



BILL & MELINDA
GATES foundation



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

**EVALUATION INTERNE DU PROJET DE
SURVEILLANCE ACTIVE DES PARALYSIES FLASQUES
AIGUES (PFA) DANS LES QUATRE DISTRICTS
SANITAIRES DE LA REGION DE HADJER LAMIS :
(MASSAKORY, BOKORO, MASSAGUET, MANI, Du 18 au
28 juillet 2016)**

RAPPORT FINAL D'EVALUATION



**Evaluateur
DR. MBAITOLOUM WEINA**



Figure 1 : Une des visites du Coordonnateur du Projet à un enfant dont les selles de PFA ont été prélevées avec vérification des informations de la fiche du malade auprès de ses parents

Remerciements

Nous remercions toutes les autorités, le Délégué Sanitaire Régional de Hadjer Lamis, les Médecins chefs de district de Massaguet, Gama et Mani, les membres des équipes cadres des districts de Massakory, Massaguet, Bokoro et Mani, le Chef d'Antenne de surveillance épidémiologique, les points focaux, les RCS, les relais communautaires, les tradipraticiens et les pharmaciens et le staff de CSSI pour leur disponibilité et les appuis apportés tout au long de l'évaluation. Nous remercions plus particulièrement le Coordonnateur du projet pour le temps consacré à cette évaluation et pour sa patience.

Tout le monde a manifesté un réel intérêt pour cette évaluation en partageant très sincèrement de leurs expériences et en échangeant ouvertement sur les réalisations, les défis et les difficultés du projet, ainsi que leurs réflexions, leurs propositions et les recommandations pour l'avenir.

Grand Merci encore une fois à toute l'équipe de CSSI pour le soutien et l'assistance à la mission et la collaboration fructueuse tout au long de cet exercice d'évaluation.

Résumé

Le projet évalué

L'évaluation porte sur le « Projet de Surveillance active des Paralysies Flasques Aiguës (PFA) dans les 4 Districts Sanitaires de la Région de Hadjer Lamis», projet financé par la fondation Bill et Melinda Gate, et mis en œuvre par l'ONG CSSI, du 7 juillet 2015 au 31 juillet 2016. Le budget global de 99,880 \$.

L'ONG CSSI intervient essentiellement dans le domaine de la santé. Elle intervient en appui au MSP dans le développement des services de santé et la prise en charge des urgences sanitaires et ce depuis 2006. Le projet a été confié à un coordonnateur qui est appuyé par le staff technique et financier de CSSI.

Le projet a atteint son objectif principal qui est d'interrompre la circulation du PVS dans le Hadjer Lamis car en effet aucun cas de PVS n'a été identifié dans la région. Cela est dû aux: 1) la notification et l'investigation de tous les cas de PFA dépistés et des autres maladies sous surveillance au niveau de la région du Hadjer Lamis. Ce dépistage est basé sur une recherche active au sein des communautés, 2) Le prélèvement des échantillons de selles dans le cas de PFA et leur envoi immédiat à l'OMS et/ou au PEV à N'Djaména.

Objectifs et méthodologie de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est de faire un bilan du projet, d'analyser les résultats de activités réalisées, les effets et l'impact du projet, et les facteurs ayant influencé sa mise en œuvre. Les conclusions et les recommandations de l'évaluation pourront servir pour la phase suivante du projet.

Principaux constats

1. Pertinence

Le projet dans son ensemble est pertinent compte tenu des faiblesses du système de surveillance épidémiologique intégré mis en place dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite au Tchad. Ses objectifs sont tous pertinents. **Les stratégies** utilisées sont dans l'ensemble appropriées pour l'atteinte des objectifs du projet. Elles sont basées sur : 1) le renforcement des capacités des différents acteurs, 2) le développement du plaidoyer, 3) le développement de la collaboration avec les tradipraticiens, 4) le développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires, 5) la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA et 6) l'appui à la supervision et au monitoring.

2. Efficacité

Le projet a atteint son objectif principal qui est d'interrompre la circulation du PVS dans le Hadjer Lamis. Le projet montre des effets positifs surtout en termes d'atteinte des résultats. En effet le taux de détection de PFA au 1^{er} semestre 2016 a atteint un taux de PFA de plus de 8,84/100 000 contre l'objectif national de 3/100 000. Il y a un réflexe désormais acquis d'investiguer rapidement, prélever les échantillons et les envoyer immédiatement au niveau de l'OMS et/ou du PEV. Ce réflexe a permis de garantir à 100% la qualité des échantillons. Ces effets ont été atteints grâce au renforcement du système de surveillance épidémiologique intégré (SSEI) en place avec un appui de 4 nouveaux points focaux et de 48 relais communautaires dont 10 nomades. L'ensemble du personnel impliqué est compétent et motivé grâce aux formations réalisées et aux supervisions formatives. La visite des sites s'était renforcée: pour les sites de priorité 1, 94,78% des visites programmées ont été réalisées contre les 100% attendues; Pour les sites de priorité 2, 94,39% des visites réalisées contre les 80% attendues et, pour les sites de priorité 3, 89,13% de visites réalisées contre les 60%

attendues. Ce dispositif a permis de dépister 13 cas de PFA au deuxième semestre 2015 et 18 cas au 1^{er} semestre 2016. Le pourcentage de PFA non polio était de 6,3/100 000 au premier semestre 2015 et 8,84/100 000 au 1^{er} semestre 2016 (en comparant la même période). Il y a une nette amélioration du dépistage durant le deuxième semestre du projet. D'autres maladies sous surveillance ont été également dépistées: 21 et 17 cas suspects de fièvre jaune en 2015 et au 1^{er} trimestre 2016, 92 et 26 cas de rougeole, 10 et 2 cas de tétanos et 9 et 5 cas de méningite. Malgré ces résultats il reste encore à renforcer les moyens logistiques et les moyens de communication afin de faciliter le travail surtout dans les régions d'accès difficile.

3. Efficience

Concernant l'efficience nous concluons que la relation qualité – coût du projet est satisfaisante. La (DSR) de Hadjer Lamis est plus performante dans le dépistage des cas des maladies sous surveillance. Le budget total est très limité et certaines rubriques sont sous-financées. Les dépenses prévues dans le budget semblent économiquement justifiées.

4. Effets/impacts

Le projet a eu des effets positifs qui sont : la redynamisation de tous les acteurs de la SSEI (le Coordinateur national de la SSEI, les partenaires OMS et UNICEF, le DSR, le CASE, les points focaux (PF), les ECD et les RCS), le dépistage de plus de cas de PFA durant le projet et cela encourage les acteurs, les chefs de village se sentent concernés et sont engagés dans la sensibilisation et participent aux visites à domicile (VAD) faites par les relais communautaires (RC) à la recherche des cas. La population est plus sensibilisée, l'engagement et la motivation des marabouts et des tradipraticiens. On peut considérer comme effets négatifs le fait que les différents acteurs attendent une motivation de la part de CSSI à l'instar des autres ONG (MSF, MERLIN...) qui ont travaillé dans la région et le fait que le projet a occasionné un surcharge de travail pour certains PF qui ont déjà d'autres charges importantes.

5. Durabilité

Les bénéfices durabilité du projet sont: 1) la qualification du personnel de santé, 2) les RC bénévoles travaillent dans leur environnement et certains sont aux CS, 3) le niveau de sensibilisation des communautés, 4) l'engagement des autorités, des chefs traditionnels et religieux, 5) les supervisions des RCS et des PF dans le cadre de la SSEI.

Les bénéfices du projet qui sont à haut risque de non-continuation sans financement sont: la motivation des points focaux, une baisse de motivation des PF par insuffisance de carburant, de supervision et de formation et, moins de détection de cas de maladies sous surveillance

6. Conclusion

Le projet est petit mais pertinent. Il a des effets positifs, une relation qualité-cout satisfaisante compte tenu du budget limité. Cependant il y a quelques domaines à améliorer : le renforcement des DS en moyens logistiques et moyens de communication moderne, le maintien du rythme des visites des sites de surveillances, la rapidité dans la notification et l'investigation des cas et l'expédition des échantillons dans les délais.

7. Recommandations principales

A CSSI

- ✓ Extension du projet aux nouveaux DS de la DSR de Hadjer Lamis et aux DSR du Lac et du Kanem comme initialement prévu
- ✓ Doter les PF de motos et ordinateurs
- ✓ Recycler tous les 6 mois les PF, les RCS et les RC
- ✓ Renforcer les zones d'accès difficile en PF et RC
- ✓ Appuyer la tenue des réunions mensuelles des DS et les réunions bilan trimestrielles de la DSR
- ✓ Doter tous les RC et certains tradipraticiens de téléphone et doter régulièrement des crédits de communication
- ✓ Délivrer des certificats de participation ou de satisfaction aux DSR, MCD, PF, CASE et RCS
- ✓ Doter de visibilité le personnel intervenant dans la surveillance épidémiologique, surtout ceux qui font la recherche active des PFA et autres maladies sous surveillance

Au MSP et partenaires OMS et UNICEF

- ✓ Renforcer les DS en personnel qualifié (surtout pour les CS tenus par un manoeuvre)
- ✓ Doter les DS d'un véhicule de supervision et de carburants et les PF de motos adaptées
- ✓ Renforcer la SSEI et le PEV de routine (Formations continues, supervision et intrants)

A la BMGF

- ✓ Reconduire le projet
- ✓ Intégrer les DSR du Lac et du Kanem comme initialement prévu
- ✓ Augmenter les lignes du budget qui concernent les missions de supervision, les réunions et la communication

Acronymes

CS	Centre de Santé
CASE	Chef d'Antenne de la Surveillance Epidémiologique
DS	District Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
ECD	Equipe Cadre de District
MCD	Médecin Chef de District
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aigüe
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PVS	Polio Virus Sauvage
RC	Relais Communautaire
RCS	Responsable du Centre de Santé
SSEI	Système de Surveillance Epidémiologique Intégrée/Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée
VAD	Visite A Domicile

Table de matières

INTRODUCTION	8
1.1 CONTEXTE DU PROJET.....	8
1.2 CARACTERISTIQUES DE LA REGION DU HADJER LAMIS.....	9
1.3 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DU PROJET.....	9
2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L’EVALUATION	10
3 METHODOLOGIE DE L’EVALUATION	10
3.1 UNE REUNION DE BRIEFING.....	10
3.2 COLLECTE DE DONNEES.....	10
3.3 ANALYSE DES DONNEES.....	11
3.4 LE DEBRIEFING.....	11
3.5 LA PRODUCTION DU RAPPORT D’EVALUATION.....	11
3.6 LIMITES DE L’EVALUATION.....	11
4 ANALYSE	11
4.1 PERTINENCE.....	11
4.1.1 <i>Pertinence par rapport au problème à résoudre</i>	11
4.1.2 <i>Pertinence des objectifs</i>	12
4.1.3 <i>Pertinence des stratégies</i>	12
4.1.4 <i>Pertinence des ressources</i>	13
4.2 EFFICACITE.....	13
4.2.1 <i>Dans l’atteinte des objectifs du projet</i>	13
4.2.2 <i>Dans la mise en en œuvres des activités</i>	14
4.3 EFFICACITES DES PROGRES.....	16
4.3.1 <i>Renforcement des procédures de surveillance</i>	16
4.3.2 <i>Renforcement des capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire</i>	20
4.4 EFFICIENCE.....	21
4.4.1 <i>Relation entre le coût et la qualité du programme</i>	22
4.4.2 <i>Effcience de la mise en œuvre</i>	22
4.5 EFFETS/IMPACT.....	24
4.6 DURABILITE.....	24
5 RESUME DE L’ANALYSE (POINTS FORTS, POINT FAIBLES, OPPORTUNITES ET MENACES)	25
5.1 RESULTAT 1: LE NOMBRE DE CAS DE PFA DEPISTES EST AUGMENTE.....	25
5.2 RESULTAT 2 : LE POURCENTAGE D’ECHANTILLONS ADEQUATS DANS CHACUNE DES REGIONS EST AUGMENTE.....	26
6 CONCLUSION	26
7 RECOMMANDATIONS	28
8 ANNEXES	29

Introduction

1.1 Contexte 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 n’a plus notifié des cas poliovirus sauvage (PVS) durant trois années consécutives (2013, 2014 et 2015).

Les derniers cas de 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. Les plaidoyers menés auprès des chefs communautaires et religieux n’ont pas encore donné les résultats attendus. 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. Mais cette stratégie n’a pas encore couvert tous les districts. Les couvertures vaccinales restent faibles. Selon l’enquête de couverture vaccinale 2012, selon le ministère de la santé (MSP), seuls 52% des enfants de moins d’un an ont reçu le vaccin polio oral 3 (VPO3).

L’évaluation de la performance de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre d’une revue externe du programme élargi de vaccination (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 polio virus sauvage (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 responsables du centre de santé (RCS) et des relais communautaires (RC) des définitions des cas ainsi que des procédures d’investigation;
- 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 cas de paralysie flasque aigue (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. 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.

Aussi, le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), qui est une organisation non gouvernementale (ONG) de droit Tchadien, active dans le domaine de la santé et de l'humanitaire, a décidé d'apporter sa contribution au Gouvernement Tchadien et ses partenaires dans cette lutte. Il a mis en place le projet, objet de la présente évaluation, avec le financement de la fondation Bill et Melinda Gates en collaboration avec le MSP, l'OMS et l'UNICEF.

1.2 Caractéristiques de la région du Hadjer Lamis

Selon les présentations au Hub d'avril 2016, la Délégation Sanitaire Régionale de Hadjer Lamis a une superficie de 40 090 km² pour une population de 761989 habitants soit une densité de 19 hbts/km². Elle comprend 7 Districts Sanitaires dont 4 fonctionnels (Districts de Massakory, Massaguet, Bokoro et Mani) et 3 non fonctionnels (Karal, Moyto et Gama). Elle compte également 03 Hôpitaux de District de Massaguet, Bokoro et Mani), 01 Hôpital régional à Massakory et 82 Zones de Responsabilités dont 70 fonctionnelles.

D'après les résultats de l'évaluation du SSEI de 2012, 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 sont peu nombreux et en plus ils ont plusieurs responsabilités et ils arrivent très difficilement à mener de manière efficace les activités de surveillance. Les relais communautaires qui ont été mis en place dans certaines zones de responsabilité ne sont pas d'abord pour la SSEI. D'ailleurs ils sont peu suivis et démotivés et par conséquent leur rendement est très faible.

1.3 Objectifs et résultats attendus du projet

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. (voir TDR annexe 2)

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).

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.

2 Objectifs et résultats attendus de l'évaluation

D'une durée de 12 mois, le projet a été mis en œuvre durant la période allant du 7 juillet 2015 au 30 juin 2016. Mais il a été prorogé d'un mois pour arriver au 31 juillet 2016.

L'objectif de cette évaluation est de faire un bilan du projet santé, d'analyser les résultats de activités réalisées, les effets et l'impact du projet, les leçons apprises ainsi que et les facteurs ayant influencé sa mise en œuvre. Les conclusions et les recommandations de l'évaluation pourront également servir pour la phase suivante du projet.

Lors du briefing de démarrage avec CSSI, il a été clarifié qu'il s'agit bien d'une évaluation interne de fin de projet et pas une revue du système de la surveillance épidémiologique.

3 Méthodologie de l'évaluation

La méthodologie utilisée est constructive et très participative.

3.1 Une réunion de briefing

Il a été organisée avec CSSI à N'Djaména le 18 juillet 2016 pour mieux intégrer les attentes de CSSI.

3.2 Collecte de données

Les données ont été collectées essentiellement pendant la visite de terrain du 19 au 25 juillet 2016.

Une approche participative a été choisie et les interviewés ont été encouragés de réfléchir eux-mêmes sur les résultats atteints et les points à améliorer du projet. Les données ont été collectées à travers des méthodes suivantes:

- **Revue de documents clés du projet et du contexte** : Avant de commencer l'évaluation l'évaluateur s'est imprégné du projet et de ses résultats à travers les documents mis à sa disposition.
- **Interviews**
 - ✓ **Il s'agit des interviews semi-structurées individuelles** avec le Délégué Sanitaire Régionale (DSR) du Hadjer Lamis, et les Médecins Chefs de Districts sanitaires de Massaguet, Gama et Mani, le Directeur, trois médecins traitants et le Surveillant général de l'hôpital régional de Massakory, les consultants de l'OMS à Mani et celui de l'UNICEF à Massakory et Massaguet, le CASE, les points focaux recrutés par CSSI et les points focaux de la surveillance épidémiologiques, quelques infirmiers responsables des centres de santé (RCS), des relais communautaires, des tradipraticiens et le gestionnaire de deux pharmacies.
 - ✓ **Interviews semi-structurées en groupe** : Certains membres des équipes cadres de district (ECD) de Massaguet, Bokoro et Mani ont été rencontrés au cours des réunions. Il s'agit entre autres des gestionnaires des districts, des points focaux de la surveillance épidémiologiques des districts qui sont aussi les chefs de zone.

- ✓ Une visite de courtoisie aux Préfets de Massaguet et de Bokoro et au Sultan de Mani a permis de les informer des résultats du projet surtout les deux premiers sont nouveaux.

3.3 Analyse des données

L'évaluation se base sur les critères classiques de l'OCDE. (Pertinence, efficacité, efficience, effets/impacts et durabilité) pour lesquelles des questions d'évaluation spécifiques avaient été formulées dans l'offre technique. (Annexes 3)

Elle est basée sur les données des différents documents et sur les différents entretiens. Les données ont été analysées selon les critères et les questions d'évaluation. Les résultats des activités du projet ont été comparés avec les indicateurs du projet et aux indicateurs des autres régions voisines.

3.4 Le débriefing

Un atelier de restitution des résultats et recommandations préliminaires a eu lieu le 26 juillet 2016 au niveau de CSSI. Ont pris part à cet atelier, en dehors du staff de CSSI, le Responsable national de la surveillance épidémiologique, le DSR de Massakory, le CASE, le Médecin chef de district (MCD) de Mani et de Massaguet. Ceci témoigne encore une fois de plus l'intérêt qu'ils accordent à ce projet.

3.5 La production du rapport d'évaluation

Le résultat attendu de l'évaluation est la production d'un rapport qui fait l'analyse du processus (points forts, points à améliorer, les opportunités et les menaces) et des résultats de l'action et présentent les principales recommandations pour la poursuite de l'action.

3.6 Limites de l'évaluation

Les principales limites de cette évaluation sont :

- Le temps insuffisant pour enquêter tous les responsables des centres de santé, les tradipraticiens et les relais communautaires et pour analyser les outils de SSEI tenus par les points focaux
- Certains relais communautaires et tradipraticiens sont occupés dans les champs et ne sont pas disponibles.
- La plupart des enfants détectés avec une paralysie et qui ont été investigués ne sont pas accessibles. Certains sont des nomades et en déplacement et d'autres habitent des villages qui ne sont pas sur les grands axes et avec la saison des pluies et le temps limité ils ne sont pas faciles à atteindre.

4 Analyse

4.1 Pertinence

4.1.1 Pertinence par rapport au problème à résoudre

Le projet a été identifié à la suite de l'évaluation de la performance de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre d'une revue externe du PEV en juillet 2012 et qui avait identifié de nombreuses faiblesses du système. Cette 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. En effet plusieurs DS de la région étaient silencieux. En aidant à tester le plus de cas de PFA, le SSEI sera plus sensible.

4.1.2 Pertinence des objectifs

Le projet est pertinent parce qu'il répond à un besoin qui est de détecter le maximum des cas de PFA dans les communautés. Il a contribué à renforcer le système de surveillance épidémiologique intégré mis en place par le MSP et ses partenaires afin d'arrêter la circulation du PVS au Tchad. Le projet participe aussi au contrôle des maladies sous surveillance comme la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos, le choléra... L'action du projet complète celle des autres partenaires dont l'OMS et l'UNICEF. Le projet rentre dans les engagements de la Fondation Bill et Mélinna Gates qui appuie le programme d'éradication de la poliomyélite au Tchad à travers son financement à l'OMS et à l'UNICEF pour le maintien et le fonctionnement du SSEI et dans la vaccination.

Les objectifs du projet tels que consistent à atteindre et maintenir dans la région un taux de PFA non polio $\geq 3/100\ 000$ d'ici fin 2016 dans le Hadjer Lamis et d'améliorer la qualité des échantillons arrivant au laboratoire sont pertinents et réalistes. L'objectif principal est **d'arrêter la circulation du PVS dans le Hadjer Lamis** en intervenant rapidement pour interrompre la chaîne de transmission du poliovirus sauvage. Le projet doit permettre d'arriver à diagnostiquer le plus rapidement possible tous les cas chauds pour lesquels des stratégies de riposte rapide et efficace sont prévues. C'est le but même de la mise en place du SSEI. Cependant le SSEI était initialement accès sur le dépistage passif des cas de PFA alors que le Projet renforce la SSEI en intégrant la recherche active des cas de PFA dans la communauté.

Enfin, le projet est d'autant plus important pour la région car il intervient au moment où le Tchad n'a plus enregistré un seul cas de PVS depuis déjà trois ans et qu'il vient d'être déclaré en juillet 2016 par l'Assemblée régionale de l'OMS réunie à Alger comme « pays exempté de poliovirus sauvage ».

4.1.3 Pertinence des stratégies

Globalement les stratégies choisies pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et pour augmenter leur utilisation sont pertinentes.

- *Renforcement des capacités des différents acteurs impliqués dans la surveillance des PFA* : Il s'agit de renforcer la capacité du personnel des centres de santé et des hôpitaux pour les rendre capables de reconnaître et détecter tous les cas de paralysie chez les enfants de moins de 15 ans amener pour des soins dans les CS et hôpitaux. Au niveau communautaire il s'agit d'identifier des personnes bénévoles qui seront formées comme des relais communautaires et ceux-là feront une recherche active des PFA. Cette stratégie est très pertinente car elle permet, avec l'appui des chefs de village, de détecter les cas que les parents pourraient cacher dans les maisons. Toutes les personnes impliquées dans le programme ont été formées et/ou briefées non seulement sur la PFA mais aussi sur les autres maladies sous surveillance et suivies régulièrement par les points focaux.
- *Développement du plaidoyer et développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires pour passer l'information dans leurs cadres respectifs* : un plaidoyer est fait en direction des responsables administratifs, des leaders traditionnels et religieux conformément à ce qui a été fait par le MSP et les autorités du pays depuis le début du programme d'éradication de la polio: L'appui des personnes influentes dans la sensibilisation de la population est pertinente car plus

efficace. Sans l'appui des chefs de village, la population ne sort pas pour la sensibilisation.

- *Le développement de la collaboration avec les tradipraticiens, les marabouts et les choucous est très pertinent:* Le projet a renforcé l'implication des tradipraticiens dans le dépistage des cas de PFA comme le fait le SSEI. Il s'agit d'une véritable révolution car généralement ces personnes sont considérées comme étant responsables du retard à l'accès aux soins dans les CS. Les tradipraticiens sont en général les premiers contacts des malades (PFA ou non) avant le système de santé moderne. Ceux qui sont identifiés ont été briefés sur les signes de PFA mais aussi des autres maladies sous surveillance.
- *Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA :* des relais communautaires sont identifiés par zone de responsabilité et notamment dans les populations d'accès difficiles. Ils constituent le premier maillon de la chaîne de dépistage qui commence au niveau le plus périphérique qui est celui du village et de la famille. L'utilisation des RC est dans la droite ligne de la politique de santé communautaire en cours de mise en œuvre par le MSP. Après être briefés sur les PFA et la notification des cas les RC font des visites, famille par famille, dans les villages pour rechercher les cas.
- *Appui à la supervision et au monitoring :* Afin de renforcer le dispositif présenté ci-haut, le projet a renforcé la capacité des 4 districts en identifiant un point focal par district pour appuyer les 9 qui sont en place. Les PF appuient la compilation, l'analyse et l'élaboration de rapports de feed back de la surveillance de PFA mais aussi des autres maladies.

4.1.4 Pertinence des ressources

Du point de vue de la logistique les moyens envisagés étaient cohérentes pour l'obtention des résultats. Il s'agit de doter chaque PF d'une moto pour les déplacements et les RC de téléphone et de crédits, surtout ceux nomades et des zones de difficile d'accès. Un ordinateur et un modem devaient faciliter le traitement des données et leur transmission au niveau du CASE et au niveau central. Mais lors de la mise en œuvre le budget s'est avéré insuffisant. Ce qui a obligé CSSI à convertir l'achat des motos en dotation de carburant pour les PF. Le manque de moyens de déplacement reste un des points faibles du projet.

4.2 Efficacité

4.2.1 Dans l'atteinte des objectifs du projet

Par rapport à l'objectif d'atteindre et de maintenir le taux de plus de 3/100000 cas d'ici 2016 dans le Hadjer Lamis, le taux de cas de PFA non polio au 1er semestre du projet est de 6,3 % pour 100 000 et au deuxième semestre du projet est de 8,83 % en 2016. Ce qui est largement supérieur à l'objectif national.

En ce qui consiste l'amélioration de la qualité des échantillons arrivant au laboratoire il est prévu d'obtenir un pourcentage de selles adéquates $\geq 80\%$ et le délai de transport du niveau périphérique \leq à 3 jours. Durant la durée du projet 100% des échantillons sont adéquats parce que les cas sont investigués et prélevés dans les 72 heures et selon les procédures et envoyés à au PEV ou à l'OMS avant les jours.

4.2.2 Dans la mise en en œuvres des activités

Activités programmées et réalisées

- **Activités de renforcement du SSEI**

Dans le cadre de l'appui technique aux districts pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance : il a été prévu et recruté 4 points focaux (PF) par CSSI selon les critères suivants: être un IDE, avec une bonne connaissance du SSEI...CSSI a fait la requête au DSR qui s'était rapproché des ECD pour l'identification des 4 points focaux; Cette approche a facilité l'intégration de ces derniers par les 9 PF du SSEI. La présence de ces 4 points focaux (PF)/CSSI a beaucoup soulagé les autres PF en partageant les sites de visites et en apportant du carburant supplémentaire. Une des missions des PF est le suivi des sites de surveillance et la supervision des RCS et des relais communautaires (RC). Cependant, vu la rareté de personnel qualifié au niveau des DS, les 4 PF ont été choisis parmi les responsables PEV du DS (cas Bokoro et Massaguet) ou les RCS (Cas de Massakory et Mani). Ce qui entraîne une surcharge pour ces derniers et n'est pas sans inconvénient surtout pour les CS qui n'ont qu'un seul personnel qualifié. Les PF ont été formés dès leur identification ensemble avec le DSR et les MCD par l'OMS en collaboration avec le CSSI. Les PF bénéficient d'une motivation mensuelle, d'une dotation de carburant pour les visites des sites et d'un modem pour la communication, des cahiers et des bics pour les supervisions.

Avec la présence de 4 nouveaux PF, les sites de visite ont été répartis sur les 13 PF. Au début de l'année 2016 le nombre de PF est porté à 16 pour la DSR. Les visites dans les formations sanitaires ciblées et auprès des relais communautaires et tradipraticiens sont plus régulières (voir annexe 6). Cette apport a été important dans le suivi des RCS et des RC et a favorisé le dépistage de plus de cas de PFA et autres maladies sous surveillance (voir annexe 8).

Grâce à la présence régulière des PF sur le terrain et aux appels réguliers des RCS, les RC informent régulièrement les PF des cas de maladies sous surveillance qu'ils ont identifiées. Ainsi, les DS font des investigations des cas de PFA et prélèvent les échantillons en général dans les 72 heures. Les échantillons prélevés sont transférés dans les 24h au DS, lesquels s'organisent pour les envoyer à CSSI à N'Djaména dans les 24H. Une équipe a été mise en place au niveau de CSSI pour récupérer les échantillons avec les transporteurs et les acheminer à l'OMS ou au PEV quelque soit l'heure.

La recherche active et notification des cas de PFA a été renforcée par la présence des relais communautaires qui font des sensibilisations jusqu'au sein des communautés et organisent des recherches actives des cas dans les familles, accompagnés des chefs de villages. Ce qui a permis une augmentation importante du nombre des cas de PFA notifiés dans la DSR de Hadjer Lamis par rapport aux autres régions. Au total 48 RC ont été identifiés et formés par le Coordonnateur du Projet, un Epidémiologiste du SSEI/MSP et les PF. Ils sont briefés régulièrement sur le terrain par les différents superviseurs et en particulier par les RCS. Parmi les 48 RC, 38 sont des sédentaires et 10 sont des RC nomades ou des populations des zones d'accès difficile. 30 des 48 RC dotés d'un téléphone. Une dotation forfaitaire de crédits a été

faite à tous les RC mais apparemment certains n'auraient rien reçu. D'ailleurs le montant de ces crédits varie beaucoup d'un DS à l'autre.

Par rapport aux activités, les RCS et les PF témoignent que tous les RC font régulièrement des sensibilisations et les visites dans les domiciles pour le dépistage des cas. Mais n'étant pas tous lettrés, certains RC ne détiennent pas un cahier où ils notifient leurs activités. Pour les déplacements certains relais travaillant dans les CS utilisent les moyens du CS (souvent le CS loue des motos) mais d'autres utilisent des moyens propres.

- **Activités de coordination, suivi et évaluation**

Pour la gestion du projet, il a été recruté un Coordinateur du projet qui est en poste à N'Djaména depuis septembre 2016. Ce dernier bénéficie de l'appui technique du staff expérimenté de CSSI et de la logistique de l'institution. Il est le répondant du projet sur le terrain. Il supervise le projet, les PF et les RC. Il assure le transfert des fonds pour le paiement des indemnités des PF, la dotation des carburants et les crédits des téléphones. Le Coordinateur fait le lien entre le projet et la coordination nationale du SSEI. A ce titre il est invité à toutes les réunions organisées au niveau central par les partenaires et le MSP dans le cadre du système de surveillance épidémiologique intégrée.

Pour le suivi du projet il est prévu des réunions mensuelles des PF au niveau régional pour l'analyse des données épidémiologiques et ce en plus des missions de suivi des équipes de terrain. Dans la pratique les réunions mensuelles des PF n'ont pas été organisées par CSSI à cause de manques de ressources.

Enfin il est prévu également l'élaboration des rapports mensuels par les PF, à transmettre dans les délais au niveau de CSSI. Ces rapports ont été souvent produits avec un grand retard. Un canevas a été donné par CSSI mais selon l'évaluation, les PF sont trop pris pour les différents rapports à produire et en plus un tel rapport pourrait être produit trimestriellement.

Il a été mis en place un atelier bilan trimestriel qui réunit tous les acteurs au niveau de la délégation. Ces ateliers non programmés ni budgétisés ont été d'une très grande utilité. Pour réunir tous les acteurs autour du projet pour discuter de la mise en œuvre.

Activités programmées mais non réalisées

Pour la période trois activités programmées n'ont pas été réalisées. Il s'agit de la réunion de lancement avec le MSP et les partenaires (OMS, UNICEF) qui n'a pas été budgétisée, la revue initiale du système de surveillance de PFA dans les régions ciblées qui n'était plus pertinente après la formation et les données mises à la disposition du projet par l'OMS et l'évaluation finale du projet qui sera faite après la clôture du projet par le bailleur.

Activités non programmées mais réalisées

On retiendra entre autres les dotations en carburants pour les missions des points focaux et l'organisation des ateliers bilan trimestriels.

Conclusion: En considérant la liste des activités en annexe 7.6, 19 des 22 activités programmées ont été réalisées, soit un pourcentage de 86.36.



Figure 2 : Entretien de l’Evaluateur avec un des tradipraticiens (marabout) et son assistant

4.3 Efficacités des progrès

4.3.1 Renforcement des procédures de surveillance

- ❖ *Apporter un appui technique au DS pour la planification et les visites des sites de surveillance*

Le SSEI est basé sur la disponibilité des points focaux au niveau de chaque DS et ces derniers ont pour tâche de superviser les sites de surveillance prédéfinis. Il s’agit des lieux où en général les malades viennent consulter. Ces sites comprennent tous les CS fonctionnels auxquels s’ajoutent des sites communautaires comme les tradipraticiens (marabouts, choucous ...) et les pharmacies qui ont un service de consultation curative. L’apport de 4 autres PF par CSSI était donc apprécié et nécessaire. Trois nouveaux PF ont été identifiés en 2016 par le MSP, ce qui porte à 16 le nombre de PF. Ces PF sont repartis dans les 4 DS comme suit: 5 à Massakori, 5 à Bokoro, 3 à Massaguet et 3 à Mani.

Les PF du MSP sont soit des chefs de zones du DS, soit des responsables de CS. Les PF CSSI sont eux-mêmes soit des responsables PEV du DS ou des RCS (PF de Massakory 2 et de Douguia). Aucun PF n’est à temps plein.

Le nombre total des sites est de 103. Ces sites sont répartis selon les priorités 1, 2 et 3 en tenant compte de leur fréquentation par les malades (voir tableau 1).

Tableau 1: Situation des points focaux et des sites de surveillance en 2016

Situation de points focaux et des sites de surveillance en 2016						
Districts sanitaires	Points Focaux		Sites de surveillance			
	PF	Dont RCS	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Total
Massakory	5	3	9	9	14	32
Bokoro	5	3	9	10	8	27
Massaguet	3	1	5	4	15	24
Mani	3	2	7	5	8	20
Total DSR	16	9	30	28	45	103

L'apport des PF de CSSI a permis de réorganiser le programme de visite des sites qui ont aussi été renforcé avec un recrutement de 20 tradipraticiens.

Tous les DS ne disposent pas d'une moto pour la surveillance épidémiologique et les ECD s'organisent pour utiliser les seuls moyens disponibles y compris l'ambulance pour des supervisions. Souvent les PF profitent des occasions de supervision des ECD, des stratégies avancées des CS et d'autres missions vers les CS pour visiter les sites. Ce qui ne leur laisse pas beaucoup de temps pour discuter d'avantage avec les RC ou autres. Certains PF sont obligés d'utiliser leur moto. Initialement le projet a prévu une moto à chacun mais les montants prévus seraient insuffisants. Il en est de même pour les 5 ordinateurs prévus pour les PF et le Coordinateur.

Une partie de fonds destiné à l'achat des motos a été utilisée pour donner du carburant qui n'était pas prévu initialement. Les frais de carburants et les motivations des PF ne sont disponibles qu'avec la sortie du Coordonateur sur le terrain. C'est pourquoi la plus part des PF se sont plaints du retard dans la fourniture du carburant qui perturbe ultérieurement leur déplacement sur le terrain.

❖ *Réaliser les visites des formations sanitaires ciblées et auprès des RC et tradipraticiens*

Avec l'augmentation du nombre des points focaux, la visite au niveau des sites s'était renforcée et on note une nette amélioration: pour les sites de priorité 1, 94,78% des visites programmées ont été réalisées contre les 100% attendus; Pour les sites de priorité 2, 94,39% des visites sont réalisées contre les 80% attendues et, pour les sites de priorité 3, 89,13% des visites contre les 60% attendues. (voir annexe pour les détails par DS)

Cette performance des PF a été un élément essentiel qui a permis de détecter les cas de PFA. Il faut ajouter à ces visites tous les appels téléphoniques hebdomadaires entre les PF et les RCS et/ou les RC et entre les RCS et les RC.

Lors des entretiens les difficultés suivantes ont toutefois été relevées: le manque de moyens roulants au niveau des ECD et en particulier pour les PF pour les sorties, des télescopes des programmes et des sollicitations du niveau central qui ont amené à une révision des programmes des PF.

Tableau 2: % de sites visités par priorité

% de visite de sites de surveillance réalisés dans les 4 DS.			
Objectifs	1er semestre du projet (Juil-Déc. 2015)	2e semestre du projet (jan.- juin 2016)	Total (juillet 2015 - juin 2016)
Priorité 1 = 100%	Priorité 1: 235/264 => 89,35%	Priorité 1: 292/292 => 100%	Priorité 1: 527/556 => 94,78%
Priorité 2 = 80%	Priorité 2: 142/157=>90%	Priorité 2: 161/164 => 98,17%	Priorité 2: 303/321 => 94,39%
Priorité 3 = 60%	Priorité 3: 52/68=>77,94%	Priorité 3: 112/116 => 99,55%	Priorité 3: 164/184 => 89,13%

❖ *Assurer la notification des cas*

Avec l'appui du projet (renforcement des PF, le déploiement des RC, le renforcement des visites, les supervisions et les formations) on note un certain engouement des acteurs du SSEI. L'implication des partenaires et de la coordination nationale du SSEI dans la formation sur le terrain, la réorganisation des sites par le CASE, l'appui des consultants OMS et UNICEF dans les planifications etc., le nombre de PFA dépisté augmentent régulièrement. Des 10 cas au 1er semestre 2015, le nombre de cas est passé à 12 au deuxième semestre 2015. Et pour le 1er semestre 2016 on est déjà à 18 cas.

Tableau 3: Cas de PFA dépistés

Cas de PFA dépistés				
Districts Sanitaire	2015			2016
	1er semestre	2e semestre	Total 2015	1e semestre
Massakory	6	2	8	3
Bokoro	1	8	9	4
Massaguet	0	3	3	6
Mani	3	0	3	5
Total DSR	10	13	23	18

Sources : données SSEI.

En comparant le 1er semestre 2015 (avant le projet) et le 1er semestre 2016 (couverte par le projet) on note une nette amélioration des indicateurs de la surveillance du PFA. Le nombre des cas est passé de 10 à 18 et le taux de PFA non polio est passé de 6.3/100000 à 8.84/100000. Au premier semestre 2016 on note déjà 18 cas par rapport au 23 cas pour toute l'année 2015. Plus important, tous les DS ont notifié des cas.

Tableau 4: Indicateurs PFA

Suivi des Indicateurs de SSEI pour la PFA dans le Hadjer Lamis			
DSR :	1er semestre 2015	2e semestre 2015	1er semestre 2016
Objectif national: Taux de PFA attendu	≥ 3/100000	≥ 3/100000	≥ 3/100000
Nombre de cas PFA détectés	10	13	18
% de PFA non polio	6,3/100000		8,84/100000

Sources : SSEI

Le taux de PFA est passé de 4,11/100000 en 2014 à 6,3/100000 en 2015. Dans la même période le taux dans les autres régions voisines ont varié comme suit : Il y a une baisse de cas déclarés dans les régions de N'Djaména et du Kanem où les taux sont passés respectivement de 8,92/100000 à 5,75/100000 et de 3,99/100000 à 3,58/100000. Par contre dans le Lac et le Chari Baguirmi, il y a une augmentation des taux: de 4,99/100000 à 7,42/100000 et de 4,89/100000 à 5,5/100000. On peut en conclure que le projet a permis à la région de Hadjer Lamis de progresser dans le dépistage des PFA par rapport aux autres régions. (Sources: SSEI) voir annexe 7.7)

Dans la recherche active des cas, le rôle des RC a été important car tous ont organisé des visites au sein des communautés. Plusieurs cas de paralysie qui auraient pu être déclarés avaient été dépistés. Les RC ont eu à déceler 3 cas de PFA qui ont fait l'objet d'investigation. Et pour ces cas, chacun a été motivé.

Les RC et les RCS connaissent parfaitement le circuit de notification. En cas de détection d'un cas, le RC contacte le RCS ou le PF qui en informe le CASE. Selon la disponibilité des kits, le cas peut être investigué par le PF et les échantillons prélevés ensemble avec le RCS. Après le deuxième prélèvement des selles, les deux échantillons sont envoyés au DS qui le plus souvent se charge de les envoyer le plus rapidement possible à CSSI à N'Djaména. A ce niveau, le premier des trois chauffeurs contactés récupère les échantillons pour les déposer à l'OMS ou au PEV. Après la vérification des fiche de notification des cas, nous pouvons dire que les investigations se font désormais dans les 24 à 48 heures et souvent c'est aussi l'occasion du 1er prélèvement. Le deuxième prélèvement est fait dans les 24 heures et souvent le même jour les échantillons arrivent au DS. L'envoi des échantillons du DS à N'djaména se fait également dans les 24 heures. Ce système a permis de garantir la qualité des échantillons.

Surveillance des autres maladies sous surveillance

Durant la période du projet, toutes les maladies sous surveillance ont fait l'objet d'une surveillance active. Il s'agit de: le paludisme, la malnutrition, le ver de Guinée, la rougeole, la fièvre jaune, la méningite, le tétanos maternel et néonatale et la PFA. A cela s'ajoute la notification des décès maternels. Tous les cas identifiés ont fait l'objet d'une notification immédiate et d'une investigation. Ont été ainsi dépistés: 21 et 17 cas suspects de fièvre jaune en 2015 et au 1er semestre 2016, 92 et 26 cas de rougeole, 10 et 2 cas de tétanos et 9 et 5 cas de méningite. (Voir détails en annexe 7.8).

4.3.2 Renforcement des capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire

❖ *Dans le domaine du renforcement des capacités les formations suivantes ont été réalisées :*

- Formation du DSR, des MCD et des 4 points focaux CSSI à N'Djaména sur la surveillance active de la PFA en 2 jours (9-10 septembre 2015) avec l'appui de l'OMS en collaboration avec le CSSI. Les autres points 9 focaux n'ont pas été conviés à cette formation. Cette formation a été restituée par les MCD et les PF aux autres agents impliqués dans le SSEI ;
- 43 RCS ont été formés lors de la visite des sites ;
- Les points focaux de la surveillance épidémiologique ont été briefés à leur tour par le CASE ;
- 48 relais communautaires identifiés ont été formés par le coordonnateur du projet, un épidémiologiste du SSEI/MSP et les PF ;
- 9 RC briefés sur la définition des cas de PFA à Bokoro par le PF CSSI ;
- 12 RC de Massakory briefés lors des visites des sites par les PF ;
- 20 tradipraticiens identifiés ont été briefés sur la notification des cas de PFA ;

Lors du passage de l'évaluateur, les RCS et les RC reconnaissent être briefés à chaque passage des PF et du CASE lors des supervisions et après avoir contrôlé les registres. Il a constaté que la définition des cas des principales maladies a été photocopiée et affichée dans les salles de consultation.

Cependant la formation des RC reste insuffisante surtout vu le nombre de maladies à rechercher. Certains disent être contactés plus par téléphone car les visites des PF ne sont pas toujours effectives.

❖ *Développement du plaidoyer et de la mobilisation sociale:*

Avant le démarrage du projet, le Staff de CSSI a eu des séances de travail avec les différentes autorités tant au niveau central que périphérique. Le plaidoyer continue avec le passage du coordonnateur du projet lors de ses supervisions. C'est ainsi que le gouverneur de Hadjer Lamis, les préfets et les chefs traditionnels ont été contactés afin d'obtenir leur appui pour la réalisation du projet. Cet appui s'est traduit pour l'engagement de ces derniers dans la sensibilisation de la population. Il est ressorti de l'entretien des RC que plusieurs chefs de village étaient souvent présents lors des réunions de sensibilisation et certains ont participé eux-mêmes au dépistage active en accompagnant les RC dans les familles. Cette mobilisation des autorités facilite et encourage le travail des RC et constitue un gage pour la poursuite du SSEI. Il faut cependant entretenir les contacts avec les autorités et leur présenter régulièrement les résultats du projet et à l'occasion informer les nouvelles autorités qui arrivent et leur remettre un prospectus sur le projet car le projet a manqué totalement de visibilité.

❖ *Le développement de la collaboration avec les tradipraticiens (les marabouts et les choucous) et les responsables des pharmacies est très pertinent:*

Afin de ne rater aucune occasion de dépister les cas de PFA, toutes les structures qui font les soins à domicile sont impliquées dans la recherche active. Il s'agit en particulier des marabouts, des docteurs choucous et des tradipraticiens. Le projet a identifié vingt nouveaux tradipraticiens qui ont été briefés sur les signes des maladies surveillées et inclus parmi les

sites de surveillance. Un responsable de pharmacie de Massaguet a lui aussi trouvé un cas de PFA. Il s'agit d'un personnel de santé en retraite.

- ❖ *Développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires pour passer l'information dans leurs cadres respectifs :*

Afin de rejoindre toutes les couches de la population, tous les leaders d'opinion et les leaders religieux ont été associés à la sensibilisation lors des cérémonies (deuil, mariage et fêtes diverses), des vaccinations de masse, les marchés hebdomadaires, les activités du CS en stratégie avancée, etc. L'absence de boîte à images a été déplorée par les RC et les RCS. Il faut noter aussi la difficulté des RC des zones insulaires d'atteindre toutes les populations. Certaines zones ne seront plus accessibles à cause des inondations. Là aussi les RC déplorent l'absence des points focaux sur le terrain.

- ❖ *Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA :*

48 relais communautaires ont été identifiés soit, 12 par DS. Parmi ces derniers plusieurs sont des agents de vaccination, mais aussi des manœuvres des CS. Les RC sont des bénévoles. Certains ont reçu un téléphone et d'autres non. Cependant tous sont engagés pour ratisser les cas de PFA dans leur communauté. C'est ainsi qu'ils s'appuient sur les chefs de village pour rejoindre toutes les familles. En cas de détection d'un cas par un RC, ce dernier gagne une prime de 10 000 F CFA. Pour le déplacement, les RC utilisent les moyens du CS quand cela est possible (location de moto, dotation de carburant si moto du RC, lors des déplacements en stratégie avancée...). Mais beaucoup utilisent leur propre moyen surtout ceux des villages éloignés des CS ou les nomades et ceux des zones d'accès difficile.

Il ressort des entretiens que certains RC avaient bénéficié d'une motivation importante des ONG comme MSF ou MERLIN qui les avaient employé dans le cadre du dépistage de la malnutrition (jusqu'à 40000 F CFA par MERLIN) et certains espèrent être pris en charge un jour par CSSI. Il a été constaté aussi que les RC sont appelés très régulièrement par les RCS ou les PF pour avoir la situation de leur zone. Et eux aussi dépensent beaucoup d'argent dans le téléphone. Cette situation doit être considérée dans le cadre d'un nouveau projet. Plusieurs relais ont dû démissionner par manque de motivation et ils ont été remplacés par de nouveaux qu'il va falloir former.

4.4 Efficience

Globalement le projet a bien été mis en œuvre mais le budget était limité. Quelques rubriques étaient plutôt sous-financées. Les dépenses semblent économiquement justifiées. Les résultats obtenus sont meilleurs que dans les autres DSR voisines bien qu'il y ait des points encore à améliorer.

4.4.1 Relation entre le coût et la qualité du programme

Globalement on peut considérer le projet comme efficace. Le budget global de 99.880 \$ était limité mais l'équipe a su judicieusement utiliser les fonds en révisant les activités. Les effets du projet ont pu être atteints grâce au système de SSEI déjà existant et à l'appui des partenaires et des autorités sanitaires aux différents niveaux.

CSSI a fait une gestion efficace des ressources du programme:

- Réorientation des activités : l'achat des motos a été laissé après l'introduction du DS de Mani qui porte à quatre le nombre des points focaux. Ne pouvant assurer l'entretien de 4 motos, il a été alors décidé de fournir du carburant aux PF. De même l'achat des ordinateurs a été suspendu pour prendre en charge les réunions bilan trimestrielles qui sont très importantes mais qui n'étaient pas initialement prévues.
- Au 30 juin 2016, les lignes du budget qui concernent le personnel et le déplacement (missions de supervision) et la ligne « autres » sont utilisées à plus 97%. Par contre les autres lignes sont en dépassement.

Les documents financiers à la disposition de l'évaluation n'ont pas permis de faire l'analyse des coûts de chaque activité.

4.4.2 Efficience de la mise en œuvre

La capacité institutionnelle de l'équipe CSSI a permis une mise en œuvre efficiente et efficace du projet.

Le dispositif organisationnel:

Le projet a largement bénéficié de l'expertise de l'ONG CSSI spécialisée dans la mise en œuvre des projets. Le coordonnateur lui-même a une longue expérience et un savoir-faire qui constituent un énorme atout pour le pilotage de ce projet. En plus, le projet s'est inscrit dans un contexte favorable car le MSP et les partenaires OMS et UNICEF ont mis en place le SSEI qui fonctionne depuis plusieurs années et avec des cadres bien formés. Les entretiens confirment l'excellence du climat de travail qui existe entre les points focaux en général, entre les points focaux et le chargé de la surveillance épidémiologique et les ECD, entre les PF et les RCS et les RC...L'appui des consultants de l'OMS et de l'UNICEF sur le terrain a permis aux PF CSSI de renforcer leur capacités en matière de planification, de supervision et de reportage.

Le projet est suivi par le staff de CSSI qui est descendu deux fois sur le terrain. Au cours des réunions bilan trimestriels autour des projets de CSSI, réunion tenue au niveau de la délégation sanitaire, le coordonnateur présente les avancées sur le terrain mais aussi les points qui nécessitent des échanges avec l'ensemble du staff pour des solutions appropriées. Le suivi financier du projet est fait par un expert qui élabore pour le bailleur les rapports financiers.

Le projet n'a pas eu assez de ressources pour la tenue mensuelle des réunions des PF. Cependant, grâce aux réunions organisées régulièrement au niveau de chaque DS, les PF sont relancés par rapport au cas de PFA mais aussi par rapport à toutes les autres maladies sous

surveillance. Les réunions bilans trimestrielles organisées au niveau de la DSR permettent de faire un suivi régulier des résultats en termes de cas de PFA dépistés par DS et d'attirer l'attention des ECD sur les DS qui ne dépistent pas assez de cas.

Planification et suivi du programme

Planification : La planification a été simple et précise et les indicateurs de résultats choisis sont facilement mesurables à l'exception du nombre de visite à domicile effectuée par les RC dont certains ne savent pas écrire. Il faut retenir que l'outil de reportage remis aux PF est complexe et renferme des informations qui ne peuvent être renseignées que tous les trois mois au moins pour être efficiente.

Les délais de mise en œuvre du projet (activités et budget) sont bien respectés.

Appui à la supervision et au monitoring

Cet appui est donné par le Coordonnateur du projet qui fait au moins un déplacement tous les deux mois dans la zone du projet. Durant ces sorties, il supervise les PF de CSSI, discute avec les responsables à différents niveaux, et participe à la visite des sites avec les points focaux. Il visite aussi bien les CS, les tradipraticiens, les enfants enquêtés et rencontre les autorités. Il participe aux réunions bilans trimestrielles qui permettent de faire le point sur les activités et les résultats obtenus dont l'analyse permet de réorienter les activités pour les mois prochains.

Collaboration avec le MSP et les partenaires OMS et UNICEF :

Le CSSI a eu 3 rencontres de prise de contact, d'information et d'orientation avec le SSEI et la Coordination Nationale 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.

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 de Mao, réunions des Clusters Santé-Nutrition et WASH/Eau, Assainissement et Hygiène, ateliers de priorisation et planification des activités et actions de santé...). Il a eu 3 réunions avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique sur comment mener les activités du projet et le suivi de l'état d'avancement de ces activités sur le terrain.

Pour une bonne intégration du projet et pour assurer la pérennité des acquis, le CSSI a dès le début associé 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 dans l'organisation et l'exécution des activités du projet. Cette démarche a permis de recueillir leurs besoins mais aussi d'obtenir leur adhésion pour l'amélioration desdites activités.

Le Dispositif de suivi évaluation

Le dispositif comprend l'établissement d'un rapport mensuel d'activités par les PF qui fait le point sur le niveau de mise en œuvre des activités. 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 en œuvre du plan. Ces rapports sont remis au Coordonnateur qui les synthétise en un rapport à envoyer par le CSSI à la Coordination du SSEI. Ces rapports conditionnent le paiement des motivations des PF. Dans la pratique les rapports mensuels sont produits très tardivement par les PF qui préfèrent le format du SSEI qui est plus facile.

Cela doit être revu dans le contexte réel où le PF qui est aussi un RCS, doit déjà produire au moins quatre à cinq rapports par mois : le RMA, le RMV, le rapport de SSEI, le rapport Paludisme, le rapport sur la prise en charge des malnutris... Pour la poursuite du projet, il est donc important de reconsidérer cette situation et de revoir le format du rapport.

La participation aux réunions de suivi et d'évaluation des progrès et contraintes dans la mise en œuvre des plans trimestriels, animées par les consultants OMS et UNICEF et le CASE, a été importante car elle a servi de cadre de formation pour les PF.

Au niveau de CSSI, des rapports d'activités et financiers sont envoyés chaque semestre à la Fondation.

4.5 Effets/impact

Le projet a eu des effets positifs qui sont : la redynamisation de tous les acteurs du SSEI (le Coordinateur national du SSEI, les partenaires OMS et UNICEF, le DSR, le CASE, les PF, les ECD et les RCS), le dépistage de plus de cas de PFA durant le projet, les chefs de village se sentent concernés et sont engagés dans la sensibilisation et à la recherche des cas lors des VAD faites par les RC, la population est plus sensibilisée, l'engagement et la motivation des marabouts et des tradipraticiens qui pour la première fois se sentent valorisés par le personnel de santé.

Les effets du projet considérés comme relativement négatifs sont :

- les différents acteurs attendent une motivation de la part de CSSI à l'instar des autres ONG (MSF, MERLIN...) qui ont travaillé dans la région et,
- le projet a occasionné une surcharge de travail pour certains PF qui ont déjà d'autres charges importantes comme celles de mettre en œuvre un PMA complet dans un CS.

4.6 Durabilité

Les bénéfiques du projet qui ont plus de probabilité de durer indépendamment d'un financement continue sont:

- La disponibilité de personnel qualifié ;
- les relais communautaires sont des bénévoles qui travaillent dans leur environnement (certains aident dans les CS) ;
- le niveau de sensibilisation des communautés qui collaborent d'avantage au dépistage actif des maladies sous surveillance et spécialement des chefs de village ;
- l'engagement des autorités, des chefs traditionnels et religieux ;
- les méthodes de travail mis en place par CSSI;
- les supervisions des RCS par le CASE, des ECD et des PF dans le cadre du SSEI ;
- l'appui des partenaires OMS et UNICEF
- la prise de conscience de l'utilisation des moyens de déplacement personnels par les PF, les RCS et les RC.

Les bénéfices du projet qui seraient perdus ou qui sont à haut risque de non-continuation sans financement sont:

- la motivation des points focaux ;
- la forte dépendance du financement apporté de l'extérieur ;
- une baisse de motivation des acteurs suite à une insuffisance de carburant pour la supervision et les visites des sites.

Cette situation pourrait avoir comme répercussions moins de cas de maladies sous surveillance détectées.

5 Résumé de l'analyse (Points forts, Point faibles, Opportunités et menaces)

5.1 Résultat 1: Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté

- **Points Forts du projet**
 - Complémentarité du projet par rapport au SSEI existant qui a permis une intégration parfaite des deux projets
 - Forte mobilisation de tous les acteurs de la surveillance épidémiologique tant au niveau central que sur le terrain dès le début du projet (Responsable national du SSEI, DSR, CASE, MCD, RCS...)
 - La mise en place des 48 RC bénévoles dont 30 sont dotés de téléphone et de crédits
 - Choix judicieux des 4 FP/CSSI à travers la DSR et les MCD (personne bien acceptée du DS) => Bonne collaboration avec les autres PF et les ECD et les RCS
 - Les sites de priorité 1 visités à plus de 90% et les sites de priorité 2 et 3 visités à 100%
 - Le renforcement du nombre de points focaux de 9 à 16.
 - Tenue des réunions bilan trimestriels
 - Bonne collaboration des PF/CSSI avec le CASE et les autres PF, les ECD et les RCS
 - Extension du projet dans la recherche active de toutes les maladies sous surveillance
 - Appui des consultants UNICEF et OMS aux activités du PEV et de la surveillance;
 - Intégration des activités (supervision, AVS, PEV, CPS) au profit de la surveillance
 - L'expertise de CSSI et les capacités relationnelles du Coordonnateur du projet
 - Le nombre des PFA est passé de 9 au 1er semestre à 13 au 2e semestre 2015, et à 18 rien que pour le 1er semestre 2016.
- **Points faibles**
 - La durée courte du projet
 - Un budget limité
 - La surcharge des PF => Les visites des sites n'ont pas permis de suivre les RC sur le terrain et production avec retard des rapports mensuels
 - Le manque de moyens adéquats de déplacement pour les PF et les ECD ;

- Les RC sont peu nombreux et doivent parcourir plusieurs villages sans moyens de déplacement ;
 - Le retard dans le paiement des motivations des PF et du carburant pour les visites des sites ;
 - Les relais communautaires n'ont pas eu une formation suffisante ;
 - Les activités des RC ne sont pas suivies sur le terrain par les PF et les RCS ;
 - Manque des boîtes à images pour la sensibilisation des populations.
 - Crédits d'appel insuffisants et irréguliers
 - Mobilité du personnel => arrivée de nouveau personnel inexpérimenté
- **Opportunités**
 - L'existence du SSEI
 - Bonne maîtrise du SSEI au niveau du terrain
 - Appui des partenaires sur le terrain
 - **Menaces**
 - Persistance de l'insécurité autour du Lac Tchad
 - Arrêt du financement

5.2 Résultat 2 : Le pourcentage d'échantillons adéquats dans chacune des régions est augmenté.

- **Points Forts du projet**
 - Visite régulière des sites par les PF
 - Rapidité dans la notification et l'investigation de tous nouveaux cas de maladies sous surveillance
- **Points faibles**
 - Non maîtrise des procédures de prélèvement par le personnel nouvellement arrivé
 - Certains sites ne sont pas accessibles durant la saison des pluies
- **Opportunités**
 - Existence de transport public
- **Menaces**
 - Rupture de kits de prélèvement

6 Conclusion

Sur la base de ce qui précède, nous pouvons conclure que le projet « Projet de Surveillance active des Paralysies Flasques Aiguës (PFA) dans les 4 Districts Sanitaires de la Région de Hadjer Lamis » est dans sa globalité pertinent compte tenu des faiblesses du système de SSEI qui sont ressorties lors de l'évaluation de 2012. Le projet est d'autant plus pertinent que le Tchad est dans la phase de l'éradication de la poliomyélite et qu'il vient d'être reconnu « pays sans PVS » après 4 ans de non notification des cas par l'assemblée régionale de l'OMS réunie à Alger en début juillet 2016. C'est durant cette phase que le renforcement du SSEI est fortement recommandé afin d'éteindre dans l'œuf tout cas de nouvelle contamination.

Le projet a atteint son objectif principal qui est d'interrompre la circulation du PVS dans le Hadjer Lamis car en effet aucun cas de PVS n'a été identifié dans la région. Le projet montre des effets positifs surtout en termes d'atteinte des résultats. Il s'agit d'atteindre et de maintenir une détection de plus de 3 cas de PFA pour 100 000. En effet le taux de détection de PFA au 1^{er} semestre 2016 a atteint plus de 8 cas pour 100000. Il y a aussi un réflexe désormais acquis qui consiste à investiguer le plus rapidement les cas dépistés, de prélever les échantillons et de les envoyer immédiatement au niveau de l'OMS ou du PEV pour leur transfert au laboratoire de référence. Ce réflexe a permis de garantir à 100% la qualité des échantillons.

Il y a aussi des indications qu'il y a eu un changement progressif de comportement au sein des communautés qui facilite le dépistage active des cas des maladies sous surveillance, bien que ce changement rapporté est aussi le résultat de l'effort des multiples sensibilisations faites par le MSP et les partenaires depuis la mise en œuvre du programme de l'éradication de la poliomyélite au Tchad il y a déjà plus d'une décennie.

Ces effets ont été atteints grâce au renforcement du dispositif de SSEI en place avec de nouveaux points focaux et de relais communautaires. L'ensemble du personnel impliqué est compétent et motivé grâce aux formations réalisées et au suivi régulier par des supervisions formatives régulières. Il y a aussi le plaidoyer auprès des autorités et des chefs traditionnels et les leaders d'opinion mais surtout l'engagement des responsables sanitaires à tous les niveaux et l'appui des partenaires. Malgré ces résultats il reste encore à renforcer les moyens logistiques et les moyens de communication afin de faciliter le travail surtout dans les régions d'accès difficile.

Quelques faiblesses ont été identifiées dans la mise en œuvre efficace:

- 1) Le budget était insuffisant pour l'achat des motos pour les PF, pour doter tous les RC de téléphones et leur donner régulièrement des crédits, financer les réunions (des PF et ateliers bilan...)
- 2) L'insuffisance des PF et des RC
- 3) Le manque des outils de sensibilisations
- 4) La formation continue des RCS, des RC et des tradipraticiens

Les stratégies du projet choisies dans leur majorité sont appropriées pour atteindre les objectifs, surtout que ces stratégies, ont été parfaitement intégrées dans les activités du système de surveillance en cours.

Concernant l'efficacité nous concluons que la relation qualité-coût du projet est satisfaisante. La DSR de Hadjer Lamis est plus performante dans le dépistage des cas des maladies sous surveillance. Cependant on note que le budget total est très limité et que certaines rubriques sont sous-financées. Les dépenses prévues dans le budget semblent économiquement justifiées grâce à la bonne capacité institutionnelle de planification, de suivi et de gestion administrative de projets de CSSI.

La pérennité reste un grand défi compte tenu du fait que ce projet dépend en grande partie de l'aide extérieure surtout en ce qui concerne la motivation des points focaux recrutés, le carburant des visites sur le terrain, les supervisions formatives et la tenue régulière des réunions bilan au niveau des DS et de la DSR. Il y a aussi la surcharge des points focaux qui ont tous d'autres responsabilités au niveau de leur DS.

7 Recommandations

A CSSI

- Intégration des nouveaux DS de la DSR de Hadjer Lamis
- Etendre le projet aux DSR qui ont les mêmes situations
- Doter les PF de motos pour les visites des sites
- Doter les PF d'un ordinateur et de modem fonctionnel pour le rapportage et les former en informatique
- Recycler tous les 6 mois les PF, les RCS et les RC
- Renforcer les zones d'accès difficile en PF et RC (en tenant compte de la dimension des DS et de l'importance des populations nomades et de celles d'accès difficile)
- Appuyer la tenue des réunions mensuelles des DS et les réunions bilan trimestrielles de la DSR
- Doter tous les RC et certains tradipraticiens de téléphone et donner régulièrement des crédits de communication
- Appuyer les supervisions en carburants
- Délivrer des certificats de participation ou de satisfaction aux DSR, MCD, PF, CASE et RCS qui ont détecté le plus de cas
- Fournir les boîtes à images aux RC
- Doter le personnel du projet et ceux impliqués de visibilité
- Donner des prospectus du projet aux autorités

Au MSP

- Doter les DS d'un véhicule de supervision et de carburants
- Doter les PF de motos adaptées pour les activités de SSEI
- Renforcer le PEV de routine
- Renforcer les DS en personnel qualifié (surtout pour les CS tenus par la MO)
- Intensifier la recherche active des maladies cibles
- Doter tous les PF des outils de gestion du SSEI
- Intégrer l'usage du téléphone comme outil essentiel au SSEI

Aux partenaires OMS et UNICEF

- Poursuivre l'appui au SSEI et fournir les intrants
- Doter les PF en motos
- Disposer régulièrement les kits de prélèvement au niveau des DS et des CS éloignés
- Assurer la formation continue sur le SSEI à tous les niveaux

A la BMGF

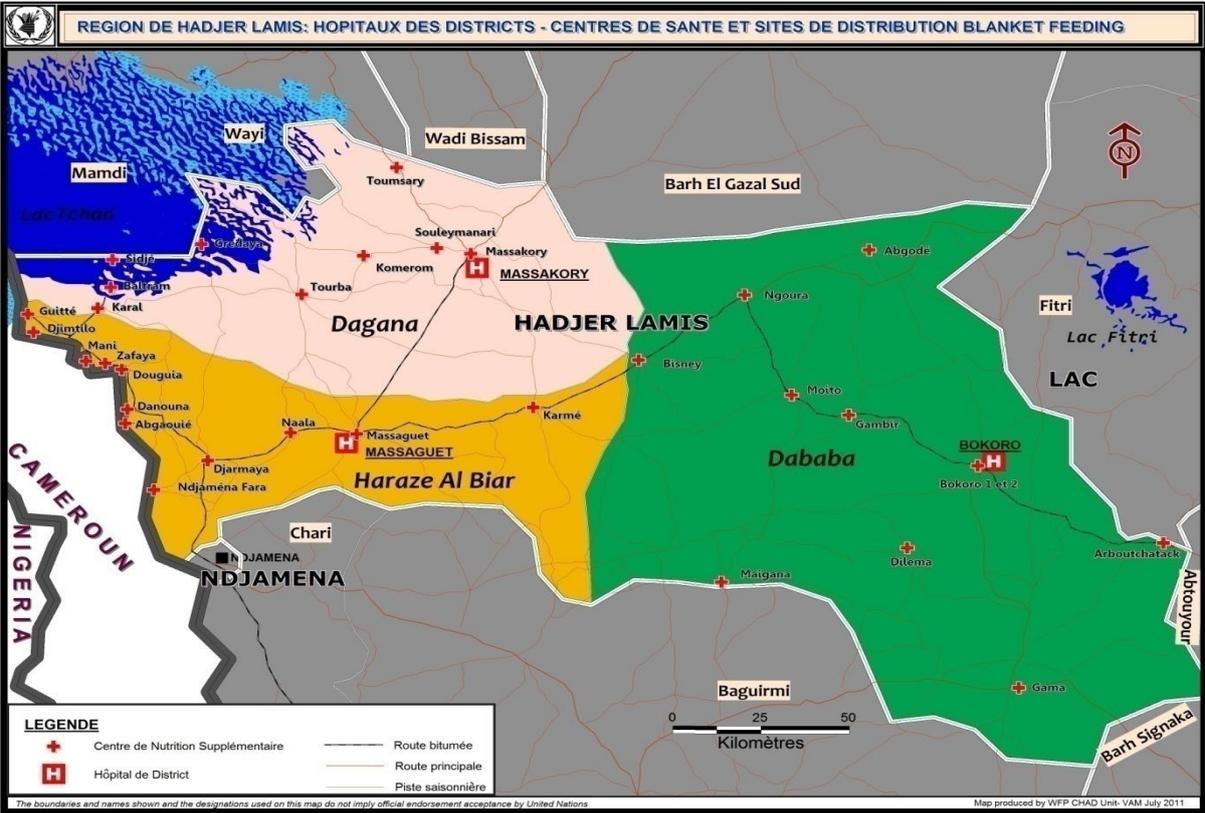
- Reconduire le projet
- Intégrer les DSR du Lac et du Kanem comme initialement prévu
- Augmenter les lignes du budget qui concernent les missions de supervision, les réunions et la communication

8 Annexes

- 1) Carte du Tchad et carte de la DSR de Hadjer Lamis
- 2) Termes de référence
- 3) Proposition technique
- 4) Itinéraire de la mission d'évaluation
- 5) Bilan de mise en œuvre des activités
- 6) Réalisation des visites des sites de surveillance
- 7) Comparaison des indicateurs du SSEI des DSR voisines
- 8) Autres maladies sous surveillance
- 9) Synthèse du rapport financier
- 10) Liste des personnes interviewées
- 11) Modèle de rapport mensuel

7.1: Carte du Tchad et de la DSR Hadjer Lamis







Centre de Support en Santé Internationale (CSSI)
Département Santé Publique et Développement (DSPD)

Projet de Surveillance Active des Paralysies Flasques Aigues (PFA)
dans les quatre Districts Sanitaires de la Région de Hadjer Lamis
(Massakory, Bokoro, Massaguet, Mani)

Revue rapide du système de surveillance des PFA
Termes de Référence

Juin 2016

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) appuie l'Etat tchadien et ses partenaires qui œuvrent pour l'éradication de la poliomyélite dans le monde en général et au Tchad en particulier. Ainsi, avec le financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, il a mis en place un Projet de Surveillance active des paralysies flasques aiguës (PFA) dans les 4 Districts Sanitaires de la Région de Hadjer Lamis (Massakory, Bokoro, Massaguet, Mani).

Au terme de la mise en œuvre du projet, une revue rapide sur la situation épidémiologique de la zone du projet revêt un intérêt particulier car elle servira à la préparation du nouveau projet de surveillance épidémiologique.

Le CSSI organise la présente revue rapide du système de surveillance des PFA dans la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) de Hadjer Lamis du 25- 30 juin 2016 pour appuyer la coordination du projet et évaluer les activités de ce projet menées par les équipes de terrain : les Points Focaux (PF), Relais Communautaires (RC) et tous les agents impliqués dans cette surveillance. Aussi, la contractualisation avec un Consultant Epidémiologiste international à cet effet est nécessaire.

II. OBJECTIFS DE LA REVUE RAPIDE

L'objectif principal de cette revue est d'évaluer les progrès accomplis dans l'atteinte des résultats attendus en 2015 et 2016, tout en favorisant l'appropriation du projet par les Districts Sanitaires concernés à travers une concertation franche, ouverte et transparente et le renforcement du partenariat entre le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Tchad, l'OMS, l'UNICEF et le CSSI qui est le partenaire de mise en œuvre. En outre, cet exercice permettra de tirer les leçons pertinentes qui s'imposent en tenant compte des contraintes/faiblesses et des opportunités, ainsi que de s'interroger sur la pertinence des stratégies utilisées.

Plus spécifiquement, il s'agira de :

1. Procéder à un examen des progrès réalisés par rapport aux résultats attendus ;
2. Identifier et analyser les forces, les contraintes/faiblesses, les défis et opportunités majeurs dans la mise en œuvre du projet ;
3. Analyser la situation des ressources et la mise en œuvre financière du projet ;
4. Renforcer la concertation et la synergie d'action entre le MSP, l'OMS, l'UNICEF et le CSSI qui est le partenaire de mise en œuvre ;
5. Prendre en compte les informations existantes sur la situation des autres maladies sous surveillance pour leur implication dans le nouveau projet ;
6. Prendre en compte la situation des nouveaux District Sanitaires de la DSR de Hadjer Lamis pour leur implication dans le nouveau projet.

III. RESULTATS ATTENDUS

1. Les données des consultations et travaux au niveau central et au niveau périphérique sont disponibles ;
2. Les données de terrain et les besoins particuliers pour les activités du projet sont recueillis ;
3. Une restitution des travaux à la fin de la revue est réalisée ;
4. Un rapport de la revue rapide est disponible.

IV. CONTENU ET DEROULEMENT DE LA REVUE

4.1. Mettre à jour les informations relatives à la situation épidémiologique de la DSR de Hadjer Lamis

Avant la revue effective, il faudra procéder à la mise à jour des informations relatives à la situation épidémiologique de la zone du projet à travers les différents le Service de Surveillance Epidémiologique Intégré (SSEI) du MSP, l'OMS, l'UNICEF et le CSSI. Ce qui permettra une meilleure analyse des progrès accomplis d'une part, et d'autre part d'identifier les gaps en termes d'informations susceptibles de renseigner les indicateurs. Cette analyse sera basée sur une gamme variée des données statistiques et autres documents jugés nécessaire ainsi que les entretiens avec les chargés de la surveillance épidémiologique des institutions citées ci-haut. Cette mise à jour pourrait inclure l'analyse des goulots d'étranglement ainsi que les barrières qui affectent le projet.

4.2. Revue des progrès accomplis dans chaque résultat et indicateur

Par rapport à l'examen des progrès vers l'atteinte des résultats au niveau des Effets et des Extrants, la revue inclura entre autres :

- Évaluer les progrès réalisés dans chaque résultat voire chaque activité et, sur la base des indicateurs identifiés comme indiqué dans le chronogramme des activités du projet. La description devrait comprendre un examen de l'efficacité de la combinaison de stratégies qui ont été suivies pour obtenir le résultat spécifique.
- Discuter des mécanismes de suivi et évaluation mis en œuvre ainsi que leurs forces et faiblesses pour aider à renseigner les indicateurs de performance identifiés.
- Sur la base des forces, des contraintes/faiblesses et des opportunités et tenant compte du contexte actuel, proposer des ajustements pour le nouveau projet.

4.3. Proposition du contenu

Le format suggéré pour la synthèse des rencontres est présenté dans les tableaux suivants, qui résumement le processus de la revue, le progrès par rapport aux résultats attendus et la situation financière du projet etc.

Tableau 1 : Déroulement de la rencontre/revue

Résultat du projet	
Date et lieu de la rencontre	
Participants à la rencontre	
Documents de référence utilisés	
Autre	
Autre	

Tableau 2 : Progrès par rapport aux résultats attendus

Résultats	Indicateurs clés (réf. : xxx ; cibles xxx)	Progrès narratifs par rapport aux cibles des indicateurs	Etat de progrès ¹	Contraintes/Opportunités
Résultat 1 :				
Résultat 2 :				
Points d'action/Recommandations :				
1. ...				
2. ...				
Activités				

¹ Fournir une indication sur l'état d'avancement comme suit : progrès comme programmé ; présence de contraintes à l'atteinte des résultats ; pas de progrès significatif ; résultat atteint ; domaine de résultat suspendu.

Activité 1 :				
Activité 2 :				
Activité 3 :				
Points d'action/Recommandations :				
1. ...				
2. ...				

Tableau 3 : Situation financière du projet (à la date de la revue, en USD)

Activités	Ressources planifiées (a)	Ressources allouées		Ressources utilisées		Observations
		USD (b)	% (b/a)	USD (c)	% (c/b)	
Activité 1 :						
Activité 2 :						
Activité 3 :						

Tableau 4 : Recommandations

Activités	Recommandations
Activité 1 :	
Activité 2 :	
Activité 3 :	

V. METHODOLOGIE

La méthode de travail consiste :

- Les visites de courtoisie et les visites de terrains ;
- Les rencontres de travail ;
- Les entretiens.

VI. QUALITE DES PERSONNES A RENCONTRER

- Coordonnateur National du SSEI/MSP et son staff en charge de la surveillance épidémiologique ;
- Staffs de l'OMS et de l'UNICEF chargés de la surveillance épidémiologique ;
- Autorités administratives, militaires et traditionnelles ;
- Délégué Sanitaire Régional (DSR) et son staff ;
- ECD : Médecins Chefs de Districts (MCD), Médecins Chefs des Hôpitaux (MCH), Chefs de Zones (CZ), Chefs d'Antenne de la Surveillance Epidémiologique (CASE)... ;
- PF du projet (PF CSSI) et PF de Surveillance épidémiologique, Consultants de l'OMS et de l'UNICEF ;
- Responsables des Centres de Santé (RCS), Relais Communautaires (RC) sédentaires et nomades du projet ;
- Tradipraticiens identifiés briefés ;
- Enfants chez qui les prélèvements ont été faits et leurs parents.

VII. MOYENS

- **Ressources Humaines :**
 - ✓ 1 Consultant Epidémiologiste international ;
 - ✓ 1 Coordonnateur du Projet de Surveillance active des PFA/CSSI ;

- ✓ 1 Chef de Département Santé Publique et Développement/CSSI ;
- ✓ 1 Chauffeur/CSSI.
- **Ressources matérielles :**
 - ✓ 1 véhicule léger tout terrain ;
 - ✓ Fournitures de bureau.

VIII. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Dates	Activités
25/06/16	Arrivée du Consultant Epidémiologiste international
26 au 27/06/16	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec le Département Santé Publique et Développement et la Coordination du projet - Rencontres avec le Coordonnateur du SSEI et le SSEI, l'OMS et l'UNICEF
28 au 29/06/16	<ul style="list-style-type: none"> - Départ de N'Djaména pour Massakory - Visites aux Autorités Administratives... - Réunion avec le DSR, le CASE et leur staff - Réunions de travail avec les PF, MCD, l'ECD et les Consultants OMS et UNICEF - Visites des CS, RC, Tradipraticiens, enfants ayant été prélevés leurs parents - Départ de Massakory pour Bokoro
30 au 01/07/16	<ul style="list-style-type: none"> - Visites aux Autorités Administratives... - Réunions de travail avec les PF, MCD, l'ECD et les Consultants OMS et UNICEF - Visites des CS, RC, Tradipraticiens, enfants ayant été prélevés et leurs parents - Départ de Bokoro pour Massaguet
02/07/16	<ul style="list-style-type: none"> - Visites aux Autorités Administratives... - Réunions de travail avec les PF, MCD, l'ECD et les Consultants OMS et UNICEF - Visites des CS, RC, Tradipraticiens et Gérants de pharmacies identifiés briefés - Départ de Massaguet pour Mani
03/07/16	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres avec les Autorités Administratives... - Réunions de travail avec les PF, MCD, l'ECD et les Consultants OMS et UNICEF - Visites des CS, RC, Tradipraticiens - Départ de Mani pour N'Djaména
04/07/16	Restitution
05/07/16	<ul style="list-style-type: none"> - Dépôt de rapport de la revue rapide - Retour du Consultant Epidémiologique international

Fait à Ndjaména, le 16 juin 2016

Le Chef de Département Santé Publique et Développement du CSSI

Dr YONLI LAMOUDI

7.3: Proposition technique

1. COMPREHENSION DU CONTEXTE

Après avoir été classé au 1er rang des pays les plus affectés par la poliomyélite dans la région Afrique de l’OMS, le Tchad a atteint un statut d’arrêt de la transmission pour deux années consécutives (2013 et 2014), grâce à l’engagement continu du gouvernement appuyé par ses partenaires. En effet, des 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.

Toutefois, les craintes persistent sur une recrudescence possible de cas de poliomyélite car :

- les stratégies n’ont pas couverts tous les districts,
- les couvertures vaccinales restent faibles (52 % des enfants de moins d’un an ont reçu le VPO3 selon l’enquête de couverture vaccinale 2012) ;
- Existence de possibilité de réimportation transfrontalière avec l’épidémie régionale qui a commencé au Cameroun en Octobre de l’année 2013 ;

Ces craintes sont justifiées par les résultats de l’évaluation de la performance de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre d’une revue externe du PEV en juillet 2012 qui avait identifié de nombreuses faiblesses, amenant l’équipe d’évaluation à conclure 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.

Ces faiblesses se situent au niveau du personnel (nombre insuffisant et méconnaissance des cas et des procédures d’investigation), des délais d’acheminement très long des selles, de l’inexistence de la surveillance communautaire, de l’absence de supervision et de la retro information, et de cas de PFA non-détectés.

Concernant la région de Hadjer Lamis, elle compte en 2012 : 4 districts sanitaires, 55 zones de responsabilité dont 43 fonctionnelles. Elle comporte 2 districts frontaliers soit avec le lac Tchad et le Cameroun. La région est caractérisée par la faiblesse des indicateurs de surveillance PFA par rapport à la moyenne nationale et beaucoup de districts y sont silencieux.

C’est ainsi que CSSI s’est proposée d’apporter sa contribution afin de réduire la circulation des poliovirus sauvages dans cette région et partant dans le pays, à travers l’organisation d’une surveillance efficace des PFA.

L'objectif général du projet est de contribuer à l'arrêt de la transmission des poliovirus sauvages au Tchad.

Les objectifs spécifiques sont:

- ***Maintenir dans la région un taux de PFA non polio $\geq 2/100000$ 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).***

Les résultats attendus sont :

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

Les stratégies de mise en œuvre son :

- ***Le renforcement des capacités des différents acteurs impliqués dans la surveillance des PFA : le personnel de santé et les relais communautaires ;***
- ***Le développement du plaidoyer en direction des responsables administratifs, des leaders traditionnels et religieux;***
- ***Le développement de la collaboration avec les tradipraticiens ;***
- ***Le développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires;***
- ***La mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA ;***
- ***L'appui à la supervision et au monitoring à travers les points focaux.***

Le budget global du projet est de : 99 880 \$, pour une durée de 1 an.

La Fondation Bill & Melinda Gates (FBMG) est le seul partenaire financier du CSSI. L'OMS et l'UNICEF accompagnent le CSSI par les orientations, les conseils dans la formation et les supervisions. Le Ministère de la Santé Publique à travers le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (SSEI) appuie techniquement le CSSI dans la tenue des réunions.

Arrivée à la fin de la période d'une année, il est prévu de faire cette évaluation dont l'objectif principal est « d'évaluer les progrès accomplis dans l'atteinte des résultats attendus en 2015 et 2016, tout en favorisant l'appropriation du projet par les districts sanitaires concernées à travers une concertation franche, ouverte et transparente et le renforcement du partenariat entre le MSP, l'OMS, l'UNICEF et le CSSI qui est le partenaire de mise en œuvre (Annexe 1 : TDR).

2. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une évaluation finale qui se base sur les critères classiques de l'OCDE. Avant de commencer l'évaluation l'évaluateur s'imprégnera du projet et de ses résultats à travers les documents mis à sa disposition.

La méthodologie utilisée sera constructive et très participative. Une réunion de briefing sera organisée avec CSSI à N'Djaména et avec le DRS à Massakory pour recueillir leurs attentes et partager notre compréhension des termes de référence de l'évaluation. A cette occasion, le chronogramme de la mission sera mis à jour de commun accord.

Dans le cadre de la collecte des données, l'évaluateur rencontrera les acteurs impliqués dans la surveillance épidémiologique. Cela concernera :

- N'Djaména : le Service de la Surveillance épidémiologique, l'OMS et l'UNICEF,
- Sur le terrain : les Médecins-chefs des districts, les points focaux de la surveillance épidémiologiques du MSP et du projet, les responsables des centres de santé, les relais communautaires, les tradipraticiens, les leaders administratifs et religieux. Les enfants ayant fait l'objet de prélèvement seront également rencontrés.

Les rencontres avec les acteurs de terrain permettront de faire une évaluation participative qui leur donnera l'occasion d'apprécier les résultats obtenus, les causes et les solutions envisageables.

Les entretiens avec les relais communautaires, les leaders et les enfants prélevés permettront d'apprécier leur rôle et leur satisfaction du système de surveillance épidémiologique.

Le recueil des informations nécessaires à l'analyse va s'appuyer aussi sur les données des districts non appuyées.

L'évaluateur préparera des guides d'entretien adaptés à chaque groupe de personnes à rencontrer.

La mission va en permanence croiser les informations afin de valider les constats et les hypothèses.

Les aspects organisationnels, renforcement des capacités des acteurs, gouvernance et leadership, qualité des prestations feront l'objet d'attention particulière.

Pour structurer et fiabiliser l'exploitation des données recueillies, la mission va constituer des grilles d'analyse répertoriant les faiblesses et les acquis constatés du projet en tentant de définir pour chaque constat leurs facteurs causaux, qu'ils soient de nature institutionnelle, organisationnelle ou opérationnelle.

Une fois les données recueillies, analysées et exploitées, les constats établis seront mis en relation avec les critères évaluatifs de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité. L'évaluation permettra d'apprécier:

- La pertinence du projet et de ses stratégies par rapport au problème à résoudre : dispositif mis en place, motivation des acteurs, sensibilisation des leaders ... ;
- L'Efficacité du projet par rapport aux objectifs et aux résultats attendus (promptitude, qualité de prélèvement, cas dépistés,...) ;
- L'efficience du projet par rapport aux coûts ;
- La durabilité par rapport aux stratégies développées.

La formulation des recommandations qui s'en suivra tiendra compte des appréciations définies pour chaque critère d'évaluation et consistera à formuler des propositions d'amélioration du dispositif institutionnel, des modes opératoires et des activités du programme en lien avec les critères d'évaluation afin d'orienter la deuxième partie du programme.

A la fin de la mission sur le terrain, une rencontre de débriefing sera organisée à Massakory et une autre à N'Djaména afin de permettre aux acteurs de réagir au vu de la présentation des premiers résultats. Le rapport provisoire sera envoyé à CSSI 3 jours après la fin de la mission de terrain (chronogramme en annexe 2).

3. MOYEN HUMAIN

Le Dr. Mbaïtoloum Weina, l'évaluateur proposé est un médecin de santé senior, avec plus de 35 ans d'expériences professionnelles. Médecin spécialisé successivement en maladies tropicales, chirurgie d'urgence et enfin santé publique, il a gravi tous les échelons : médecin traitant, médecin chef d'hôpital, médecin chef de district avant de devenir médecin gestionnaire de grands projets comme ceux de l'Union Européenne, en appui au MSP. Il a effectué plusieurs missions de courtes durées pour des évaluations et définition de projets et programmes.

Il est membre de groupe chargé de suivre le système de surveillance épidémiologique, et à cet effet, en plus de ses connaissances du système de santé du Tchad, il est bien outillé pour mener à bien cette évaluation (voir CV en annexe 3).

4. ASSURANCE QUALITE

Afin de garantir la qualité de l'évaluation, le Dr. Charles SANI, également médecin de santé publique, est disponible afin d'accompagner l'évaluation afin de garantir la qualité des résultats.

7.4 : Itinéraire de la mission d'évaluation

ACTIVITES		Echéancier																
		Juil-2016																Août-2016
		15	L18	M19	M20	J21	V22	S23	D24	L25	M26	M27	J28	V29	S30	D31	L 1	
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	
Revue documentaire																		
Briefing à N'Djaména (CSSI, MSP, OMS)	CSSI : 8h30																	
	CSSEI / MSP: 10h30 ?																	
	OMS: ?																	
	UNICEF: ?																	
Finalisation briefing à N'Djaména et départ à Massakory, rencontre avec le DRS et son équipe cadre y compris le conseiller OMS et UNICEF	CS Birbarka 1 CAS et CS Bachom:																	
	Autorités (Gouverneur ou préfet) 11H00																	
	Réunion EC DSR: CASE + OMS+ Unicef: 11h30 13h																	
	CASE 13h																	
	ECD de Massakory+ PF: 15h																	
	PF/MSP																	
	PF (seul) CSSI																	
Séances de travail au district de MassaKory (ECD, RCS, RC, tradipraticiens, et enfants prélevés)	CS urbains (2): 8h - 9h30																	
	Hôpital (Péd et les urgences): 9h30 à 10h30																	
	Enfants/parents (2)																	
	Tradipraticiens (1): 11h																	
	RC (3): 12h																	
	15h : Départ pour Bokoro																	
Séances de travail au district de Bokoro (ECD, RCS, RC, tradipraticiens, et enfants prélevés)	Autorités: 10h																	
	ECD + PF+ OMS + UNICEF : 8h30																	
	PF / DS: 10h30																	
	PF CSSI (Seul)																	
	CS (2)																	
	Enfants/parents (2)																	
	RC: 2																	
	Tradipraticien (1)																	
	Départ Massaguet: 16h																	
	Relais de Gamma et Moito																	
Séances de travail au district de Masaguet (ECD, RCS, RC, tradipraticiens, et enfants prélevés)	Autorités: 10h																	
	ECD + PF+ OMS + UNICEF : 8h30																	
	PF/MSP																	
	PF CSSI (Seul)																	
	CS urbain (2 cas détecté)																	
	RC: 2																	
	Tradipraticiens: 1 + pharmacie (2)																	
	départ pour MANIE 15H																	
	CS de... + RC																	
Séances de travail au district de Mani (ECD, RCS, RC, tradipraticiens, et enfants prélevés)	Autorités: 10h																	
	ECD + PF+ OMS + UNICEF : 8h30																	
	PF/MSP																	
	PF CSSI (Seul) CS urbain + HD: Cas? CS de Nibèque																	

7.5 : Bilan de mise en œuvre des activités

Bilan de mise en œuvre des activités				
Activités	Responsable	indicateur	Situation au 20 juillet 2016	Commentaires
Renforcement des procédures de surveillance				
1. Faire une revue rapide du système de surveillance des PFA dans les régions ciblées	Coordinateur projet et Consultant	Rapport de la revue rapide	Non réalisée	Les informations données par l'OMS ont été jugées suffisantes
2. Apporter un appui technique aux districts pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance	Points focaux CSSI	% DS ayant un plan de visite de sites de surveillance	Réalisée à 100%	Les PF établissent régulièrement les plans de visite qui sont disponibles
3. Réaliser les visites dans les formations sanitaires ciblées et auprès des relais communautaires et tradipraticiens	Points focaux CSSI	% de visites réalisées	Réalisée	Voir tableau ...
4. Assurer la notification des cas de PFA	Responsables formations sanitaires	# cas de PFA notifiés par les formations sanitaires	Réalisée à 100%	... cas en 2015 et ... cas en 2016
5. Assurer la recherche active et notification des cas de PFA	Points focaux CSSI et RC	# cas de PFA notifiés par les RC	Réalisée	3 cas
6. Appuyer les MCD et points focaux des districts dans l'investigation dans les 72 heures de tout cas de PFA	Points focaux CSSI	% des PFA investigués dans les 72h	Réalisée à 100%	Toutes les investigations ont été faites en moins de 48H
7. Participer dans les 72 h à la riposte des cas chauds	Points focaux CSSI	# rapports de ripostes sur les cas	Non réalisée	Pas de cas chaud
8. Appuyer les DS pour le prélèvement des échantillons et l'acheminement dans les délais	Points focaux	% d'échantillons adéquats	Réalisée à 100%	Les échantillons ont été prélevés dans les 24h selon les normes
		% échantillons acheminés dans les délais	Réalisée à 100%	Les échantillons ont été envoyés avant les 3 jours
Renforcer les capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire				
9. Former/recycler les responsables des centres de santé, responsables d'unités des 3 hôpitaux de district sur la surveillance des PFA	Points focaux CSSI	# cliniciens formés dans les sites de surveillance	Réalisée à 100%	Tous les RCS et le personnel des hôpitaux ont été briefés en continue par les PF, le CASE et les ECD
10. Identifier et former des relais communautaires (sédentaires, nomades) sur la notification des cas de PFA	Points focaux CSSI	# relais communautaires formés désagrégé en sédentaires et nomades	Réalisée à 100%	38 relais sédentaires et 10 relais nomades identifiés et formés
11. Doter les relais communautaires nomades et des zones difficiles d'accès en téléphone et crédits	Direction CSSI	# relais communautaires nomades et zones difficiles d'accès disposant de téléphones avec crédits	Réalisée à 100%	30 téléphones et des crédits ont été donnés aux RC
12. Identifier et Former les tradipraticiens sur la notification des cas de PFA	Points focaux CSSI	# tradipraticiens formés	Réalisée à 100%	20 tradipraticiens identifiés et briefés
13. Réaliser des visites de suivi des relais et tradipraticiens	Points focaux CSSI	# tradipraticiens suivis	Réalisée	Voir pt 3
Plaidoyer et mobilisation sociale				
14. Organiser des visites à domiciles (VAD) auprès des ménages dans le cadre de la surveillance PFA	Relais communautaires	% relais communautaires formes visitant au moins 40 ménages par mois	Réalisée à 100%	Réalisées régulièrement par les RC
15. Effectuer des visites à domiciles (VAD) dans les zones nomades des districts dans le cadre de la surveillance PFA	Relais nomades	% relais nomades qui ont effectue des VAD communautaires auprès de leurs populations	Réalisée à 100%	Réalisées régulièrement par les RC nomades
Coordination, suivi et évaluation				

16. Réaliser une réunion de lancement avec le MSP et les partenaires (OMS, UNICEF)	Coordinateur Projet	Rapport de lancement	Non réalisée	Non budgétisée
17. Mettre en place le staff et les moyens logistiques	Direction CSSI: Coordonnateur	Etat d'affectation du staff	Réalisée à 100%	1 Coordonnateur appuyé par le staff CSSI
18. Participer aux réunions du niveau central sur la surveillance épidémiologique	Coordinateur Projet	# réunions avec participation du Coordinateur	Réalisée	Le coordonnateur a participé à 5 réunions pour la période
19. Participer aux réunions mensuelles des PF de surveillance au niveau régional pour l'analyse des données de surveillance	Points focaux CSSI	# réunions mensuelles des points focaux réalisées	Non réalisées	Pas de réunions spécifiques mais des réunions SSEI et autres
20. Elaborer et transmettre les rapports périodiques dans les délais	Points focaux CSSI et Coordonnateur	# rapports transmis aux partenaires	Réalisée	Les rapports produits par les PF avec des retards
21. Réaliser des missions de suivi des équipes de terrain	Coordinateur Projet Directeur	# missions supervisions réalisées	Réalisée à 100%	6 missions du Coordonnateur et 2 missions staff CSSI
22. Réaliser l'évaluation finale du projet	Fondation BMG	Rapport d'évaluation finale	Non réalisée	Attend fin projet

7.6 : Réalisation des visites des sites de surveillance

% de visite de sites de surveillance réalisés dans les 4 DS.			
Objectifs	1er semestre du projet (Jul-Déc. 2015)	2e semestre du projet (jan.- juin 2016)	Total (juillet 2015 - juin 2016)
Priorité 1 = 100%	Priorité 1: 235/264 => 89,35%	Priorité 1: 292/292 => 100%	Priorité 1: 527/556 => 94,78%
Massakory	39/45	36/36 =	
Bokoro	51/70	124/124	
Massaguet	13/16	47/48	
Mani	132/132	48/48	
Priorité 2 = 80%	Priorité 2: 142/157=>90%	Priorité 2: 161/164 => 98,17%	Priorité 2: 303/321 => 94,39%
Massakory	24/26	12/12	
Bokoro	20/25	74/76	
Massaguet	20/28	47/48	
Mani	78/78	28/28	
Priorité 1 = 60%	Priorité 3: 52/68=>77,94%	Priorité 3: 112/116 => 99,55%	Priorité 3: 164/184 => 89,13%
Massakory	7/12 =	6/6 =	
Bokoro	9/9 =	23/26	
Massaguet	29/39 =	67/69	
Mani	8/8 =	16/15	

7.7 : Comparaison des indicateurs SSEI des DSR voisines

Indicateurs du SSEI dans les DSR voisines				
2013				
	Cas attendus	Cas notifiés	Taux de PFA non polio	% de selles adéquats
Hadjer Lamis	6	21	5,46	67%
TCHAD	127	500	7,4	80%
2014				
Hadjer Lamis	7	14	4,11	85,7
Chari Bag.	7	18	4,89	72,2
Kanem	4	8	3,99	87,5
N'dja.	11	53	8,92	90,6
Lac	5	13	4,99	69,2
Total	135	393	5,82	84,2
2015				
Hadjer Lamis	7	22	6,25	86,4
Chari Bag.	7	20	5,56	90
Kanem	4	7	3,58	71,4
N'dja.	12	34	5,75	91,2
Lac	5	20	7,42	71,4
Total	137	435	6,3	87,1
1er semestre 2016				
Hadjer Lamis		18		
Chari Bag.		9		
Kanem		7		
N'dja.		14		
Lac		8		

7.8 : Autres maladies sous surveillance

Cas de Fièvre jaune dépistés				
DS	2015			2016
	1er semestre	2e semestre	Total en 2015	1e semestre
Massakory	0	4	4	2
Bokoro	1	2	3	2
Massaguet	1	6	7	5
Mani	2	5	7	8
Total DSR	4	17	21	17
Cas de Rougeole dépistés				
DS	2015			2016
	1er semestre	2e semestre	Total en 2015	1e semestre
Massakory	1	0	1	9
Bokoro	76	0	79	2
Massaguet	2	0	2	3
Mani	3	7	10	12
Total DSR	82	7	92	26
Cas de Tétanos dépistés				
DS	2015			2016
	1er semestre	2e semestre	Total en 2015	1e semestre
Massakory	1	3	4	0
Bokoro	3	0	3	0
Massaguet	1	2	3	1
Mani	0	0	0	1
Total DSR	5	5	10	2
Cas de Méningites dépistés				
DS	2015			2016
	1er semestre	2e semestre	Total en 2015	1e semestre
Massakory	2	0	2	1
Bokoro	2	0	5	2
Massaguet	0	0	0	0
Mani	4	1	5	2
Total DSR	8	1	9	5

7.9 : Synthèse rapport financier

TABLEAU DE SUIVI BUDGETAIRE OPERATIONNEL EN DOLARD

Libellé	Budget	Dépenses de juillet à décembre 2015	Dépenses de janvier à juin 2016	cumul des dépenses	Solde disponible	taux d'exécution %
<i>Personnel</i>	34 000	12 467	20 965	33 432	568	98,33
<i>Travel</i>	28 920	17 346	12 331	29 677	-757	102,62
<i>Consultant</i>	2 800	0	0	0	2 800	0,00
<i>Capital Equipment</i>	5 500	3 479	2 456	5 935	-435	107,91
<i>Other Direct Cost</i>	15 660	12 119	3 142	15 261	399	97,45
TOTAL DIRECT COST	86 880	45 411	38 894	84 305	2 575	97,04
Indirect Cost	13000	6 812	5 834	12 646	386	97,04
Frais de gestion 15%	13 000	6 812	5 834	12 646	386	97,04
TOTAL GENERAL	99880	52 223	44728	96 951	2961	97,04

7.10 : Liste de personnes interviewées

	Nom/Prénom	Fonctions	Contacts
1	ABDEL AZIZ HAMDAN	Consultant UNICEF Massakory	66341724/90286075
2	ABDERAMAN YOUSOUF	RCS Moïto	66467900/95871166
3	ABDOULAYE MAHAMAT YOUR	RCS Mani	66437564/99137154
4	AHMAT HISSEIN	MO et RC Bokoro 1	
5	ALHADJ MBACHIR	RC	99594265/65482804
6	ALIFA BONGAYE	MO	90703649
7	BEKONLEYO KOLE MARTIN	CZ / PF SSEI	66660900/ 93838980
8	BERME HAM DOUL	Gest. DS Mani	66266402/90444302
9	DANIEL AKOUANE	Gestionnaire DS Gama	60406070/90644624
10	DAREBAYE CEDRIC	consultant OMS Mani	62347819
11	DAUGLA DOUMAGOUM	Directeur CSSI	
12	DJERANE LE DADJE OLIVIER	RCS Douguia / PF CSSI	
13	DJETOLOUM ERIC	Surveillant général	66435910
14	DR ADAÏTO BERMENDORA	Pédiatrie HR Massakory	63205834
15	DR CHINGNABO ABO LEMONE	Maternité	66479651
16	DR DJIMTA MICHAEL	MCD Mani	66481691/90883344
17	DR DJON YABO SODJE	MCD de Gama en interim à Bokoro	66426208
18	DR DOCTEUR ZENAS GANGBOUSSOU	Assistant	98566669 / 66513315
19	DR MAHAMAT SAJET OUMAR	DSR Massakory	66142545/95905100
20	DR RAKHIYA MAHAMAT MOUSSA	Médecine	90802208
21	Dr YONLI YAMOUDI	Chef de département Santé Publique et Développement CSSI	
22	DR ZARIF AGHA ARYA	MCD interim Massaguet	63963531
23	HAOUA DJIBRINE	PHARMACIEN	99840146
24	HASSAN BAMBIA	RC (2015) Tchaouaï	
25	HISSEIN ISSA SALLAM	PF CSSI DS Bokoro	66290629/93097777
26	KOUABA RATSALA ECREBELE	Licence en science infirmières	66602889/99602889
27	KOUMANHBASSE JUSTIN	Resp. PEV, PF CSSI Massaguet	66259131
28	LASSIMIGUE NDOUDO	RCS/PF CSSI	66315491
29	LE PREFET	Bokoro	
30	MAHAMAT ABDERAHIM MALLAYE	Resp. Wash	66252793
31	MAHAMAT AHMAT ABAKAR	Surveillant général HD Mani	97485401/66775666
32	MAHAMAT BACHAR	RCS Bokoro I	90161820/66228342
33	MAHAMAT CHIDI ABDALLAH	RCS Ngoura	66385203/99321939
34	MAHAMAT HISSEIN DOUA	RCS CS Massakory 1	99826710/66207411
35	MAHAMAT MEHEDI	Gest. DS ManiMassaguet	66184666/95123492
36	MAHAMAT NASSIR ALI BARKA	Surveillant général HD Massaguet	99811492/66419397
37	MAMADOU TOGBA	consultant UNICEF Massaguet	66351794
38	MARIAM MBODOU	IDE/ RCS Massaguet urbain	99482420/62402241
39	MAYENANE LAZARE	CZ / PF SSEI DS Massaguet	66630921
40	MOUSSA MAHAMAT MOUSSA	IDE/ RCS	66722927

41	PREFET	Massaguet	
42	RASSEM EDMOND	Coordonnateur du Projet	68814816 /98302232 rassem.edmond@yahoo.com
43	SALET HASANE ADIKER	CASE Massakory	99844386/62311611 hassanadikersaleh@yahoo.fr
44	SALETH MAHAMAT ABANI	CZ DS Mani et PF SSEI	
45	SALIM DJOROU YAHYAM	Gestionnaire DS Bokoro	66281796/95281796

7.11 : Modèle rapport mensuel

DSR HL

DS

Projet de Surveillance active des PFA

RAPPORT D'ACTIVITES

Période/mois :

N.B. : Adapter ce canevas pour les rapports d'activités mensuels, trimestriels et annuels du Projet de Surveillance active des PFA en copiant et renommant le fichier et en effaçant les indications et exemples pour garder les rubriques ou titres d'orientations.

Introduction

Indications : il s'agit de formuler une petite introduction qui annonce :

- les activités prévues comparées aux activités réalisées ;
- les résultats prévus comparés aux résultats attendus ;
- les activités imprévues réalisées (ce sont les autres activités réalisées qui ne sont pas dans le projet mais qui ont un lien avec le projet, par exemple les autres maladies sous surveillance, les campagnes de vaccination...);
- les difficultés rencontrées et les solutions trouvées ou proposées (ce sont les points faibles, inclure les points forts à la fin des difficultés/points faibles) ;
- les activités prévues pour la prochaine période ;
- les perspectives d'avenir ou suggestions ou recommandations ;
- la conclusion.

Objectif général

Indications : il se trouve dans le document de projet. Cependant, si on ne le met pas la Coordination du projet le mettra.

Objectifs spécifiques

Indications : ils se trouvent dans le document de projet. Cependant, si on ne les met pas la Coordination du projet les mettra.

Activités prévues comparées aux activités réalisées et résultats prévus comparés aux résultats attendus

Indications : il est souhaitable d'utiliser ce modèle de tableau pour comparer les activités prévues et réalisées, les résultats prévus et réalisés. Bien numéroter les activités et les résultats comme indiqués dans le document de projet si non rédiger sans les numéroter et la Coordination mettra les numéros. Bien quantifier les activités prévues soit pour toute l'année soit pour une période donnée et bien quantifier ces activités qui sont réalisées au cours de la période couverte par le rapport en précisant la quantité complètement achevée et la quantité en cours de réalisation tout en tenant compte du lieu ou des lieux (noms des sites/localités/chez les tradipraticiens de...) où ces activités se mènent),

mettre les dates et résumer le contenu des discussions lors des rencontres et des visites avec les interlocuteurs. Faire de même pour les résultats. Nous laissons en exemple le contenu de ce tableau qui contient les activités et les résultats de WASH dans un camp de réfugiés. Pour utiliser ce tableau, il suffit de remplacer ce contenu de WASH avec les activités et résultats de la Surveillance active des PFA.

Activités prévues	Activités réalisées
A1. Ravitaillement des chantiers en matériaux et matériel de construction	Les 2 chantiers ont été ravitaillés intensément du 01 – 02 décembre 2011 puis progressivement jusqu’au 07 décembre 2011 en sable, rôniers, bambous, sacs vides de 100 Kg vides, ciment et autres matériaux importés de construction ainsi qu’en matériel de construction.
A2. Formation pratiques des couturiers des sacs pour faire des sillons	10 couturiers à la machine et leurs aides ont été formés en couture et partage de sacs pour faire des sillons. Plus de 50 couturiers à la main dont plus de 30 femmes ont été formés en couture et partage de sacs pour faire des sillons.
Activités prévues	Activités réalisées
A3. Couture et partage des sacs pour faire des sillons	Les sacs vides de 100 Kg ont été cousus à la machine et partagés en 3 par sac pour faire des sillons. Les petits sacs obtenus ont été distribués au fur et à mesure pour être remplis de sable (fabrication des sillons).
A4. Formation pratique des réfugiés en techniques de construction des latrines avec des sillons et des dalles en plastique	Plus de 98 réfugiés adultes hommes et femmes ont été formés en dimensionnement et creusement des latrines circulaires, en fabrication des sillons, en construction des fosses avec les sillons et à la mise en place de la dalle et de la superstructure avec les plastics sheetings.
A5. Réhabilitation des 30 latrines de l’Ecole de Moyo	Les travaux exécutés sont le nettoyage des lieux, la fixation des dalles, la mise en place des superstructures en plastics sheetings et le remblaiement des enceintes.
A6. Implantation et construction d’au moins 200 latrines communautaires avec des sillons et des dalles en plastique dans les 12 quartiers du camp de Moyo	204 latrines communautaires de diamètre 1,30 m et de profondeur 2 m ont été implantées et construites dans les 12 quartiers du camp de Moyo soit 17 latrines par quartier. Pour éviter l’éboulement, les parois des fosses ont reçu un soutènement de sillons. Il faut noter que ces dimensions n’ont pas été scrupuleusement respectées. Ce qui a entraîné une consommation excédentaire de sacs. Les dalles ont été posées sur des rôniers solides. Ce qui garantit la sécurité des usagers de ces latrines.
A7. Gardiennage du chantier de réhabilitation des latrines de l’Ecole de Moyo	Afin d’éviter les cas de vol et le sabotage du chantier, le CSSI a fait garder spécifiquement le chantier pour 2 jours. Le relai est assuré par les gardiens de l’Ecole et l’Association des Parents d’Elèves (APE).

A8. Suivi technique et gestion des chantiers	Le suivi technique et la gestion des chantiers ont été efficacement assurés par les techniciens du CSSI. La préparation et le ravitaillement des chantiers ainsi que la mobilisation des bénéficiaires se sont faits avec la participation active de l'UNHCR et de la CNARR. Le DIS a assuré la sécurité des personnels sans faille jusqu'à la fin des chantiers.
Résultats prévus	Résultats obtenus
R1. 30 latrines de l'Ecole de Moyo seront réhabilitées.	30 latrines de l'Ecole de Moyo sont réhabilitées. Ces latrines sont opérationnelles depuis le 02 décembre 2010.
R2. Au moins 200 latrines communautaires seront construites dans les 12 quartiers du camp de Moyo	204 latrines sont construites dans les 12 quartiers du camp de Moyo. 83 de ces latrines sont opérationnelles depuis le 05 décembre 2011 et la totalité (les 204) le sont le 08 décembre 2011.

Activités imprévues réalisées/Autres activités réalisées

Indications : mettre les dates et les activités réalisées avec les lieux où elles sont menées. Exemple : Du 21 au 22 novembre 2011, une évaluation des 19 forages réalisés par l'entreprise SCRIT pour le compte des réfugiés de Moyo a été faite. Un rapport conjoint (SCRIT, CSSI, UNHCR, CNARR) a été produit. Le but était de relever les choses à faire sur chaque forage pour que l'entreprise le fasse et rentre en possession de la retenue du montant du marché pour garantie.

Difficultés et solutions

1. Points faibles :

Exemple

- Le chantier de réhabilitation des latrines de l'Ecole de Moyo n'a pas connu de difficultés remarquables. Sauf, si on n'a pas pu garder le chantier, les voleurs auraient volé les dalles et les plastics sheetings. Ils ont été renvoyés deux fois la nuit où le chantier a été fini et on a surpris à 21 H de la même nuit un autre qui a réussi à entrer dans une latrines.
- C'est dans le chantier de construction des latrines communautaires dans les quartiers qu'on a relevé un certain nombre de difficultés :
 - La difficulté majeure réside dans le dimensionnement des ouvrages. Les constructeurs n'ont pas respecté le diamètre et la profondeur donnés ; ils ont tout augmenté en diamètre et en profondeur. Alors, au lieu que 1 anneau de sillons soit fait de 3 sillons, il est fait de 4 sillons.
 - La deuxième difficulté réside dans la perte des sillons qui s'éclatent, de même que dans le remplissage des sillons au 4/5 et les sillons utilisés pour le dallage.
 - La troisième difficulté est que le devis a prévu 200 latrines communautaires mais les usagers en ont fait 204.
 - Il est à noter que la construction des latrines avec soutènement des parois de la fosse en sacs de sable est notre première expérience sans briefing d'un ancien constructeur.

Ces grandes difficultés ont entraîné la consommation supplémentaire des matériaux. Comme solution, après évaluation conjointe UNHCR-CSSI vers la fin du chantier, l'UNHCR a décidé et autorisé le complément pour l'achèvement du chantier.

2. Points forts :

Activités prévues pour la prochaine période (.../.../... au .../.../...)

Indications : il s'agit des activités du projet programmées pour être réalisées de telle date à telle date. Préciser les lieux où se mèneront ces activités et si possible les dates prévues.

Perspectives d'avenir/suggestions/recommandations

Indications : il s'agit de lister ce qu'il faudrait faire ou ne pas faire pour la bonne marche et la réussite des activités et donc du projet.

Exemple :

Pendant la construction des latrines communautaires que nous venons de réaliser, les bénéficiaires ont posé beaucoup de questions. Pour eux, pendant les évaluations passées et les AGDM, ils avaient demandé des latrines familiales qui seraient plus hygiéniques, bien entretenues et dureraient un peu de temps. Ils comparaient ces latrines à celles d'urgence ayant la même profondeur et qui étaient remplies en trois mois d'utilisation. Ils ont aussi dit qu'avant c'était 1 latrines pour 4 familles mais maintenant c'est 1 latrines pour 3 familles sinon moins.

On conviendrait avec nous que ces latrines qui viennent d'être construites sont encore une deuxième édition de latrines d'urgence. Nous proposerions pour 2012 la construction des latrines familiales de 3 m de profondeur pour répondre aux aspirations des bénéficiaires aussi bien que pour consacrer les moyens à d'autres ouvrages et activités de WASH.

Conclusion

Indications : généralement il s'agit de résumer les choses en donnant ses propres appréciations et les avis des uns et des autres sur les activités menées et les résultats obtenus.

Exemple :

Les chantiers sont bien exécutés sans accident ni dispute. Les ouvrages sont insuffisants en nombre mais bien construits, satisfaisants et permettent pour le moment d'atténuer la problématique de la gestion des excréments humains dans le camp de Moyo.

Exemple de date de fin de rapport, nom, fonction et signature du rédacteur:

Fait à Haraze Mangueigne, le 09 décembre 2011

RASSEM Edmond

Spécialiste de WASH CSSI Haraze

Références- Documents consultés

1. Les TDR
2. Le projet de surveillance active des paralysies flasques aiguës dans les 4 DS de la DSR de Hadjer Lamis (Massakory, Bokoro, Massaguet et Mani)
3. Documents de l'atelier des PF, MCD et DSR du 09 au 10 septembre 2015
4. Les rapports de mission du Coordonnateur
5. Les rapports des réunions bilans de décembre 2015 et avril 2016
6. Les documents de Hub de Mao de novembre 2015
7. Les documents de formation CSSI en septembre 2015
8. Update PFA BMG 2e semestre 2016
9. Formatin RC et briefing tradipraticiens 2015
10. Rapports d'activités mensuels de septembre 2015 à juin 2016
11. Données CASE 2015
12. Donnée de la surveillance épidémiologique:IDS 2014, 2015, 2016
13. Fiche de notification des cas
14. Fiche de rapport des PF
15. Plans de visite des sites
16. Rapport annuel d'activités CSSI (septembre – décembre 2015)
17. Synthèse du budget