



**RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITES CSSI / PROJET DE  
SURVEILLANCE ACTIVE DES PFA  
(SEPTEMBRE à DECEMBRE 2015)**

**Coordination du projet :**

- Responsable du Département Santé Publique et Développement : Dr RONELNGAR MOYENGAR
- Coordonnateur du projet : RASSEM Edmond
- Administrateur Principal : Jean NAÏSSENGAR
- Auditeur Interne : ALNODJI KELOS

**Equipes de Terrain:**

- Point Focal DS de Massakory : LASSIMIGUE NDONDO
- Point Focal DS de Bokoro : HISSEINE ISSA SALLLAM
- Point Focal DS de Massaguet : KOUMABASSE Justin
- Point Focal DS de Mani : DJERANE LEDADJE Olivier
- Relais Communautaires sédentaires et nomades : 48

**I. Intitulé du projet**

**« *Projet de Surveillance active des Paralysies Flasques Aiguës dans les 4 Districts Sanitaires de la Région de Hadjer Lamis* »**

**II. Présentation générale du Projet**

Dans un passé très récent, le Tchad faisait partie des pays les plus affectés par la poliomyélite, se classant même au 1er rang dans la région Afrique de l'OMS. Grâce à l'engagement continu du gouvernement appuyé par ses partenaires, le pays a atteint un statut d'arrêt de la transmission pour deux années consécutives (2013 et 2014). Les derniers cas de poliovirus sauvage (PVS) et de poliovirus circulant de souche vaccinale ont été notifiés respectivement en

juin 2012 et mai 2013. Au cours des deux dernières années, les efforts ont été intensifiés sur toutes les composantes de l'éradication de la polio: organisation de campagnes de vaccination de qualité, renforcement de la surveillance épidémiologique, renforcement de la vaccination de routine et organisation de ripostes aux épidémies, plan de revitalisation de la chaîne de froid, renforcement de la communication de proximité pour accroître la sensibilisation de la communauté, amélioration du processus et du système de collecte et d'analyse de données. Un travail quoiqu'insuffisant a été mené avec les chefs communautaires et religieux. Il y a aussi l'implémentation de la stratégie « Atteindre Chaque District » pour l'atteinte des populations mal desservies (nomades, insulaires, déplacés) en vue d'obtenir un renforcement de l'immunité collective. Malheureusement cette stratégie n'a pas couvert tous les districts à problème. Les couvertures vaccinales restent faibles. Selon l'enquête de couverture vaccinale 2012, MSP, seuls 52% des enfants de moins d'un an ont reçu le VPO3.

Avec l'épidémie régionale actuelle qui a commencé au Cameroun en Octobre de l'année 2013, la situation est susceptible de s'amplifier eu égard à la situation politique et humanitaire délétère dans les pays voisins : Centrafrique, Nigéria avec des répercussions au Cameroun et au Niger. La menace de réimportation transfrontalière étant bien réelle, tous les acteurs de l'éradication doivent davantage redoubler d'efforts, afin de maintenir cette dynamique gagnante, en vue d'accroître au maximum la couverture vaccinale au niveau des frontières et sur tout le territoire.

L'évaluation de la performance de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre d'une revue externe du PEV en juillet 2012 avait identifié de nombreuses faiblesses et l'équipe d'évaluation a estimé que le système de surveillance du Tchad n'était pas suffisamment sensible pour garantir la détection des cas de PVS en période de basse transmission. Parmi les faiblesses relevées par la revue, il y a notamment:

- l'insuffisance en personnel formé en surveillance au niveau opérationnel ; la formation/briefing n'a touché que 31% des cliniciens, 25% d'infirmiers des centres de santé et 15% des points focaux des districts,
- la faible connaissance par les RCS (49%), les cliniciens (38%) des définitions des cas des définitions des cas ainsi que des procédures d'investigation (13% et 10%);
- les délais d'acheminement des selles depuis le niveau périphérique jusqu'au laboratoire qui restent élevés (6 jours),
- la non opérationnalité de la surveillance à base communautaire dont à peine 13% du personnel sanitaire des centres de santé a eu un contact avec un tradipraticien,
- L'insuffisance de supervision et de la rétro information à tous les niveaux,
- La faible implication des informateurs clés de la communauté dans la surveillance active des PFA : tous les tradipraticiens rencontrés par les évaluateurs ont affirmé ne pas avoir des visites des chargés de la surveillance aussi bien des Régions que des Districts sanitaires.
- L'existence des cas de PFA non détectés/non investigués par le système de surveillance.

Au regard des faiblesses observées, le système de surveillance peut laisser échapper des cas de PFA et par conséquent une circulation de PVS. Cette situation n'a guère évolué fondamentalement.

Aussi, le centre de Support en Santé Internationale (CSSI), qui est une ONG de droit Tchadien, active dans le domaine de la santé et de l'humanitaire, entend apporter sa contribution au Gouvernement Tchadien et ses partenaires dans cette lutte. La présente proposition veut assurer une surveillance efficace des PFA dans la région du Hadjer Lamis, ce qui contribuera à réduire la circulation des poliovirus sauvages dans cette région et partant dans le pays. Le CSSI connaît bien l'environnement dans cette région pour y avoir travaillé dans le cadre du Projet Santé Nomade (voir plus bas).

Pour renforcer la surveillance dans la région du Hadjer Lamis, un focus sera porté aux zones limitrophes du Lac Tchad qui sont non seulement des zones d'accès difficile mais aussi le lieu de passage des nomades et transhumants. Une surveillance active sera mise en place à travers des points focaux dans chaque district, la mise en place d'un réseau de relais communautaires au sein des populations sédentaires et nomades.

Les relais bénéficieront d'une formation et surtout d'un suivi rapproché (ce qui ne se faisait pas avant). Les relais des zones d'accès difficile et ceux nomades seront dotés en téléphone portable pour transmettre les données à tout moment. Un système de motivation des relais (inexistant auparavant) sera mis en place sous forme de paiement d'une prime pour tout cas dépisté et confirmé. Les points focaux du ministère de la santé seront aussi encouragés à mener effectivement les visites à travers une motivation à la performance.

### **Caractéristiques de la région du Hadjer Lamis**

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du MSP, année 2012, la région du Hadjer Lamis compte 04 districts fonctionnels (Bokoro, Mani, Massaguet, Massakory) et 55 zones de responsabilité dont 43 fonctionnelles. La région comporte des districts frontaliers soit avec le lac Tchad ou le Cameroun à savoir Mani et Massaguet

La région est caractérisée par la faiblesse des indicateurs de surveillance PFA par rapport à la moyenne nationale. Beaucoup de districts y sont silencieux. Le système de surveillance mis en place bien que fonctionnel est marqué par une faible sensibilité. Les points focaux mis en place dans les districts ont plusieurs responsabilités et de ce fait n'arrivent que très difficilement à mener les activités de surveillance. Les relais communautaires ont été mis en place dans certaines zones de responsabilité mais sont peu suivis et démotivés et par conséquent leur rendement est très faible.

### **II.1. Objectifs :**

Compte tenu des problèmes décrits ci haut, il est fort probable que des poliovirus sauvages peuvent circuler dans la région du Hadjer Lamis sans pour autant être identifiés compte tenu de cette faible performance du système.

**Objectif général :** Contribuer à l'arrêt de la transmission des poliovirus sauvages au Tchad.

### **Objectifs spécifiques :**

- Maintenir dans la région un taux de PFA non polio  $\geq 3/100000$  d'ici fin 2016.
- Améliorer la qualité des échantillons arrivant au laboratoire (particulièrement le pourcentage de selles adéquates  $\geq 80\%$  et le délai de transport du niveau périphérique  $\leq$  à 3 jours).

NB : Atteindre et maintenir dans la région un taux de PFA non polio  $\geq 2/100000$  d'ici fin 2016 (ancienne formulation), le taux national atteint est  $\geq 3/100000$  ; d'où adoption et maintien du taux national (nouvelle formulation ci-dessus).

## **II.2. Résultats attendus**

- Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté dans chacune des régions.
- Le pourcentage d'échantillons adéquats dans chacune des régions est augmenté.

## **II.3. Stratégies de mise en œuvre**

- Renforcement des capacités des différents acteurs impliqués dans la surveillance des PFA : Le personnel de santé (responsables de centre de santé, personnel des hôpitaux de district et hôpitaux régionaux) seront briefés sur les PFA, les relais communautaires seront identifiés et briefés sur les PFA ;
- Développement du plaidoyer : un plaidoyer sera fait en direction des responsables administratifs, des leaders traditionnels et religieux) ;
- Développement de la collaboration avec les tradipraticiens : les tradipraticiens sont en général les premiers contacts des malades (PFA ou non) avant le système de santé moderne ; aussi il sera procédé à leur identification, leur sensibilisation sur les PFA et la notification des cas de PFA aux points focaux du district ;
- Développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires pour passer l'information dans leurs cadres respectifs ;
- Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA : des relais communautaires seront identifiés par zone de responsabilité et notamment dans les populations d'accès difficiles. Ils seront briefés sur les PFA et la notification des cas. Ils feront l'objet d'un suivi par les points focaux identifiés ;
- Appui à la supervision et au monitoring : le CSSI se propose de mettre des points focaux par district pour appuyer le système de surveillance local et aussi appuyer la compilation, l'analyse et l'élaboration de rapports de feed back. Ces points focaux seront impliqués aussi dans les autres activités de surveillance.

### **Dispositif organisationnel du projet**

Dans chaque district, le CSSI recrutera et mettra en place un point focal surveillance PFA, chargé de collecter et analyser les informations relatives aux PFA. Il va assurer le suivi et la supervision des relais communautaires. Les points focaux CSSI seront dotés de motos (Districts de Bokoro, Mani, Massaguet, Massakory). Ces points focaux interagiront avec les responsables sanitaires au niveau local dans un souci de respect du système mis en place.

Des relais communautaires seront identifiés (à peu près une vingtaine par district selon les résultats de la revue qui sera conduite par le consultant), formés et avec un suivi de proximité, ces relais seront identifiés au sein des populations sédentaires et des populations nomades. Pour les relais nomades et

ceux des villages d'accès difficile, ils seront équipés de téléphones avec crédits pour transmettre les informations au point focal mis en place par le CSSI.

Un système de motivation des relais sera mis en place sous forme de paiement d'une prime pour tout cas dépisté et confirmé.

Pour les points focaux du Ministère de la santé, une session de remise à niveau aura lieu et le CSSI prévoira une prime pour les dits points focaux (cette prime ne sera payée que sur la base de la performance- visites effectives du point focal avec rapport transmis dans le délai).

Au niveau central, un coordinateur du projet sera recruté et assurera la coordination de l'ensemble des activités et supervisera le staff mis en place dans les districts. De même il assurera les relations avec le niveau central (Service de surveillance épidémiologique intégrée). Chaque point focal ainsi que le coordinateur seront dotés en ordinateur portable et modem de clé de connexion pour la transmission des données.

### **Dispositif de suivi évaluation**

- Un rapport mensuel qui fait le point sur le niveau de mise en œuvre des activités sera soumis par le CSSI à la Coordination du SSEI. Le rapport doit faire l'évaluation des indicateurs de processus par rapport aux résultats attendus et une analyse sur les acquis, contraintes et défis dans la mise œuvre du plan.
- Participation aux réunions de suivi et d'évaluation des progrès ou contraintes dans la mise en œuvre du Plan.
- Une évaluation finale du plan sera conduite en fin de projet.

### **III. Cible du Projet, Budget et Durée**

- Populations sédentaires et nomades des 4 DS de la Région de Hadjer Lamis (Massakory, Bokoro, Massaguet, Mani), notamment les enfants de tout sexe âgés de 0 à 15 ans.
- Le budget global du projet est de : 117 599 \$.
- La durée du projet est de : 1 an renouvelable après évaluation (précédemment prévue du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016, le projet a démarré en septembre 2015).

### **IV. Principaux bailleurs**

Dans le cadre de ce projet, la Fondation Bill & Melinda Gates (FBMG) est le seul partenaire financier du CSSI. D'autres partenaires comme l'OMS et l'UNICEF accompagnent le CSSI par les orientations, les conseils, dans la formation et les supervisions. Aussi, le Ministère de la Santé Publique à travers le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (SSEI) appuie techniquement le CSSI dans la tenue des réunions.

### **V. Zone d'intervention**

Durant l'année 2015, notre zone d'intervention était les Districts Sanitaires de Massakory, Bokoro, Massaguet et Mani dans la Délégation Sanitaire Régionale de Hadjer Lamis. Nous avons formés et briefé tous les Points Focaux, les MCD, le DSR, les Relais Communautaires et les Tradipraticiens identifiés sur la surveillance active des PFA. Les personnels de santé impliqués dans la

surveillance qui n'ont pas pris part à la formation ont été briefés par les Points Focaux du projet.

## **VI. Equipe de coordination**

### **Interne**

Des missions de prise de contact avec les autorités sanitaires et administratives et de mise en place des Points Focaux du projet, de formation, d'appui et de supervision formatives ont été effectuées sur la DSR, les DS et les sites de surveillance par le Responsable du Département Santé Publique et Développement du CSSI et le Coordonnateur du projet accompagnés des agents du SSEI, des Consultants de l'OMS et UNICEF. L'objectif de ces missions était d'informer, sensibiliser et former sur la surveillance des PFA, de s'assurer du bon déroulement du projet et d'appuyer le staff dans la mise en œuvre du projet. Des réunions internes de suivi ont été également organisées.

### **Externe**

Le CSSI a participé aux différents mécanismes de coordination mis en place par le Ministère de la santé, l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires aussi bien au niveau central et intermédiaire (réunion bilan du Hub Bol, réunions des Clusters Santé-Nutrition et WASH/Eau, Assainissement et Hygiène, ateliers de priorisation et planification des activités et actions de santé...).

### **Niveau de l'OMS**

Le CSSI a eu 3 réunions avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique sur comment mener les activités du projet et l'état d'avancement de ces activités sur le terrain. Il a aussi établi et maintenu une communication permanente téléphonique et électronique avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique pour se donner des informations.

### **Niveau Ministère de la santé**

Le CSSI a eu 3 rencontres de prise de contact, d'information et d'orientation avec le SSEI et la Coordination du SSEI sur le projet qu'il met en œuvre. Il a aussi établi et maintenu une communication permanente téléphonique et électronique avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique pour se donner des informations.

### **Niveau des équipes de terrain**

Le DSR, le CASE, les MCD, les Points Focaux du projet et du MSP, les membres des ECD, les Consultants OMS et UNICEF ainsi que tous les agents impliqués dans la surveillance épidémiologique sont toujours associés à l'organisation et exécution des activités du projet afin de recueillir les besoins pour l'amélioration desdites activités et d'assurer leur implication effective aux activités. Des visites de suivi et d'appui ont été organisées auprès des Responsables des Centres de Santé, des Relais Communautaires et des Tradipraticiens pour renforcer leurs capacités, les encourager, les briefer et les sensibiliser sur la recherche active et la notification des cas de PFA et d'autres maladies sous surveillance, mais aussi pour suivre et vivre concrètement la mise en œuvre du projet sur le terrain. Tenue

d'une réunion bilan trimestrielle régionale sur les activités de la surveillance active des PFA.

## **VII. Bilan 2015**

### **VII.1. Activités réalisées en 2015 et résultats atteints**

Certaines activités prévues dans le cadre du projet ont pu être réalisées, d'autres sont en cours de réalisation car elles sont continues.

#### **Activités prévues comparées aux activités réalisées, résultats prévus comparés aux résultats atteints, indicateurs et cibles**

<b>Activités prévues</b>	<b>Activités réalisées</b>
<b>Renforcement des procédures de surveillance</b>	
1. Faire une revue rapide du système de surveillance des PFA dans les régions ciblées.	Activité réservée au Coordonnateur du projet et au Consultant Epidémiologiste.
2. Apporter un appui technique aux districts pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance.	4 Points Focaux (PF) CSSI à raison de 1 PF/district appuient techniquement les 4 districts concernés par le projet pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance.
3. Réaliser les visites dans les formations sanitaires ciblées et auprès des relais communautaires et tradipraticiens	<p>Priorité 1 : 215 visites réalisées sur 244 visites planifiées soit 88,11% (PF DS de Massakory 30/36, PF DS de Bokoro 48/68, PF DS de Massaguet : 13/16, PF DS de Mani 124/124) ;</p> <p>Priorité 2 : 59 visites réalisées sur 74 visites planifiées soit 79,72% (PF DS de Massakory 16/18, PF DS de Bokoro 13/22, PF DS de Massaguet : 12/16, PF DS de Mani 18/18) ;</p> <p>Priorité 3 : 33 visites réalisées sur 42 visites planifiées soit 78,57% (PF DS de Massakory 4/9, PF DS de Bokoro 5/5, PF DS de Massaguet : 17/21, PF DS de Mani 7/7).</p> <p>Au total 307 visites réalisées toutes priorités confondues sur 360 planifiées dans les formations sanitaires ciblées (PF DS de Massakory 50/63, PF DS de Bokoro 66/95, PF DS de Massaguet : 42/53, PF DS de Mani 149/149).</p>
4. Assurer la notification des cas de PFA	7 cas de PFA ont été notifiés et prélevés par le DS de Bokoro (6) et le DS de Massakory (1).
5. Assurer la recherche active et notification des cas de PFA	Les 4 PF, CSSI, les 48 RC et tous les agents des DS impliqués dans la surveillance font la recherche active des cas de PFA.
6. Appuyer les MCD et points focaux des districts dans l'investigation dans les 72 heures de tout cas de PFA	Les PF CSSI des DS de Bokoro et Massakory ont mené des investigations ensemble avec le PF des District dans moins de 72h de tous les cas de PFA découverts.
7. Participer dans les 72 h à la riposte des cas chauds	Aucun cas chaud signalé, donc RAS.

8. Appuyer les DS pour le prélèvement des échantillons et l'acheminement dans les délais	Les PF CSSI des DS de Bokoro et Massakory avec les PF des districts ont prélevé 9 échantillons. Le projet a appuyé l'ensemble des prélèvements, leur acheminement dans les bonnes conditions de températures et transport dans moins de 72h et leur dépôt immédiat à l'OMS et au PEV N'Djaména pour leur envoi au laboratoire.
<b>Renforcer les capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire</b>	
9. Former/recycler les responsables des centres de santé, responsables d'unités des 3 hôpitaux de district sur la surveillance des PFA	9 personnels piliers des 4 DS concernés par le projet ont été formés sur ledit projet, l'initiative mondiale de la lutte et l'éradication de la poliomyélite en général et le cas du Tchad en particulier, les risques de survenue de polio... en collaboration avec l'OMS (Cf. rapport de formation des PF, MCD et DSR du 09-10/09/15 à N'Djaména) du 09-10/09/15 (4 PF CSSI de grade Infirmier Diplômé d'Etat avec large expérience en surveillance épidémiologique et programme élargi de vaccination, 4 Médecins Chefs de Districts (MCD) et 1 Délégué Sanitaire Régional (DSR)).
10. Identifier et former des relais communautaires (sédentaires, nomades) sur la notification des cas de PFA	Tous les 4 DS ont identifié 48 RC sédentaires et nomades soit 12 RC/DS avec leurs coordonnées pour la surveillance active des PFA. La formation de ces RC a eu lieu dans les 4 DS du 07-29/10/15.
11. Doter les relais communautaires nomades et des zones difficiles d'accès en téléphone et crédits	30 RC nomades et de zones difficiles d'accès ont été dotés de téléphones et crédits de communication.
12. Identifier et Former les Tradipraticiens sur la notification des cas de PFA	18 Tradipraticiens compétents (Guérisseurs traditionnels, Marabouts, « Choukous »...) ont été identifiés par les équipes de terrains. Ils ont été briefés sur la notification des cas de PFA en octobre et novembre 2015.
13. Réaliser des visites de suivi des relais et Tradipraticiens	Les PF CSSI, les RC et les autres personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique visitent régulièrement les Tradipraticiens identifiés.
<b>Plaidoyer et mobilisation sociale</b>	
14. Organiser des visites à domiciles (VAD) auprès des ménages dans le cadre de la surveillance PFA	Les RC sédentaires organisent régulièrement des VAD auprès des ménages dans le cadre de la surveillance des PFA. De même ils organisent des réunions de sensibilisation de masses dans le cadre. Ils en profitent pour rechercher les cas de PFA.
15. Effectuer des visites à domiciles (VAD) dans les zones nomades des districts dans le cadre de la surveillance PFA	Les RC nomades effectuent régulièrement des VAD dans les zones nomades des DS dans le cadre de la surveillance des PFA. Ils organisent également des réunions de sensibilisation de masses dans le cadre dans ces zones. Ils en profitent pour rechercher les cas de PFA.
<b>Coordination, suivi et évaluation</b>	

16. Réaliser une réunion de lancement avec le MSP et les partenaires (OMS, UNICEF)	Activité non budgétisée mais coûteuse et donc non réalisable.	
17. Mettre en place le staff et les moyens logistiques	1 Coordonnateur du projet et une équipe logistique ainsi que les moyens ont été mis en place par le CSSI pour le projet (Cf. décisions de nomination).	
18. Participer aux réunions du niveau central sur la surveillance épidémiologique	Participation à 1 réunion bilan semestrielle Hub de Bol sur la surveillance épidémiologique et le PEV du 19-21/11/15 organisée par le Service de Surveillance Epidémiologique/Ministère de la Santé Publique (SSEI/MSP).	
19. Participer aux réunions mensuelles des points focaux de surveillance au niveau régional pour l'analyse des données de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de réunion mensuelle au cours des 3 mois à cause de la saturation des calendriers des activités des DS auxquelles participent les PF.</li> <li>- Organisation de 1 réunion bilan trimestrielle régionale le 29/12/15 à Massakory.</li> </ul>	
20. Elaborer et transmettre les rapports périodiques dans les délais	Seul 1 update, 2 rapports de formation du personnel de santé du et des relais communautaires, 4 rapports de missions ont été élaborés et transmis aux partenaires (OMS, SSEI/MSP, Fondation Bill et Melinda Gates) pour leur situer le niveau de la mise en œuvre du projet.	
21. Réaliser des missions de suivi des équipes de terrain	2 missions supervision formative des équipes de terrain ont été réalisées dans les 4 DS dont 1 avec le SSEI. Ces missions ont permis de suivre, d'évaluer et d'appuyer les PF, et d'encourager les RCS et les RC. Elles ont aussi permis de visiter les tradipraticiens et de les briefer sur la surveillance active des PFA.	
22. Réaliser l'évaluation finale du projet	Activité réservée à la fin du projet.	
<b>Résultats attendus</b>		
<b>Résultats obtenus</b>		
1. Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté dans chacune des régions.	Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté dans la région de Hadjer Lamis. On est passé de 13 cas notifiés depuis juillet 2015 à 17 cas notifiés et prélevés sur 8 à 9 cas attendus en 2015 dans la DSR de Hadjer Lamis.	
2. Le pourcentage d'échantillons adéquats dans chacune des régions est augmenté.	Le pourcentage d'échantillons adéquats est augmenté ( $\geq 80\%$ ) dans la Région de Hadjer Lamis. Tous les échantillons prélevés pendant la période du projet obéissent à la fiabilité en qualité et en quantité ainsi qu'en délai d'acheminement du niveau périphérique vers le niveau central.	
<b>Indicateurs</b>	<b>Réalisés</b>	<b>Cibles</b>
Rapport de la revue rapide.	RAS.	1 rapport de la revue.
% DS ayant un plan de visite de sites de surveillance ?	100% des DS ont un plan de visite de sites de surveillance.	4 DS ont 1 plan de visite de sites de surveillance.
% de visites réalisées	Priorité 1 : 88,11% visites	Indéterminé.

	réalisées ; Priorité 2 : 79,72% visites réalisées ; Priorité 3 : 78,57% visites réalisées. 85,27% de visites réalisées toutes priorités confondues.	
# cas de PFA notifiés par les formations sanitaires	7 cas notifiés et prélevés.	Indéterminé.
# cas de PFA notifiés par les relais communautaires	0 cas.	Indéterminé.
% des PFA investigués dans les 72h	100% des PFA investigués dans moins de 72h.	Indéterminé.
# rapports de ripostes sur les cas	RAS.	Indéterminé.
% d'échantillons adéquats  % échantillons acheminés dans les délais	100% d'échantillons prélevés dans les 24h suivant le début de la paralysie et respectant les normes (respect de la qualité et la quantité des prélèvements, des récipients et emballages avec identification sans ambiguïté des échantillons, respect de la chaîne de froid et acheminement dans le délai, remplissage correct des formulaires d'investigations sans données manquantes) ; 100% d'échantillons acheminés dans les bonnes conditions de températures et d'emballage et dans le délai ( $\leq 24$ h).	100% des 2 échantillons de selles adéquates prélevés dans 72h suivant la paralysie ;  100% d'échantillons acheminés dans le délai ( $\leq 72$ h).
# cliniciens formés dans les sites de surveillance	9 cliniciens formés dans les sites de surveillance et un nombre satisfaisant de cliniciens briefés pour la zone du projet.	Non déterminé.
# relais communautaires formés désagrégé en sédentaires et nomades	48 RC désagrégés en sédentaires et nomades. Les RC nomades sont les représentants des communautés nomades dans la région quelque soit leurs mouvements.	48 RC sédentaires et nomades.
# relais communautaires nomades et zones difficiles d'accès disposant de téléphones avec crédits	30 RC nomades et de zones difficiles d'accès dotés de téléphones avec crédits.	30 RC nomades et de zones difficiles d'accès dotés de téléphones avec crédits

# tradipraticiens formés	18 tradipraticiens identifiés briefés.	Indéterminé.
# tradipraticiens suivis	18 tradipraticiens identifiés.	Indéterminé.
% relais communautaires formés visitant au moins 40 ménages par mois	100%	Indéterminé.
% relais nomades qui ont effectués des VAD communautaires auprès de leurs populations	100%	Indéterminé.
Rapport de lancement	0. Activité non budgétisée.	1 rapport de lancement.
Etat d'affectation du staff	Existence de 2 états d'affectation du staff.	Indéterminé.
# réunions avec participation du Coordinateur	6 réunions dont 1 réunion bilan semestrielle Hub de Bol et 5 réunions préparatoires de mise en œuvre d'activités du projet (2 avec l'OMS, 1 avec l'équipe du SSEI/MSP et 2 avec le Coordonnateur National du SSEI/MSP).	Indéterminé.
# réunions mensuelles des points focaux réalisées	1 réunion bilan trimestrielle	12 réunions mensuelles des PF.
# rapports transmis aux partenaires	6 rapports divers transmis aux partenaires (MSP, OMS...).	Indéterminé.
# missions supervisions réalisées	2 missions de supervision formative et 1 mission de prise de contact avec les autorités administratives et sanitaires de la zone du projet et de mise en place des PF.	12 missions de supervision.
Rapport d'évaluation finale	0 car début du projet.	1 rapport d'évaluation finale.

NB : Le rapport n'a pas pris en compte les dernières données du mois de décembre qui sont en retard. Un rapport complet suit.

## **Données spécifiques des différents Districts Sanitaires au 29/12/15**

### **1. DS de Massakory**

#### **Présentation du District**

Le District Sanitaire de Massakory, situé dans le département de Dagana, région de Hadjer-Lamis ; couvre une superficie de 6041 km<sup>2</sup> avec une population totale de 236341 habitants en 2015. Le District compte 26 Zones de responsabilité parmi lesquelles 21 fonctionnelles.

**Situation de visite des sites réalisées par rapport à la planification par niveau de priorité**

<b>Priorités</b>		<b>Septembre</b>	<b>Octobre</b>	<b>Novembre</b>
Priorité 1	Visites planifiées	12	12	12
	Visites réalisées	6	12	12
	%	50%	100%	100%
Priorité 2	Visites planifiées	6	6	6
	Visites réalisées	4	6	6
	%	66,66%	100%	100%
Priorité 3	Visites planifiées	3	3	3
	Visites réalisées	0	2	2
	%	0%	66,66%	66,66%

**Complétude et Promptitude du rapport mensuel du point focal**

	<b>Attendu</b>	<b>Reçu</b>	<b>A temps</b>
Septembre	1	1	0
Octobre	1	1	1
Novembre	1	1	1
Total	3	3	2
Complétude		100%	
Promptitude			66,66%

**Taux de PFA non polio et pourcentage des selles prélevés dans les 14 jours des trois derniers mois**

<b>Zones de Responsabilité</b>	<b>Nombre de cas notifiés</b>	<b>Taux de PFA non polio</b>	<b>% de selles prélevés dans les 14 jours</b>
Alkouk	0	0	0
Bachom	0	0	0
Baltram	0	0	0
Gredeya	0	0	0
Kekekonja	0	0	0
Koukaye	0	0	0

Malmadjerty	0	0	0
Massakory 1	0	0	0
Massakory 2	0	0	0
Assassery	0	0	0
Kile Kile	0	0	0
Takadouari	0	0	0
Darkafia	0	0	0
Kamerom	0	0	0
Ndoukouri	0	0	0
Karal	0	0	0
Toumssary	0	0	0
Toumssabadery	0	0	0
Tourba	0	0	0
Sidje	0	0	0

**NB : 1 cas de PFA a été notifié en décembre ; le cas a été prélevé et acheminé à N'Djaména.**

### **Disponibilité des kits de prélèvement et outils de gestion**

<b>Kits de prélèvements</b>	<b>Attendu</b>	<b>Disponible</b>	<b>Besoin</b>
Kits prélèvement PFA	20	0	20
Tubes prélèvement Rougeole	20	0	20
Tubes prélèvement Fièvre jaune	20	0	20

### **Points Forts**

- Formation des douze relais communautaires;
- Communication de façon régulière avec les relais communautaires et les RCS
- Collaboration franche avec l'équipe cadre du District;
- Travail en équipe avec une association féminine Al wassiya;
- Appui conséquent du CASE, Consultant OMS et UNICEF et point focal OMS.

### **Points Faibles**

- Absence de moyen roulant;
- Insuffisance de crédit de communication pour les relais;
- Insuffisance des téléphones portables pour les acteurs de terrain;
- Insuffisance de sensibilisation.

### **Opportunités**

- Présence du CASE, des consultants OMS et UNICEF, du PF surveillance épidémiologique et d'une association féminine travaillant dans le domaine;
- Collaboration avec les partenaires.

### **Menaces**

- Proximité avec le Lac Tchad;
- Insuffisance de collaboration de la part de la population.

### **Recommandations**

- Doter le PF en moyen roulant adapte au terrain;
- Augmenter le forfait de crédit de communication pour les relais;
- Doter de téléphone les relais qui n'en n'ont pas reçus;
- Renforcer la sensibilisation auprès de la population (Chefs traditionnels et religieux).

### **Conclusion**

Les résultats ne sont bien sûr pas flatteurs cela est du au fait que le projet vient de débiter avec la formation un peu tardive des relais (octobre) avec cette petite expérience de quelques semaines nous comptons donc fournir plus d'efforts pour les mois à venir.

## **2. DS de Bokoro**

### **Présentation du District**

Le DS de Bokoro se trouve dans le département de Dababa. Il s'étend sur une superficie d'environ 17000 km<sup>2</sup>, sa population totale est de 280 811 habitants. Il compte 28 Zones de responsabilités dont: 18 fonctionnelles ; 2 ZR érigées en Districts mais non fonctionnels: DS de Gama et de Moyto.

### **Situation de visite des sites réalisées par rapport à la planification par niveau de priorité**

<b>Priorités</b>		<b>Octobre</b>	<b>Novembre</b>	<b>Décembre</b>
Priorité 1	Visites planifiées	30	19	19
	Visites réalisées	16	17	15
	%	53,3%	89,4%	78,9%
Priorité 2	Visites planifiées	9	7	6
	Visites réalisées	6	4	3
	%	66,66%	57,1%	50%
Priorité 3	Visites planifiées	3	1	1
	Visites réalisées	3	1	1
	%	100%	100%	100%

### **Complétude et Promptitude du rapport mensuel du point focal**

	Attendu	Reçu	A temps
Octobre	1	1	1
Novembre	1	1	1
Décembre	1	1	1
Total	3	3	3
Complétude		100%	
Promptitude			100%

**Taux de PFA non polio et % des selles prélevés dans les 14 jours en 2014 comparés à la même période en 2015 (Situation semaines 1- 53)**

Nombre de cas notifiés 2015 (9 cas)		Taux de PFA non polio (>3)		% de selles prélevés dans les 14 jours (≥ 80)	
S1-S39	S40-S53	2014 (S1-52)	2015 (S1-53)	2014 (S1-52)	2015 (S1-53)
3	6	2,91	6	100	100

**Disponibilité des kits de prélèvement et outils de gestion**

Kits de prélèvements	Requis	Disponible	Besoin
Cahier de gestion de surveillance des PFA	2	2	0
Kits de prélèvement PFA	16	0	16

**Points forts**

- La notification des 6 cas de PFA au 4<sup>e</sup> trimestre 2015 ;
- La promptitude des échantillons de selles au niveau central ;
- Formation des Relais Communautaires sur les Paralysies Flasques Aigues et les autres maladies sous surveillances épidémiologiques ;
- Distribution de neuf (9) appareils téléphoniques aux Relais Communautaires dans les Zones de Responsabilité ;
- Dotation des Relais Communautaires en Crédits de communication ;
- Bonne coordination entre les Points Focaux ;
- Appui du MCD et du CASE.

**Points faibles**

- Absence des réseaux téléphoniques dans certaines zones de responsabilité du district sanitaire de Bokoro ;
- Absence des boîtes à images pour la sensibilisation ;
- Manque de moto du Point Focal pour la visite des sites ;
- Méconnaissance de la population sur la vaccination de routine .

**Défis à relever**

- Maintenir la recherche active des cas PFA et des autres maladies sous surveillance;
- Riposter promptement aux cas de maladies sous surveillance.

## **Perspectives**

- Renforcement de la recherche active de PFA ;
- Maintien de la qualité des échantillons des selles de PFA ;
- Implication de la communauté dans la recherche active de PFA et les autres maladies sous surveillance.

## **Recommandations**

### **▪ Au DS**

- Renforcer les capacités des RCS lors des supervisions formatives ;
- Renforcer les activités de vaccination de routine ;
- Sensibiliser le Relais communautaires et les guérisseurs traditionnels sur la recherche de PFA ;

### **▪ Au partenaire CSSI**

- Doter les Relais Communautaires en boites a images pour la sensibilisation ;
- Doter le Point Focal en moyenne roulant (moto).

## **Conclusion**

La surveillance épidémiologique dans la DS de Bokoro est dans une phase très dynamique avec des indicateurs satisfaisants. Un accent particulier a été mis sur la qualité des échantillons. Toutefois, il reste un effort à fournir pour les autres maladies sous surveillance.

## **3. DS de Massaguet**

### **Présentation du District**

Le district de Massaguet comprend 13 zones de responsabilités dont 11 fonctionnelles. La population totale est estimée à 129 258 habitants et la population cible PFA (0-15 ans) est estimée à 64 629 soit 2 Points Focaux PFA attendues dans l'année.

### **Situation de visite des sites réalisées par rapport a la planification par niveau de priorité**

<b>Priorités</b>		<b>Octobre</b>	<b>Novembre</b>	<b>Décembre</b>	<b>Total</b>
<b>Priorité 1</b>	Visites planifiées	4	8	4	16
	Visites réalisées	2	8	3	13
	%	50%	100%	75%	81,12%
<b>Priorité 2</b>	Visites planifiées	4	8	4	16
	Visites réalisées	2	6	4	12
	%	50%	75%	100%	75%
<b>Priorité 3</b>	Visites planifiées	8	8	5	21
	Visites réalisées	5	7	5	17

	%	62,5%	87,5%	100%	80,95%
--	---	-------	-------	------	--------

- Les visites de priorité 1 sont réalisées à 100% au mois de novembre.
- Les faibles performances d'octobre sont liées au démarrage du projet par contre en décembre le mois a été bouclé plus tôt alors qu'il reste quelques visites à réaliser.
- Les visites des priorités 2 et 3 ne sont pas réalisées à 100% en raison de surcharges du travail et le nombre élevé des sites entre octobre et novembre.

### **Situation épidémiologique des autres maladies sous surveillance au 3T 2015**

Période	Rougeole		TNN		Fièvre jaune	
	Cas suspect	Décès	Cas suspect	Décès	Cas suspect	Décès
<b>Octobre</b>	0	0	0	0	1	0
<b>Novembre</b>	1	0	0	0	0	0
<b>Décembre</b>	0	0	0	0	1	0
<b>Total</b>	1	0	0	0	2	0

### **Situation épidémiologique des autres maladies sous surveillance par DS en 2015 (suite)**

Période	Méningite		cholera		V G		Paludisme		MAM		MAS	
	Cas susp	Décès	Cas susp	Décès	Cas susp	Décès	Cas susp	Décès	Cas susp	Décès	Cas susp	Décès
<b>Octobre</b>	0	0	0	0	0	0	1862	1	23	0	22	0
<b>Novembre</b>	0	0	0	0	0	0	934	0	20	0	6	0
<b>Décembre</b>	0	0	0	0	0	0	623	0	15	0	7	0
<b>Total</b>	0	0	0	0	0	0	3 419	1	58	0	35	0

### **Complétude et Promptitude du rapport mensuel du point focal**

	Attendu	Reçu	A temps
<b>Octobre</b>	1	1	0
<b>Novembre</b>	1	1	1
<b>Décembre</b>	1	1	1

<b>Total</b>	3	3	2
<b>Complétude</b>		100%	
<b>Promptitude</b>			66,66%

**Taux de PFA non polio et % des selles prélevés dans les 14 jours (octobre à décembre 2015)**

<b>District</b>	<b>Taux de PFA non polio (&gt;3)</b>		<b>% de selles prélevés dans les 14 jours (≥ 80)</b>	
	Oct-nov-déc 2015	2015	Oct-nov-déc 2015	2015
District Massaguet	3	4,6	100	100

**N.B. : Avant le démarrage du projet, le district avait déjà notifié 2 cas PFA, un autre cas a été notifié au mois d'octobre.**

**Disponibilité des kits de prélèvement et outils de gestion**

<b>Kits de prélèvements</b>	<b>Requis</b>	<b>Disponible</b>	<b>Besoin</b>
Kits de prélèvement PFA		10	
Fiche traçabilité		32	
Guide de surveillance		1	

**Points forts**

- Implication de l'équipe cadre du District, des partenaires, des autorités civiles et militaires et de la communauté (relais communautaire et les tradipraticiens) dans la surveillance;
- Appui du consultant UNICEF aux activités du PEV et de la surveillance;
- Tenue régulière des réunions au niveau des DSR et aux districts;
- intégration des activités (supervision, AVS, PEV, CPS) au profit de la surveillance;
- Notification de 3 cas de PFA au cours de l'année;
- La motivation de CASE et du point focal.

**Points faibles**

- Absence des moyens roulants pour les CS;
- Insuffisance de CDF dans le district (4/13);
- Absence de véhicule de supervision au district;
- Faible notification de cas d'autres maladies sous surveillance.

**Menaces**

- Présence des groupes extrémistes dans la région voisine du lac;
- Présence des transhumants pendant certaines périodes de l'année.

**Opportunités**

- Appui du CSSI;

- Appui de l'UNICEF et l'OMS;

### **Perspectives**

- Intensifier la sensibilisation dans l'ensemble du district en impliquant tous les acteurs (communauté, autorités civiles, militaires et religieux...).
- Organiser les formations des agents de santé et les relais sur la surveillance.

### **Recommandations**

- Doter les CS et le point focal en moyens roulants (MSP, CSSI);
- Doter les zones de responsabilité en frigo (MSP);
- Doter le district en véhicule de supervision (MSP);
- Intensifier la recherche des autres maladies sous surveillance (PF, RCS).

## **4. DS de Mani**

### **Présentation du District**

Le district de Mani compte 13 Zones de responsabilité dont 11 fonctionnelles et une population totale de 99684 habitants. Dans le domaine de la surveillance épidémiologique, le DS comporte au total 13 sites de visites réparties entre le PF CSSI et le PF de surveillance épidémiologique ; 12 Relais communautaires participent à la mise en œuvre du projet.

### **Situation de visite des sites réalisées par rapport à la planification par niveau de priorité**

		<b>Septembre</b>	<b>Octobre</b>	<b>Novembre</b>	<b>Total</b>
Priorité 1	Planifiées	52	52	20	124
	Réalisées	52	52	20	124
	Taux	100%	100%	100%	100%
Priorité 2	Planifiées	18	18	2	38
	Réalisées	18	18	2	38
	Taux	100%	100%	100%	100%
Priorité 3	Planifiées	3	3	1	7
	Réalisées	3	3	1	7
	Taux	100%	100%	100%	100%

### **Complétude et Promptitude du rapport mensuel du point focal**

- Transmission effective des données hebdomadaires avant huit (8) heures au district ;
- Envoi des rapports mensuels de la surveillance avant le cinq (5) du mois prochain au district, soit un taux de promptitude et de complétude de 100%.
- Exécution à 100% des visites de sites.

## Indicateurs de la surveillance des PFA et des autres maladies sous surveillance

District /Mani	PFA	FIEVRE JAUNE	ROUGEOLE	TMN
Cas notifiés	0	03	02	0
Cas Prélèves	0	03	02	0
Cas investigués	0	03	02	0
TOTAL	0	03	02	0

## Disponibilité des kits de prélèvement et outils de gestion

Désignation	Besoin	Existants	Disponibilité
Cahier de gestion de surveillance de PFA	2	1	50%
Fiche d'investigation de TMN	5	0	0%
Kit de prélèvement de selle de PFA	5	0	0%
Kit de Rougeole, Fièvre Jaune et méningite	5	0	0%

### Points forts

- Deux supervisions reçues du CSSI ;
- Présence d'un point focal de CSSI en appui au DS de Mani ;
- Appui du consultant OMS et du point focal OMS dans le cadre de renforcement de capacités et la planification des activités ;
- Réalisation de visites planifiées à 100% ;
- Motivation de point focal assurée ;
- Dotation des six (6) téléphones aux relais communautaires sur 13 ;
- Dotation de point focal en modem de connexion internet.

### Points faibles

- Manque de moyen de déplacement du point focal ;
- Manque de kit de prélèvement ;
- Zéro cas de PFA notifié.

### Recommandations

- Doter les PF en moyen roulant ;
- Disponibiliser les Kits de prélèvement ;
- Intensifier la recherche des cas de PFA.

### Conclusion

Le projet a contribué efficacement dans le renforcement du système de la surveillance active de PFA et des autres maladies dans le district sanitaire de Mani.

## **VIII. Autres activités**

### **Coordination du projet :**

Dès l'obtention du financement par le CSSI en août 2015, la Coordination du projet a réalisé les activités suivantes :

- Tenue de 2 rencontres préparatoires et de briefing avec l'OMS ;
- 1 rencontre de prise de contact avec l'équipe du SSEI/MSP ;
- 1 correspondance pour informer la Direction de la Santé Préventive et la Lutte contre la Maladie (DSPELM) du projet à mettre en œuvre (18/09/15) ;
- 2 séances de mise au point, d'orientation et d'organisation du travail à faire avec le Coordonnateur National du Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (SSEI) ;
- Organisation d'une mission de prise de contact et de travail avec les Autorités sanitaires, administratives et les Equipes Cadres dans la DSR de Hadjer Lamis: Présentation du projet d'appui à la surveillance épidémiologique notamment la surveillance active des PFA et désignation dans chaque DS par l'Equipe Cadre du District (ECD) de 1 Point Focal de surveillance active des PFA (Point Focal CSSI) ;
- Formation des équipes de terrain sur la rédaction des rapports mensuels du projet (07-17/12/15) ;
- Organisation de 1 réunion bilan trimestrielle régionale à Massakory le 29/12/15 ;
- Dotation des PF CSSI en fournitures et carburant pour la réalisation de leurs activités ;
- Participation à la réunion bilan semestrielle du 19-21/11/15 Hub de Mao sur la surveillance épidémiologique et le PEV et aux réunions des clusters santé-nutrition et WASH, aux ateliers ... organisés par l'Etat et ses partenaires ;
- Ravitaillement des DS en portes-vaccins pris au PEV.

### **Equipes de terrains :**

- Restitution de la formation par les PF CSSI aux autres personnels des DS impliqués dans la surveillance qui n'en ont pas pris part;
- Développement d'une collaboration des PF CSSI avec leurs pairs précédemment identifiés dans les DS et les Consultants de l'OMS et UNICEF pour s'imprégner de comment mener les activités de surveillance, des outils de la surveillance et leur utilisation etc.;
- Priorisation des sites de surveillance/notification et élaboration des plannings de visites de ces sites par les PF CSSI et PF existants, MCD et autres membres des ECD, CASE (Chef d'Antenne de Surveillance Epidémiologique), Consultants de l'OMS et autres personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique. On note pour l'ensemble de la DSR **12** sites de priorité 1/priorité élevée ou haute, **15** sites de priorité 2/priorité moyenne et **21** sites de priorité 3/priorité faible soit 48 sites de surveillance sous la responsabilité des PF CSSI ;

- Identification de **48** Relais Communautaires (RC) sédentaires et nomades et de **17** Tradipraticiens (Guérisseurs Traditionnels, Marabouts, « Choukous »...);
- Ravitaillement des sites de surveillance en kits de prélèvement, fiches d'investigation/notification et affichage des définitions de cas dans ces sites. Les kits et outils ont été fournis par le CASE, les anciens PF, le PEV...
- Participation aux campagnes de vaccination contre le tétanos, à la journée locale de vaccination (JLV) contre la polio pour les 4 DS et aux campagnes de la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) pour les DS de Massakory, Massaguet et Mani.

## **IX. Difficultés et solutions**

### **1. Points faibles :**

- Les grands retards au niveau du terrain dans l'élaboration et la transmission des rapports; ce qui joue énormément au niveau de la Coordination du projet sur l'élaboration et la transmission des rapports périodiques aux partenaires dans le délai;

Les agents de terrain ont été formés sur la technique d'élaboration des rapports d'activités mensuels et trimestriels.

- Les retards des rapports au niveau du terrain conditionnent significativement l'organisation des missions de supervisions et surtout le respect des engagements du projet vis-à-vis du terrain;

Insister auprès des PF pour qu'ils envoient leurs rapports.

- Pas de participation aux réunions au niveau central sur la surveillance épidémiologique ;

Demander à la Coordination Nationale du SSEI d'inviter le CSSI aux réunions au niveau central sur la surveillance épidémiologique.

- Les coïncidences des périodes d'exécution des activités sur le terrain avec les missions de supervision, les réunions mensuelles et trimestrielles au niveau régional entraînent les reports de réalisation de ces missions et réunions ;
- La plupart des correspondances envoyées au Répondant du projet pour la Fondation Bill et Melinda Gates n'ont pas eu de suites.

### **2. Points forts :**

- Etablissement d'une communication permanente avec les équipes de terrain par téléphone, emails et courriers ordinaires et avec l'OMS et la Coordination du SSEI ;
- Organisation, réception et dépôt immédiat des échantillons à n'importe quel jour et n'importe quelle heure à l'OMS et au PEV ;
- Motivation des équipes à travailler davantage.

## **X. Perspectives d'avenir/suggestions/recommandations**

- Améliorer et maintenir la qualité des échantillons des selles de PFA (respect de la qualité et la quantité des prélèvements, des récipients et emballages avec identification sans ambiguïté des échantillons, respect de la chaîne de froid et acheminement des échantillons dans le délai, remplissage correct des formulaires d'investigations sans données manquantes);
- Intensifier les sensibilisations pour susciter davantage l'implication de la communauté (populations sédentaires et nomades, RC, guérisseurs traditionnels, marabouts, leaders religieux, « choukous »...) dans la recherche active de PFA et les autres maladies sous surveillance;
- Participer à la riposte systématique et à temps en cas de confirmation de polio surtout mais aussi d'une maladie sous surveillance si les moyens le permettent.
- Prendre en compte le DS de Gama dans le projet;
- Elaborer et transmettre à temps les rapports mensuels d'activités.

## **XI. Leçons apprises**

- Travail avec les agents de l'Etat ;
- Incitation des agents de l'Etat à s'impliquer davantage dans la surveillance active des PFA ;
- Gestion d'un projet de surveillance épidémiologique ;
- Participation aux réunions et ateliers organisés par l'Etat et les partenaires.

## **XII. Conclusion**

Les activités du Projet de surveillance active des PFA dans les 4 DS de la DSR de Hadjer Lamis ont bien démarré et se mènent aussi bien au niveau de la Coordination du projet qu'au niveau du terrain. Ce projet est un réel coup de pouce aux 4 DS dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Le CSSI à travers la Coordination dudit projet assure l'élaboration et la transmission des différents rapports requis à la Fondation Bill et Melinda Gates et aux partenaires mais les retards au niveau des équipes de terrain conditionnent cela.

Fait à N'Djaména, le 08 Janvier 2016

**RASSEM Edmond**

Coordonnateur du Projet de Surveillance active des PFA