à Bongor afin de finaliser formellement l'exercice de simulation.

La seconde retraite ou atelier de Bongor qui s'est déroulée du 17 au 19 décembre 2016 a permis au pays de finaliser le quatrième jalon du processus qui concerne les options stratégiques. En effet, à l'issue des travaux de trois groupes de travail intenses, le CTP a fait des choix stratégiques basés en fonction des (A), (B) et (C) ci-après :

(A) - Fonctions essentielles polio actuellement prises en charge par les actifs de la polio ; l'alignement sur les besoins a été opéré en tenant compte d'une des priorités sanitaires nationales qui est de « **maintenir le statut du pays indemne de la poliomyélite** ». Cette priorité est inscrite dans les principaux documents nationaux à savoir la Politique Nationale de Santé (PNS), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC/PEV) et le Plan d'Action Opérationnel (PAO/PEV).

(B) – Fonctions non polio actuellement prises en charge par les actifs de la polio ;

La priorité sanitaire nationale retenue dans cette catégorie est « **la vaccination systématique** ». Cette priorité est inscrite dans les principaux documents nationaux que la PNS, le PNDS, le PPAC/PEV et le PAO/PEV. Comme mesures de succès, il est prévu d'atteindre 90% de couverture nationale en DTC3 en 2020 et au moins 80% en DTC3 au niveau infranational d'ici 2020.

(C) - Fonctions non polio qui pourraient bénéficier d'un soutien d'actifs polio modifiés ; l'éradication du ver de Guinée et l'élimination des autres maladies tropicales négligées sont les priorités sanitaires nationales retenues dans cette catégorie. Ces priorités sont inscrites dans les principaux documents nationaux que sont la PNS, le PNDSII et III ainsi que le PPAC/PEV 2013-2017 et 2018-2022.

En définitive, les options stratégiques retenues par le CTP sont :

(A)- l'option 1 a été retenue au détriment des options 2 et 3, à savoir : « **redimensionner les actifs de la polio, maintenir les fournisseurs actuels et rechercher de nouvelles sources de financement** ». Pour cette option, Les fonctions essentielles polio prises en charge par les actifs de la polio identifiées concernent : (i) la vaccination VPOb (Vaccin Polio Oral bivalent) / VPI (Vaccin Polio Inactivé); (ii) la surveillance de la PFA (Paralysie Flasque Aigüe) / surveillance environnementale.

(B) – l'option 3 a été retenue au détriment des 2 autres options 1 et 2 : « **Arrêter les actifs à court terme et renforcer les capacités du Gouvernement** ». Pour cette fonction (B), les fonctions non polio actuellement prises en charge par les actifs de la polio identifiées sont : (i) l'engagement communautaire pour la vaccination de routine; et (ii) la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

(C) - l'option 3 a été aussi retenue au détriment des 2 autres options 1 et 2 : « **Arrêter les actifs à court terme et renforcer les capacités du Gouvernement** ». Pour cette fonction (C), les fonctions non polio qui pourraient bénéficier d'un soutien d'actifs de la polio modifiés sont : (i) la micro planification, (ii) la supervision, (iii) le monitoring et (iv) la surveillance des maladies tropicales négligées.

- v) Dans la 2^{ème} phase, le draft du plan de transition a été élaboré par le CTP lors de cette retraite de Bongor.
- vi) Durant la 3^{ème} phase une retraite de finalisation de tous les documents du plan de transition (avec la relecture et la pré-validation) a eu lieu du 24 au 29 novembre 2017, avant la validation par le Comité de Coordination Inter Agences.

➤ **Travail de synthèse :**

Dans la première phase, le travail de synthèse a été fait par deux consultants (Consultant national UNICEF et international OMS). Dans la 2^{ème} et la 3^{ème} phase, le consultant national UNICEF a continué le travail entamé avec deux consultants nationaux recrutés par l'OMS. .

➤ **Participation de la délégation du Tchad a la rencontre régionale du Groupe de Gestion de la Transition (GGT) organisée à Yaoundé pour les pays prioritaires d'Afrique francophones du 10 et 11 mai 2017 à l'Hôtel Hilton.**

La délégation du Tchad a été composée de l'équipe en charge de la transition du MSP avec les Points Focaux et les personnes ressources au niveau de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que les représentants des ONG, de la CRT à cet atelier d'évaluation des progrès pour la planification de la transition. A cette occasion chaque pays participant dont le Cameroun, la RD Congo et le Tchad a fait le point de sa situation sur l'état d'avancement du processus. Les suites logiques de cet atelier de Yaounde ont eu comme impact positif les éléments cités ci-après : i) l'élaboration ou la révision du plan d'action budgétisé en juin 2017 qui a reçu les financements des partenaires que l'OMS et l'UNICEF, avec en plus la mise en place des consultants nationaux en fin septembre et octobre 2017.

➤ **La retraite de Bongor organisée du 16 au 21 octobre 2017** pour la finalisation du business case notamment : i) la contribution de l'Etat (actifs) dans le Business case, ii) le plan de planification des RHS, iii) la stratégie d'évaluation et le développement des compétences et iv) la stratégie de communication et de promotion pour la transition polio a pu être financée par l'UNICEF et rendue possible. Ces quatre dossiers ont été finalisés par les deux consultants et seront validés par le CTP lors de la dernière retraite prévue en novembre 2017.

➤ **La dernière retraite organisée à Bongor du 23 au 28 novembre 2017** pour la finalisation et l'adoption de la documentation du plan d'exécution polio du Tchad ; il s'agissait notamment de la stratégie de mobilisation de ressources, de l'établissement du cadre de suivi et d'évaluation, de l'établissement du budget détaillé, etc

➤ **Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) :**

La première rencontre du CCIA a été l'occasion de rendre compte de l'évolution du processus. Parmi les conclusions pertinentes de cette réunion figure l'adoption des options stratégiques de transition entérinant ainsi les propositions faites par le CTP lors de la retraite de Bongor en décembre 2016. Cette adoption officielle le 20 janvier 2017 a ouvert la voie à l'élaboration du Draft du Business case ou draft du plan de mise en œuvre des stratégies sélectionnées pour le Tchad. Les recommandations suivantes ont été formulées: *«Elaborer un bon plan de transition qui reflète les réalités du pays avec des actions appropriées d'une part afin que le Tchad demeure libéré de la polio, et d'autre part, veiller à ce que les acquis de l'héritage polio profitent véritablement aux programmes prioritaires du pays»*.

La 2^{ème} réunion du CCIA élargie aux parties prenantes, a validé le premier draft du plan de transition ou Business case avec les inputs sur les stratégies de transition. Le CCIA élargi a fait 4 recommandations formelles au CTP (voir plus haut). Le prochain CCIA aura à adopter le plan de transition et ses annexes. La signature du mémorandum interviendra après la validation et l'adoption dudit plan.

➤ **Coûts et financement :**

En plus de la contribution de l'Etat, l'élaboration de ce plan de transition a bénéficié de l'appui technique et financier de l'UNICEF et de l'OMS à hauteur de 51 777 5000 FCFA.

➤ **Difficultés :**

Les deux difficultés majeures de l'élaboration du Plan de transition du Tchad ont été de:

- Rassembler les différentes compétences nationales pour produire un document de qualité reflétant les réalités du pays dans un environnement de conflit de calendrier et dans un contexte socio-économique difficile ;
- Respecter les délais : une période initiale de 7 mois a été prolongée de 5 mois avec des pauses variant entre 2 à 4 mois liées en particulier à l'absence de contrats des consultants.

5. CONTEXTE

Le Tchad a souscrit à la mise en œuvre du plan stratégique de l'Éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, dont le but est de veiller à ce que le monde reste définitivement exempt de la poliomyélite et que l'investissement dans les opérations d'éradication soit bénéfique pour le système de santé dans les années à venir. Pour y parvenir, chaque pays devrait élaborer un plan de transition visant notamment à rationaliser les fonctions à long terme de l'éradication de la poliomyélite comme la vaccination par le vaccin polio injectable (VPI), la surveillance épidémiologique, à exploiter les enseignements tirés d'autres grandes initiatives de santé, et à faire évoluer l'infrastructure de lutte contre la maladie selon les besoins. C'est dans ce cadre que le Tchad a amorcé le processus d'élaboration de ce plan depuis la mi-octobre 2016. Cependant, avec la persistance d'une situation économique délétère liée à la chute du prix du baril de pétrole, principale source de revenu du pays, cet engagement s'est trouvé fortement compromis, d'autant qu'au niveau même mondial la raréfaction des ressources constitue un autre défi majeur.

5.1. Environnement géographique et sécuritaire

Parmi les pays frontaliers du Tchad, le Nigéria (à l'Ouest), le Cameroun (au Nord-ouest), le Niger et la RCA (à l'Est) suscitent un intérêt sanitaire et épidémiologique particulier, du fait de la situation politico-sécuritaire desdits pays limitrophes du Bassin du Lac Tchad mais aussi de la situation du Nigeria caractérisée par la survenue de quatre nouveaux cas de PVS en 2016. L'insécurité générée par la secte Boko Haram dans la zone du Bassin du Lac Tchad, et l'instabilité politique en RCA, ont engendré une zone de faible couverture sanitaire le long de leurs frontières.

En raison de cette instabilité sous régionale, le Tchad offre actuellement l'hospitalité à environ 750.000² réfugiés et demandeurs d'asile provenant des pays limitrophes et principalement de la République Centrafricaine (RCA), du Nigéria et du Cameroun autour des îles du Lac.

L'immigration et le mouvement interne des populations ont suscité l'émergence de groupes de populations démunies souvent dans un état sanitaire et épidémiologique précaire. La résurgence des cas de PVS au Nigéria et des foyers de diverses épidémies dans ces zones du pays est une des conséquences de cette précarité. Ceci est une des preuves que le risque de circulation du PVS n'est pas encore exclu au niveau du pays, tout au moins dans sa partie insulaire autour du Bassin du Lac Tchad. Une récente évaluation (OBRA2) de la situation faite par une équipe indépendante de l'OMS/AFRO et CDC démontre la fragilité de cet état de fait et les recommandations et conclusions doivent attirer l'attention de plus hautes autorités du pays.

De même, les conclusions récentes du TAG meeting (22-23 novembre 2017 à N'Djamena ayant regroupé les représentants de cinq pays riverains du Bassin du Lac Tchad résumant cette préoccupante situation, notamment : i) le manque de sens de l'urgence dans tous les 5 pays ; ii) l'insuffisance en matière de documentation de la collaboration transfrontalière ; iii) l'indisponibilité des fonds au niveau opérationnel, le manque de financement national pour les activités de réponse ; iv) le faible profil de susceptibilité en raison de la faible qualité des AVS/polio et de la lenteur de la mise en œuvre des activités de la phase II (OBRA). Toutes ces faiblesses relevées par le TAG ont fait l'objet de recommandations pertinentes et ont débouché sur l'élaboration d'un autre plan de riposte pour les six prochains mois.

² PND 2017-2021, page 19

5.2. Système de santé

Plusieurs entraves au bon fonctionnement du système de santé/vaccination et des goulots d'étranglement qui affectent sa performance ont été identifiés lors de l'élaboration du PNDS3. En effet, selon les principaux résultats du PNDS2 qui a couvert la période de 2013 à 2015, puis prolongé jusqu'en 2017, malgré les efforts très importants, notamment dans l'amélioration de la prestation des services et dans le domaine des ressources humaines, beaucoup de défis restent à relever pour que le système de santé tchadien soit performant; il s'agit, entre autres :

➤ PROBLEMES LIÉS A LA REPOSE ACTUELLE DU SYSTÈME DE SANTE

(i) Problèmes liés à la gouvernance et au leadership

- Le dispositif juridique du secteur de la santé est incomplet par manque d'applications des décrets et des textes pris ainsi que l'absence d'un service chargé de l'élaboration des textes juridiques et du suivi de leur application;
- La coordination du secteur de la santé demeure encore faible, faute des ressources propres au MSP et d'une planification rigoureuse des activités d'appui, et d'un faible suivi des activités sur le terrain;
- La culture de la transparence et de la redevabilité est faible. Ces valeurs ne sont pratiquement pas intégrées dans la conduite des activités sanitaires par les responsables à tous les niveaux du système de santé même si le niveau central est soumis régulièrement aux audits externes et aux contrôles de l'Etat;
- La dynamique de la multisectorialité dans le secteur de la santé est faible. Cette faiblesse réduit les chances de promouvoir la santé dans toutes les politiques nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé;
- Le système de santé reste encore très centralisé. D'une part, les délégations sanitaires régionales et les districts sanitaires ne maîtrisent pas les effectifs de leurs agents et leurs compétences et, d'autre part ils n'ont pas une autonomie financière et un statut juridique requis pour gérer leurs entités.

(ii) Problèmes liés au financement de la santé:

- Le pays manque d'une stratégie globale et crédible pour le financement de la santé; Le Tchad a adopté une nouvelle PNS (2016 – 2030) orientée vers l'atteinte de l'ODD dont la cible centrale est la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Une stratégie nationale de la CSU a été adoptée par le gouvernement et l'ensemble des parties prenantes.
- Le secteur de santé reste encore sous financé à 37 USD par habitant et par an, alors que les premières estimations situent les besoins pour faire des avancées vers la CSU à 86 USD par habitant et par an. Un enfant complètement vacciné au Tchad revient à 1,33 USD. En plus, on note une baisse constante du budget de l'Etat consacré à la santé depuis 2013 avec une baisse de 9,14% de 2013 à 7,27% à 2016. Cette situation accroît la dépendance vis-à-vis des ressources extérieures dans un contexte où les pays doivent compter d'abord sur les ressources domestiques pour financer la CSU et les ODD;
- La part du paiement direct des ménages dans la dépense totale de santé est encore très élevée (52% selon les Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2011). Elle est plus de deux fois supérieure à la limite fixée par l'OMS (20%). Dans le même temps, les mécanismes de protection contre le risque financier sont encore à leur état embryonnaire;
- L'inefficience dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé est de plus en plus grandissante notamment : (i) l'insuffisance de la culture de la gestion axée sur les résultats; (ii) des incohérences entre les plans architecturaux des infrastructures et équipements mis en place et la faiblesse des programmes de maintenance qui a pour conséquence la diminution de la durée de vie des équipements, etc;
- L'affectation des ressources financières aux régions et aux districts ne se fait pas de manière équitable (absence de critères objectifs ou clé de répartition des ressources domestiques et extérieures) qui permettrait de favoriser l'équité dans l'offre et l'utilisation des services entre régions et districts.

(iii) Problèmes liés aux ressources humaines pour la santé

- Les RHS au Tchad restent insuffisantes tant en quantité qu'en qualité avec en plus un problème d'inadéquation entre les profils et les emplois. La densité du personnel de santé au niveau national est estimée à 0,58 pour mille habitants en 2016 alors que la norme recommandée par l'OMS est de 4,45 pour mille en vue de faire des progrès vers l'atteinte de l'ODD et la CSU;
- L'insuffisance dans la gestion des RHS disponibles : l'effectif des agents du secteur de la santé voire celui du MSP n'est pas maîtrisé du fait de l'absence des outils de gestion des RHS tel que le cadre organique;
- Les RHS ne sont pas réparties de manière équitable entre régions d'une part et entre le milieu urbain et rural d'autre part. Par exemple la ville de N'Djamena concentre à elle seule plus de 45% RHS du pays en 2016;
- L'insuffisance dans le développement et/ou la mise en œuvre des politiques et stratégies des RHS. C'est ainsi que le PSDRHS et le plan de carrière, ne sont pas suffisamment mises en œuvre;
- La faible couverture en soins de sage-femme (8% au Tchad selon le rapport SoWMy 2014) avec plus de 60% de sages-femmes à N'Djamena ;
- La prolifération des écoles privées de formation des paramédicaux (IDE, sages-femmes...). Ces écoles n'ont ni du personnel enseignant requis, ni des structures de stage pratique et d'encadreurs pour une formation de qualité.

Pour ce qui est du système de vaccination, le bilan fait du PPAC/PEV 2013 -2017 par le MSP et ses partenaires appuyant le PEV a identifié les principaux problèmes ci-après :

- Insuffisance dans la gouvernance (pas de redevabilité sur l'utilisation des fonds alloués au domaine de la vaccination).
- Insuffisance dans la fonctionnalité du CCIA (irrégularité des réunions, manque de suivi des recommandations, etc)
Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines à tous les niveaux avec un déséquilibre dans la répartition territoriale (urbain/rural).
- Déficit d'information des parents d'enfants sur la vaccination.
- Insuffisance de motivation des parents pour la vaccination ;
- Insuffisance de stratégies adaptées et durables permettant d'atteindre les populations d'accès difficile (nomades, insulaires, désertiques) ;
- Discordance entre les données administratives de vaccination et celles des enquêtes et ou estimations
- Faible couverture géographique en CDF
- L'insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche communautaire ;
- La faible protection contre le risque maladie à toute la population ;
- L'absence d'un cadre de redevabilité des acteurs ;

5.3. Financement

Comme la plupart des documents stratégiques consultés l'indiquent, la part du Budget Général de l'Etat (BGE) consacrée à la santé en général connaît une évolution fluctuante, en dessous en tout cas de l'engagement pris à Abuja par les chefs d'Etat africains en faveur de la santé. Il est à noter qu'après le pic à 13% de 2009 et de 9% en 2013, la moyenne se situe autour de 6.5%. Le budget général de l'Etat et le budget général de la santé, sont eux-mêmes assez fluctuants d'une année à l'autre à cause de la crise économique. On comprend tout aussi la non maîtrise de l'évolution des montants alloués à la DVSE. Malgré le retard dans le décaissement des fonds, l'Etat a toujours respecté l'engagement qu'il a pris depuis des années pour l'achat des vaccins et intrants du PEV dans le cadre de l'Initiative Indépendance Vaccinale. Notons

que le Programme d'éradication de la polio a été largement soutenu par l'aide extérieure (environ plus de 95%). Le budget de la DVSE ne représente qu'environ 2% du budget du MSP³.

5.4. Epidémiologie

Le dernier cas de PVS au Tchad a été enregistré le 14 juin 2012. Des activités de riposte ont en conséquence été menées sur l'ensemble du territoire national pour s'assurer de l'absence du poliovirus sauvage. Le processus de certification de l'éradication dans la région Afrique de l'OMS est en cours et devrait durer jusqu'en 2019. Pour ce faire, le niveau d'immunité et la qualité de la surveillance doivent être renforcés.

Le Comité National d'Experts Polio (CNEP) et le Comité National de Certification (CNC) sont en place et mènent leurs activités conformément à leurs mandats respectifs.

Le pays a élaboré un plan national de riposte à l'épidémie en février 2016. Ce plan a été mis à jour au mois de juin 2016, suite à la détection d'un poliovirus circulant au mois de mars dans l'Etat de Bornou au Nigéria (Bassin du Lac Tchad) .. Du 25 Mars au 3 Mai 2017, une évaluation indépendante de la riposte contre l'épidémie de poliomyélite a eu lieu au terme de laquelle des recommandations ont été formulées dont la mise en œuvre est suivie.

Le bassin du Lac Tchad qui regroupe le Tchad, le Nigéria, le Cameroun, la RCA et le Niger reste actuellement un focus majeur pour l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite et une Région à enjeux pour plusieurs raisons : insécurité liée à la présence du groupe islamiste « Boko Haram », existence de populations spéciales dans les zones d'accès difficile (insulaires, nomades, réfugiés, déplacés...) dans le bassin du Lac Tchad.. Ces contraintes couplées à l'épidémie du Nigéria ont justifié la mise en place d'une « Task Team » chargée de coordonner les efforts de l'initiative d'éradication de la polio dans les cinq pays.

Les indicateurs clefs de performance de la surveillance des PFA (Taux de PFA non Polio, Cas de PFA avec échantillons de selles adéquats) sur les trois dernières années (2014, 2015, 2016) indiquent de bonnes performances. Par exemple en 2017, le taux de PFA NP à la semaine 34 est de 7.05 et le pourcentage de selles collectées dans les 14 jours suivant le début de la paralysie est de 93%.

Si ces résultats concernant les indicateurs clés de surveillance des PFA au niveau national sont encourageants, il faut toutefois relever qu'il existe des faiblesses au niveau régional et district. En effet, certains districts sanitaires n'ont pas toujours les performances requises en matière de surveillance à cause de l'insécurité résiduelle dans le bassin lac Tchad, la présence de groupes de population spécifiques (nomades, retournés, camp de réfugiés ou de déplacés internes), l'accès difficile à certaines localités et la vaccination de routine souvent faible dans les zones insulaires incitent à la prudence.

5.5. Vaccination et activités de lutte contre la polio

Pour ce qui est du système de vaccination, le bilan fait du PPAC/PEV 2013 -2017 par le MSP avec l'appui de ses partenaires a identifié grâce à la revue externe les goulots d'étranglement majeurs de la vaccination. Ceux-ci ont été encore mieux mis en exergue lors de deux autres évaluations récentes que sont OBRA2 (1-15 novembre 2017) et la réunion du TAG (22-23 novembre 2017). Bien que des efforts soient fournis par le PEV, beaucoup reste à faire. En effet, la récente enquête de couverture vaccinale montre que seulement 22% d'enfants sont complètement vaccinés avant leur premier anniversaire. Cette faible performance ne permet pas de protéger les enfants contre les maladies évitables par la vaccination. De ce qui précède, les principales faiblesses de la vaccination et activités de lutte contre la polio peuvent être résumées comme suit:

- Insuffisance dans la gouvernance et le leadership
Absence d'un cadre de redevabilité des acteurs ;
- Insuffisance dans la fonctionnalité du CCIA (irrégularité des réunions, manque de suivi des recommandations ou décisions, etc)
- Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines à tous les niveaux avec un déséquilibre dans la répartition territoriale (urbain/rural).
- Déficit d'information des parents d'enfants sur la vaccination.
- Insuffisance de motivation des parents pour la vaccination ;

³ Enquête de CV- Rapport de la Revue externe du PEV 2017, Tableau n° 36 : Evolution du budget de l'Etat, du budget alloué au secteur de la santé et à la vaccination en millier de F CFA (2007-2017)

- Insuffisance de stratégies adaptées et durables permettant d'atteindre les populations d'accès difficile (nomades, insulaires, désertiques) ;
- Discordance entre les données administratives de vaccination et celles des enquêtes et ou estimations
- Faible couverture géographique en CDF
- Insuffisance dans la mise en œuvre de l'approche communautaire ;
- Faible protection contre le risque maladie à toute la population ;
- Faible performance du PEV de routine: Les couvertures vaccinales en VPO3 et en VPI n'atteignent pas le niveau requis (90%) pour stopper toute transmission du poliovirus; ces couvertures vaccinales sont respectivement de 82% et 80% selon les données du JRF de 2016 ;
- Faible performance des AVS polio : les résultats des enquêtes LQAS conduites dans le cadre du monitoring révèlent que ces AVS n'ont pas été aussi performantes que ne semble indiquer les couvertures administratives de plus de 100% de taux de CV ; c'est ainsi que sur les 10 dernières AVS polio qui ont fait l'objet d'évaluation, la proportion des districts acceptés (CV égale ou supérieure à 80%) n'a dépassé 80% que pour seulement 4 campagnes ;
- Le statut vaccinal des cas de PFA de 6 à 59 mois dans ces régions, montre que ces enfants ne sont pas suffisamment vaccinés (<3 doses) notamment au niveau du Lac Tchad;
- Les insuffisances de la surveillance au niveau régional ne permettent pas d'être certains de la capacité du programme à détecter toute transmission dans la zone du bassin du lac Tchad ;
- La Communication en faveur de la vaccination reste insuffisante, malgré des progrès importants pendant les AVS;

5.6. Opportunités

Le Gouvernement et ses partenaires se sont accordés sur les activités prioritaires nécessaires pour maintenir le pays exempt de polio. Cela facilitera les négociations sur le financement par l'Etat et ses partenaires de certaines de ces activités.

De véritables opportunités existent du fait que des programmes sont en cours ou vont démarrer bientôt, et pourront couvrir certaines activités de la transition telles que la logistique, la communication et la micro-planification. Il s'agit, entre autres, des promesses faites par les donateurs sur le financement du PND à Paris, des financements GAVI pour le Renforcement du Système de santé (RSS), des financements Gavi pour la plateforme d'optimisation de la logistique, financement basé sur les résultats (FBR), et de la couverture sanitaire universelle (CSU) du Gouvernement tchadien.

5.7. Défis

Deux principaux défis sont à relever, à savoir :

- Maintenir le Tchad exempt de polio. Pour ce faire, deux options stratégiques doivent être mises en œuvre, à savoir : i) redimensionner les actifs de la polio
- Maintenir les fournisseurs actuels et rechercher de nouvelles sources de financement, et ii) Arrêter les actifs à court terme et renforcer les capacités du Gouvernement. Il s'agit aussi de transférer de façon progressive les acquis de la polio à la DVSE et aux autres grands programmes prioritaires du Ministère de la Santé Publique.
- Assurer l'augmentation progressive du financement national de la santé et surtout de la DVSE. Il s'agira essentiellement de mettre en commun les ressources de l'Etat et celles du secteur privé (sociétés et/ou particuliers). Il faudra donc améliorer effectivement les capacités de plaidoyer et de mobilisation de ressources financières du Ministère de la Santé Publique.

5.8. Préalables à la transition

Le premier préalable pour la réalisation d'une bonne transition est de maintenir la DVSE ou le PEV comme programme prioritaire, et d'accroître le financement de la vaccination qui constitue un investissement particulièrement rentable pour le pays. Le PEV aura alors à s'aligner sur les priorités nationales, et à renforcer l'approche communautaire.

Ce document de transition devra servir aux autres grands programmes qui connaîtront nécessairement une période de transition.

6. ACQUIS ET LEÇONS APPRISSES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ERADICATION DE LA POLIO

6.1. Les acquis

Beaucoup d'efforts et de ressources ont été mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre du programme d'éradication de la poliomyélite au Tchad. C'est ainsi que depuis octobre 2014, grâce à l'appui de l'OMS et de l'IMEP, le Tchad a réalisé une étude sur les Meilleures Pratiques et leçons apprises qui ont été documentées en prélude à l'élaboration du futur plan de transition du pays. Cette étude a permis d'identifier neuf Meilleures Pratiques organisées autour de différents domaines du PEV, ainsi que les ressources polio disponibles utilisées dans la surveillance intégrée de la maladie et la vaccination de routine voire dans d'autres programmes de santé prioritaires.

En mars 2016, l'UNICEF après avoir conduit une analyse de la situation, a produit un document d'Investment case concernant ses interventions dans le cadre de l'IMEP. Cette cartographie (preuve) des actifs de la polio a été complétée en juin 2016 par l'OMS. Les informations résumées de ces différents documents servent de base au présent Business case.

Ainsi, selon le Plan Stratégique de l'éradication de la Poliomyélite et la Phase finale 2013-2018, suivant les recommandations du guide de la planification de la transition polio qu'il sous-tend, on entend par actifs de polio, les ressources humaines (RH), les équipements larges et petits, le laboratoire, la chaîne du froid ainsi que les fonctions, les bonnes pratiques et leçons apprises de la mise en œuvre de l'IMEP. Cette section du Business case donne ainsi une vue d'ensemble de tous ces actifs de la polio et des fonctions de santé publique qu'ils couvrent.

C'est dire qu'un grand héritage a été acquis dont les principaux points peuvent se résumer ci-dessous :

6.1.1. Ressources humaines

Des ressources humaines dédiées spécifiquement à la lutte contre la polio ont été mises à disposition par les partenaires de l'IMEP.

Tableau 01 : Détails des fonctions essentielles relatives aux RH (cf Business case)

Fonctions essentielles	Sous-fonction primaire	Nombre de collaborateurs	Détail des types d'activités effectués dans le cadre de cette sous-fonction
Implémentation et prestations de service	Gestion de la chaîne du froid/ logistique	3	Appui technique au bon fonctionnement de la CDF ; à la planification (des besoins, des inventaires, supervisions...)
	Assistance centrale et planification des activités et des campagnes d'immunisation	15	Coordination planification des activités de vaccination, plaidoyer, mobilisation sociale, suivi et l'évaluation des activités
	Responsable de terrain des activités et des campagnes d'immunisation	35	Coordination, micro planification, préparation et mise en œuvre, monitoring des activités de vaccination

	Flambées épidémiques et planification des urgences	4	Appui technique à la surveillance et à la mise en place des ripostes
Surveillance	Analyse des données et reporting	5	Mise en place et suivi de système de surveillance intégrée (PFA+++); Analyse des données et rétro-information; Formation du personnel; Appui à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des campagnes de vaccination contre la poliomyélite Surveillance et évaluation
	Surveillance et évaluation	9	Mise en place et suivi de système de surveillance; Analyse des données et suivi-évaluation des différentes activités relatives à l'IMEP
	Responsables de la surveillance	4	Surveillance intégrée, monitoring
Communication et engagement communautaire	Animateurs sociaux (Staff C4D)	57	Coordonnent toutes les opérations de communication et de mobilisation sociale liées à l'IMEP et au renforcement de la vaccination de routine
	Média, communications et promotion	6	Télévision Nationale Tchadienne et Radios locales publiques et privées pour diffusion des infos relatives à la lutte contre la Polio, la vaccination et les maladies de l'enfant
Développement des compétences	Expertise technique	5	Apporter un appui technique et opérationnel à l'ensemble des activités relatives à l'IMEP, la vaccination de routine et la mobilisation sociale qui va dans le même sens que les deux précédentes activités
	Formation	4	Appui technique et opérationnel au staff sur le terrain (STOP teams, consultants...) et aussi formation du personnel; Former les RCS et les vaccinateurs en PEV pratique
Mobilisation de ressources	Planification financière	7	- Gestion des ressources financières des sous bureaux et du département IVE - Gestion de l'approvisionnement en fonds et les flux de trésorerie
Politique et stratégie	Recherche	4	Appui au développement et mise en œuvre des plans pour l'introduction des nouveaux vaccins, au PNDS et au PNSC; Pharmacovigilance
Gestion et opération	Administration générale	7	Assurer la gestion administrative et financière (hubs et département IVE)
	Opérations générales (par ex., conducteurs)	25	Assurer le déplacement du staff dans le cadre des activités de l'IMEP, la surveillance intégrée, la vaccination de routine, l'entretien des véhicules et un certain nombre le suivi des mouvements et la gestion du parc automobile

Source : Rapport sur la cartographie des actifs de polio, juin 2016

C'est ainsi que l'OMS et l'Unicef ont mobilisé environ 136 personnes travaillant dans le cadre de la lutte contre la Polio, avec environ 10% de volontaires (STOP ou VNU) réparties comme suit OMS : 67, Unicef : 69.

7.1.2 Les actifs physiques larges

Nous entendons ici par actifs larges les bâtiments, entrepôts d'approvisionnement en vaccins, bâtiments de stockage réfrigérés etc... A ce niveau, il faut noter qu'il n'existe aucun actif large acquis dans le cadre de l'IMEP. Les bâtiments et autres entrepôts de vaccins appartiennent soit à des privés soit au MSP.

Tableau 2 : Question réponse sur les actifs larges/Chaîne du froid

Principales questions permettant de comprendre l'infrastructure de la chaîne logistique dans le pays	Reponses
Quel endroit centralise le stockage des vaccins antipoliomyélitiques dans le pays ? S'agit-il d'un entrepôt détenu par le gouvernement ? Ou est-il détenu par un tiers (par ex., UNICEF) ?	Dépôt du Gouvernement, PEV National, N'Djamena
Quels types d'infrastructure de chaîne du froid sont-ils acquis avec des fonds destinés à la lutte contre la poliomyélite ? Combien ? Sont-ils conservés par le GPEI ou transférés au gouvernement ?	7 chambres froides, 400 glacières et 3000 portes-vaccins
De quelle autre manière les fonds destinés à la lutte contre la poliomyélite permettent-ils de préserver la chaîne du froid (par ex., argent destiné au carburant des générateurs) ? Sont-ils réservés au vaccin antipoliomyélitique ou à d'autres types de vaccins également ?	Pièces détachées des CDF. Pour tous les vaccins

Source : Rapport sur les actifs de polio, juin 2016

7.1.3 Les petits actifs

On entend par petits actifs les automobiles et autres véhicules à 4 roues motrices, motos, vélos, camions réfrigérés, réfrigérateurs ou congélateurs (fixes), tentes ou stands de vaccination, équipement informatique, téléphones par satellite, autres appareils GPS, conteneurs d'échantillons (par ex., boîtes d'échantillons en plastique), kits de collecte d'échantillons de selles, kits médicaux (thermomètres, fournitures de base), porte-vaccin (par ex., glacières), outils d'encrage ou de marquage de doigt, outils de communication et de visibilité. A ce titre, le tableau 3 ci-dessous donne un petit détail sur leur nombre et leur utilisation.

Tableau 3 : Détails sur les petits actifs

Type d'actif physique	Nombre	Utilisation/but principal des actifs	Emplacement des actifs
Automobiles et autres véhicules à 4 roues motrices	32	JNV et AVS Polio -Surveillance intégrée et PEV de routine	Antenne de surveillance (DSR), Hubs et niveau central OMS/Unicef
Motos	143	JNV et AVS Polio -Surveillance intégrée et PEV de routine	Points focaux de la surveillance dans les régions et DS, consultants
Vélos	565	Surveillance, PEV de routine et mobilisation sociale	Toutes les ZR des districts prioritaires
Réfrigérateurs ou	121	Renforcement aux activités de PEV	Centres de santé des DS

congélateurs (fixes)		de routine et ACD	prioritaires
Équipement informatique	168	Collecte et analyse de données, réalisation des rapports en relation avec les activités de l'IMEP, PEV de routine, l'approche ACD et autres activités administratives	Les hubs, bureaux de N'Djamena, les DS
Conteneurs d'échantillons (par ex., boîtes d'échantillons en plastique)	20	Transport des échantillons	DS et CS
Kits de collecte d'échantillons de selles	100000	Collecte des selles	DS et CS
Kits médicaux (thermomètres, fournitures de base)	1000	Contrôle de température	DS, CS et bureaux OMS
Porte-vaccin (par ex., glacières)	2037	Conservation et transport des vaccins et des échantillons	DSR, DS et CS
Outils d'encrage ou de marquage de doigt	600 000	Campagnes des AVS	DRS, DS et CS
Mégaphones	1900	PEV de routine et mobilisation sociale	DSR, DS et CS
Boîtes à images	3000	PEV de routine et mobilisation sociale	DSR, DS et CS

Source : Rapport sur la cartographie des actifs de polio, juin 2016

Ainsi, de 2010 à 2016, le programme IMEP à travers ses partenaires d'exécution OMS et UNICEF disposait de 32 automobiles et autres véhicules à 4 roues utilisés pour les activités de surveillance, les AVS et le PEV de routine. Ils sont situés au niveau des 6 Hubs, des bureaux de représentation OMS /UNICEF et de quelques délégations sanitaires régionales (DSR). Ces automobiles et véhicules à 4 roues ont coûté à leur acquisition \$US 1 206 837 pour une valeur actuelle de \$US 763 365.

S'agissant des 143 motos, 565 vélos, ils sont utilisés pour la surveillance, les AVS et le PEV de routine et sont situés au niveau des DSR (points focaux de la surveillance), des districts sanitaires et des consultants recrutés pour le renforcement des activités de surveillance des paralysies flasques aiguës et de communication. A l'acquisition, ces actifs ont coûté \$US 513 656 pour une valeur actuelle de \$US 305 871.

Quant à l'équipement informatique, il a coûté à l'acquisition \$US 299 685 pour une valeur actuelle de \$US 192 654. Il se trouve au niveau des districts sanitaires (DS), des Hubs et des bureaux centraux OMS/UNICEF. Il sert à la gestion des données de surveillance, de vaccination et de gestion financière et administrative.

Le reste des petits actifs (conteneurs d'échantillons, kits de collecte d'échantillons, kits médicaux, porte-vaccins et encres de marquage) sert de stock et se trouve au niveau des DS, DSR et au niveau central. Les outils de communication et de visibilité sont utilisés par les DSR, DS et CS pour les activités du PEV de routine et lors des activités de mobilisation sociale.

En fait, lorsque ces équipements sont détenus par l'Unicef ou l'OMS, ils servent de stocks. Cependant, certains d'entre eux sont mis à la disposition du MSP pour les activités quotidiennes du personnel gouvernemental en charge du programme. Le reste du temps, ces actifs sont déployés essentiellement pour la surveillance intégrée, les JNV et AVS polio et toutes les activités relatives au renforcement du PEV de routine.

Comme pour les ressources humaines ces actifs sont essentiels dans le maintien et l'amélioration des indicateurs du PEV et de la surveillance. Le plan de transition devrait intégrer non seulement leur transfert au MSP dans les activités de la DVSE mais aussi intégrer un plan de gestion et d'entretien de ces équipements par une formation et un accompagnement sur une durée déterminée.

7.1.4. Laboratoire

Le laboratoire de référence polio pour le Tchad est le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) à Yaoundé. Les échantillons collectés sont acheminés à N'Djamena où ils sont conditionnés pour être ensuite envoyés par avion ou par route jusqu'à Yaoundé parfois via Douala parfois via Kousséri et Maroua. Cette opération a coûté en 2016 \$US 512 000 comme les années antérieures. Ce coût ne tient pas compte des frais payés au CPC dans le cadre du réseau mondial, pour ses prestations.

7.1.5 Chaîne du froid

Les vaccins antipoliomyélitiques sont stockés au niveau du dépôt central du PEV national à N'Djamena.

Le cofinancement Etat-UNICEF a permis d'acquérir et de réhabiliter - 7 chambres froides (4 à N'Djamena, 1 à Moundou, 1 à Sarh et 1 à Abéché) et de petits équipements tels que 400 glacières et 3000 portes-vaccins.

Les petits équipements sont dans la plupart déployés dans les centres de santé, les districts sanitaires et les délégations sanitaires.

Les fonds destinés à la lutte contre la poliomyélite permettent de contribuer à l'entretien des structures et équipements de la chaîne du froid, à l'achat des pièces détachées et à la gestion des autres antigènes.

Au-delà des équipements et des fonds pour la rechange des pièces détachées, les fonds polio, contribuent aussi au renforcement des capacités du personnel du MSP avec l'appui technique du personnel de l'OMS/ Unicef. Cette fonction a concerné principalement le personnel du MSP, de toutes les DSR et des DS en charge de la CDF.

Les dépôts sub nationaux sont fonctionnels cependant le personnel qui doit assurer la maintenance vient d'être déployé pour les rendre opérationnels. En résumé, les actifs et les fonctions jouent, dans leur ensemble, un rôle important dans le système sanitaire du Tchad. Ils contribuent à l'amélioration de plusieurs indicateurs, notamment en matière de vaccination de routine et de surveillance intégrée. Le plan de transition devrait être pensé dans le sens de la consolidation des acquis du PEV pour l'introduction des nouveaux vaccins comme ceux contre le pneumocoque, le rota virus. Ce plan de transition doit également prendre en compte les préoccupations en lien avec la surveillance épidémiologique intégrée des maladies, tout en incluant les maladies chroniques et autres événements d'intérêt général pour améliorer l'état de santé de la population.

7.1.6 Outils de gestion et autres supports développés dans le cadre l'IMEP

- Divers outils de communication et de visibilité ont été développés. Il s'agit, entre autres, des affichettes, des dépliants, des Tee-shirts, des casquettes, des banderoles, des autocollants, des boites à images, des sacs avec calendrier vaccinal ;
- Canevas de micro plans, de plans de mise en œuvre, de fiches de suivi, des fiches de pointage, des outils de suivi des relais communautaires, des cartes de vaccination, des fiches de collecte des données de communication, des fiches de synthèses et des fiches de supervision pendant les campagnes de vaccination de masse ;
- les coupons de recherche de perdus de vue, le listing de perdus de vue, les échanciers, les tableaux d'affichage, les cahiers communautaires puis les registres communautaires de vaccination ;
- Canevas et outils de budgétisation.

7.1.7 Financement

Pour la période de 2010 à 2016, les dépenses totales supportées par l'UNICEF pour les activités de l'IMEP au Tchad sont estimées à **\$US 77 866 457** soit une moyenne de **\$US 11 123 779** par an. Le coût des vaccins contre la polio (AVS et routine) est de **\$US 32 684 423** soit 42%. Ce qui constitue la première source de dépense.

De son côté, l'OMS a dépensé entre 2012 – 2016 la somme totale de **\$US 112 962 340**, soit une moyenne de **\$US 22 592 468** par an. Les coûts relatifs aux RH recrutées représentent 16,4%. L'Etat tchadien aussi a investi pendant la même période de 2010 à 2016 la somme totale de **\$US 127 323 917** pour les activités d'immunisation et d'éradication de la poliomyélite, soit **\$US 25 464 783** par an. Ces dépenses ont été en grande partie faites dans les moyens roulants estimés à 36,85% et les coûts des infrastructures à 34,92%

Au total, pour la période de cinq ans de 2012 – 2016, l'IMEP a dépensé à travers l'OMS et l'UNICEF, la somme totale de **\$US 175 172 618** pour soutenir les activités d'éradication de la polio au Tchad tandis que ce dernier a consenti d'énormes ressources de l'ordre de **\$US 102 223 362** pour la même période. Si les coûts des ressources humaines recrutées représentent **\$US 39 362 510** soit 22% de toutes les dépenses de l'IMEP, ce qui témoigne bien de l'importance de ces ressources, l'Etat quant à lui, n'a investi qu'environ **\$US 4 954 570**, soit à peine 5% pour la même période.

7.1.8 Processus et acquis intangibles

Plusieurs processus et mécanismes ont été développés dans le cadre de l'initiative d'éradication de la polio dont les principaux sont résumés ci-après :

- Réunion de coordination, de plaidoyer et de mobilisation sociale à tous les niveaux pendant les campagnes et autres;
- Utilisation des ressources déployées (micro planification, élaboration de plan de mise en œuvre, ..);
- Organes spécifiques de coordination et/ou de gestion. Ceux qui étaient développés pour l'éradication de la polio sont utilisés dans d'autres programmes, des partenariats ont été établis avec les secteurs privé et confessionnel pour promouvoir des messages sur la santé (vaccination, CPN, lutte contre le choléra, hygiène) et l'enregistrement des naissances ;
- les outils de la polio ont été fréquemment adaptés et utilisés pour les préparatifs et la réponse aux épidémies ;
- L'IMEP a été à la base des réunions mensuelles de prise de décisions (réunions de coordination de la riposte contre l'épidémie qui s'étend actuellement à tout le secteur de la santé. Ces réunions sont tenues au niveau régional au plus tard le 15 de chaque mois sous l'égide des Gouverneurs. Elles permettent de relayer les informations régionales au niveau central pour alimenter les réunions mensuelles de santé tenues tous les 24 du mois sous les auspices personnelles du Chef de l'Etat;
- le modèle de l'IMEP commence à s'appliquer dans d'autres secteurs notamment les réunions mensuelles d'évaluations des recettes douanières au Ministère des Finances et du Budget, au Ministère de l'Education Nationale, au Ministère de l'Agriculture pour ne citer que ceux-là.
- La mise en place des Hubs a constitué également une importante innovation liée à l'IMEP. Conjointement gérés par l'OMS et l'UNICEF, ce sont au total 6 Hubs créés en 2011 dont la coordination est assurée par un staff de l'OMS assisté d'un adjoint, staff de l'UNICEF. Chaque Hub travaille en symbiose (synergie inter agence onusienne) et en intervention harmonisée avec le MSP non seulement pour la vaccination mais aussi pour servir de temps à autre les autres programmes prioritaires de santé. Ils sont actuellement bénéfiques pour la coordination plus rapprochée de l'action sanitaire sur le terrain.

7.2 Les leçons apprises

Les leçons apprises de la mise en œuvre de l'initiative d'éradication de la polio au Tchad peuvent être regroupées en 5 grandes catégories.

7.2.1 *Mobilisation du soutien politique, social et plaidoyer*

- Implication des autorités au plus haut niveau de l'Etat et du Gouvernement dont notamment le Chef de l'Etat qui préside les réunions mensuelles de santé tous les 24 du mois ;
- Implication des médias, notamment des radios communautaires qui ont assuré la sensibilisation et l'information des populations en langues locales ;
- L'implication des Gouverneurs qui préparent chacun à son niveau les réunions mensuelles de santé du 24 du mois.

7.2.2 *Élaboration des politiques et planification stratégique*

- Plusieurs documents élaborés : Plan d'urgence polio, nouvelles procédures opérationnelles standardisées, etc.

7.2.3 *Gestion des partenariats et coordination des donateurs*

- Capacité à mobiliser et à coordonner un grand nombre d'acteurs de différents secteurs et de différents niveaux autour d'un même objectif ;
- Fonctionnement et renforcement du CCIA.

7.2.4 *Mise en œuvre des opérations et tactiques du programme*

- Retour à une micro-planification systématique à l'échelle nationale, mise en place d'un processus rigoureux et méthodique de planification des campagnes de masse, soutenu par la cartographie ;
- Processus d'organisation des activités de vaccination de masse à grande échelle, notamment le développement des capacités du personnel à mettre en œuvre des stratégies de vaccination pour atteindre les groupes cibles spécifiques, et à délivrer de façon associée plusieurs interventions ;
- Mise en œuvre des stratégies spéciales pour les zones d'insécurité et difficiles d'accès ;
- Le programme polio a apporté plus de rigueur dans la gestion, et permis de renforcer l'approche de gestion des urgences.

7.2.5 *Suivi et monitoring indépendant*

- Le programme polio dispose d'un bon système de collecte de données, analyses des échantillons, rapportage et suivi (monitorage indépendant).
- Les évaluations indépendantes et les enquêtes (LQAS) ont permis d'améliorer la qualité des Activités de vaccination supplémentaires (AVS).

7.3 Limites du programme polio sur le système et autres programmes de santé

- La pression des campagnes de vaccination répétées sur le système de santé et sur la population ;
- L'affaiblissement du système de santé et surtout de la vaccination de routine, au plan des ressources humaines (au niveau opérationnel), essentiellement orientées vers la lutte contre la polio, au détriment des autres programmes ;
- La stagnation voire la baisse des performances de la vaccination de routine ;
- La qualité encore insuffisante des AVS : cibles manquées, persistance des cas de réticence et de refus des parents, zones mal couvertes, niveau d'information des parents insuffisant, qualité insuffisante des données administratives, insuffisances dans la justification des dépenses et dans la gestion des vaccins au niveau opérationnel ;
- Insuffisance de la coordination des activités de communication entre la Section Communication de la DVSE et le SIEC de la DSEPS ;
- La faible mobilisation et capitalisation des ressources locales ;
- La faible redevabilité des acteurs à tous les niveaux

8. BUT ET OBJECTIFS DE LA TRANSITION

8.1. But

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

8.2. Objectif général

Maintenir le Tchad exempt de poliomyélite d'ici 2022 et au-delà

8.3. Objectifs spécifiques

Il s'agit plus spécifiquement de:

1. Atteindre le niveau de certification des indicateurs de surveillance des PFA au niveau national, régional et district par le renforcement de la surveillance épidémiologique ;
2. Augmenter la couverture vaccinale en VPOb de 82 à 95% et en VPI de 80 à 95% dans tous les districts sanitaires d'ici 2019 ;
3. Communiquer efficacement sur les enjeux et défis de la transition Polio afin d'informer et de mobiliser les partenaires et la population d'ici fin 2022 ;
4. Disposer des RH compétentes dédiées à l'éradication de la Polio au Tchad d'ici fin 2022 ;
5. Renforcer les capacités logistiques de la DVSE et des différentes structures de santé en appui à la mise en œuvre du plan de transition Polio ;
6. Mobiliser les ressources financières requises en cohérence avec les priorités des stratégies de développement national dans le domaine de la vaccination d'ici fin 2022 ;
7. Accroître la part du budget du Ministère de la Santé Publique allouée au PEV à au moins 10% d'ici 2022

8.4. Axes stratégiques

Pour la mise en œuvre du plan de transition, huit axes stratégiques sont retenus à savoir :

1. Réponses aux flambées épidémiques et campagnes de vaccination
2. Vaccination de routine
3. Surveillance épidémiologique
4. Financement
5. Engagement communautaire et Communication
6. Ressources humaines
7. Matériel, équipement et outils
8. Organisation, mise en œuvre, suivi et évaluation de la transition.

9. SCENARI, DUREE ET MODALITES DE FINANCEMENT DE LA TRANSITION

La transition est la phase finale de la mise en œuvre du plan stratégique polio 2013-2018. Compte tenu de la circulation du poliovirus sauvage dans le Bassin du Lac Tchad, notre plan de transition s'étalera de 2018 à 2022. Celle-ci pourrait nécessiter plus d'efforts et de ressources dans un contexte de diminution ou d'arrêt complet des financements extérieurs des activités polio.

Cette transition a été orientée vers le renforcement de la vaccination de routine, de la surveillance épidémiologique, de la communication en soutien à la vaccination et la mobilisation des financements additionnels et alternatifs.

Le plan de transition polio doit être considéré comme une porte d'entrée pour adresser de façon globale la problématique de la diminution ou du retrait des aides financières extérieures en faveur de la santé (Gavi,

Fonds Mondial, Banque Mondiale, etc.), pour plus d'appropriation et plus d'autonomie du pays. La gestion axée sur les résultats doit être renforcée, les acteurs de terrain doivent être plus responsabilisés dans un cadre de redevabilité et de contrôle.

9.1. Facteurs déterminants des différents scénarii à prendre en compte dans la modélisation

- ✓ Les indicateurs de la surveillance et de la vaccination doivent atteindre le niveau le plus élevé pour la certification de l'éradication ;
- ✓ Le niveau adéquat de financement extérieur maintenu grâce à la recherche de nouveaux fournisseurs;
- ✓ La capacité de financement national (Etat et communauté) nettement améliorée ;
- ✓ L'évolution épidémiologique favorable (absence de cas de PVS dans les pays voisins Nigéria, Niger, RCA ou au Cameroun) ;
- ✓ L'environnement favorable (sécurité, politique, économique, etc.).

9.2. Scénarii de la transition

Quatre scénarii ont été proposés à la suite des analyses des différents facteurs déterminants :

1. Scénario 1 : situation optimiste, pas de cas de PVS de type 1 ni de virus dérivé de souche vaccinale circulant (PVDVc) au Tchad, ni dans les pays voisins, financement décroissant ;
2. Scénario 2 : situation actuelle, pas de PVS de type 1 ni de virus dérivé de souche vaccinale circulant (PVDVc) au Tchad, mais PVS de type 1 dans les pays voisins, maintien du financement extérieur ;
3. Scénario 3 : situation catastrophique, survenue d'épidémie de polio au Tchad, se référer au plan de riposte polio, augmentation des ressources extérieures ;
4. Scénario 4 : situation idéale, pas de PVS de type 1 ni de PVDVc au Tchad et pays environnants, arrêt total des financements extérieurs dès la déclaration de l'éradication.

Les hypothèses de travail qui accompagnent la mise en œuvre des activités des différents scénarii sont :

- Le principe de cofinancement entre l'Etat et ses partenaires nationaux et extérieurs, avec une mise en place des accords qui fixent par années, les quotas de financement de chacune des parties ;
- L'estimation plus réaliste et la plus exhaustive possible des besoins du programme, en l'absence des outils (costing), afin de déterminer les ressources nécessaires pour chaque phase de transition ;
- Le nombre d'activités planifiées peut varier en fonction des scénarii. Dans tous les cas, un financement minimal devra être maintenu pour garantir la mise en œuvre des activités essentielles et prioritaires ;

La mise en œuvre du plan de transition polio se poursuivra sur l'ensemble du territoire (couverture universelle et équité). Toutefois, les analyses des risques et des performances permettront d'identifier les zones prioritaires devant bénéficier d'un paquet d'activités renforcé (paquet polio standard/ paquet polio renforcé).

9.3. Durée et phases de transition

En alignement avec les financements GAVI-RSS et GAVI-plateforme de renforcement de la logistique du PEV, compte tenu du fait que le Tchad devra soumettre son dossier de certification polio en 2019, et considérant que l'éradication de la polio est prévue pour 2018 ou 2019, la période de transition durera du 01 Janvier 2018 au 31 Décembre 2022, soit 5 ans. Toutefois, si l'on intègre les paramètres *risques épidémiologiques et incertitudes en matière de financement*, cette durée pourrait être revue à la hausse.

La période de transition a été subdivisée en 3 phases :

9.3.1. Phase 1 ou pré-transition (1an) : *Janvier à Décembre 2018*

- Redimensionnement et maintien du niveau actuel de l'appui technique et financier des partenaires ;
- Consolidation des acquis et de l'héritage de la polio ;
- Maintien du niveau des indicateurs de la surveillance et du PEV au niveau de la certification ;
- Recherche des consensus et dialogue budgétaire pour l'accroissement des financements nationaux alloués à la vaccination.

9.3.2. Phase 2 (2 ans) : *Janvier 2019 à Décembre 2020*

- Début de la baisse des appuis financiers extérieurs ;
- Accroissement des financements nationaux ;
- Maintien des efforts après la certification et la déclaration de l'éradication.

9.3.3. Phase 3 (2 ans) : *de Janvier 2021 à Décembre 2022*

- Financement extérieur ramené à un niveau minimal ;
- Financement du pays atteint le niveau optimal ;
- Les fonctions essentielles pour maintenir le pays exempt de polio sont maintenues.

Comme la plupart des documents stratégiques consultés l'indiquent, la part du budget de l'Etat (BGE) consacrée à la santé en général connaît une évolution fluctuante, en dessous en tout cas de l'engagement d'Abuja des chefs d'Etat africains en faveur de la santé. Il est à noter qu'après le pic à 13% de 2009 et de 9% en 2013, la moyenne se situe autour de 6.5%. Le budget général de l'Etat et le budget général de la santé, sont eux-mêmes assez fluctuants d'une année à l'autre, en faveur d'une non maîtrise de cet important outil de développement sanitaire. On comprend tout aussi la non maîtrise de l'évolution des montants alloués à la DVSE. Toutefois l'Etat a toujours respecté son engagement pris depuis des années pour l'achat des vaccins et intrants du PEV dans le cadre de l'Initiative Indépendance Vaccinale, avec toutefois un bémol durant ces deux dernières années liés à la situation très difficile du pays. Notons que le Programme d'éradication de la polio a été largement soutenu par l'aide extérieure (environ plus de 95%). Le budget de la DVSE ne représente que environ 0,5 à 1% du budget du MSP⁴.

10. PRIORITES NATIONALES EN MATIERE DE SANTE ET DE VACCINATION

Le CCIA a recommandé que le document de transition de la polio soit en harmonie avec les grands programmes de santé publique du pays en intégrant leurs objectifs et stratégies.

Cette orientation est d'autant plus aisée à prendre que les principaux documents qui sont le Plan National de Développement (PND), le Plan National de Développement Sanitaire 3 (PNDS 3), le Plan Pluri Annuel complet (PPAc) du PEV, la PNS et le PSDRHS ont tenu compte de la nécessité du renforcement de la vaccination de routine avec une forte participation communautaire et un financement accru et moins dépendant de l'extérieur.

Si le PPAc vise 95% de couverture vaccinale nationale d'ici 2022, il s'appuie sur une stratégie de renforcement de la vaccination de routine et de la surveillance épidémiologique.

Le PNDS3 quant à lui détaille les activités nécessaires au plan de développement sanitaire, et pour l'essentiel ces activités peuvent servir directement au renforcement de la vaccination de routine et la surveillance épidémiologique.

Le GAVI/RSS sera le premier allié de la vaccination de routine dans le sens qu'il permettra d'alléger les conséquences du retrait progressif des Partenaires techniques et financiers (PTF) traditionnels du programme d'éradication de la polio, et d'améliorer l'équipement des services de santé et la formation du personnel (Approche Atteindre chaque District [ACD], Logistique, FBR).

10.1. Financement de la santé

⁴Rapport de la Revue externe du PEV 2017, page

Le financement prévisionnel de la transition Polio au Tchad pour la période 2018 – 2022 est estimée à **\$US 335 724 777** dont **\$US 67 861 047** pour l'UNICEF et **\$US 96 814 236** pour l'OMS. Il apparaît sur la période de 2018 à 2022, des gaps de financement qui se chiffrent globalement à **\$US 146 481 236** des coûts prévisionnels. Pour l'Etat tchadien, ses coûts prévisionnels pour la période 2018 – 2022 selon le PPAc et costing des fonctions Polio s'élèvent à **\$US 135 300 329** alors que le pays se trouve depuis deux ans dans une situation financière sans précédent à cause de la baisse du prix du baril du pétrole et cette situation n'est pas prête de s'améliorer. Au regard des gaps importants ci-dessus le redimensionnement des actifs prévisionnels s'impose à partir de 2018 pour rester à un niveau raisonnable des coûts inhérents et augmenter la chance de mobiliser des fonds auprès de différents partenaires financiers.

Cependant, avec la persistance d'une situation économique délétère liée à la chute du prix du baril de pétrole, principale source de revenu du pays, cet engagement s'est trouvé fortement compromis. Des opportunités et d'autres cadres d'appuis existent et ils devront être mieux saisis pour que les objectifs nationaux de santé y compris le maintien du statut de pays libéré de polio soient atteints. La problématique qui demeure tout de même est de savoir qui va pouvoir financer quoi, comment et sur quelle période, ou si les financements disponibles couvrent la totalité des dépenses prévisionnelles. Ainsi, les partenaires identifiés et susceptibles de participer au financement de la transition sont, entre autres : l'IMEP, BMGF, GAVI, MCFM, Rotary, OMS, CDC et UNICEF.

Cette stratégie suppose donc que toutes les parties prenantes fournissent d'une part des efforts supplémentaires pour mobiliser des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan de transition final mais aussi de renforcer dès maintenant les stratégies déjà existantes qui sont, entre autres:

- L'engagement communautaire ;
- La participation et la mobilisation des ressources auprès du secteur privé et confessionnel ;
- La rationalisation et le renforcement des mécanismes institutionnels du financement de la santé ;
- Le renforcement de la mobilisation des ressources financières ;
- Le renforcement de la performance et de l'efficacité du système de santé par l'extension et l'intégration du mécanisme de Financement basé sur les résultats (FBR) ;
- Le développement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- Le développement des mutuelles de santé.

Il convient enfin de mentionner l'espoir du pays fondé sur les promesses faites récemment par les donateurs lors de la Table Ronde à Paris sur le financement du PND du Tchad notamment si celles-ci sont tenues

10.2. Financements innovants

Le MSP et ses PTF sont engagés dans les stratégies innovantes de mobilisation des ressources additionnelles. On peut citer à titre illustratif, la réflexion en cours pour la mise en place d'un Fonds de Soutien à la Santé, destiné à soutenir les opérations de vaccination par la parafiscalité par exemple : la taxe sur la téléphonie mobile, téléphones, boissons alcoolisées et tabac.

10.3. Renforcement du système de surveillance épidémiologique

La survenue des épidémies et catastrophes constitue un véritable problème de santé publique. Pour y faire face, il est nécessaire de réaliser une analyse permanente des facteurs qui déterminent la survenue et la distribution des maladies ou autres événements de santé publique, et de se préparer en conséquence pour apporter une réponse précoce et opportune basée sur des informations de qualité.

Globalement, il s'agira ici d'assurer le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de surveillance épidémiologique à travers le COUSP⁵. Celui-ci aura, entre autres, pour tâche : (i) la détection précoce des cas et la riposte en cas d'épidémie ; (ii) le renforcement des actions de veille sanitaire et de la collaboration intersectorielle; (iii) le renforcement de l'implication des hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie dans le dispositif de surveillance et de riposte ; (iv) la mise en place et le suivi des activités des Postes de Santé aux frontières et des Centres de Vaccination Internationale ; (v) le développement d'un réseau de laboratoires pour une meilleure surveillance des maladies ; (vi) la mobilisation des ressources pour la préparation à la gestion des épidémies et à la riposte et ; (vii) la mise en place d'un cadre juridique et réglementaire pour le développement d'un système de surveillance à base communautaire y compris la poliomyélite.

10.4. Amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination

La prévention de la survenue des maladies les plus meurtrières de la première enfance est une stratégie bénéfique pour la réduction de la morbidité et de la mortalité de l'enfant.

Il s'agira donc dans cette stratégie de : (i) renforcer la disponibilité de l'offre de services de vaccination ; (ii) assurer l'approvisionnement en vaccins de qualité et la logistique ; (iii) développer et promouvoir les initiatives de lutte accélérée contre les maladies évitables par la vaccination ; (iv) renforcer l'engagement communautaire et la mobilisation sociale en faveur de la vaccination ; (v) renforcer le PEV de routine ; (vi) renforcer les activités de vaccination supplémentaires (AVS) de qualité y compris la supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants ; (vii) prioriser les stratégies mobiles et les activités de vaccination intensives (AVI) comme mode opératoire de vaccination dans les zones difficilement accessibles.

10.5. Amélioration de la prévention des autres maladies à potentiel épidémique (MAPE) non prises en compte par le PEV

Il sera question de renforcer la communication pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre les MAPE y compris les zoonoses, de renforcer les capacités des acteurs pour la prévention de ces MAPE, et de renforcer l'intégration des actions à mener.

10.6. Renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux événements majeurs de santé publique

La phase de préparation à une riposte est un prérequis pour répondre efficacement aux épidémies et aux crises humanitaires. Il s'agira d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de préparation et de riposte aux événements de santé publique majeurs, y compris les urgences sanitaires. Les phases de préparation devront impérativement inclure des interventions visant une meilleure implication des populations afin d'accroître leur résilience.

Il sera impératif de développer des plans opérationnels spécifiques par : (i) la mise en place d'un dispositif de préparation face aux événements majeurs de santé publique au niveau des Districts sanitaires, pour se préparer à répondre efficacement et en temps réel à une situation de crise ; (ii) le développement et le renforcement des équipes d'intervention rapide pour la riposte aux épidémies ; (iii) le renforcement des capacités techniques et logistiques des DSR (ECD) et des DS (ECDS) ; (iv) la réalisation des cartographies des zones à risque d'épidémie et autres événements sanitaires majeurs.

⁵ Centre des opérations des urgences en santé publique

11. PREALABLES ET HYPOTHESES DE REUSSITE DE LA TRANSITION POLIO

La mise en œuvre des préalables ci-dessous conditionne la réussite de la transition polio.

11.1. Maintenir la vaccination comme stratégie prioritaire au sein de la DVSE

- Faire une restructuration budgétaire de la DVSE en mettant un accent sur le budget de fonctionnement, et en valorisant certaines lignes budgétaires : achat vaccins, vitamine A, Mebendazole/Albendazole, coût opérationnel pour la vaccination de routine et les campagnes, surveillance des sites de vaccination, matériel roulant [motos et véhicule 4X4], et communication en faveur de la vaccination) ;
- Renforcer l'efficacité de la gestion technique, administrative et financière du PEV en accélérant la mise en œuvre du manuel de procédures administratives, techniques et financières en vigueur ;
- Informatiser et moderniser le système d'information sur les données de vaccination.

11.2. Accroître le financement en faveur de la vaccination

- Conduire un plaidoyer de haut niveau auprès de l'Etat (Présidence, Primature, MFB, MISP, MATGL, Parlement) ;
- Mener des actions de plaidoyer et développer des partenariats avec les structures non étatiques (Entreprises) pour l'augmentation des financements alloués à la vaccination ;
- Mutualiser les ressources entre programmes de santé ;
- Passer à échelle le principe du Financement basé sur les résultats (FBR) ;
- Elargir l'assiette de mobilisation des ressources à travers des financements innovants (parafiscalité). Exemple : la taxe sur la téléphonie mobile, téléphones, boissons alcoolisées et tabac.

11.3. Renforcer l'approche communautaire

- Organiser des réunions d'information et d'échanges sur la transition polio avec les toutes parties prenantes (PTF, fournisseurs potentiels, ministères, autorités administratives et politiques, leaders communautaires, OSC, médias...) en vue de la mobilisation des ressources et de leur implication dans les activités en lien avec la transition polio;
- Organiser des activités médiatiques sur la transition polio ;
- Organiser des séances de sensibilisation de proximité par les relais communautaires dans les ménages sur la transition polio ;
- Produire et diffuser ou distribuer des messages et supports de communication sur la transition polio

11.4. Renforcer l'approche d'intégration des services

- Rendre effectif le Paquet Minimum d'Activités (PMA : vaccination, consultations curatives, consultations prénatales (CPN), prise en charge des maladies courantes, laboratoire) ;

- Intégrer la surveillance des maladies évitables par la vaccination à toutes les maladies à potentiel épidémique (MAPE) ;
- S'approprier l'acquisition et la maintenance des équipements et la logistique vaccinale.

12. OPTIONS DE TRANSITION DES FONCTIONS ESSENTIELLES ET ACQUIS DE L'IMEP AU TCHAD

Les stratégies / options de transition présentées ci-dessous émanent de l'exercice de simulation qui est une des étapes principales de l'élaboration du Plan de transition. Cet exercice de simulation apporte quelques éléments de réponse aux questions suivantes : les activités découlant des fonctions essentielles polio doivent-elles être maintenues dans le Plan de transition? Comment seront-elles mises en œuvre ?

<u>Fonction du programme</u>	<u>Activités menées dans le cadre de cette fonction</u>	<u>Stratégies/ options de transition</u>	<u>Considérations de faisabilité (institutionnelle, technique, financière)</u>
Planification	Elaboration des micro-plans des AVS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en charge des coûts opérationnels par les ressources nationales et locales si le PND est effectivement financé ; ✓ Ligne budgétaire à prévoir pour la planification des activités au niveau DS ; ✓ Implication de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer un budget réaliste en fonction des possibilités ; ✓ intégrer les activités de micro-planification (vaccination de routine, autres..) dans le PNDS/PTA du district sanitaire.
Réponses aux flambées épidémiques, Campagnes de vaccination	Investigation des épidémies de polio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement des capacités d'intervention / transfert de compétences aux équipes centrales (DVSE, DGSELM), régionales et DS (ECD) pour l'investigation des épidémies ; ✓ Maintien du financement OMS ; ✓ Financement de la DGSELM ; ✓ Ligne budgétaire pour les investigations des urgences à prévoir au niveau région et DS; ✓ Plaidoyer auprès des communautés pour l'appropriation du programme d'éradication de la polio ; ✓ Renforcement du partenariat avec les OSC du district 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rendre toujours disponible le financement pour les interventions rapides, et limiter les retards liés au décaissement des fonds ; ✓ Rendre responsables les équipes cadres des districts et équipes régionales pour l'investigation des épidémies.
	Activités transfrontalières	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintien des activités transfrontalières, et pas seulement pour la polio ; ✓ Plaidoyer pour une poursuite sur le mode de financement actuel (appui financier de l'UNICEF et fonds locaux) ; ✓ Création d'une ligne budgétaire dédiée aux activités 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Institutionnaliser les réunions transfrontalières ✓ Intégrer la santé avec les autres activités transfrontalières ✓ Définir le cadre de responsabilité de chaque partie (accords entre parties).

	transfrontalières (Région/ DS concernés).	
Achat VPOb, VPI, Vitamine A, Mebendazole/Albendazole, pour les campagnes intégrées et intrants (seringues, et autres)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégration de l'achat des vaccins de campagne avec ceux des vaccins de routine ; ✓ Financement Etat (cofinancement Etat-UNICEF si possible, à l'exemple du cofinancement Etat-GAVI). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alléger les procédures de décaissement des fonds de l'Etat ; ✓ Respecter les clauses d'engagement de l'Etat pour la mise à disposition d'un fonds spécial « achat vaccins » ; ✓ Faire un plaidoyer auprès de l'UNICEF, OMS et GAVI ;
Mise en œuvre des AVS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégration des AVS polio aux autres interventions de masse (Semaine biannuelles « Santé mère et enfant »); ✓ Financement Etat et local ; ✓ Maintien du financement extérieur lors des urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer la vaccination de routine ; ✓ Appliquer les SOPs polio ; ✓ Institutionnaliser des Semaines biannuelles « Santé mère et enfant ».
Communication AVS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place des lignes budgétaires dédiées à la communication ; ✓ Plaidoyer pour le maintien du financement des Partenaires (UNICEF, et autres) ; ✓ Développement des partenariats à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alléger les procédures de décaissement des fonds ; ✓ Renforcer la coordination de la communication par la DSEPS.
Monitoring indépendant et LQAS des AVS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financement par l'Etat ; ✓ Transfert des compétences à la partie nationale par les consultants 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plaidoyer pour le maintien de l'appui financier de l'OMS.

Assistance technique	Missions d'appui technique (salaires et per diem)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert de certaines compétences ou fonctions à l'Etat ; ✓ Cessation des contrats ; ✓ Reversement du personnel dans les autres programmes ; ✓ Reversement des personnels à l'Etat ; ✓ Soutien des partenaires sur une période ; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer les besoins en assistance technique ; ✓ Revoir l'organisation de l'assistance technique ; ✓ Mettre en place des mécanismes de transfert de compétences.
<u>Vaccination de routine</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Achats de vaccins : Vaccin Polio Oral bivalent (VPOb) et Vaccin Polio Injectable (VPI) deroutine, - Prestation de services 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cofinancement GAVI pour le VPI ; ✓ Achat par l'Etat pour le VPOb; ✓ Appui UNICEF 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcement de la vaccination de routine ✓ Accroissement progressif du budget national et communautaire ; ✓ Réduction des pertes en vaccins et réalisation des économies.
<u>Logistique</u>	Renforcement de la CDF et du matériel roulant	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financement GAVIi-RSS et GAVI-Plateforme ; ✓ Financement Etat (achat, maintenance) ; ✓ Plaidoyer pour la poursuite de l'appui des partenaires (OMS, UNICEF, CDC, BMGF, FM, Japon etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Affecter/Former des logisticiens professionnels ; ✓ Renforcer la qualité de la gestion des vaccins; ✓ Superviser régulièrement les infrastructures.
<u>Surveillance épidémiologique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance de terrain - Coordination (Comités polio) - Surveillance épidémiologique à base communautaire - Surveillance environnementale de la polio - Transport des échantillons de selle au laboratoire de Yaoundé 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert de certaines fonctions à l'Etat (transport des échantillons, primes de détection des cas, appui aux Points Focaux) ; ✓ Cessation des contrats et reversement des épidémiologistes à l'Etat ; ✓ Poursuite de l'appui des partenaires OMS, CDC, (laboratoire, surveillance environnementale) ✓ Plaidoyer auprès de nouveaux partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revoir le design du système de surveillance ; ✓ Affecter des lignes budgétaires au niveau opérationnel.

13. BUDGET ET FINANCEMENT

13.1 Budget par Rubriques/Fonction

Rubriques budgétaires/Fonction	2018	2019	2020	2021	2022	Totaux	%
Ressources Humaines	10,867,554	10,761,858	10,286,553	10,312,709	10,330,412	52,559,086	16%
Vaccins	20,957,857	17,169,835	13,088,832	19,895,113	8,497,366	79,609,003	24%
Equipements	50,068,683	6,500,316	5,277,695	84,786	84,786	62,016,266	18%
Communication	786,000	116,279	116,279	107,279	107,279	1,233,116	0%
Activités de Surveillance	7,549,000	8,681,350	9,983,553	11,481,085	13,203,248	50,898,236	15%
Véhicule	3,093,755	2,229,755	2,229,755	1,517,891	-	9,071,156	3%
AVS	8,300,000	4,700,000	4,700,000	4,700,000	4,700,000	27,100,000	8%
Fonctionnement PEV	1,090,909	1,454,545	1,818,182	2,727,273	3,636,364	10,727,273	3%
Bâtiment (Surface utilisée)	352,153	7,070,106	7,070,106	7,070,106	7,113,396	28,675,867	9%
Données de qualité (Données non tangibles)	2,845,987	2,624,862	2,599,862	2,599,862	2,674,862	13,345,435	4%
Outils de gestion	224,695	114,971	49,891	49,891	49,891	489,339	0%
TOTAUX	106,136,593	61,423,877	57,220,708	60,545,995	50,397,604	335,724,777	100%
Pourcentage	32%	18%	17%	18%	15%	100.00%	

13.2 Budget par source de financement

Source de financement	2018	2019	2020	2021	2022	Totaux	%
ETAT	62,611,900	26,425,546	21,889,712	21,295,564	16,388,486	148,601,108	44
OMS	19,945,000	17,313,350	18,279,553	19,777,085	21,499,248	96,814,236	29
UNICEF	19,476,463	13,373,803	11,261,997	11,236,892	12,511,892	67,861,047	20
GAVI	4,105,248	4,313,197	5,791,466	8,238,475	-	22,448,386	7
TOTAL	106,138,611	61,425,896	57,222,728	60,548,016	50,399,626	335,724,777	100

14. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DE LA TRANSITION POLIO DU TCHAD

Le but et les objectifs

But

Le but de ce cadre de Suivi & Evaluation est de définir des mécanismes à mettre en place et de disposer des outils nécessaires pour un suivi et une évaluation de la mise en œuvre des interventions dans le cadre de la transition polio du Tchad afin d'atteindre les objectifs d'un Tchad exempt de Poliomyélite en 2022 et au-delà.

Objectifs

- Disposer des indicateurs essentiels pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan de transition Polio du Tchad ;
- Mettre en place la plateforme de transparence et de redevabilité durant la mise en œuvre de ce plan ;
- Renforcer les capacités opérationnelles des structures et organes de suivi et évaluation afin d'assurer une mise en œuvre efficace à tous les niveaux.

Le cadre institutionnel de suivi et évaluation

Le cadre institutionnel de suivi et évaluation du Plan de transition Polio du Tchad décrit les organes de suivi et évaluation, leurs rôles et responsabilités. Il permet de suivre, d'évaluer et d'analyser les résultats obtenus, tout au long de sa mise en œuvre. Il fournit aux différentes parties prenantes l'opportunité d'apprécier les progrès accomplis dans l'atteinte des résultats du plan.

Structuration

Ce cadre est structuré suivant les différents niveaux de la pyramide sanitaire du Tchad à savoir le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Au niveau central

Les instances citées ci-dessous constituent les principaux organes de suivi et d'évaluation au niveau central :

- ✚ Le Comité Directeur du Ministère de la Santé Publique,
- ✚ Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA),
- ✚ Le Comité Technique d'Appui au PEV (CTA/PEV),
- ✚ Le Comité National d'éradication de la poliomyélite au Tchad,
- ✚ Le Comité Technique de Pilotage de la transition Polio...,
- ✚ Le Comité de Direction du Ministère de la Santé Publique,
- ✚ Le Comité technique Nationale de lutte contre les épidémies (la réunion hebdomadaire de la surveillance épidémiologique),
- ✚ Le Service de la Surveillance Épidémiologique Intégrée (SSEI),
Le Comité de Coordination et de gestion des AVS,

La Section de suivi et évaluation de la DVSE.

Au niveau intermédiaire

Le Comité Directeur Régional de la Délégation Sanitaire, le Comité de Coordination et de gestion des AVS dans les différentes Régions.

Au niveau opérationnel

Le Conseil départemental de santé, le Comité Directeur du district et le Comité de santé de la zone de responsabilité constituent les principaux organes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, le Comité de Coordination.

Cadre de redevabilité des organes impliqués dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan

Les rôles et les responsabilités des principales instances impliqués dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan au Tchad sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Instances	Rôle & Responsabilité	Périodicité
La réunion du 24 de chaque mois du Ministère de la Santé Publique avec les plus Hautes Autorités de l'État,	-Faire le suivi des indicateurs de la lutte contre la poliomyélite, -Mobiliser les ressources, pour la mise en œuvre des recommandations.	Mensuelle
Le Comité Directeur du Ministère de la Santé Publique,	Évaluer la mise en œuvre du plan d'action globale du MSP	Annuelle
Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA),	Suivi des indicateurs, Plaidoyer pour la mobilisation des fonds en faveur de la vaccination	Trimestrielle
Le Comité Technique d'Appui au PEV (CTA/PEV),	-Évaluer les besoins en vaccins, consommables, chaînes de froids et matériels, -Suivre et analyser la couverture vaccinale, -Suivre régulier de l'exécution des activités, -Suivre de l'évolution de la couverture vaccinale et les données de la surveillance des maladies cibles	Bimensuelle
La revue de la performance du programme (PPAC),	Évaluer la performance du programme de la vaccination	Quinquennale
Le Comité National d'éradication de la poliomyélite au Tchad,	Suivre la mise en œuvre de la lutte contre la poliomyélite au Tchad	Trimestrielle
Le Comité de Direction du Ministère de la Santé Publique,	Suivre la mise en œuvre des activités du plan opérationnel annuel	Hebdomadaire
Le Comité technique Nationale de lutte contre les épidémies (CTNLE),	Suivre les données de surveillance épidémiologique et donner les orientations	Hebdomadaire
Le Service de la Surveillance Épidémiologique Intégrée (SSEI),	-Collecter, analyser et diffuser les données épidémiologiques -Superviser, produire les rapports sur les indicateurs de la vaccination	Permanant
Le Comité de Coordination et de gestion des AVS,	Préparer, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des AVS	Selon le calendrier des AVS
La Section de suivi et évaluation de la DVSE.	-Collecter, analyser et diffuser les données de la vaccination -Superviser, produire les rapports sur les indicateurs de la vaccination	Permanant

Tableau 1 : Les rôles et responsabilités des différents instances

N B : La Société civile, le Secteur privé et les Collectivités territoriales font partie des différentes instances sus mentionnés

I. Les mécanismes de suivi et évaluation

Principes généraux

Vue l'importance que revêt le suivi et l'évaluation, l'engagement de toutes les parties prenantes est indispensable afin de prendre toutes les dispositions nécessaires pour la réussite de la mise en œuvre du plan :

1. La réunion du 24 de chaque mois du Ministère de la Santé Publique avec les plus Hautes Autorités de l'État : ceci se traduit un engagement fort et une réaffirmation du leadership des autorités en charge de la santé au Tchad en faveur de la vaccination à différent niveau de la pyramide sanitaire permettront l'application effective de la mise en œuvre des décisions afin d'atteindre les résultats escomptés.
2. L'implication effective des autres parties prenantes : les partenaires au développement, les ministères sectoriels, la société civile et les collectivités locales.
3. Le renforcement et la redynamisation des organes de suivi et évaluation de la vaccination et de la surveillance.
4. Mettre à la disposition des organes toutes les ressources nécessaires pour assurer leur fonctionnement.

Modalités ou mécanismes de suivi et l'évaluation

1. Les réunions de coordination consistent en une répartition harmonieuse des tâches de manière à en assurer une exécution efficace et efficiente. Elle permet d'éviter qu'une ou plusieurs personnes fassent la même chose en même temps et au même endroit et favorise une mise en œuvre harmonieuses des activités du Plan. Aussi, les réunions de monitoring (suivi) consistent en une collecte continue d'informations ou indicateurs relatifs aux activités exécutées, à leur analyse et à l'interprétation de leurs résultats au niveau opérationnelle de la pyramide sanitaire.
2. La mission de supervision est un processus continu consistant à guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficacité et conformément aux directives. Elles peuvent être faites uniquement par les cadres du MSP et/ou de la DVSE ou conjointes avec d'autres partenaires
3. L'inspection vise à s'assurer du respect des normes et du contrôle interne de l'exécution.
4. Les revues périodiques : la revue annuelle de la DVSE, la revue annuelle du MSP
5. Les enquêtes

NB : Les différentes réunions de coordination sont organisées au niveau décentralisé à l'image de celles organisées au niveau central : la réunion mensuelle de l'équipe cadre et de gestion des AVS, Réunion mensuelle de monitoring des données de la vaccination, réunion de coordination de l'équipe Cadre, Réunion Cluster Santé, la Réunion mensuelle de suivi des indicateurs SR/SMNI avec le Gouverneur.

II. Le cadre de mesure des résultats ou plan de suivi et évaluation

Indicateurs	Définition	Méthode de calcul	Sources des données	Collecte des données			Périodicité	Coût (en FCFA)
				Niveaux	Méthode	Responsable		
Indicateur d'Impact								
Taux de mortalité infantile	Probabilité de mourir avant d'avoir atteint l'âge de un an, compte tenu des taux de mortalité selon l'âge sur la période considérée	Numérateur : Nombre d'enfants décédés entre 0 et 12 mois après la naissance multiplié par 1000	Rapport d'Enquêtes	National	EDST-MICS		Tous les 5 ans	
		Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes						
Taux de mortalité infanto juvénile (enfant de moins de 5 ans)	Probabilité pour un enfant de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans	Numérateur : Nombre d'enfants décédés entre 0 et 59 mois après la naissance X 1000	Rapport d'Enquêtes	National	EDST-MICS		Tous les 5 ans	
		Dénominateur : Nombre de naissance vivantes						
Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès au cours de 28 premiers jours de vie, pour 1000 naissances vivantes sur une période données	Numérateur : Nombre de décès entre 0 28 jours	Rapport d'Enquêtes	National	EDST-MICS		Tous les 5 ans	
		Nombre total de naissances vivantes						
Nombre de cas de PVS notifiés	Nombre de cas de PVS notifiés	Somme des cas notifiés	Données administratives du SSEI	ZR/DS/DSR	Examen des documents de gestion		Continu	
Taux de PFANP (B=7.6% et C<10%)	Rapport de PFANP notifié	Numérateur : Nombre PFANP multiplié par 100	Données administratives du SSEI	ZR/DS/DSR	Examen des documents de gestion		Continu	
		Dénominateur : Nombre total des cas de PFA notifiés						
Qualité de selles (B=91% et C=100%)	Qualité des selles prélevées	Numérateur : Nombre de Selles de qualité multiplié par 100	Données administratives du SSEI	ZR/DS/DSR	Examen des documents de gestion		Continu	
		Dénominateur : Nombre de des selles prélevées						

Taux de couverture en VPO3 (B=43% et C=100%)	Rapport des enfants de 0 à 11 mois ayant pris leurs trois doses avant leur premier anniversaire	Numérateur : Nombre des enfants de 0 à 11 mois ayant pris leurs trois doses X 100	Rapport d'Enquêtes	National	Enquete de Couverture Vaccinale		Tous les 2 ans	
		Dénominateur : Nombre total des enfants de 0 à 11 mois						
Nombre des PTF engagés dans le financement de la mise en œuvre du PTP	Nombre des PTF engagés dans le financement de la mise en œuvre du PTP	Somme des PTF engagés dans le financement de la mise en œuvre du PTP déduit de nombre total des PTF potentiel et nouveaux identifiés	Données administratives	National	Cartographie des PTF		Annuelle	
Proportion des personnes informées sur le plan de transition Polio	Pourcentage des personnes informées sur le PTP sur la population totale	Numérateur : Nombre des personnes informées X 100	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide Entrevues		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre des personnes de la population totale						
Effectif du personnel qualifié dédié à la mise en œuvre du PTP	Effectif du personnel qualifié dédié à la mise en œuvre du PTP	Somme du personnel qualifié dédié à la mise en œuvre du PTP	Données administratives	National	Examen des documents de gestion		Annuelle	
Pourcentage des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	Proportion des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	Numérateur : Nombre des moyens logistiques acquis X100	Données administratives	National	Inventaire		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre des moyens logistiques Planifiés						
Taux des ressources mobilisées en faveur de la mise en œuvre du PTP	Proportion des ressources mobilisées en faveur de la mise en œuvre du PTP	Numérateur : Montant des ressources mobiliséesX100	Données administratives	Données administratives	Examen des documents de gestion		Annuelle	
		Dénominateur : /Montant total ressources budgétisées						
Proportion du budget de l'État alloué à la mise en œuvre du PTP	La part du budget de l'Etat alloué à la mise de PTP	Numérateur : Montant du budget État alloué à la mise de PTPX100	Données administratives	Données administratives	Examen des documents de gestion		Annuelle	
		Dénominateur : /Montant total du budget État de la DVSE						

Proportion des acteurs impliqués dans l'éradication de la poliomyélite sont informés	Pourcentage des acteurs qui sont informés de l'éradication de la poliomyélite	Numérateur : Nombre des acteurs informés X 100	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre total de acteurs impliqués						Entrevues
Nombre de nouveaux partenariats établis pour le financement de la lutte contre la polio	Nombre de nouveaux partenariats établis pour le financement de la lutte contre la polio	Somme de nouveaux partenariats établis pour le financement de la lutte contre la polio	Données administratives	National	Cartographie des PTF		Annuelle	
Pourcentage du personnel qualifié, requis et dédié à l'éradication de la Polio	Proportion du personnel qualifié, requis et dédié à l'éradication de la Polio	Numérateur : Nombre de personnel qualifié qui travaille dans l'éradication de la poliomyélite X 100	Base de données Personnel PEV	National	Examen des documents de gestion		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre des du personnel qualifié, requis et dédié à l'éradication de la Polio						
Pourcentage d'ancien personnel non fonctionnaire dédié à la lutte contre la polio ayant contractualisé avec l'État	Proportion d'ancien personnel non fonctionnaire dédié à la lutte contre la polio ayant contractualisé avec l'État	Nombre de contrats établis avec l'ancien personnel non fonctionnaire dédié à la lutte contre la poli multiplié par 100	Base de données Personnel PEV	National	Examen des documents de gestion		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre total d'ancien personnel non fonctionnaire dédié à la lutte contre la polio						
Pourcentage des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	Proportion des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	Numérateur : Nombre des moyens logistiques acquis multiplié par 100	Données administratives	National	Inventaire		Annuelle	
		Dénominateur : Nombre des moyens logistiques Planifiés						
Montant des ressources financières reçues des nouveaux fournisseurs	Montant des ressources financières reçues des nouveaux fournisseurs	Somme des ressources financières reçues des nouveaux fournisseurs	Données administratives	National	Examen des documents de gestion		Annuelle	
Taux des ressources financières mobilisées	Proportion des ressources financières	Montant des ressources mobilisées multiplié par 100	Données administratives	National	Examen des documents de		Annuelle	

	planifiées et mobilisées	Dénominateur : Montant total ressources budgétisées	s		gestion			
Taux d'accroissement du budget de l'Etat alloué à la mise en œuvre du PTP	Évolution de la part annuelle du budget de l'Etat alloué à la mise en œuvre du PTP	Montant du budget annuel de l'Etat alloué à la mise en œuvre du PTP multiplié par 100	Données administratives	National	Examen des documents de gestion		Annuelle	
		Dénominateur : Montant annuel du budget de la DVSE	s					
Indicateurs de Processus								
Nombre de cas notifiés et investigués	Nombre de cas de PVS notifiés	Somme des cas notifiés	Données administratives du SSEI	ZR/DS/DSR	Examen des documents de gestion		Continu	
Nombre de cas prélevés et transmis dans le délai	Nombre de cas de cas prélevés et transmis dans le délai	Somme des cas prélevés et transmis dans le délai	Données administratives du SSEI	ZR/DS/DSR	Examen des documents de gestion		Continu	
Proportion des ZR disposant de registres de surveillance de PFA	Rapport des ZR disposant de registres de surveillance de PFA	Numérateur : Nombre des ZR disposant de registres de surveillance de PFA X100 Dénominateur : Nombre total des ZR du pays	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide Entrevues		Annuelle	
Proportion des DS/DSR disposant d'une base de données sur la surveillance de PFA	Proportion des DS/DSR ⁶ disposant d'une base de données sur la surveillance de PFA	Numérateur : Nombre des DS/DSR disposant d'une base de données sur la surveillance de PFA multiplié par 100 Dénominateur : Nombre total des DS/DSR du pays	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide Entrevues		Annuelle	
Proportion des ZR qui mettent en œuvre la surveillance à base communautaire	Proportion des ZR qui mettent en œuvre la surveillance à base communautaire Proportion	Nombre des ZR qui mettent en œuvre la surveillance à base communautaire multiplié par 100 Dénominateur : Nombre total des ZR du pays	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide Entrevues		Annuelle	

⁶Indicateur à désagréger par niveau de formation sanitaire

Proportion des DS qui utilisent le système AVADAR	Proportion des DS qui utilisent le système AVADAR	Numérateur : Nombre des DS qui utilisent le système AVADAR multiplié par 100	Rapport d'Enquêtes	National	Sondage rapide	Entrevues	Annuel	
		Dénominateur : Nombre total des DS du pays						
Quantité de VPO _b acquise	Nombre de doses VPO _b acquises	Somme de doses de VPO _b acquises	Données administratives	DSR DVSE	Exploitation des bordereaux de réception de la DVSE		Annuel	
Quantité de VPI acquise	Nombre de doses de VPI acquises	Somme de doses de VPI acquises	Données administratives	DSR DVSE	Exploitation des bordereaux de réception de la DVSE		Annuel	
Proportion des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	Pourcentage des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	Numérateur : Nombre des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle multiplié par 100	Données administratives	Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
		Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires du pays						
Proportion des DS qui développent des stratégies novatrices (ACD, ACPV, etc.)	Pourcentage des DS qui développent des stratégies novatrices (ACD, ACPV, etc.)	Numérateur : Nombre des DS qui développent des stratégies novatrices multiplié par 100	Données administratives	Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
		Dénominateur : Nombre total des DS du pays						
Nombre de campagnes de vaccination contre la Polio organisées	Nombre de campagnes de vaccination contre la Polio organisées	Somme total de campagnes de vaccination contre la Polio organisées	Données administratives	Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre de plaidoyer fait sur la transition Polio au plus haut niveau lors de la réunion mensuelle de santé	Nombre de plaidoyer fait sur la transition Polio au plus haut niveau lors de la réunion mensuelle de santé	Somme total de plaidoyer fait sur la transition Polio au plus haut niveau lors de la réunion mensuelle de santé	Données administratives	Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	

Nombre de réunion de plaidoyer organisée à l'endroit des partenaires, donateurs de l'IMEP et autres pour un appui financier à la mise en œuvre du plan de transition	Nombre de réunion de plaidoyer organisée à l'endroit des partenaires, donateurs de l'IMEP et autres pour un appui financier à la mise en œuvre du plan de transition	Somme total de réunion de plaidoyer organisée à l'endroit des partenaires, donateurs de l'IMEP et autres pour un appui financier à la mise en œuvre du plan de transition	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre de réunion multisectorielle de plaidoyer organisée avec les médias, le secteur privé et les OSC pour la mise en place d'un partenariat visant la diffusion des messages liés à la transition polio	Nombre de réunion multisectorielle de plaidoyer organisée avec les médias, le secteur privé et les OSC pour la mise en place d'un partenariat visant la diffusion des messages liés à la transition polio	Somme total de réunion multisectorielle de plaidoyer organisée avec les médias, le secteur privé et les OSC pour la mise en place d'un partenariat visant la diffusion des messages liés à la transition polio	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre de réunion d'échange organisée avec les PTF membres de l'IMEP et les donateurs sur la transition polio	Nombre de réunion d'échange organisée avec les PTF membres de l'IMEP et les donateurs sur la transition polio	Somme total des réunions d'échange organisée avec les PTF membres de l'IMEP et les donateurs sur la transition polio	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des réunions régionales d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias	Nombre des réunions régionales d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias	Somme total des réunions régionales d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders	Nombre des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders	Somme total des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires,	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	

communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des DS	des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des DS	traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des DS						
Nombre des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des ZR	Nombre des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des ZR	Somme total des réunions d'information sur la transition polio organisés à l'intention des leaders communautaires, traditionnels et religieux, des OSC et des médias au niveau des ZR	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des séances de dialogues organisées par les relais /ASC	Nombre des séances de dialogues organisées par les relais /ASC	Somme total des séances de dialogues organisées par les relais /ASC	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des visites à domiciles organisés par les relais /ASC	Nombre des visites à domiciles organisés par les relais /ASC	Somme des visites à domiciles organisés par les relais /ASC	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre de supports de communication du Plan de transition produits et distribués	Nombre de supports de communication du Plan de transition produits et distribués	Somme de supports de communication du Plan de transition produits et distribués	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des acteurs formés sur les différentes thématiques de la surveillance épidémiologique	Nombre des acteurs formés sur les différentes thématiques de la surveillance épidémiologique	Somme des acteurs formés sur les différentes thématiques de la surveillance épidémiologique	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des acteurs formés sur le PEV en pratique	Nombre des acteurs formés sur le PEV en pratique	Somme des acteurs formés sur le PEV en pratique	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des PFIEC formés sur les techniques et outils de communication relatifs à	Nombre des PFIEC formés sur les techniques et outils de communication relatifs	Somme des PFIEC formés sur les techniques et outils de communication relatifs à la mise en œuvre du plan de	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	

la mise en œuvre du plan de transition Polio	à la mise en œuvre du plan de transition Polio	transition Polio						
Nombre des acteurs formés sur les techniques de supervision, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan de transition	Nombre des acteurs formés sur les techniques de supervision, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan de transition	Somme des acteurs formés sur les techniques de supervision, de suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan de transition	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des cadres de la DVSE et des structures décentralisées formés sur la gouvernance, la redevabilité et les procédures de gestion du programme	Nombre des cadres de la DVSE et des structures décentralisées formés sur la gouvernance, la redevabilité et les procédures de gestion du programme	Somme des cadres de la DVSE et des structures décentralisées formés sur la gouvernance, la redevabilité et les procédures de gestion du programme	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des acteurs du niveau intermédiaires et périphériques formés sur le SIS et l'assurance qualité des données	Nombre des acteurs du niveau intermédiaires et périphériques formés sur le SIS et l'assurance qualité des données	Somme des acteurs du niveau intermédiaires et périphériques formés sur le SIS et l'assurance qualité des données	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Effectif du personnel national complémentaire dédié à la vaccination et la surveillance épidémiologique	Nombre du personnel national complémentaire dédié à la vaccination et la surveillance épidémiologique	Somme du personnel national complémentaire dédié à la vaccination et la surveillance épidémiologique	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	Nombre des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	Somme des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre de structures de santé dotées de kit informatiques Nombre de moyens roulants acquis	Nombre de structures de santé dotées de kit informatiques Nombre de moyens roulants acquis	Somme structures de santé dotée de kits informatiques Nombre de moyens roulants acquis	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel Tous les 2 ans	

Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils de gestion de surveillance/PEV	Pourcentage des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils de gestion de surveillance/PEV	Numérateur : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils de gestion de surveillance et de PEV multiplié 100	Rapports d'Enquêtes	Départemental Régional National	Enquête rapide Enquête SARA		Annuel Tous les 2 ans	
		Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires du pays						
Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils/matériel de communication en faveur de surveillance épidémiologique et de PEV	Pourcentage des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils/matériel de communication en faveur de surveillance épidémiologique et de PEV	Numérateur : Nombre des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils/matériel de communication en faveur de surveillance épidémiologique et de PEV multiplié par 100	Rapports d'Enquêtes	Départemental Régional National	Enquête rapide		Annuel	
		Dénominateur : Nombre total des formations du pays						
Proportion des missions intégrées de supervision formative des acteurs du programme à tous les niveaux	Pourcentage des missions intégrées de supervision formative des acteurs du programme à tous les niveaux	Numérateur : Nombre des missions intégrées de supervision formative des acteurs du programme à tous les niveaux multipliés par 100	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
		Dénominateur : Nombre total des missions intégrées de supervision formative planifiées à tous les niveaux						
Nombre de rapports sur les meilleures pratiques liés à la transition produits et partagés	Nombre de rapports sur les meilleures pratiques liés à la transition produits et partagés	Somme Nombre de rapports sur les meilleures pratiques liés à la transition produits et partagés	Données administratives	Départemental Régional National	Examen des documents de gestion		Annuel	
Nombre des accords de financement établis avec les nouveaux fournisseurs de ressources	Nombre des accords de financement établis avec les nouveaux fournisseurs de ressources	Somme des accords de financement établis avec les nouveaux fournisseurs de ressources	Base de données BCE	National	Examen des documents de gestion		Annuel	

Disponibilité d'un répertoire des mécanismes innovants de financement supplémentaire pour la mise en œuvre du PTP	Existence d'un répertoire des mécanismes innovants de financement supplémentaire pour la mise en œuvre du PTP	Certification de l'existence d'un répertoire des mécanismes innovants de financement supplémentaire pour la mise en œuvre du PTP	Données administratives	DF/MSP/MFB	Examen des documents de gestion		Annuel	
---	---	--	-------------------------	------------	---------------------------------	--	--------	--

NB : Il faut noter que ce cadre de mesure des résultats ou plan de suivi et évaluation doit être budgétisé au niveau des principales activités telles que de revues annuelles, des enquêtes et sondages rapides qui auront certainement un coût.

Après la réorganisation des indicateurs selon les niveaux d'utilisation, les indicateurs ont été renseignés sur la base des données disponibles dans le PNDS et conformément au tableau ci-après :

Tableau de suivi des indicateurs de mise en œuvre du plan de transition Polio

N°	Indicateurs	Données de base		Valeurs annuelles cibles				
		Valeur	Source / année	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateurs d'Impact								
	Taux de mortalité infanto juvénile (enfant de moins de 5 ans)	133 ⁰ / ₀₀₀	EDST-MICS 2014-2015	-	-	100	-	74 décès/NC
	Taux de mortalité infantile	72 ⁰ / ₀₀₀	EDST-MICS 2014-2015	-	-	45	-	37 pour 1000
	Taux de mortalité néonatale	34 ⁰ / ₀₀₀	EDST-MICS 2014-2015	-	-	26	-	20 décès /1000
	Nombre de cas de PVS notifiés	0	ECV 2017	0	0	0	0	0
	Taux de PFANP (B= 7.6% et C<10%)	(B= 7.6% et C<10%)	SSEI 2017	7.8		8.5%		<10%

Qualité de selles (B=91% et C=100%)	B=91% et C=100%)	SSEI 2017	93%		98%		100%
Taux de couverture en VPO3 (B=43% et C=100%)	B=43% et C=100%)	SSEI 2017	55%	75%	85%	95%	100%
Nombre des PTF engagés dans le financement de la mise en œuvre du PTP	0	DVSE	75%		85%		100%
Effectif du personnel qualifié dédié à la mise en œuvre du PTP	??						
% des moyens logistiques acquis en appui à la mise en œuvre du PTP	0%	DVSE	50%	75%	85%	100%	100%
Taux des ressources mobilisées en faveur de la mise en œuvre du PTP	0%	DVSE	65%		80%		95%
Proportion du budget de l'État alloué à la mise en œuvre du PTP	0%	DVSE	2%		4%	6%	8%
Proportion des acteurs impliqués dans l'éradication de la poliomyélite sont informés	0%	DVSE	50%		75%		95%
Nombre de nouveaux partenariats établis pour le financement de la lutte contre la polio	0	DF/DVSE	10		20		30
% du personnel qualifié, requis et dédié à l'éradication de la Polio	75%	Ihris/DRH	75%		85%		95%
% d'ancien personnel non fonctionnaire dédié à la lutte contre la polio ayant contractualisé avec l'État	0	Ihris/DRH			10%	25%	30%
Nombre de cas notifiés et investigués	0	SSEI	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de cas prélevés et transmis dans le délai		SSEI	0%	0%	0%	0%	0%
Proportion des ZR/disposant de registres de surveillance de PFA	0%	SSEI					
Proportion des DS/DSR disposant d'une base de donne sur la surveillance de PFA		SSEI					
Proportion des ZR qui mettent en œuvre de la surveillance à base communautaire	0%	SSEI					
Proportion des DS qui utilisent le système AVADAR	??	SSEI					
Quantité de VPOb acquise	??	DVSE/DF					
Quantité de VPI acquise		DVSE/DF					
Proportion des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	??	DVSE/DF					
Nombre des DS qui développent des stratégies novatrices (ACD, ACPV, etc.)	??	DVSE					
Nombre de campagnes de vaccination contre la Polio organisées	0	DVSE					
Nombre de réunion de plaidoyer organisée à l'endroit des partenaires, donateurs de l'IMEP et autres pour un appui financier à la mise en œuvre du plan de transition	0	DVSE					
Nombre de réunion d'échange organisée avec les PTF membres de l'IMEP et les donateurs sur la transition polio	0	DVSE/DSPS					
Nombre de supports de communication du Plan de transition produits et distribués	0	DVSE/DSPS					
Nombre des acteurs formés sur le PEV en pratique	0	DVSE/DRH					
Nombre des formations sanitaires disposant d'une chaîne de froid fonctionnelle	0	DVSE/DF					

Nombre de structures de santé dotées de kit informatiques	0	DVSE/DF						
Nombre de moyens roulants acquis	0	DVSE/DF						
% des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils de gestion de surveillance et de PEV	0	DVSE	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% des formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock d'outils et de matériel de communication en faveur de surveillance épidémiologique et de PEV	0	DVSE						
Nombre des missions intégrées de supervision formative des acteurs du programme à tous les niveaux	0	DVSE						
Disponibilité d'un répertoire des mécanismes innovants de financement supplémentaire pour la mise en œuvre du PTP	0	DVSE						

Le plan de renforcement du système de Suivi et Évaluation

Analyse de la situation

Le système de suivi et évaluation combine les ressources (Humaines, matérielles et financières) et les procédures spécifiques de planification, de collecte, de traitement, d'analyse, et de diffusion des informations sur la mise en œuvre du plan de transition Polio.

Les Ressources Humaines : il ressort de l'analyse contenu dans le plan de ressources humaines (Cf. annexe) une insuffisance quantitative et qualitative du personnel en planification/suivi et évaluation tant au niveau central que régional et périphérique.

Les ressources matérielles : renferment les supports, les équipements et les moyens roulants qui sous-tendent les activités de suivi et évaluation. En ce qui concerne les moyens roulants, comme la DVSE, les régions et les Districts sont non seulement, insuffisamment dotés en moyens roulants pour le travail mais certains DSR et DS n'en disposent pas du tout. S'agissant des équipements, l'insuffisance des kits informatiques, la connexion internet et de sources énergétiques est très accentuée au niveau de régions et de districts. La qualité des supports des collectes données existant est acceptable. Cependant, la maîtrise de leur utilisation par le personnel pose problème.

Les ressources financières : malgré que la DVSE bénéficie de la subvention de l'État et des appuis des partenaires, la diminution de ces ressources constitue un problème réel pour la pleine réalisation des activités de la vaccination. Par ailleurs, l'insuffisance de redevabilité dans la gestion des fonds alloués ne permet pas d'améliorer la performance de la vaccination.

Sources des données : Les informations sanitaires de la vaccination sont alimentées par différentes sources, notamment : les rapports périodiques (RMA, RMV, registres, messages hebdomadaires, etc.), les rapports des AVS, les résultats des enquêtes et les études, les revues de la DVSE et des projets, les recherches ainsi que les rapports des comités directeurs des régions et du niveau central. Les thèses et les mémoires de fin d'études constituent aussi des sources de données. Les problèmes issus des différentes sources sont la récurrence de problème de complétude et de promptitude ainsi que la difficulté de mobilisation de ressources pour le financement des enquêtes, études et recherches.

Collecte des données : Les données sont produites et collectées au niveau périphérique et transmises au niveau intermédiaire, qui à son tour transmet au niveau central :

- Dans les formations sanitaires de base (centres de santé et hôpitaux) les données sont collectées dans les registres harmonisés et adaptés à cet effet. Une synthèse des différents registres est faite sur les RMA pour être envoyée au niveau du district où se fait la saisie.
- Les DS à leur tour compilent les RMA des différents centres de santé, les valident et les analysent avant de les transmettre à la DSR.
- Les DSR compilent les RMA des différents districts, les valident et les analysent avant la transmission de la version électronique au niveau central.
- La DSIS compile les RMA des différentes régions, les valident, et les diffusent sous forme de l'annuaire de statistiques sanitaires (version papier et électronique). C'est à ce niveau que les données de la surveillance épidémiologique, les données issues des rapports d'enquête, des rapports des programmes et projets, des institutions sous tutelle et les données des autres ministères sont pris en compte dans l'élaboration de l'annuaire de statistiques sanitaires.

Qualités des données : Le Ministère de la Santé Publique produit annuellement l'annuaire des statistiques sanitaires. Cependant, la qualité des données recueillies pour son élaboration est impactée négativement, entre autres, par :

- Le retard dans la transmission des données ne permettant pas de vérifier à la base les valeurs atypiques/ aberrantes dument constatées sur les RMA,
- L'incohérence des données de diverses sources,
- L'insuffisance de la supervision formative pour permettre aux agents de maîtriser les techniques de remplissage des différents supports d'enregistrement des données
- Les ruptures fréquentes des outils de collecte de données qui entraînent la circulation des anciens et nouveaux outils et cette situation entraîne la déperdition de certaines informations.

Analyse des données pour action : A l'aide du logiciel GESIS/DHIS2 et du guide d'analyse et d'interprétation des indicateurs du SIS, les techniciens traitent et analysent les données collectées au niveau des districts sanitaires, des DSR, puis au niveau central. Cependant, il faut noter qu'il y a un manque de rigueur dans l'application d'assurance qualité et d'appropriation des données par certains des DSR, MCD et RCS. Tout le circuit de collecte et de traitement des données de routine doit être Examen et le personnel formé et suivi de manière régulière. Les données issues de ces analyses sont utilisées par le MSP et les PTF et les OSC pour des prises de décisions.

Dissémination des données : Le partage et la publication de l'information est fait à travers plusieurs canaux : transmission rapports d'activités, bulletins d'information, diffusion des annuaires statistiques, la radio et télévision publique et privée ainsi que la presse écrite, site web internet du MSP. Cependant, la retro information reste faible du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique. Bien qu'il ait plusieurs canaux de communication, la population a peu d'accès à l'information sur la vaccination (Selon l'enquête de couverture vaccinale en 2017, seuls 28% de Leaders communautaire déclarent connaître tous les vaccins du PEV, 39% connaissent les cibles du PEV et 63% lient la non vaccination à l'insuffisance d'information des parents).

A. Proposition de solution

- Formation du personnel sur la surveillance épidémiologique
- La formation des agents à l'utilisation des outils
- Le renforcement de la supervision formative (cf. Collecte des données)
- La mise à disposition des moyens (logistiques et financiers)
- La disponibilité des outils de collecte des données harmonisées à tous les niveaux
- L'effectivité de la décentralisation de la saisie des RMA.
- Le contrôle des données et Assurance/qualité : Accentuation des activités de DQA mises en œuvre au niveau du PEV
- Élaboration et mise en œuvre du plan stratégique d'améliorer la qualité de données.

Tableau : Cadre commun de renforcement en Suivi et Évaluation

	Nature des Investissements
	Formation des RH en suivi et évaluation
	Renforcement en équipements informatiques
	Les Moyens Roulants

	Enquêtes (LQS, couverture vaccinale, CAP)
	Recherche/Études
	Inspection/Audits/Contrôle
	Supervisions conjointe et formative
	Inventaire des équipements CDF
	Fonctionnement des organes de suivi et évaluation
0	Réseaux internet (VSAT/MODEM) à tous les niveaux

15. CONCLUSION

Le Tchad a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre un Plan de transition de la poliomyélite. Pour y parvenir, différentes étapes ont été franchies et ont contribué, à travers une forte dynamique participative, à rassembler les apports de toutes les parties prenantes. L'élaboration de ce Plan de transition a pris en compte tous les aspects concourant à assurer son efficacité, notamment les objectifs et stratégies des grands programmes de santé publique du pays.

L'enjeu de ce Plan de transition est d'une importance particulière, c'est pour cette raison qu'il esquisse les grandes lignes des activités prioritaires à mener, indique les sources de financement tout en donnant une orientation pour les programmes de santé publique dont l'essentiel du budget est assuré grâce à l'aide externe. Ces structures devront intégrer la phase de transition dans leurs différentes planifications afin que leurs activités continuent à être menées de manière satisfaisante. Les fonctions de ce plan prévu pour une durée de cinq ans, ont été clairement définies. De même, les contours de la collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et les partenaires techniques et financiers ont été discutés en vue de parvenir à une meilleure synergie d'actions.

En matière financière, le budget du Plan de transition sera pris en charge par l'Etat et les partenaires externes dont OMS, Unicef, GAVI et FM. Il est par ailleurs important de remarquer que les principaux partenaires multilatéraux conditionnent leurs appuis, dans la perspective de leur retrait progressif et de l'augmentation de la contribution de l'Etat. L'aboutissement heureux du Plan de transition dépendra de l'engagement et du zèle manifestés par toutes les parties prenantes.

ANNEXES DU PLAN DE TRANSITION POLIO DU TCHAD

- 1. Plan de ressources humaines;**
- 2. Plan d'évaluation et de développement des compétences;**
- 3. Plan de communication et de promotion pour la transition polio;**
- 4. Plan de mobilisation de ressources ;**
- 5. Plan de mise en œuvre des stratégies sélectionnées de Transition Poio/Business Case ;**
- 6. Plan de gestion et d'atténuation des risques ;**
- 7. Cadre de suivi-évaluation (surveillance et responsabilité);**
- 8. Budget d'exécution détaillé (dans le plan d'exécution);**
- 9. Cadre de gouvernance avec rôles et responsabilités des parties prenantes;**
- 10. Plan de travail et d'exécution (à développer).**