PD-ABR-036

99121

CONGO COUNTRY PROGRAM
TECHNICAL VISIT TO KINSHASA
DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO
JULY 6-17, 1998

Michel Pacque

BASICS Technical Directive No 000 CG 01 001
USAID Contract No HRN-C-00-93-00031-00

TABLE OF CONTENTS

ACKNOWLEDGMENTS v

ACRONYMS vii

PURPOSE OF VISIT 1

BACKGROUND 1

TRIP ACTIVITIES AND FINDINGS 2
- Preparation of the Upcoming NIDs 2
- Strengthening of Routine EPI Activities 3
- Epidemiological Surveillance 4
- Other 4

RECOMMENDATIONS 6

APPENDIXES
- Appendix A Scope of Work
- Appendix B Schedule
- Appendix C ACP Press Release
- Appendix D Draft National Policy Document
- Appendix E Letter from Director LMTE/PEV to UNICEF
- Appendix F Results of Vitamin A Distribution during the 1997 LIDs
- Appendix G Vitamin A in the Second Round of the NIDs
- Appendix H Measles Cases in Kinshasa

ACKNOWLEDGMENTS

The author thanks all those who provided assistance during this visit, including the Ministry of Health PEV-LMTE, USAID, UNICEF, WHO He particularly thanks Dr Michel Othepa and Mr Dan Nelson

ACRONYMS

ACP	Agence Congolaise de Presse
AFP	Acute Flaccid Paralysis
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCG	Bacillus of Calmette and Guerin (tuberculosis vaccine)
BCZS	Bureau Central de la Zone de Sante
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CS	Centre de Sante
CF	Chaine de Froids
CV	Couverture Vaccinale
D R Congo	Democratic Republic of the Congo
DTC	Diphterie, Tetano et Coqueluche
EPI	Expanded Program on Immunization
EPICENTRE	French NGO, affiliate of Medecins Sans Frontieress
FAO	Food and Agricultural Organization
ICC	Interagency Coordinating Committee
IEC	Information, Education and Communication
JLV	Journees Locales de Vaccination
JVN	Journees Nationales de Vaccination
LID	Local Immunization Day
MOH	Ministry of Health
NGO	Non-governmental Organization
NID	National Immunization Day
OMS	Organisation Mondiale de la Sante (WHO)
OPV	Oral Polio Vaccine
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PEV-LMTE	Programme Elargi de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance
PFA	Paralysie Flasque Aigue
Polio	Poliomyelitis
PVO	Private Voluntary Organization
RDC	Republique Democratique du Congo
TDCI	Troubles Due aux Carence en Iode
TO	Technical Officer
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti-Tetanique
VPO	Vaccin Polio Oral
VVM	Vaccine Vial Monitor

WHO	World Health Organization
WHO/AFRO	World Health Organization/African Regional Office
ZS	Zone de Sante

PURPOSE OF VISIT

BASICS Technical Officer Dr Michel Pacque visited the Democratic Republic of the Congo to collect information on ongoing activities and review progress made in strengthening the D R Congo's Expanded Program on Immunization (EPI) activities as agreed upon in the memorandum of understanding signed by the Ministry of Health, WHO, UNICEF, USAID and BASICS

In close collaboration with the Local Immunization Technical Consultant Michel Othepa, the Resident Technical Advisor Dan Nelson and partners, especially the Ministry of Health, UNICEF, WHO, information was collected on ongoing activities and progress made in the development, implementation, assessment and documentation of interventions leading to 1) sustainable increases in immunization coverage, 2) control of vaccine-preventable diseases, and 3) rehabilitation of an integrated Expanded Program on Immunization within the context of decentralized primary health care in the D R Congo (See Scope of work in Appendix A)

BACKGROUND

The D R Congo is the third largest country on the African continent, with an area roughly the size of the United States east of the Mississippi River The population is approximately 50 million, with an estimated 10 million children less than 5 years of age Infant, child and maternal mortality rates are unacceptably high

Despite enormous natural resources, poor management and political upheaval have kept the country on the list of least developed nations Road infrastructures are quasi nonexistent and communication is a nightmare

In 1995 the D R the Congo started to implement Local Immunization Days (LIDs) using oral polio vaccine (OPV) in the principal urban areas These activities were funded primarily by the Foundation of Belgian Rotary Clubs and the Government of Belgium, with support from WHO, UNICEF and other NGOs present in the country In August 1997, a joint WHO, UNICEF, USAID and BASICS team visited the country in order to develop a plan for the revitalization of the Expanded Program on Immunization (EPI) The mission made recommendations regarding the 1997 LIDs the 1998 National Immunization Days (NIDs) and routine EPI services

The 1997 LIDs in the 47 urban areas including Kinshasa were a success, with a reported coverage of 85 percent This success prepared the country for the organization of the first NIDs, planned for August/September 1998 The polio eradication effort is combined with an initiatives to revitalize the routine EPI and to establish a national epidemiological surveillance system

TRIP ACTIVITIES AND FINDINGS

The information presented in this report was collected from committee and subcommittee meetings, as well as small group meetings and individual interviews and discussions (See Appendix B for schedule)

Preparation of the Upcoming NIDs

Given the importance of the NIDs and the common determination to succeed, the planning of the NIDs has received from all partners the attention it deserves The partners have worked steadfastly toward the goal of vaccinating 10,000,000 children The Ministry of Health has demonstrated a high level of commitment, as expressed by the priority this activity receives from the Minister of Health, who is personally engaged in seeking support from his colleagues in other ministries

Contributions are made by the government and more are offered and expected since "children are given the highest priority in the national reconstruction" (Minister of Health, see also press release in Appendix C) Contributions in kind and money from several ministries are being discussed For example, the Ministry of Transportation has pledged approximately $600,000 in fuel for the NIDs, the Ministry of Information will provide air time on public radio and TV for publicity spots, the Ministry of Sports is participating in the organization of sports tournaments in support of the NIDs, and, the Ministry of the Interior has facilitated opening of landing strips in the interior to allow for air shipment of cold chain material

The previously established timeline of activities has been generally respected with no insurmountable delays warranting the postponing of the NIDs Accomplishments to date include

- Provincial medical inspectors and their teams as well as governors are mobilized and have participated in most cases in the preparation and execution of the provincial activities
- All planned coordination committees have been established at the national level, although the presidential decree has yet to be signed
- Micro-plans for the NID activities at the peripheral level were drafted by the district medical officers (*medecins chefs de zone de santé*) The results from the planning sessions were analyzed and presented to the central Interagency Coordination Committee and the National Coordination Committee
- Committee and subcommittee planning meetings are held on a weekly basis Special meetings are organized to deal with arising problems, issues or specific tasks The minister of health, as vice president of the National Coordination Committee, participates in selected National Coordination Committee meetings and is briefed by the National Coordinator on a daily basis
- Some health zones are identified as weak or "problem zones " They will receive special attention during the upcoming monitoring missions in which specially briefed central

level teams will visit specific areas to identify and resolve chronic and/or last minute problems These teams will also profit from the field visit to update peripheral committees on the latest developments from the central level

An important shortfall in available funding has been identified Donors have committed to date about $5,000,000 out of the estimated $9,000,000 needed to complete the two rounds of NIDs successfully These funds will cover the OPV, cold chain equipment and other materials, transportation costs, the micro-planning and evaluation activities, and minimal payments to personnel to cover incidental expenses

The distribution of vaccines to the regions has already begun, with half of the vaccines shipped from the capital Transport of cold chain material is also under way Some budget lines remain underfunded The most important include social mobilization, local transportation during the NIDs and allowances for the field teams The Technical Committee has recommended that funds available from the central level for allowances should be equally distributed between field teams from all regions To overcome the deficit in the allowances budget, fundraising efforts are under way at the central, provincial and local levels To fill the gap in the fuel and transportion budget, commitments have been received from the Ministry of Public Works and Transport, as well as from local governors The funding situation is constantly updated at the central level

Previous efforts of the Resource Mobilization Committee were judged insufficient by the NID coordinator A new president was assigned to this committee and several initiatives have been launched, including a televised fundraising dinner at the Hotel Intercontinental

Contributions from the Belgian Rotarians have not yet been committed for the 1998 NIDs The Belgian delegation (ambassador) has been contacted and UNICEF has also agreed to follow up Even if the funds are committed, it is now doubtful if they could be made available before the first round NID

Strengthening of Routine EPI Activities

EPI planning sessions were held in conjunction with the NID micro-planning sessions During these sessions regional and local health personnel received updates on EPI techniques and activities (e g , the VVM, cold chain and vaccine management, coverage rate calculations, indicators, supervision and vaccination strategies)

Essential planning data were collected during these routine EPI micro-planning sessions, but has not yet been fully exploited

An evaluation of EPI antennae is ongoing Results of this evaluation will help establish priorities and improve support for these antennae

A draft proposal for the revised national EPI policy was circulated by the National Program among technical experts at PEV for discussion The technical officer and the local immunization technical consultant had the opportunity to review and discuss this draft document and make amendments (see Appendix D) Data from the micro-planning sesions will be included in the final document Some issues need to be discussed in a larger forum (e g , the inclusion of vitamin A and the choice of measles vaccine, see Appendix E, Letter from PEV-LMTE Director to UNICEF)

Parallel to the drafting of a national health policy, the PEV *fiches techniques* still need to be reviewed and updated BASICS can act as a catalyst in promoting both these activities Once these documents are finalized, a training and monitoring plan will need to be drafted for health agents at all levels

WHO has identified and is in the process of training/briefing four provincial logisticians who are to be based in Goma, Mbuji Mayi, Kikwit, and Kinshasa They are now awating the signing of their contracts before going out to their posts A coordinator/supervisor has also been identified and will arrive in Kinshasa after his training, which was taking place during the visit

Epidemiological Surveillance

WHO has taken the lead on this activity A macro plan for the surveillance has been elaborated and during the NID micro-planning sessions surveillance was one of the topics addressed A surveillance unit is now active at PEV, composed of PEV staff, staff members of the "Fourth Directorate/Division of Epidemiology," WHO, BASICS, the national laboratory (INRB) and EPICENTRE

Procedures for collecting stool samples and reporting AFP to WHO/AFRO have been established Some stool samples were received, and polio virus was identified in some cases (two out of six) A national workshop on surveillance was recently organized to update PEV staff at the regional and sub-regional level

Other

BASICS Work/Activity Plan

During the visit, we had the opportunity to discuss with local BASICS staff and partners the BASICS "work plan" and planned activities till February 1999 Some minor changes were proposed

1) Following the decision to add vitamin A to the second NID round, we propose to add "Assist the MOH (PEV & TDCI) with preparations and training to include vitamin A supplementation during the second round NIDs "
beginning dates 7/ 98 - *end date* 9/98
key persons Othepa / Pacque (R Fields)
expected outcome Expected vitamin A supplementation coverage 80 percent

2) Given the needs identified during Bernard Fabre's recent consultancy, we propose the following
"Assist MOH in reviewing material and logistics needs for routine EPI, considering pre-established criteria for 'functional health centers "
beginning dates 10/98 *end date* 1/99
key persons Othepa / Nelson / consultant
expected outcome Cold chain equipment and logistics requirements at all levels reviewed and an action plan developed

Vitamin A

During the visit we also had the opportunity to review the progress made so far in the documentation of the results of the inclusion of vitamin A during the previous LIDs and to discuss the inclusion of vitamin A in the second round of the 1998 NIDs (see also Appendixes F and G) During the first round of the 1997 Kinshasa LIDs, vitamin A was distributed to 585,874 out of an estimated 640,000 children aged 9 to 59 months Children aged 9 to 11 months were to receive 100,000 IU and children 12 to 59 months 200,000 IU of vitamin A

For the age group under 1 year, drops of vitamin A were squeezed from the capsules after piercing them with BCG needles A lack of adequate training in this procedure caused some confusion resulting in overdosing some children under one Many agents complained about the "messy" situation caused by the oil spills of vitamin A A close look at the reports of children dosed with 100,000 units reveals that errors were made in either determining age, conforming to the target populations or reporting errors (74,000 out of a target population of 38,000 children reportedly received vitamin A) The reported overall 91 percent coverage reached equals the coverage of the measles vaccination which was included to the second round LIDs in Kinshasa

Whereas we are fully in support of including vitamin A during the NIDs, it will be difficult to evaluate the impact of the Kinshasa exercise given the unavailability of information on vitamin A deficiency in the city Moreover, an annual supplementation needs to be synchronized with seasonal peaks in deficiencies Other mechanisms to provide vitamin A on a four to six month basis need to be put into place since the dosage is only protective for a period of about six months We also restated the recommendation to provide better means than BCG needles in the future to open the capsules

Measles Vaccination

Data available at the PEV office on reported measles cases in Kinshasa is inconclusive as to the effect of the inclusion of measles vaccine during the second round of LIDs in Kinshasa (see Appendix H) Data available regarding age distribution of measles cases shows that about 20 percent of cases are aged 0-8 months, arguing in favor of early vaccination

We feel, however, that the routine data is difficult to interpret We have therefore proposed a format for additional data collection in a few selected sites This will provide a better insight on the impact of the inclusion of measles vaccine during NIDs in Kinshasa and help guide discussions of measles strategy during the definition of the national policy (see Appendix H)

With the local immunization technical consultant, results from local trials with the polio vaccine vial monitors (VVM) were discussed These results indicate that, with the proper precautions, it is possible to extend the cold chain for at least three days This information will be shared with field staff during the upcoming follow-up visits and has practical implications in the many areas of the country where the ice-making capacity is insufficient

RECOMMENDATIONS

It is recommended that NID funds earmarked for allowances and transport be equally distributed between field teams of all regions and not be targeted for a selected few privileged areas of the country

Contributions of the Belgian Rotarians and the Belgian government for the 1998 NID are not committed yet The Belgian medical delegation in Kinshasa should be contacted by the ICC and invited to participate in the National Coordination Committee meetings

A policy document has been drafted There is now a need to follow up on this and start an open dialogue on issues such as choice of measles vaccine and the inclusion of vitamin A in the EPI activities

After the NIDs, other mechanisms to provide vitamin A on a four to six month basis need to be established We also recommend providing better means other than BCG needles to open vitamin A capsules

There is also a need to evaluate the impact of the inclusion of measles vaccine during the LIDs The Technical Committee should discuss a methodology for obtaining reliable measles morbidity rates

APPENDIXES

APPENDIX A
Scope of Work

Appendix A
Scope of Work

In close collaboration with the Resident Technical Advisor (Dan Nelson), the Local Immunization Technical Consultant (Michel Othepa), and partners (especially the Ministry of Health, UNICEF, WHO, and other members of the Inter-Agency Immunization Committee), the Technical Officer (TO) will review progress made to date in the development, implementation, assessment and documentation of interventions leading to sustainable increases in immunization coverage, control of vaccine-preventable diseases, and rehabilitation of an integrated EPI within the context of decentralized Primary Health Care in the D R Congo

If appropriate the TO will participate in the tri-monthly update of the EPI workplan

The TO will discuss with partners the planned activities for September 1998 through February 1999

The TO will review with the Resident Technical Advisor, the Local Immunization Technical Consultant and, as appropriate, with the EPI staff progress made so far on the technical agenda as agreed upon in the "Memorandum for the record" Progress made in the following will be documented

- planning of the NIDs
- review of the EPI policies and updating of the technical manuals
- design of a training and supervisory plan of health agents at all levels
- design of a master plan to revitalize the EPI
- operationalization of the epidemiological surveillance unit and action plan for AFP surveillance

The TO will also provide as appropriate input, assistance and guidance in the team's work as well as review with the Local Immunization Technical Consultant the progress made so far in the following

- documentation of program and research findings
- documentation and monitoring of experience with the use of cold chain monitoring tools, such as Vaccine Vial Monitors
- evaluation of the inclusion of measles vaccine and Vitamin A during the LIDs in 1997

APPENDIX B
Schedule

Appendix B
Technical Officer Michel Pacqué
Schedule Highlights

Tuesday, July 7

18 35 Arrival in Kinshasa

Wednesday, July 8

Meeting with BASICS Congo staff Dr Michel Othepa and BASICS consultant Bernard Fabre
Technical Committee meeting

Thursday, July 9

National coordination committee meeting
Meeting with USAID

Friday - Saturday, July 10 - 11

Meetings with Dr Michel Othepa

Monday, July 13

Social Mobilization Committee Meeting
Debriefing of Bernard Fabre

Tuesday, July 14

More discussions with Michel Othepa, now joined by Dan Nelson

Wednesday, July 15

Technical committee meeting
Meeting with UNICEF

Thursday, July 16

National Coordination Committee meeting

Friday, July 17

Final discussions with UNICEF, WHO and Director PEV-LMTE

APPENDIX C
ACP Press Release

Appendix C
ACP Press Release

APPEL DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE AUX MEMBRES
DU COMITE NATIONAL DE COORDINATION DES JNV

Kinshasa, 17/07 (ACP) - Le ministre de la Sante Publique, vice-president du comite national de coordination des journees nationales de vaccination (JVN), le Dr Jean Baptiste Sonji a lance jeudi un appel aux membres de son comite en vue d'une plus grande disponibilite au regard des tâches quotidiennes, en rapport avec ces journees Au cours d'une reunion de travail qu'il a presidee a l'intention des membres du comite national de coordination, au siege du Programme elargi de vaccination (PEV), le ministre de la Santé Publique a souligné la priorité que le gouvernement accorde à tous les enfants qu'il a le devoir de proteger, dans le cadre de l'effort de reconstruction nationale et de la santé pour tous Il a a cette occasion annonce que du côte du gouvernement, tous les ministres sont deja sensibilises sur leur implication effective a ces journees et que les resultats concrets, selon lui, ne tarderont pas a se manifester sur le terrain Le Dr Sondji a en outre invite les membres du comite a travailler la main dans la main et dans la transparence pour que ces journees constituent une reussite, a eviter d'être a la base des perturbations des preparatifs des JVN Le Dr Mashako, president dudit comite a fait savoir, de son côte, au ministre, les difficultes auxquelles ils sont confrontes dans la distribution du materiel de vaccination dans les provinces et zones de sante dont l'acces est difficile, avant de parler du probleme des fonds alloues a ces journees Selon un membre du comite, il y a certaines autorites politico-administratives qui ont interdit l'organisation des activites ayant trait aux preparatifs des JNV dans leurs entites Pour ce faire, les membres du comite ont invite le ministre de la Sante Publique a solliciter l'implication de ces autorites a cette manifestation a caractere national

APPENDIX D
Draft National Policy Document

Republique Démocratique du Congo
MINISTERE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PEV-LMTE

DÉCLARATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Brouillon du 20 juillet 1998

15

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION (P.E.V.)

DÉCLARATION DE LA POLITIQUE NATIONALE

I. PRÉAMBULE

II. ENONCE DE LA POLITIQUE

III. BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

IV. STRATÉGIES DE LUTTE

V. DIRECTIVES TECHNIQUES

VI. CADRE INSTITUTIONNEL

I PREAMBULE

Le Programme Elargi de Vaccination en Republique Democratique du Congo, est ne a la suite de la Campagne Nationale de l Eradication de la Variole (CNEV) Le programme a fonctionne initialement

sous forme d equipes mobiles et localisees dans 17 principales villes du pavs Apres l'adoption de la politique des soins de sante primaires par notre pavs les activites de vaccination furent integrees dans les zones de sante la vaccination etant une composante des soins de sante primaires

L appui a l intensification des services de vaccination de routine et l acceleration sous forme des mini-campagnes dans 30 principales villes du pavs (1989-1990) dans le but d augmenter la couverture vaccinale chez les enfants de 0 a 23 mois ont caracterise l ancienne cooperation du Ministere avec ses partenaires (USAID UNICEF) Les deux strategies complementaires ont conduit a des resultats suivants

- Une augmentation de la couverture vaccinale en milieu urbain pour une population de plus de 6 500 000 habitants (CV pour la rougeole de 93% pour les villes avant termine les trois phases d acceleration)

- L extension des activites de vaccination dans les zones de sante rurales (une augmentation de plus 50% de 1986 a 1989)

- Un accroissement de l'accessibilite des services de vaccination en equipant 800 nouveaux centres de sante ce qui fut passer l accessibilite theorique de 40% a 57%

- Le renforcement de svsteme de distribution des vaccins en equipant les depots relais sous regionaux du PEV en materiels du PEV (chaîne de froid, seringues et aiguilles materiels roulants)

L absence des structures de perennisation des activites de vaccination dans les villes avant accelerees n a pas permis le maintien de la couverture vaccinale atteinte L'evaluation nationale de la couverture vaccinale realisee en 1991, a montre des taux de couverture vaccinale tres bas pour l'ensemble du pays (B C G 65 % , DTC3 32% , VPO3 32% , VAR 31 % Seulement 22% d'enfants de 0 a 11 mois etaient completement vaccines)

Cette situation s est degradee davantage suite aux evenements de pillage et au desengagement total de l'Etat par l'impaiement des salaires du personnel (demotivation) et de la degradation des infrastructures existantes Cette situation s'est traduite par une baisse de la performance des equipes du terrain et l'eclosion d epidemies de poliomyelite et de rougeole a travers le pays L'enquête sur la situation de la femme et de l'enfant organisee par l'Unicef et le Gouvernement en 1996 a montre des donnees suivantes

B C G	46 6%
DTC3 / VPO3	26 5% / 27 9%
VAR	39 0%
VAT2	32 7%

La politique actuelle doit viser le renforcement des activites de vaccination dans les zones de sante surtout dans celles ou les epidemies ont ete rapportees et dans celles renfermant un grand nombre des populations deplacees

II ENONCE DE LA POLITIQUE

La politique nationale de la RDC en matiere de la lutte contre les maladies cibles du PEV sera basee sur la vaccination svstematique de tous les enfants de 0 a 11 mois contre la tuberculose, la

poliomyelite le tetanos la coqueluche la diphterie et la rougeole

Les autres maladies evitables par la vaccination comme l Hepatite B la Fievre jaune la Meningite et probablement la vitamine A dans le cadre du ***programme PEV-plus*** devront etre integrees au Programme selon la politique de L OMS en fonction des ressources disponibles

Tenant compte du faible niveau de la couverture vaccinale a travers le pays tous les enfants de 12 a 59 mois (12 a 36 mois pour la rougeole) non vaccines lors de leur premiere annee de naissance devront être recuperes et vaccines lors de leurs contacts avec les services de sante (en cas de maladie ou de consultations prescolaires) Cette politique des occasions manquees de vaccination devra etre appliquee meme pour les enfants de moins d un an

Dans le but de proteger les enfants contre le tetanos au cours de leur premier mois de naissance (tetanos neonatal) toutes les femmes en age de procreer devront recevoir 5 doses de vaccin anti-tetanique en trois ans dans le but de bien proteger ces enfants a la naissance a travers leurs meres Les strategies de lutte contre le tetanos neonatal devront comprendre, en plus de la vaccination des femmes en age de procreer l accouchement en milieux proteges et l observation des principes d asepsie lors des pratiques de circoncision ou de perçage d'oreilles

III BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le but du programme est de contribuer a une meilleure survie des enfants de notre pays au cours de leurs 5 premieres annees de vie, en reduisant la morbidite et la mortalite causee par la tuberculose infantile la rougeole, le tetanos neonatal la poliomyelite la coqueluche et la diphterie Pour la poliomyelite nous avons souscrit a l'objectif de l'Assemblee Mondiale de la Sante celui de l'eradiquer d'ici l'an 2000

Le programme va viser les objectifs d'atteinte des taux eleves de couverture vaccinale par la vaccination de routine, d'organisation des journees nationales de vaccination de qualite et reussies et de la mise en place d'un systeme de surveillance - action, efficace, a base communautaire Tout cela devra s integrer dans le cadre de developpement des soins de sante primaires, d'une maniere durable

IV STRATEGIES DE LUTTE

Trois strategies de base sont recommandees de maniere a reduire la morbidite et la mortalite dues aux maladies evitables par la vaccination

a Le renforcement de la vaccination de routine par le developpement des centres fixes de vaccination (strategie fixe de vaccination), l'organisation de la strategie avancee vers les poches de faible couverture sanitaire et la constitution des equipes mobiles, a partir des antennes PEV vers les zones de sante non fonctionnelles Dans les centres de sante fixes, la vaccination a tout contact devra être effective dans le but de reduire les occasions manquees de vaccination

b L organisation des activites de vaccination supplementaires, notamment les journees nationales de vaccination et le ratissage autour des foyers epidemiques

c La surveillance epidemiologique des PFA et d'autres maladies cibles du programme Cette

surveillance devra se faire grâce a la mise en place d un svsteme d alerte precoce et de prise de decision l investigation des cas et l organisation des reponses a des epidemies

V DIRECTIVES TECHNIQUES

V 1 Maladies cibles du PEV & autres maladies a integrer

Six maladies evitables par la vaccination constituent notre cible a l heure actuelle Il s agit de la tuberculose infantile de la poliomvelite du tetanos de la diphterie de la coqueluche et de la rougeole D autres maladies recommandees par l'OMS (Hepatite B Fievre jaune Meningite) pourront être integrees dans le programme en fonction de la disponibilite des ressources

En collaboration avec le Centre de Planification Nutritionnelle (CEPLANUT), le Programme de lutte contre les troubles dus aux carences en iode (TDCI) et de la lutte contre la carence en vitamine A la supplementation en vitamine A aux femmes apres l accouchement et aux enfants pendant les contacts de vaccination pourra egalement être associee au programme de vaccination dans le cadre du programme PEV-plus

V 2 Population cible

La population cible pour le Programme reste les enfants de 0 a 11 mois et les femmes en age de procreer Comme le niveau de vaccination reste encore faible a travers le pavs, il existe beaucoup d enfants ages d'un an et plus non encore vaccines Ces enfants devront être rattrapes par le programme de vaccination chaque fois qu ils seront en contact avec le service de sante (lors d'une consultation curative ou pendant les consultations prescolaires)

En ce qui concerne les femmes pour la vaccination anti-tetanique, la cible visee sont les enfants qui vont naître de ces femmes A l'absence d'une logistique suffisante et des strategies appropriees pour vacciner toutes les femmes en age de procreer, l'attention devra être focalisee sur toutes les femmes enceintes L'evaluation de la couverture vaccinale anti-tetanique devra tenir compte de la population cible utilisee et du fait que cette couverture est toujours cumulative

V 3 Souches vaccinales VAR recommandees

Deux souches vaccinales de la rougeole sont actuellement d'usage en RDC (la souche Edmonston Zagreb -- EZ-- a Kinshasa des l'age de six mois et la souche Schwarz pour le reste du pays a l'age de 9 mois) L'objectif du Programme est soit de tendre vers une souche vaccinale unique sur toute l etendue du pays soit de continuer a utiliser les deux souches avec une politique zones urbaines vs zones rurales Cette decision devra être prise sur base des donnees epidemiologiques de la rougeole dans les deux milieux

V 4 Calendrier vaccinale en vigueur

Le calendrier vaccinal recommande sur l ensemble de la Republique Democratique du Congo (RDC) est celui recommande par l OMS et se presente de la maniere suivante

a Pour les enfants de 0-11 mois

Antigenes	Age de la vaccination	Observations
BCG / VPO 0	A la naissance	VPO0 est une extra-dose
DTC1 / VPO1	6 semaines apres la naissance	
DTC2 / VPO2	10 semaines apres la naissance	4 semaines apres la premiere dose
DTC3 / VPO3	14 semaines apres la naissance	4 semaines apres la deuxieme dose
VAR	6 mois / 9 mois	6 a Kinshasa/9 mois ailleurs

b Pour les femmes en age de procreer

Vaccin anti-tetanique (VAT)	Quand donner	Observations
VAT1	Premier contact (pendant la CPN ou autre)	Une dose ne protege pas
VAT2	4 semaines apres VAT1	3 ans de protection
VAT3	6 mois apres VAT2	5 ans de protection
VAT4	1 an apres VAT3 ou lors de la prochaine grossesse	10 ans de protection
VAT5	1 an apres VAT4 ou lors de la prochaine grossesse	Protection durant toute la periode de la vie reproductive

Note Pour la vitamine A, les femmes allaitantes devront recevoir un supplement de 200 000 UI par voie orale une fois lors de l'accouchement ou pendant les deux mois suivants Les enfants de 6 a 11 mois devront recevoir 100 000UI et ceux âges de 12 a 59 mois, 200 000 UI Les doses pour les enfants devront être repetees une fois tous les 4 a 6 mois par an Quand les nourrissons de moins de six mois ne sont pas nourris au sein il faut envisager une supplementation avec 50 000 UI de vitamine A avant qu ils atteignent six mois

V 5 Service de vaccination, est-il payant ?

Le service de vaccination est gratuit sur toute l'etendue de la RDC Les zones et centres de sante retirent les vaccins gratuitement des toutes les structures PEV de stockage des vaccins Toutefois, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, les zones de sante font payer les cartes de consultation prescolaire qui servent de support pour la documentation des vaccinations effectuees

V 6 Vaccins (qui achete ? Initiative de l independance vaccinale a long terme ?)

Jusqu a ce jour les vaccins sont paves par les partenaires traditionnels du Ministere de la Sante Publique Il s agit de l Unicef de l'OMS, de Rotary de CDC et de l'USAID Cette situation devra

changer et le Gouvernement devra prendre ses responsabilites en achetant lui-meme ses vaccins dans le cadre de l initiative de l independance vaccinale (objectif a long termes)

V 7 Gestion des vaccins (stock recommande a chaque niveau ? Stock d alerte ?)

Les besoins en vaccins ne devront pas etre estimes uniquement sur base des donnees theoriques (qui tiennent compte de l objectif de la couverture vaccinale a atteindre de la population cible du taux de perte) mais egalement en tenant compte des zones de sante fonctionnelles de l experience des consommations anterieures avec attention sur le suivi des stocks Au niveau du depôt central un stock strategique de six mois est recommande alors que ce stock est de trois a quatre mois au niveau des depots provinciaux Dans les zones de sante le stock recommande est celui de un a deux mois selon la capacite de stockage de l antenne Les centres de sante sans frigo ne doivent pas avoir le stock de plus d une semaine Si le centre de sante dispose d'un frigo il peut avoir un stock d un mois

V 8 Materiels minimum de vaccination par structure–antenne, BCZS CS-- (chaine de froid, materiels d inoculation materiels de sterilisation, materiels roulants)

Les materiels PEV minima recommandes par structure sanitaire se presentent de la maniere suivante

1 Centre de sante (CS)
- Deux boîtes isothermes
- Un kit B sterilisateur
- Un kit B seringues
- Une bicyclette
- Stock de cartes de consultation prescolaire
- Differents formulaires et fiches du PEV (fiches techniques PEV, formulaires de rapports de vaccination collecte des donnees epidemiologiques, des fiches d investigation des cas,)
- Un rechaud et du kerosene

2 Bureau central de la zone de sante (BCZS)
- Un grand frigos de 240 litres (avec au moins trois thermometres)
- Deux a trois petits frigos de 24 litres (a remettre aux sites secondaires de stockage)
- 2 boites isothermes (un pour les vaccins et l'autre pour le transport des echantillons des selles)
- 1 glaciere avec accumulateurs de froid de 600 gr
- Au moins 100 accumulateurs de froid de 300 gr et environ 30 de 600 gr
- Un congelateur (pour la congelation des accumulateurs)
- Une moto et au moins 2 bicyclettes
- 600 litres de kerosenes pour les ZS sans electricite
- Les differentes fiches et formulaires PEV
- 200 litres d essence pour la supervision des activites
- Un stock de pieces detachees (pour la CF, sterilisateur,)

3 Au niveau des antennes PEV
- Une chambre froide (avec compartiment positif et negatif) dans les antennes au niveau provincial (selon le cas)
- Deux a trois congelateurs 400 litres (antenne sans chambre froide)
- Deux a trois frigos 240 litres

21

- Stock de pieces detachees pour la chaine de froid et outillage de maintenance
-Un vehicule 4x4 (et 600 litres de gasoil)
- Une moto (et 400 litres d essence)
- Au moins 800 litres de kerosene

V 9 Securite des injections (quels materiels et comment ?)

La politique nationale recommande l utilisation d une seringue d une aiguille pour chaque enfant Pour ce fait l utilisation des seringues et des aiguilles resterilisables est recommandee dans la vaccination de routine dans tous les centres de sante Les sterilisateurs a vapeur *Certoclav* et les kits des seringues resterilisables devront être distribues a tous les centres de sante qui pratiquent la vaccination

Lors des vaccinations de masse les seringues jetables ou autobloquantes seront vivement recommandees Les boites de recuperation de seringues usees devront être distribuees a tous les centres impliques dans la campagne et la politique de destruction de ces seringues et aiguilles clairement expliquee

V 10 Surveillance de la qualite des vaccins (Temperature PCV)

La surveillance de la qualite des vaccins devra se faire par le suivi du fonctionnement du frigo ou de congelateur Ce suivi devra se faire chaque jour par

- l'observation du niveau du kerosene et de la qualite de la flamme (dans les zones sans electricite)
- le suivi de la temperature du frigo deux fois par jour
- l'observation de la pastille de contrôle des vaccins (PCV) pour le vaccin polio oral (VPO) pendant les seances de vaccination et d'autres indicateurs muets
- l'observation de la date de peremption des vaccins

V 11 Supervision des activites sur le terrain

La supervision devra être consideree comme une activite importante a mener pour d'une part nous assurer que les activites sont en train de se faire comme prevues et, d'autre part motiver le personnel qui est sur le terrain Elle devra se faire a des differents niveaux la supervision des centres de sante par le superviseur ou le medecin chef de zone de sante, la supervision des zones de sante par le chef d'antennes PEV (les zones difficiles devront être supervisees par le Medecin coordonnateur du PEV avec ou pas le chef d'antenne) La supervision des antennes et des coordinations PEV se fera par le niveau central

A chaque niveau de supervision une fiche de supervision reprenant les principaux points a suivre devra être disponible Tous les points forts et faibles du supervises devront être discutes et une retro information faite immediatement

V 12 Utilisation de flacons de vaccins entames pour les seances ulterieures de vaccination

Les vaccins coûtent de plus en plus cher et le nombre de bailleurs qui achetent les vaccins pour les pays en developpement ne fait que diminuer L'OMS recommande une politique qui a pour but la reduction de taux de gaspillage de vaccins dans les services de vaccination de routine

Les flacons entames des vaccin anti-poliomyelitique oral de vaccin DTC et anti-hepatique pourront etre conserves pour une utilisation lors de seances ulterieures de vaccination et ce jusqu a la livraison de nouveaux lots sous les conditions suivantes

- leurs dates de peremption ne doivent pas etre depassees
- ils doivent etre conserves dans la chaine de froid comme il convient (0-8°C)
- les flacons de vaccin qui ont ete utilises en dehors du centre de sante (strategie avancee journees de vaccination), doivent être jetes a la fin de la journee

Les flacons entames de vaccin contre la rougeole et la fievre jaune ainsi que le B C G doivent être jetes a la fin de chaque seance de vaccination

Tout flacon entame de vaccin doit être immediatement jete
- si les regles d asepsie non pas ete rigoureusement respectees
- si on suspecte que le flacon a ete contamine
- s il apparait clairement que le flacon a ete contamine (modification de l'aspect particules en suspension)

V 13 Rapports d activites (contenu, frequence circuit)

Le rapport d'activites devra comprendre toutes les activites realisees au niveau de chaque structure vaccins reçus et distribues vaccinations effectuees et taux de perte, maladies et epidemies declarees, investigation des epidemies ou des cas organisation de la riposte contre les epidemies, activites de formation, de supervision Ce rapport devra se faire mensuellement Le circuit recommande est celui du Centre de sante au Bureau Central de la Zone de Sante (BCZS) , du BCZS a l'antenne PEV et l'antenne PEV l'envoie a la Coordination provinciale du PEV et l'Inspection medicale provinciale La coordination provinciale PEV envoie le rapport au PEV central (service des statistiques)

V 14 Surveillance Epidemiologique

La mise en place d un systeme de surveillance des cas de PFA et des autres maladies cibles du PEV repondant aux exigences des objectifs de la decennie, devra être a la base de la politique de notre pays Cette politique doit evoluer progressivement (de la notification sentinelle jusqu'a la notification systematique avec la participation de la communaute), de maniere a rendre possible la certification de l'eradication de poliomyelite

Dans le cadre de l'eradication de la poliomyelite l'attention devra être concentree sur la detection de tous les cas de PFA polio ou non polio, l'investigation des cas detectes, le prelevement de deux echantillons de selles chez chacun de ces cas (le premier dans les deux semaines qui suivent le debut de la paralysie et le deuxieme 24 h a 48 heures apres le premier prelevement) Ses selles devront être acheminees vers le laboratoire national pour l'identification du polio virus Tous les cas positifs devront être envoyes au laboratoire de reference pour la determination de la souche

Le systeme de surveillance integree devra comprendre la surveillance des autres maladies cibles du PEV-LMTE a savoir la rougeole le tetanos neonatal le paludisme les maladies diarrheiques et les infections respiratoires aigues

V 15 Evaluation du programme

Le Programme devra faire l objet d une evaluation periodique en rapport avec les objectifs fixes (objectifs a court et a long termes) Cette evaluation devra tenir compte de tout le processus (intrants necessaires prevus pour le programme vaccins materiels de la chaîne de froid d inoculation. de communication de transport) de la performance (niveau de vaccination atteint (couverture vaccinale atteinte population couverte par un service de vaccination) et de l impact de cette performance (reduction de la morbidite et de la mortalite)

Selon la decision de Comite Inter-Agences sous-Commission vaccination une evaluation externe du programme pourra etre envisagee

VI CADRE INSTITUTIONNEL

VI 1 Au niveau national

La tutelle du Programme sera assuree par le Ministere de la Sante Publique La coordination du Programme PEV sera assuree par un Medecin coordonnateur national sous la Direction du Programme Elargi de vaccination et de Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance en sigle PEV-LMTE

VI 2 Au niveau Provincial

La coordination du Programme sera assuree par le Medecin Coordonnateur du PEV-LMTE, en tant que conseiller technique du Medecin Inspecteur Provincial Le Medecin coordonnateur du PEV-LMTE est aide, dans ses taches par les responsables d Antennes PEV

VI 3 Au niveau de la Zone de sante

A ce niveau, le programme sera execute par l'ensemble d'agents de sante dans les secteurs publics et prives sous la coordination du Medecin chef de Zone de sante

VII 4 Rôle de la communaute

En ce niveau, toute la population devra s impliquer dans la mise en oeuvre des activites de vaccination en leur milieu La communaute devra jouer un rôle important dans l'amelioration du niveau de la vaccination et dans la notification de cas des maladies Des activites d'information, d'education et de communication devront être developpees en faveur de la communaute En rapport avec la surveillance des maladies cibles du programme, des definitions simples de cas des maladies cibles du PEV pour les profanes, devront être developpees et enseignees a la communaute Sur base de ces definitions de cas, tous les cas suspects seront conduits aux centres de sante pour une notification De même les enfants seront conduits vers les centres de sante pour être vaccines

APPENDIX E
Letter from Director PEV-LMTE to UNICEF

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION ET DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L ENFANCE
«PEV/LMTE»
DIRECTION

Kinshasa, le 01 JUIN 1998

Transmis Copie pour l'information au
- Son Excellence monsieur le Ministre de la Santé Publique
- Monsieur le Directeur de la 4ème Direction
- Monsieur le Représentant de l'OMS
- Dr Jean Marc OLIVE

(TOUS) à KINSHASA/GOMBE

N/Réf PEV/LMTE/DIR/331/98

A Monsieur le Representant
de l'UNICEF/RDC
a KINSHASA/GOMBE

Objet Votre message

Monsieur le Représentant,

Nous venons de recevoir une copie du message de Jean Marc Olive, adressé au Dr OSSENI au sujet des souches de vaccin anti-rougeoleux utilisees dans notre pays Nous venons également d'être informés de la décision de votre bureau qui, sans nous avoir avertis n'a commandé pour cette année que la souche SCHWARZ du vaccin anti-rougeoleux pour tous le pays C'est cette décision unilatérale qui est vraiment regrettable car vous l'aviez prise sans nous avoir consultés, changeant ainsi notre politique nationale

Nous voulons ici mettre l'accent sur le fait que cette politique, avant d'être adoptée en 1992, avait fait l'objet d'une réflexion profonde basée sur la revue des données épidémiologiques de la rougeole à Kinshasa, les résultats de certaines recherches opérationnelles menées à Kinshasa, la recommandation de l OMS en 1998, pour les pays dont la rougeole constituant un problème de santé publique chez les jeunes avant de la vaccination Pour votre information,

nous rappelons que le projet de contrôle de la rougeole à Kinshasa(1989-1992) était basée sur les points suivants :

- Depuis environ 10 ans, la rougeole est restée endémique à Kinshasa, avec des pics épidémiques une fois tous les deux ans.
- au cours de cette période, la couverture vaccinale est restée stationnaire à un niveau relativement bas (autour de 40%) ne pouvant pas empêcher l'éclosion d'une épidémie.
- Environ 30% de cas de rougeole déclaré étaient âgés de moins de 9 mois trop jeunes pour être vaccinés.

Une étude sur la tendance des anti-corps (anti-rougeoleux) maternels chez 162 enfants de 3-10 mois qui ont fréquenté une clinique dans un grand hôpital de la place(janvier 1987), a montré qu'après 5 mois d'âge, seulement 16% avaient un taux d'anticorps anti-rougeoleux supérieurs à 55m IU Le modèle logistique regressionnel appliqué à ces données avait prédit qu'à cet âge, 90% d'enfants perdaient les anticorps jusqu'au niveau non détectable à l'âge de 6 mois L'âge des mères, le poids des enfants à la naissance, et leur état nutritionnel n'avaient pas contribué à ce modèle mathématique
Toutes ces données avaient augmenté l'intérêt de réduire l'âge de la vaccination contre la rougeole à Kinshasa. L'équipe de la vaccination à Kinshasa, réunis pour examiner les données (les pédiatres, les responsables du Projet Santé pour Tous Kinshasa, les Médecins Chefs de Zone de la ville et les cadres du PEV/LMTE avait adopté la politique de vacciner contre la rougeole à Kinshasa à 6 mois, utilisant la souche Edmonston Zagreb à concentration standard (4 7 Log 10 unités infectieuses par dose)

L'introduction de cette souche vaccinale et le changement du calendrier vaccinale à Kinshasa ont demandé une grande préparation · information du public et des professionnels de santé, révision des fiches F2, environ, 200 centres de Santé qui vaccinaient à l'époque (aujourd'hui beaucoup plus) et une étude de séro-convesion dans un des centres de santé pour vérifier le niveau de séro-convesion deux semaines après la vaccination Cette préparation a durée 3 mois à Kinshasa.

Si on décide de réintroduire la souche Schwarz à kinshasa, il faudra prendre les mêmes préparations pour éviter que cette souche qui ne protège pas à 6 mois soit utilisée à 9 mois.

S'il en est ainsi, en cas d 'épidémie, beaucoup d 'enfants vaccines (avant 9 mois) resterons susceptibles et feront sûrement la rougeole

Le contraire est aussi vrai pour le reste du pays à moins que la souche et le calendrier actuels ne changent pas

Nous suggérons que nous nous retrouvions autour d'une table (UNICEF, OMS, BASICS et PEV) pour rediscuter de ce problème, l'évaluer et prendre une décision une fois pour toute En plus, comme le vaccin anti-rougeoleux SCHWARZ commandé par vos services n'est pas encore livré, nous proposons que le quota de Kinshasa soit changé en souche EZ et que l'on se prépare pour un changement éventuel

Nous vous prions d'agréer, monsieur le représentant, à l'assurance de notre très haute considération.

LE MEDECIN DIRECTEUR DU PEV-LMTE

Dr NYANDU BASAMBOMBO

APPENDIX F
Results of Vitamin A Distribution during the 1997 LIDs

Appendix F
Results of Vitamin A Distribution during the 1997 LIDs

Rapport sur l'administration de la vitamine A aux enfants âges de 9 a 59 mois lors des JLV-Kinshasa

1 Introduction

Quarante millions d'enfants au moins en age prescolaire sont carences en vitamine A et 13 millions d'entr' eux sont deja atteints des lesions oculaires Tous les ans, il y a entre 250 000 et 500 000 enfants d'age prescolaire qui perdent totalement ou partiellement la vue, par suite d'une carence en vitamine A On estime que pres de deux tiers de ces enfants mourront quelques mois apres avoir perdus la vue (Conference internationale sur la nutrition FAO/OMS, Rome, 1992)

L'avitaminose A cause la perte de la vision crepusculaire et peut aboutir a une xerophtalmie cecitante, notamment chez les enfants en age prescolaire En plus, des donnees recentes semblent prouver que, la ou le probleme d'avitaminose A se pose avec acuite, il contribue a l'augmentation de la mortalite chez les nourrissons et les jeunes enfants Cette mortalite parait être associee a la gravite accrue de certaines maladies notamment la rougeole, les maladies diarrheiques et les infections des voies respiratoires

En 1997, le programme de lutte contre les troubles dus a la carence en iode et aux autres micros nutriments (TDCI), avec le financement de l'OMS, avait realise une enquête sur la prevalence de l'avitaminose A dans trois zones de sante des provinces du Bas-Congo, de Bandundu et du Kasai Oriental Le probleme a ete observe dans les provinces de Bandundu et du Kasai Oriental -- dans les zones de sante de Kiri et de Kabinda respectivement – Le taux de xerophtalmie dans la population d'etude etait d'au moins 1 02% Dans la zone de Kabinda en particulier, un cas d'ulcere corneen, un cas de cicatrice corneenne, un cas de cecite suite a la destruction du globe oculaire consecutive a la rougeole ont ete detectes parmi les enfants curieux de moins de 10 ans, qui observaient l'equipe des enquêteurs et qui ne faisaient pas partie de l'echantillon retenu dans cette zone de sante (Rapport TDCI , 1997)

Ces donnees montrent que la carence en vitamine A existe en RDC, et peut même revêtir une importance de sante Publique dans certaines zones de sante

Dans le but d'etudier encore le phenomene, le TDCI, avec le financement de l'Unicef, a deja planifie l'organisation d'une enquête nationale sur la prevalence de l'avitaminose A vers le mois de septembre ou d'octobre 1998

En octobre 1997, le Programme Elargi de Vaccination (PEV), en collaboration avec ses partenaires habituels (OMS, UNICEF, Fondation Rotary Belge, USAID, BASICS) avait organise des Journees Locales de Vaccination (JLV) contre la polio dans 47 principales villes du pays dont Kinshasa Au cours de ces journees de vaccination, la vitamine A a ete administree aux enfants âges de 9 a 59 mois (100 000 UI pour chaque enfant âge de 9 a 11 mois et 200 000 UI

pour ceux âges de 12 a 59 mois) Le present rapport presente les donnees de la ville de Kinshasa uniquement

2 Organisation sur le terrain

La vitamine A a ete administree au niveau des sites de vaccination, en même temps que le vaccin polio oral Les infirmiers charges d'administrer cette vitamine ont ete prealablement formes sur la façon d'ouvrir les capsules (utilisant les aiguilles de B C G), de sortir les gouttes et le nombre de gouttes à donner a chaque enfant en tenant compte de son age Les techniques d'administration ont ete expliquées et pratiquees par les personnes identifiees avant la campagne proprement dite (comment ouvrir les capsules, et le nombre de gouttes a donner aux enfants en tenant compte de leurs groupes d'age - - 3 gouttes aux enfants de moins de un an et 6 pour les autres) Les capsules de vit A furent distribuees au niveau des sites de vaccination en même temps que le vaccin anti-polio

3 Resultats

640,748 enfants de 9 a 59 mois etaient attendus pour recevoir la vitamine A (37,691 enfants de 9-11 mois et 603,057 enfants de 12-59 mois) Dans l'ensemble, 585,874 enfants de 9 a 59 mois ont reçu des doses de vit A soit une couverture de 91 4% Cette couverture correspond a celle des enfants vaccines contre la rougeole lors de la même campagne (noter que la population cible pour la rougeole etait la meme que celle pour la vitamine A -- 9 a 59 mois–)

4 Problemes rencontres

La technique d'administration de la vitamine A n'etait pas bien maîtrisee par beaucoup d'agents charges d'administrer cette vitamine sur le terrain Dans certains sites, ils n'etaient pas informees sur la façon de percer les capsules et même d'administrer les gouttes Souvent, la totalite du contenu (6 gouttes) etait donnee aux enfants de moins de un an

Le mauvais conditionnement de capsule de vitamine A Capsules de 200 000 UI, de contenu huileux, sa manipulation etait difficile Des capsules de 100 000 UI seraient plus appropriees

5 Impact

A l'absence d'une enquête prealable sur la carence en vitamine A dans la ville de Kinshasa et d'une autre apres la campagne d'administration de vitamine A, il ne nous est pas possible d'evaluer l'impact probable de cette campagne dans la ville de Kinshasa

6 Recommandations

6 1 Il est important de connaître la situation reelle de l'avitaminose A dans le pays Pour ce fait, il s'avere indispensable de nous joindre aux efforts du Bureau TDCI/l'Unicef dans

l'organisation de l'enquête de prevalence de l'avitaminose A qu'ils viennent de planifier cette annee ,

6 2 Comme on va associer l'administration de la vitamine A a la vaccination contre la polio lors des JNV vers la fin du mois de septembre 98, cette enquête sur la prevalence de l'avitaminose A devra se derouler soit au debut du mois de septembre 98 (avant la campagne d'administration de la vitamine A) soit six mois apres cette campagne (mars-avril 1999) ,

6 3 Le conditionnement de la vitamine A (capsules a 200 000 UI) a rendu la tache difficile aux equipes chargees d'administrer cette vitamine sur le terrain (pour les enfants de moins d'un an, devant prendre 100 000 UI) Nous recommandons un nouveau conditionnement, en gouttes avec un compte-gouttes de maniere a faciliter son administration sur le terrain ,

6 4 Dans le cas ou on doit utiliser le même conditionnement que dans le passe lors des prochaines campagnes, une bonne formation des equipes est recommandee L'utilisation des ciseaux ou de coupe-ongles est fortement recommandee a la place des aiguilles B C G

6 5 Dans le but de maximiser l'impact de cette operation, un supplement de vitamine A devra être administree tous les 4 a 6 mois a ces enfants et non une fois par an Notre cible devra etre tous les enfants de 6 a 59 mois et non ceux de 9 a 59 mois uniquement Pour les enfants de moins de six moins qui ne sont pas nourris au sein, des petites doses de 50 000 UI pourront etre administees Les femmes allaitantes pourront egalement recevoir 200 000 UI apres l'accouchement ou lors de deux mois qui suivent l'accouchement

APPENDIX G
Vitamin A in the Second Round of the NIDs

Appendix G
Vitamin A in the Second Round of the NIDs

Quelques considerations sur l'inclusion de Vitamine A (supplementation en Vitamine A) pendant les JNV (Draft du 14 juillet 1998)

Comme la decision d'inclure la Vitamine A pendant le deuxieme tour des JNV 98 (Septembre 98) a ete prise assez tardivement, l'activite n'etant pas programmee pendant les sessions de micro-planification, il est important de considerer les implications de cette decision a tous les niveaux (la logistique et la formation des personnes qui seront directement impliquees dans l'execution de cette activite)

Prealablement a la decision definitive sur l'inclusion de la Vitamine A pendant les JNV, il est necessaire de s'assurer qu'un budget suffisant est prevue et est disponible

Pour assurer le succes de l'inclusion de la Vitamine A dans les JNV, vu que cette activite constitue une experience nouvelle pour beaucoup de Zones de Sante et vu les difficultes rencontrees dans certains endroits pendant les JLV 97, une formation des agents charges d'administrer cette vitamine s'impose Cette formation doit être theorique et pratique Il est suggere qu'une commission restreinte des gens avec l'experience des JNV ou JLV et/ou l'administration de la Vitamine A se reunisse pour adapter le guide pratique developpe par l'OMS/BASICS aux circonstances locales Il est suggere que cette commission inclut les techniciens du PEV, du programme national de nutrition (CEPLANUT) et du programme TDCI Il est suggere que cette commission joigne la commission existante ou soit consideree comme une sous-commission de la commission technique

Comme l'ampleur du probleme de la carence en Vitamine A sur le territoire n'est pas bien documentee, il est difficile de prioritiser les ZS a inclure En attendant la realisation d'une enquête nationale, il a ete suggere d'organiser une campagne de supplementation en vitamine A sur tout le territoire national Le programme TDCI doit être averti que les resultats de l'enquête nationale, envisagee cette annee pour determiner l'importance de la carence en Vitamine A sur le territoire du Congo, peuvent être influences par la campagne d'administration de vitamine A aux enfants âges de 6 a 59 mois pendant les JNV Pour cette raison, cette enquête devra avoir lieu avant la campagne d'administration de la vitamine ou 4-6 mois plus tard (debut septembre 98 ou vers mars-avril 99)

L'administration (la supplementation) optimale de la Vitamine A se fait idealement tous les 4 a 6 mois Des autres strategies en dehors des JNV doivent donc être envisages Ceci est possible dans le cadre du projet PEV- plus et doit être discute dans le cadre de la formulation de la nouvelle politique PEV

Il sera necessaire de prevoir des ciseaux ou des coupe-ongles pour ouvrir les capsules (les aiguilles B C G ne semblent pas être d'une technologie appropriee)

Nous suggerons l'utilisation du manuel pratique pour l'inclusion de la Vitamine A pendant les JNV Cette suggestion tient compte des fiches techniques preparees prealablement par le programme TDCI et limite le temps de la formation des agents de terrain Les principaux points a traiter lors de cette formation sont les suivants

- Introduction sur les consequences de la carence en Vitamine A, le potentiel d'ameliorer les statistiques de survie de l'enfant en corrigeant cette deficience, et les differents moyens d'ameliorer la carence en Vitamine A chez les enfants
- Experience de la supplementation de la Vitamine A, et la place de celle-ci dans une strategie de prevention de carence en Vitamine A
- Les groupes cibles et le dosage par groupes d'age (en gouttes et U I)
- Des instructions sur le comment de la supplementation Avec une session pratique (incluant comment ouvrir les capsules)
- Assurer les agents vaccinateurs que la Vitamine A n'interfere pas avec le VPO, et donner l'information sur les effets secondaires potentiels
- Informer les agents sur l'approvisionnement en Vitamine A

Le besoin en capsules de 200 000 UI de vitamine A peut être calcule comme suit
90% de la population cible pour l'VPO fois 1 1

L'inclusion de la Vitamine A aux JNV entraîne des implications budgetaires a prendre en consideration si on tient a reussir (logistique, fiches de supervision, fiches de rapport, formation, mobilisation sociale)

Le manuel (brouillon) de l'OMS/BASICS est mis a la disposition du groupe restreint et doit être adapte aux circonstances locales pratiques

APPENDIX H
Measles Cases in Kinshasa

Appendix H
Measles Cases in Kinshasa

Proposed data collection

PART I

Identification du site
Zone de Sante
Centre de sante
numero d'identification

Information generale sur le Centre de Sante

population cible du CS
population total
enfants (0 - 14)
enfants de 0 a 4

superficie de l'aire de sante

personnel du CS et qualifications
nom fonction/rôle etudes (et promotion) formation/recyclage PEV - date

mode de vaccination site fixe
Nombre de sites de vaccinations equipes mobiles ou strategie avancee

date de la derniere supervision et superviseur

date de la derniere supervision PEV et superviseur

PART II

statistiques sanitaires si possible sur 5 a dix ans

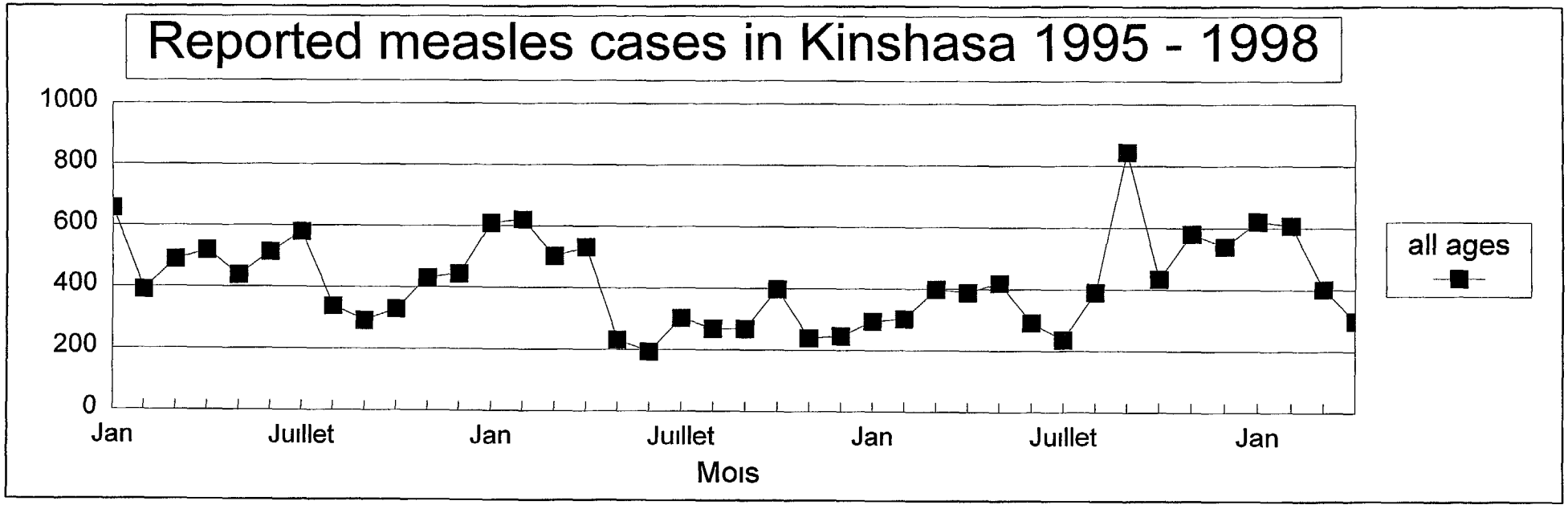
consultations mensuelles	Jan	Fev	Mar	Avr			
nombre de cas total par mois							
adultes							
enfants							
enfants sous 5							
cas de rougeole par mois							
cas rougeoles chez enfants vaccinees							
deces a cause de rougeole							
Vaccination de routine/nombre d'enfants vaccinee contre la rougeole par mois							
Type de vaccin utilise (routine)							
campagne de masse/nombre d'enfants vaccinee contre la rougeole par mois							
Type de vaccin utilise (campagne)							

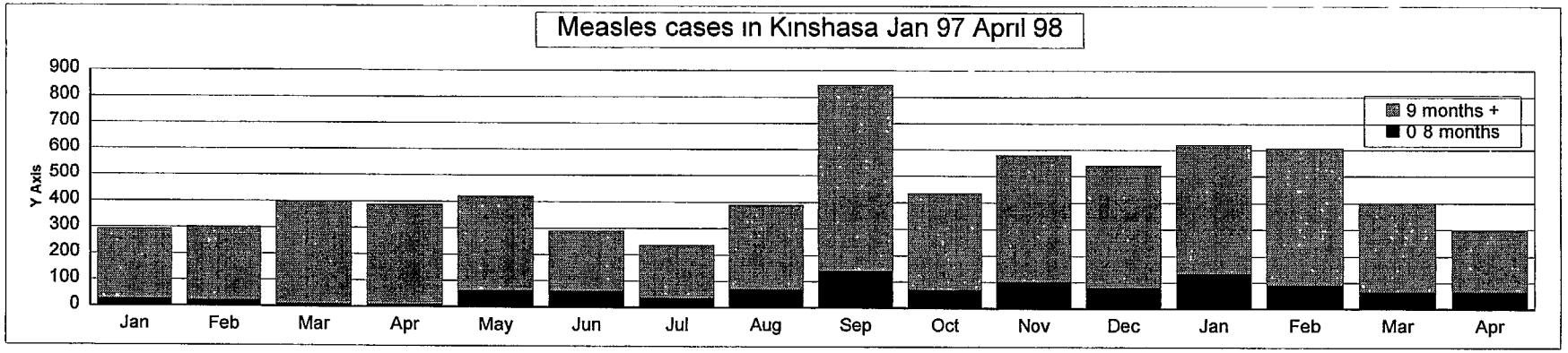
PART III

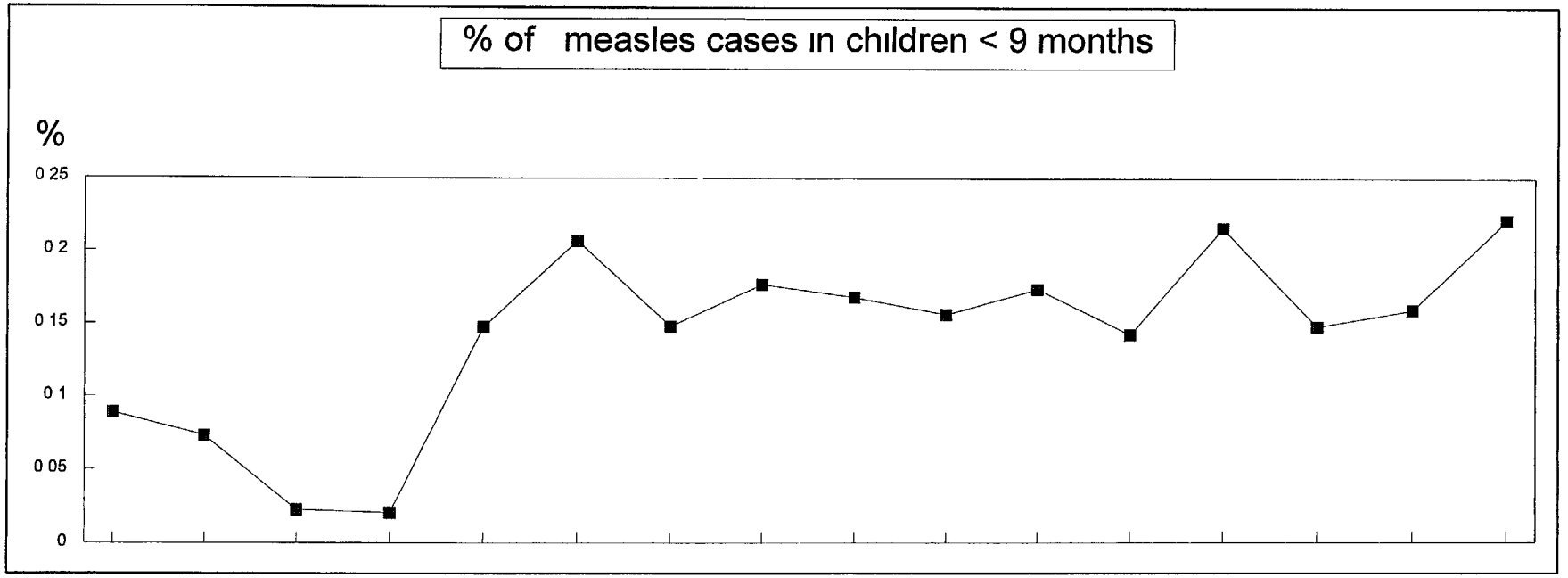
Information qualitative

evenements sociales, economiques et politique
histoires sur les cas de rougeole (avec des histoires des cas de deces)
protocole de traitement de la rougeole plus pratique de traitement

Available data


Reported measles cases in Kinshasa 1995 - 1998
1000
800
600
400
200
0
Jan
Juillet
Jan
Juillet
Jan
Juillet
Jan
Mois
all ages


Measles cases in Kinshasa Jan 97 April 98
Y Axis
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
9 months +
0 8 months
Jan
Feb
Mar
Apr
May
Jun
Jul
Aug
Sep
Oct
Nov
Dec
Jan
Feb
Mar
Apr


% of measles cases in children < 9 months
%
0 25
0 2
0 15
0 1
0 05
0