PN-ACB-038
94664

RÉUNION DES DIRECTEURS DU PEV ET DES CHARGES DE LA COLLECTE ET DE L'ANALYSE DES DONNÉES EPIDEMIOLOGIQUES

Abidjan, Côte d'Ivoire
27 Mai-1 Juin, 1996

Dr. Mutombo wa Mutombo

BASICS Technical Directive: 000-FA-01-017
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

1

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS

RÉSUME 1

I. BACKGROUND 4

II. DÉROULEMENT ET RÉSULTATS DE LA RÉUNION 4

ANNEXES

A RAPPORT DE LA RÉUNION

B RAPPORT DE LA PLÉNIÈRE ENTRE LES DIRECTEURS ET LES GESTIONNAIRES

C FORMULAIRE D'EVALUATION DE L'ATELIER

D RÉSULTATS DE L'EVALUATION DE L'ATELIER

ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau Régional pour l'Afrique (OMS)
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet)
DTC3	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (3 doses)
FICHIER *.REC*	Fichier des Données
FICHIER *.BND*	Fichier Contour, formant les polygones
FJ	Fièvre Jaune
JNV	Journées Nationales de Vaccination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
SE	Survie de l'Enfant
TNN	Tétanos Néonatal
VPO	Vaccin Polio Oral

RÉSUME

Il s'est tenu à Abidjan du 27 mai au 1 juin 1996 la réunion des directeurs et des responsables de la gestion des données du PEV de huit pays de l'Afrique de l'Ouest (la Mauritanie, le Sénégal, le Mali, le Niger, le Burkina Faso, le Togo, le Bénin et la Côte d'Ivoire). Deux laboratoires de référence de l'OMS, celui du Sénégal et de la Côte d'Ivoire, étaient représentés. Etaient aussi présents vingt et un participants représentant quatre agences internationales: neuf pour l'OMS, sept pour l'UNICEF, quatre pour ROTARY INTERNATIONALE et un pour BASICS.

Cette réunion s'inscrit dans le cadre des rencontres annuelles organisées par AFRO pour permettre aux responsables du PEV d'échanger leurs expériences et de s'imprégner de nouvelles stratégies. Cette rencontre présente quelques particularités par rapport à celles des années passées: (i) le nombre restreint des pays participants; (ii) l'appartenance des pays participants au même bloc épidémiologique; et (iii) la participation pour la première fois, aux côtés des directeurs du PEV, des chargés de la saisie des données épidémiologiques des ministères de la santé.

En fait, deux ateliers étaient conduits parallèlement, agrémentées de sessions plénières communes, qui avaient pour objet de présenter et de discuter la vision et les stratégies d'AFRO par rapport à l'éradication de la poliomyélite et à la surveillance du PEV.

La synthèse de ces plénières est en annexe A. Les éléments essentiels qui méritent d'être soulignés sont résumés dans les 10 points suivants:

1. Les quatre stratégies pour éradiquer la poliomyélite, à savoir:
   - la vaccination de routine
   - les journées nationales de vaccination (JNV)
   - le ratissage et le port à porte
   - la surveillance

2. L'outil de l'éradication de la poliomyélite *est le vaccin polio oral.* Le mécanisme en est le remplacement dans la circulation de la souche sauvage (pathogène) par la souche vaccinale (immunisante).

3. Les JNV doivent s'effectuer pendant les saisons de faible transmission, en raison de deux passages séparés d'un mois, pendant trois années consécutives; *elles doivent être menées de façon synchronisée sur une grande zone géographique et toucher les enfants non vaccinés auparavant ou perdus de vue par le système de routine.*

4. Il est conseillé pour les premières campagnes de commencer avec le VPO seul, pour avoir les meilleures chances de réussite. Les risques d'insécurité des injections augmentent pendant les campagnes de vaccination. D'où l'importance d'utiliser les seringues et aiguilles à usage unique.

5. La vaccination de routine à elle seule n'est pas suffisante pour l'impact recherché en terme de réduction de la morbidité; l'exemple de l'évolution de la couverture vaccinale antirougeoleuse et de l'incidence des cas de rougeole aux Amériques est riche en enseignement:

- *malgré la couverture vaccinale élevée (entre 80 et 90%) consécutive aux activités de vaccination de routine, le nombre de cas notifiés de rougeole est resté très élevé (environ 150.000 par an);*

- *la mise en oeuvre d'une campagne de vaccination a réduit de façon remarquable le nombre de cas (17 cas la quatrième année après le début des campagnes).*

- *La raison essentielle de cette réussite est la diminution du nombre de sujets susceptibles dans la communauté*

6. La collecte des données de surveillance doit couvrir les aspects relatifs à l'impact du programme, à la réponse de lutte et à la qualité de la surveillance:

- *par rapport à l'impact:* constituer une base de données pour *(i)* chaque cas de paralysie flasque aiguë; *(ii)* chaque cas de TNN, *(iii)* chaque cas de fièvre jaune, *(iv)* les cas de rougeole par district, en relevant seulement les cas si la couverture vaccinale est inférieure à 50 pour cent, en spécifiant l'âge des cas si la couverture vaccinale est supérieure à 50 pour cent et en spécifiant l'âge et le statut vaccinal des cas (ce qui est le plus recommandé).

- *par rapport à la réponse de lutte:* vaccination de routine par district et la vaccination supplémentaire par district.

- *par rapport à la qualité de la surveillance*: complétude et promptitude des rapports par district.

7. Tout cas de PFA détecté doit faire l'objet d'une investigation dans les 48 heures qui suivent la notification; les selles doivent être prélevées dans les 15 jours qui suivent le début de la paralysie.

8. Une bonne surveillance virale doit remplir les conditions suivantes:

- capacité de détecter au moins un cas de PFA pour 100.000 enfants <15 ans dans chaque région d'un pays.

- 80 pour cent des cas de PFA ayant fait l'objet de deux prélèvements de selles, à 24 heures d' intervalle, dans les 14 jours suivant le début de la paralysie.

- 80 pour cent des cas de PFA détectés ayant fait l'objet d'une investigation.

5

9. L'Afrique de l'Ouest a été le théâtre d'une vaste et meurtrière épidémie de rougeole au cours de l'année 1995. La mise en place d'un bon système de surveillance permettra de connaître le cycle épidémique et de prédire la survenue des épidémies. *Les actions à entreprendre consistent en l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, en des campagnes ponctuelles chez les <5 ans pour diminuer la circulation des virus, et en des campagnes de masse avant les périodes connues d'épidémie.*

10. Onze analyses de base sont recommandées dans le cadre de la surveillance du PEV. Elles concernent la localisation par district des cas de PFA, de rougeole, de TNN, de FJ, la couverture vaccinale, les activités de vaccinations supplémentaires ainsi que la complétude et la promptitude de la notification (voir tableau 1 en annexe).

I. BACKGROUND

Pendant la décennie 80, les programmes nationaux PEV avaient réalisé des progrès remarquables qui ont conduit à une réduction importante de l'incidence et de la mortalité dues aux maladies justiciables de vaccination.

A partir de 1990, cependant, plusieurs pays de la région ont accusé une stagnation voire un déclin de la couverture vaccinale. Les raisons en sont diverses: l'insécurité et la guerre, les contraintes financières, le désintéressement des donateurs qui s'est traduit par la réduction de leur appui financier, et les faiblesses dans la gestion et la mise en oeuvre des programmes.

L'USAID a donné à AFRO pour le renforcement du PEV dans la région africaine une subvention destinée à couvrir les domaines suivants:

1 la planification des programmes nationaux selon un modèle standard (vingt pays seront assistés dans cette matière)

2 l'approvisionnement en vaccin et le contrôle de qualité

3 la formation au niveau régional et au niveau pays (cours de formation des directeurs de programme, réunions annuelles de directeurs de programme, cours moyen de gestion des programmes, cours sur la logistique, la maintenance et réparation du matériel de la chaîne de froid)

4 l'échange d'expériences entre pays voisins

5 le renforcement de la logistique et de la chaîne de froid

En janvier 1996 le conseiller régional PEV/SE auprès du Bureau Régional/BASICS pour l'Afrique Francophone a eu à se réunir avec les responsables du PEV à AFRO pour discuter d'un plan d'action commun.

II. DÉROULEMENT ET RÉSULTATS DE LA RÉUNION

La réunion s'est tenue du 27 mai au 1 juin 1997 dans l'Hôtel Novotel d'Abidjan ; elle a été précédée de la rencontre des facilitateurs pendant les journées du 24, 25 et 26 mai.

Deux ateliers se sont tenus parallèlement du 27 mai au 1 juin 1997 dans l'Hôtel Novotel d'Abidjan à l'hôtel Mansal de Yaounde; l'un regroupait les directeurs nationaux du PEV, l'autre les gestionnaires des données du PEV et les représentants des laboratoires de référence de l'OMS en matière de poliomyélite.

7

Les deux ateliers étaient agrémentées de sessions plénières communes, qui avaient pour objet de présenter et de discuter la vision et les stratégies d'AFRO par rapport à l'éradication de la poliomyélite et à la surveillance du PEV.

Les éléments essentiels des deux ateliers sont résumés dans les quinze points ci-dessous.

1. Les activités de vaccinations constituent un moyen pour augmenter la proportion des enfants et des femmes immunisés. Un système de surveillance performant constitue un outil permettant d'identifier les raisons de la non atteinte de cet objectif et de déclencher en conséquence les mécanismes de soutien politique, matériel et financière pour améliorer la situation.

2. Deux stratégies pour augmenter la couverture vaccinale sont: *vaccination de routine et activités supplémentaires de vaccination.* Ces deux stratégies ne sont ni mutuellement exclusives ni séquentielles; dans les circonstances actuelles du PEV dans la région, elles doivent être menées ensemble.

3. Souvent, la vaccination de routine n'est pas suffisante pour l'impact recherché en terme de réduction de la morbidité; l'exemple de l'évolution de la couverture vaccinale antirougeoleuse et de l'incidence des cas de rougeole aux Amériques est riche en enseignement:

   - *malgré la couverture vaccinale élevée (entre 80 et 90%) consécutive aux activités de vaccination de routine, le nombre de cas notifiés de rougeole est resté très élevé (environ 150.000 par an)*

   - *la mise en oeuvre d'une campagne de vaccination a réduit de façon remarquable le nombre de cas (17 cas la quatrième année après le début des campagnes)*

   - *la raison essentielle de cette réussite est la diminution du nombre de sujets susceptibles dans la communauté*

4. L'objet de la surveillance épidémiologique est la collecte des données en vue d'une action correctrice. La détection d'une épidémie aura comme action l'amélioration de la prise en charge des cas pour en réduire la létalité, et l'augmentation du nombre de vaccination de routine et supplémentaire administrées aux enfants pour prévenir les cas.

5. Trois composantes essentielles de la surveillance: surveillance de l'impact, surveillance de la réponse de lutte, et monitoring/évaluation du système de surveillance. Les recommandations de l'OMS sur la collecte des données de surveillance suivent la même logique:

par rapport à l'impact: constituer une base de données pour ***(i)*** chaque cas de paralysie flasque aiguë; ***(ii)*** chaque cas de TNN; ***(iii)*** chaque cas de fièvre jaune; et ***(iv)*** les cas de rougeole par district, en relevant seulement les cas si la couverture vaccinale est inférieure à 50 pour cent, en spécifiant l'âge des cas si la couverture vaccinale est supérieure à 50 pour cent et en spécifiant l'âge et le statut vaccinal des cas (ce qui est le plus recommandé).

par rapport à la réponse de lutte: vaccination de routine par district et la vaccination supplémentaire par district.

par rapport à la qualité de la surveillance: complétude et promptitude des rapports par district.

6. Surveillance du virus sauvage de la polio: tout cas de PFA détecté, doit faire l'objet d'une investigation dans les 48 heures qui suivent la notification; les selles doivent être prélevées dans les 15 jours qui suivent le début de la paralysie.

   La détection du virus sauvage justifie la mise en oeuvre des JNV ou des campagnes de ratissage intensives. La non détection de virus sauvage justifie la décision d'arrêter l'organisation des JNV.

   La différentiation intra-typique (séquençage de la RNA) permet de déterminer l'origine du virus.

7. Comment réaliser une bonne surveillance virale:

   - tout cas de PFA doit faire l'objet d'un prélèvement de selle
   - débuter dans les établissements sanitaires des grandes agglomérations
   - mettre en place un système de financement pour soutenir la collecte et le transport des prélèvements

8. Une bonne surveillance virale doit remplir les conditions suivantes:

   - capacité de détecter au moins un cas de PFA pour 100.000 enfants <15 ans dans chaque région d'un pays
   - 80 pour cent des cas de PFA ayant fait l'objet de deux prélèvements de selles, à 24 heures d' intervalle, dans les 14 jours suivant le début de la paralysie
   - 80 pour cent des cas de PFA détectés ayant fait l'objet d'une investigation

9

9. Le problème de la rougeole: l'Afrique de l'Ouest a été le théâtre d'une vaste épidémie de rougeole. La mise en place d'un bon système de surveillance permettra de connaître le cycle épidémique et de prédire la survenue des épidémies. *Les actions à entreprendre consistent en l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, en des campagnes ponctuelles chez les <5 ans pour diminuer la circulation des virus, et en des campagnes de masse avant les périodes connues d'épidémie.*

10. Les piliers du programme d'éradication de la poliomyélite restent sans conteste le personnel de santé du terrain et les laboratoires de surveillance.

11. L'outil de l'éradication de la poliomyélite *est non pas le vaccin polio injectable mais oral.* Les mécanismes en sont le remplacement dans la circulation de la souche sauvage (pathogène) par la souche vaccinale (immunisante). Sur 10 millions de doses de polio oral administrés, trois enfants vont cependant développer une polio paralytique consécutive à la vaccination.

12. Quatre stratégies pour éradiquer la poliomyélite: ***(i)*** la vaccination de routine, ***(ii)*** les journées nationales de vaccination (JNV), ***(iii)*** le ratissage et le port à porte, et ***(iv)*** la surveillance.

13. La mise en oeuvre des stratégies d'éradication est actuellement en cours dans le monde entier. La stratégie des JNV a déjà été effectuée par toutes les régions de l'OMS, à l'exception de la région africaine qui en est à la phase de planification.

    Les JNV doivent s'effectuer pendant les saisons de faible transmission, en raison de deux passages séparés d'un mois, pendant trois années consécutives; elles doivent être menées de façon synchronisée sur une grande zone géographique et toucher les enfants non vaccinés auparavant ou perdus de vue par le système de routine. L'expérience a montré que trois JNV consécutives (trois années) ont été nécessaires pour éradiquer les poliovirus sauvages.

    Mecacas 96 en constitue un exemple éloquent; il s'agit d'une vaste opération regroupant 19 pays du Moyen Orient, des Caucases et de l'Asie Centrale (soit 69.000.000 d'enfants de moins de 5 ans), qui ont planifié la mise en oeuvre synchrone des JNV (VPO et diphtérie).

14. Il est conseillé pour les premières campagnes de commencer avec le VPO seul pour avoir les meilleures chances de réussite. Les risques d'insécurité des injections augmente pendant les campagnes de vaccination. D'où l'importance d'utiliser les seringues et aiguilles à usage unique.

15. Onze analyses de base sont recommandées dans le cadre de la surveillance du PEV:

- Carte de localisation par district des cas de PFA chez qui un poliovirus sauvage a été isolé
- Carte des cas de rougeole par district
- Carte des taux d'incidence de la rougeole par district
- Carte des cas de TNN par district
- Carte des cas de fièvre jaune suspects et confirmés par district
- Carte des cas de PFA ayant un prélèvement de selles par district
- Carte des cas de PFA non-polio pour 100.000 enfants de moins de 15 ans
- Carte de complétude et de promptitude de la notification
- Carte de la couverture DTC3 par les activités de routine
- Carte des vaccinations supplémentaires par district (pour le vaccin anti-rougeoleux, anti-tétanique et anti-amaril)
- Carte de la population (densité de la population par district, taille de la population par district, et taille de la population par province)

11

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT DE LA RÉUNION

ANNEXE A

RÉUNION DES DIRECTEURS DU PEV ET DES CHARGES DE LA COLLECTE ET DE L'ANALYSE DES DONNÉES EPIDEMIOLOGIQUES

ABIDJAN, 28 MAI-1 JUIN 1996

I. INTRODUCTION:

Il s'est tenu du 28 mai-1 juin 1996 à Abidjan une réunion des responsables des programmes élargis de vaccination (PEV) de huit pays de l'Afrique de l'Ouest: la Mauritanie, le Sénégal, le Mali, le Niger, le Burkina Faso, le Togo, le Bénin et la Côte d'Ivoire.

Cette réunion s'inscrit dans le cadre des rencontres qu'organise l'OMS/Afro à l'intention des directeurs du PEV pour leur permettre d'échanger les expériences, et de maîtriser des stratégies développées dans la perspective de l'atteinte des objectifs mondiaux d'éradication de la poliomyélite, de contrôle de la rougeole et d' élimination du tétanos néo-natal).

Cette rencontre présente quelques particularités par rapport à celles des années passées: **(i)** le nombre restreint des pays participants, **(ii)** l'appartenance des pays participants au même bloc épidémiologique; **(iii)** la participation pour la première fois, aux côtés des Directeurs du PEV, des chargés de la saisie des données épidémiologiques des ministères de la Santé.

II. OBJECTIFS DE LA RÉUNION:

Objectifs généraux:

- Renforcer les capacités nationales dans la gestion des données du PEV
- Améliorer les compétences nationales dans l'utilisation de l'outil informatique pour la gestion des données du PEV
- discuter du nouveau système de partage des informations entre les pays et le Bureau Régional
- Planifier les activités de renforcement de la surveillance au niveau national
- Faire le point sur l'état d'avancement des préparatifs des journées nationales de vaccination dans la sous-région
- former un pool de formateurs

Objectifs spécifiques.

L'atelier avait 11 objectifs éducationnel, à savoir qu'à la fin de l'atelier, les participants soient capables de :

1) Enumérer les composantes d'un système de surveillance proposé à son pays et qui la rendrait capable de conduire : 1) la surveillance des résultats de la polio, de la rougeole, du tétanos néonatal et de la fièvre jaune; 2) le monitorage actif des activités de vaccination de routine et supplémentaires; 3) et d'évaluer la qualité du système de surveillance.

2) Etablir le besoin (nécessité) et le rôle de la surveillance du poliovirus sauvage dans le cadre du programme mondial d'éradication de la polio.

3) Enregistrer les raisons pour lesquelles il est nécessaire de recueillir des selles dans le cadre du programme d'éradication de la polio.

4) Etablir le rôle de la recherche active des cas de PFA dans les grands hôpitaux en tant qu'exercice éducationnel et motivant.

5) Enumérer les trois principaux indicateurs d'un bon système de surveillance virologique pour la détection du poliovirus sauvage.

6) Entrer les données dans les 7 bases de données suivantes : 1) cas de PFA; 2) données sommaires de rougeole; 3)cas de TNN; 4)cas de fièvre jaune; 5) la complétude et l'envoi à temps des rapports; 6) la vaccination de routine et 7) la vaccination supplémentaire.

7) Effectuer les 13 analyses de base du PEV avec EPIINFO et EPIMAP.

8) Utiliser les fichiers.pgm pour effectuer les 13 analyses de base du PEV.

9) Initier au moins deux actions potentielles concernant les maladies prioritaires du PEV (Polio, rougeole, TNN et fièvre jaune) en réponse à la détection de problèmes à partir de la surveillance du PEV.

10) Mettre en oeuvre de façon opérationnelle ce qu'ils ont appris pendant l'atelier

11) Soumettre au Bureau Régional les 13 analyses de base du PEV et les actions possibles, le 1er Octobre 1996.

III. DÉROULEMENT DES TRAVAUX:

Les thèmes suivants ont été présentés et discutés en plénière:

- Vision d'Afro sur la surveillance et composantes de la surveillance recommandées par l'OMS
- Programme d'éradication de la Poliomyélite
- Analyse de base recommandées

1 Vision d'AFRO sur la surveillance et composante de la surveillance recommandées par l'OMS.

Points importants issus de la présentation et des discussions:

1. Les activités de vaccinations constituent un moyen pour augmenter la proportion des enfants et des femmes immunisés. Un système de surveillance performant constitue un outil permettant d' identifier les raisons de la non atteinte de cet objectif et de déclencher en conséquence les mécanismes de soutien politique, matériel et financière pour améliorer la situation.

2. Deux stratégies pour augmenter la couverture vaccinale: *vaccination de routine et activités supplémentaires de vaccination.* Ces deux stratégies ne sont ni mutuellement exclusives ni séquentielles; dans les circonstances actuelles du PEV dans la région, elles doivent être menées ensemble.

3. Souvent, la vaccination de routine n'est pas suffisante pour l'impact recherché en terme de réduction de la morbidité; l'exemple de l'évolution de la couverture vaccinale antirougeoleuse et de l'incidence des cas de rougeole aux Amériques est riche en enseignement:

   - malgré la couverture vaccinale élevée (entre 80 et 90%) consécutive aux activités de vaccination de routine, le nombre de cas notifiés de rougeole est resté très élevé (environ 150.000 par an);
   - la mise en oeuvre d'une campagne de vaccination a réduit de façon remarquable le nombre de cas (17 cas la quatrième année après le début des campagnes).
   - La raison essentielle de cette réussite est la diminution du nombre de sujets susceptibles dans la communauté.

4. L'objet de la surveillance épidémiologique est la collecte des données en vue d'une action correctrice. La détection d'une épidémie aura comme action l'amélioration de la prise en charge des cas pour en réduire la létalité, et l'augmentation du nombre de vaccination de routine et supplémentaire administrées aux enfants pour prévenir les cas.

5. Trois composantes essentielles de la surveillance: surveillance de l'impact, surveillance de la réponse de lutte, et monitoring/évaluation du système de surveillance. Les récommandations de l'OMS sur la collecte des données de surveillance suivent la même logique:

par rapport à l'impact: constituer une base de données pour ***(i)*** chaque cas de paralysie flasque aiguë; ***(ii)*** chaque cas de TNN, ***(iii)*** chaque cas de Fièvre Jaune, ***(iv)*** les cas de rougeole par district, en relevant seulement les cas si la couverture vaccinale est inférieure à 50%, en spécifiant l'âge des cas si la couverture vaccinale est supérieure à 50 pour cent et en spécifiant l'âge et le statut vaccinal des cas (ce qui est le plus recommandé);

par rapport à la réponse de lutte: vaccination de routine par district et la vaccination supplémentaire par district.

par rapport à la qualité de la surveillance: complétude et promptitude des rapports par district.

6. Surveillance du virus sauvage de la polio: tout cas de PFA détecté, doit faire l'objet d'une investigation dans les 48 heures qui suivent la notification; les selles doivent être prélevées dans les 15 jours qui suivent le début de la paralysie. La détection du virus sauvage justifie la mise en oeuvre des JNV ou des campagnes de ratissage intensives. La non détection de virus sauvage justifie la décision d'arrêter l'organisation des JNV. La différentiation intra-typique (séquençage de la RNA) permet de déterminer l'origine du virus.

7. Comment réaliser une bonne surveillance virale:
- Tout cas de PFA doit faire l'objet d'un prélèvement de selle.
- Débuter dans les établissements sanitaires des grandes agglomérations.
- mettre en place un système de financement pour soutenir la collecte et le transport des prélèvements

8. Une bonne surveillance virale doit remplir les conditions suivante:
- capacité de détecter au moins 1 cas de PFA pour 100.000 enfants <15 ans dans chaque région d'un pays.
- 80 pour cent des cas de PFA ayant fait l'objet de 2 prélèvements de selles, à 24 heures d' intervalle, dans les 14 jours suivant le début de la paralysie.
- 80 pour cent des cas de PFA détectés ayant fait l'objet d'une investigation.

9. Le problème de la rougeole: l'Afrique de l'Ouest a été le théâtre d'une vaste épidémie de rougeole. La mise en place d'un bon système de surveillance permettra de connaître le cycle épidémique et de prédire la survenue des épidémies. *Les actions à entreprendre consistent en l'amélioration de la couverture vaccinale de routine, en des campagnes ponctuelles chez les <5 ans pour diminuer la circulation des virus, et en des campagnes de masse avant les périodes connues d'épidémie.*

2. Programme d'éradication de la Poliomyélite

Points importants issus de la présentation et des discussions:

1. Les piliers du programme d'éradication de la Poliomyélite restent sans conteste le personnel de santé du terrain et les laboratoires de surveillance.

2. L'outil de l'éradication de la poliomyélite *est non pas le vaccin polio injectable mais oral.* Les mécanismes en sont le remplacement dans la circulation de la souche sauvage (pathogène) par la souche vaccinale (immunisante).
   Sur 10 millions de doses de polio oral administrés, 3 enfants vont cependant développer une polio paralytique consécutive à la vaccination.

3. Quatre stratégies pour éradiquer la poliomyélite: ***(i)*** la vaccination de routine, ***(ii)*** les Journée Nationales de Vaccination (JNV), ***(iii)*** le ratissage et le port à porte, et ***(iv)*** la surveillance.

4. La mise en oeuvre des stratégies d'éradication est actuellement en cours dans le monde entier. La stratégie des JNV a déjà été effectuée par toutes les régions de l'OMS, à l'exception de la région africaine qui en est à la phase de planification.

   Les JNV doivent s'effectuer pendant les saisons de faible transmission, en raison de 2 passages séparés d'un mois, pendant 3 années consécutives; elle doivent être menée de façon synchronisée sur une grande zone géographique et toucher les enfants non vaccinés auparavant ou perdus de vue par le système de routine. L'expérience a montré que trois JNV consécutives (3 années) ont été nécessaires pour éradiquer les poliovirus sauvages.

   Mecacar 96 en constitue un exemple éloquent; il s'agit d'une vaste opération regroupant 19 pays du Moyen Orient, des Caucases et de l'Asie centrale (soit 69.000.000 d'enfants de moins de 5 ans), qui ont planifié la mise en oeuvre synchrone des JNV (VPO et Diphtérie).

5. Il est conseillé pour les premières campagnes de commencer avec le VPO seul pour avoir les meilleurs chance de réussite. Les risques d'insécurité des injections augmente pendant les campagnes de vaccination. D'où l'importance d'utiliser les seringues et aiguilles à usage unique.

3. Analyse de base recommandées

Les analyses de base ci-dessous (voir pour plus de détails le tableau 1 en annexe) ont étés présentées en plénière. Il ont surtout constitué le gros du travail du groupe des gestionnaires des données du PEV. Il s'agit de:

1. Carte de localisation par district des cas de PFA chez qui un poliovirus sauvage a été isolé.

2. Carte des cas de rougeole par district

3. Carte des taux d'incidence de la rougeole par district

4. Carte des cas de TNN par district

5. Carte des cas de fièvre jaune suspects et confirmés par district

6. Carte des cas de PFA ayant un prélèvement de selles par district

7. Carte des cas de PFA non-polio pour 100.000 enfants de moins de 15 ans

8. Carte de complétude et de promptitude de la notification

9. Carte de la couverture DTC3 par les activités de routine

10. Carte des vaccinations supplémentaires par district (pour le vaccin anti-rougeoleux, anti-tétanique et anti-amaril)

11. Carte de la population (densité de la population par district, taille de la population par district, et taille de la population par province).

ANNEXE B

RAPPORT DE LA PLÉNIÈRE
ENTRE LES DIRECTEURS ET LES GESTIONNAIRES

ANNEXE B

SÉANCE DE SYNTHÈSE ENTRE LES DEUX EQUIPES

(DIRECTEUR PEV-INFORMATICIENS)

1. Aperçu des objectifs

cfr listes des objectifs d'apprentissage
13 analyses de base

2. Aspects positifs de la réunion des gestionnaires des données

Fourniture en équipement informatique
Logiciel
Documentation
Exercices pratiques
Fiches standardisées et informatisées

3. Limites

Données à actualiser (cartes) non disponibles pour un certain nombre de pays
Importation des fichiers existants : opération difficile à effectuer
Informer/Former tous les acteurs du système de surveillance (du niveau périphérique au niveau central)
Standardiser les fiches (officialisation)
Responsable PEV Sénégal et Responsable de l' informatique de la Mauritanie absents
Transport et collecte des échantillons (quel budget)
Suivi/Supervision planifiée pour chaque pays
Temps/durée atelier

4. Gestion des outils informatiques

Disponibilité équipement (responsabilité de l'équipement)
Supervision des analyses de base
Maintenance des équipements
Formation sur l'utilisation des outils (13 analyses de base/formulaires)

5. Pour l'avenir des ateliers

<u>Rôle et responsabilité</u>

Inviter les Directeurs du SNIS aux ateliers futurs ; ils sont en effet mieux écoutés que les Directeurs du PEV

⇨ AFRO : Organiser la rencontre avec les directeurs nationaux du SNIS pour les informer et les sensibiliser par rapport à l'AIFA

⇨ Directeurs PEV : maintenir les contacts avec les responsables de SNIS.

6. Transport des échantillons

Les Directeurs du PEV en sont les responsables (c'est en effet un élément du système de surveillance), d'où l'importance d'avoir une ligne budgétaire.
L'exemple de certains pays de l'Afrique Australe (Botswana)
Identification auprès des ONG, Compagnie de transport pour prendre en charge cet aspect.

Les club de Rotary prennent aussi ces aspects, Coca-Cola aussi.

⇨ Identification des sources nationales pouvant financer le coût du transport des selles. Solution transitoire en attendant que le programme de financement en préparation soit prêt.

Être pragmatique dans le problème de transport des échantillons de selles.
Ne pas sous estimer les problèmes de la logistique.

Réfléchir aux conditions locales en vue de cibler les solutions: 2 niveaux de résolutions du problème.

- A l'intérieur du pays
  . Du district au niveau central
  . Du niveau central au labo situé dans le même pays.
- A l'extérieur du pays
  . Du niveau central à un labo extérieur au pays.

Possibilité de solutions pour les aspects internationaux:

- Négociation avec les transporteurs aériens (faire des investigations avec les compagnies aériennes nationales)
- Impliquer le Rotary dans la recherche des solutions concernant ces problèmes. L'exemple du Togo est très éloquent en cela.
- Le comité inter agence (OMS, UNICEF et autres donateurs) est à la disposition du directeur du PEV pour résoudre ce problème de transport des échantillons de selles.

7. Nécessité de réunir les acteurs (SNIS, Directeurs des grands hôpitaux,...) Pour les informer et discuter sur l'AIFA. Les rencontres techniques organisées par le Ministère constituent une bonne opportunité.

8. Mécanisme de maintenance des équipements reçus
L'équipement informatique donné aux pays a une garantie de 6 mois.

Cultiver l'indépendance et l'autodétermination dans la recherche des solutions .
Privilégier les solutions locales.

9. Situation des laboratoires

Sur 12 Laboratoires en Afrique, 6 se trouvent en Afrique de l'Ouest sont sous-utilisés.

La certification de l'éradication de la Polio ne peut pas être obtenue sans le soutien du laboratoire. Tout cas de PFA doit être investigué et les selles prélevés

Suivi planifié/pays de la part de l'OMS . Mais requête du pays en cas de problème identifié non soluble localement

10. La surveillance de la paralysie aiguë flasque doit atteindre tous les districts au sein du pays. En commençant par les grandes villes et les grandes agglomérations, on atteint facilement les 70 pour cent de cas de PFA. Le transport entre les grandes agglomérations et la capitale ne pose pas problème en général.

L'intérêt de la collecte des échantillons de selles a toute son importance avant les JNV pour identifier les souches de virus existantes dans le pays; elle permettra ultérieurement de décider s'il faut continuer avec les JNV ou pas.

Exemple de la Gambie: en passant en 1 an de 10 à 90 pour cent, la Gambie a été libérée pendant 5 ans de Polio, mais ne pouvant pas le confirmer par manque de surveillance.

ANNEXE C

FORMULAIRE D'EVALUATION DE L'ATELIER

ANNEXE C: EVALUATION DE L'ATELIER SUR LA SURVEILLANCE DU PEV

Responsabilité: *Directeur PEV* : _ *Gestionnaire des données* : _

Points/session à évaluer *(donnez une note de 1 à 5, 1=Médiocre, 2=Passable , 3=Moyen , 4=Bien 5= Très bien)*	Note attribuée	Commentaires
Accueil et hébergement		
Assistance administrative (Information à l'arrivée, Visa, Réservation, etc...)		
Objectifs d'apprentissage de l'Atelier		
Vision de l'OMS sur la surveillance des maladies du PEV		
Programme d'éradication de la POLIO		
Recommandations de l'OMS/AFRO sur la collecte des données		
Formulaires d'enquête de cas de PFA, TNN, FJ, formulaires de laboratoire		
Travaux pratiques sur ordinateur		
Exercices & révision		
Assistance et disponibilité des facilitateurs		
Expertise des facilitateurs Exercices		
méthode d'enseignement		
Equipements informatiques		
Logiciels installes: . Epiinfo . Epimap		
Antivirus		
Manuels d'utilisation des logiciels		
13 Variables de base		
Préparation des JNV		
Session sur les laboratoires		

PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES PERFORMANCES
DE CE TYPE D'ATELIER

1. Durée:_____

_____

2. Méthode de travail:_____

_____

3. Equipement informatiques:_____

_____

. Logiciels:_____

_____

5. Quelles étaient les sessions les plus utiles pour vous _____

_____

6. Quelles étaient les sessions les moins intéressantes pour vous _____

_____

7. Quelles étaient les sessions les plus difficiles pour vous _____

_____

8. Quelles sont les sessions que les facilitateurs pourraient améliorer par de meilleurs techniques d'enseignement _____

_____

9. L'enseignement de certains logiciels en anglais vous a-t-il gêné ou perturbé pour son utilisation:_____

_____

GESTION DES OUTILS INFORMATIQUES

- Comment les outils informatiques (ordinateurs et matériel didactique + analyse de base) peuvent être gérés au niveau de chaque pays.
- Disponibilité équipement (responsable de l'équipement)
- Supervision des analyses de bases demandées (capacité de produire les analyses pour une période/date)
- Maintenance (pas de crédits prévus)
- Fonction sur l'utilisation des outils (13 analyses de base/Formulaires)

Aspects positifs	Limites/Clarifications
Equipement informatique	Données doivent être actualisées (cartes,..)
Logiciels (EPIINFO, EPIMAP, ANTIVIRUS	Importation des fichiers existants
Facilitateurs	Informer/Former tous les acteurs du système de surveillance
Documentation/EPIMAP, EPIINFO...	Standardisation officielles Responsable PEV Sénégal (Absent)
Exercices pratiques sur PFA	Supervision/Suivi OMS/AFRO doit être planifiée par pays
Fiches standardisées et informatisées	Transport et collecte des échantillons (quel budget)
	Temps atelier trop court

ANNEXE D

RÉSULTATS DE LA'EVALUATION DE L'ATELIER

ANNEXE D: EVALUATION DE l'ATELIER SUR LA SURVEILLANCE DU PEV

Responsabilité: *Directeur PEV* : X *Gestionnaire des données :* _

Points/session à évaluer ***(donnez une note de 1 à 5, 1Médiocree, 2=Passable , 3=Moyen , 4=Bien 5= Très bien)***	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**m o y**
Accueil et hébergement			2	3	2	**4.2**
Assistance administrative (Information à l'arrivée, Visa, Réservation, etc...)		1	1	2	3	**4**
Objectifs d'apprentissage de l'Atelier				4	3	**4.4**
Vision de l'OMS sur la surveillance des maladies du PEV				2	5	**4**
Programme d'éradication de la POLIO			1	3	3	**4.3**
Recommandations de l'OMS/AFRO sur la collecte des données			1	3	3	**4.3**
Formulaires d'enquête de cas de PFA, TNN, FJ, formulaires de laboratoire			3	2	2	**3.9**
Travaux pratiques sur ordinateur						
Exercices &révisions						
Assistance et disponibilité des facilitateurs				3	4	**4.6**
Expertise des facilitateurs				5	2	**4.3**
méthode d'enseignement			1	4	2	**4.1**
Equipements informatiques			1	4	2	**5**
Logiciels installes: . Epiinfo . Epimap					1	**5**
Antivirus					1	**5**
Manuels d'utilisation des logiciels					1	**5**
13 Variables de base			1	1		**3.5**
Préparation des JNV			1	3	3	**4.3**
Session sur les laboratoires				3		**4**

EVALUATION DE l'ATELIER SUR LA SURVEILLANCE DU PEV

Responsabilité: *Directeur PEV* : _ *Gestionnaire des données :X*

Points/session à évaluer ***(donnez une note de 1 à 5, 1=Médiocre, 2=Passable , 3=Moyen , 4=Bien 5= Très bien)***	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**moy**
Accueil et hébergement	3		1	1	1	**2.5**
Assistance administrative (Information à l'arrivée, Visa, Réservation, etc...)		2	1	3	1	**3.4**
Objectifs d'apprentissage de l'Atelier			2	7		**3.8**
Vision de l'OMS sur la surveillance des maladies du PEV			1	7	1	**4**
Programme d'éradication de la POLIO			1	4	3	**4.3**
Recommandations de l'OMS/AFRO sur la collecte des données				7	1	**4.1**
Formulaires d'enquête de cas de PFA, TNN, FJ, formulaires de laboratoire			2	6	1	**3.9**
Travaux pratiques sur ordinateur			3	6		**3.7**
Exercices & révision			3	4	2	**3.9**
Assistance et disponibilité des facilitateurs		2	3	3	1	**3.3**
Expertise des facilitateurs		1	3	2	1	**3.4**
méthode d'enseignement		1	2	3	1	**3.6**
Equipements informatiques				4	3	**4.4**
Logiciels installes: . Epiinfo . Epimap			1	4	4	**4.3**
Antivirus				2	6	**4.8**
Manuels d'utilisation des logiciels			1	4	4	**4.3**
13 Variables de base				6	2	**4.3**
Préparation des JNV				2	1	**4.3**
Session sur les laboratoires				2		**4**

1. Commentaires des Directeurs du PEV et des Gestionnaires des données du PEV

1. Objectifs très ambitieux

2. Exercices pratiques: privilégier les données réel de chaque pays participant à l'atelier.

3. Bénéficier de la liberté de se loger soi-même.

4. Trop d'anglais utilisé pendant un atelier de francophones

5. Pas d'accueil à l'aéroport. Pas d'information sur l'hébergement

6. Travaux pratiques: donner beaucoup plus d'exercices pratiques.

7. Cartes des pays par district: les disponibiliser avant la tenue de l'atelier.

8. Un rappel méthodologique concernant la collecte des données est souhaitable

2. Propositions des Directeurs du PEV pour améliorer les performances de ce type d'atelier

1. Durée de l'atelier: bonne, raisonnable.

2. Méthode de travail: bonne, plénières plus nombreuses avec les Gestionnaire des données souhaitées.

3. Les sessions les plus utiles: Etapes dans l'organisation des JNV, séminaire sur le laboratoire, les indicateurs de la surveillance.

4. Les sessions les moins intéressantes: Analyse de base recommandées pour la surveillance du PEV.

5. Sessions à améliorer: ajouter pour les Directeurs du PEV la gestion des données; inviter les directeurs du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

6. Enseignement des logiciels en anglais: ne pose aucun problème.

3. Propositions des Gestionnaires des données du PEV pour améliorer les performances de ce type d'atelier.

1. Durée de l'atelier: insuffisante, devra être allongée entre 2 et 3 semaines.

2. Méthode de travail: bonne, peut être améliorée: cours théorique le matin et exercices pratiques les après midi. Utiliser la même langue que les participants.

3. Equipement informatique: très bonne qualité; les responsabilités doivent être clairement définies; le financement de la maintenance n'est pas acquis.

4. Logiciels: bons, version française souhaitée; mise à jour des Antivirus souhaitée

5. Les sessions les plus utiles: Pratique sur ordinateur; exercice pratique sur le circuit de l'information accompagnant le prélèvement des selles des cas de PFA (Paralysie Flasque Aiguë), exercice de remplissage et de saisie du formulaire des cas de PFA.

6. Les sessions les moins intéressantes: Aucune

7. Les session les plus difficiles: Epimap: modification des cartes

8. Sessions à améliorer: donner beaucoup d'exercices pratiques (Epiinfo: comment créer un fichier .qes et un fichier .chk; Epimap)

9. Enseignement des logiciels en anglais: pose de problème à la moitié des gestionnaires des données.