REPORT

BASICS

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

Abidjan, Côte d'Ivoire

29 Octobre - 2 Novembre 1996

Dr. Mutombo wa Mutombo

BASICS Technical Directive: 000 FA 01 019
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00

2

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ 1

BACKGROUND 1

DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION 2

SUIVI DE L'ATELIER 8

ANNEXES:

1: PROGRAMME DE L'ATELIER

2: LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS

3: FORMULAIRE ET RÉSULTATS DE L'EVALUATION DE L'ATELIER

4: PRÉSENTATION EFFECTUÉE SUR LE THÈME "SURVEILLANCE-ACTION"

5: PRÉSENTATION EFFECTUÉE SUR LE THÈME "INDICATEURS POUR LE MONITORAGE DES JNV"

ABRÉVIATIONS

BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
DTC	vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
FJ	Fièvre jaune
GPV	Global Programme on Vaccine and Immunization
HB	Hépatite B
IB	Initiative de Bamako
Initiative IV	Initiative Indépendance de Vaccin (de l'Union Européenne)
JNV	Journée Nationale de Vaccination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
SE	Survie de l'Enfant
TFI/ICC	Task Force on Immunization/Interagency Coordination Committee
TNN	Tétanos néonatal
UE	Union Européenne
VPO	Vaccin Polio Oral

RÉSUMÉ

Huit pays de l'Afrique de l'Ouest (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Togo) se sont rencontrés à Abidjan du 29 octobre au 2 novembre 1996.

La rencontre avait pour objectifs de *(i)* faire le point sur l'état d'avancement des préparatifs des Journées Nationales de Vaccination (JNV), *(ii)* faire le point sur la mise en oeuvre des activités de surveillance, *(iii)* et élaborer un plan d'action 1997/1998 prenant en compte les activités de routine, les activités supplémentaires et les activités de surveillance.

Chacun des pays était représenté par le directeur du PEV (à l'exception du Sénégal), un représentant du service de l'épidémiologie et l'épidémiologiste de la représentation de l'OMS dans le pays. Trois Rotariens en provenance du Burkina Faso, du Togo et du pays hôte ont pris part à la rencontre. Le laboratoire Institut Pasteur de Dakar était aussi présent.

Des quatre pays avant de lancer les JNV en décembre 1996, le Bénin, le Burkina Faso, le Togo, et la Côte d'Ivoire, seuls les trois premiers semblent bien avancés dans leurs préparatifs et en mesure de respecter le calendrier (comité de coordination des JNV en place, planification nationale effectuée, micro planification régionale ou de district effectuée ou en cours, vaccins pour les JNV et porte-vaccins déjà dans le pays, information/mobilisation sociale commencée). La Côte d'Ivoire a pour sa part reculé la date de lancement des JNV pour le mois de janvier 1997.

Par rapport à la mise en oeuvre des activités de surveillance, notamment des paralysies aigues flasques (PFA), les huit pays présents sont à des niveaux très différents, les plus avancés se retrouvant parmi le Bénin, le Burkina Faso, la Mauritanie, et le Togo; les moyennement avancés étant le Mali, le Niger et le Sénégal.

Chacun des huit pays présents a produit le premier draft d'un plan d'action 1997/1998 prenant en compte les activités de routine, les activités supplémentaires et les activités de surveillance. Un exemplaire finalisé devra être envoyé à AFRO avant le 20 novembre en préparation de la réunion TFI/ICC (Task Force on Immunization/Interagency Coordination Commettee) qui aura lieu à Dakar du 4 au 7 décembre 1996.

BACKGROUND

L'on compte l'éradication de la poliomyélite d'ici à l'an 2000 parmi les objectifs de la décennie 1990, adoptés par l'Assemblée Mondiale de la Santé et approuvés par le Sommet Mondial pour les enfants et le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Quatre ans nous séparent encore de l'échéance, années qui doivent être mises à profit pour préparer et mettre au même niveau de performance tous les pays de la région.

Dans cet perspective, l'OMS AFRO a entrepris, d'organiser par bloc épidémiologique, des ateliers relatifs à l'organisation des JNV et à la surveillance des maladies du PEV. Ces ateliers ont pour cible les directeurs nationaux des Programmes Elargis de Vaccination et les gestionnaires des données du PEV.

Les pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest (à l'exception de la Guinée) se sont retrouvés une seconde fois, la première réunion ayant eu lieu toujours à Abidjan du 27 mai au 1er juin derniers. Cette rencontre se situe à un mois de deux événements importants: la réunion TFI/ICC de Dakar et les dates prévues pour le lancement des JNV dans quatre des huit pays participants.

DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION

Il s'est tenu du mardi 29 octobre au Samedi 2 novembre 1996 à l'hôtel Novotel d'Abidjan un atelier regroupant huit pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, et le Togo).

Chaque pays était représenté par le directeur du PEV (à l'exception du Sénégal), un responsable du service de l'épidémiologie et l'épidémiologiste de la représentation de l'OMS. Trois Rotariens en provenance du Burkina Faso, du Togo et de la Côte d'Ivoire ont pris part à la rencontre.

Les programmes de travail de l'atelier est en annexe 1, et la liste des participants et des facilitateurs en annexe 2.

La journée du lundi 28 octobre a été consacrée à la préparation des facilitateurs: les objectifs des ateliers ont été passés en revue, la méthodologie a été discutée, et la résponsabilisation des facilitateurs par rapport aux présentations en plénière déterminée.

L'auteur a eu la responsabilité de modérer la session sur la surveillance et le contrôle des maladies, au cours de laquelle il a effectué une présentation sur le sujet *"surveillance action."* Il a eu aussi la responsabilité de préparer et de présenter "les indicateurs pour le monitorage des activités relatives aux JNV" (voir annexe 4 et 5).

En outre, l'auteur a eu la responsabilité de concevoir un outil d'évaluation journalière, d' analyser les évaluations journalières, et d'en faire une retro-information pendant la réunion des facilitateurs qui avait lieu à la fin de chaque journée de travail. Les outils ainsi que les résultats d'évaluation se trouvent en annexe 3.

Les points saillants de cet ateliers sont regroupés ci-dessous par session—

A. *Session "Vision du PEV régional"*

1. *Les nouveaux vaccins*: contre l'hépatite virale, la fièvre jaune, l'Haemophilus influenzae et la méningite.

- La grande préoccupation de la région africaine reste, compte tenu de la résurgence de la fièvre jaune (FJ), l'introduction du vaccin anti-amaril dans le PEV de routine. Les données épidémiologiques actuelles montrent en effet que ce sont les enfants qui sont les plus touchés. La Gambie est le seul pays de la région qui a introduit ce vaccin, en plus de ceux de l'hépatite B et de l'Haemophilus influenzae, dans son programme PEV. Le vaccin HB se donne en trois doses au même moment que le vaccin DTC, avec un rappel à l'âge d'un an.

- La recherche opérationnelle sur le coût-efficacité de l'introduction du vaccin anti-amaril dans la routine du PEV constitue un grand axe de plaidoirie. (Le coût de la vaccination d'un individu versus le coût de la lutte anti-épidémique, en terme de coût thérapeutique, de coût social, de vie perdue ...). L'Etude de la Gambie a montré entre autre que l'introduction du vaccin anti-amaril dans le PEV de routine n'augmentait pas le coût de revient du vaccin; l'étude du Nigéria a montré les activités de lutte contre l'épidémie sont trois fois plus chères que l'introduction du vaccin dans le PEV.

- Il existe une Initiative OMS (10.000.000 $) pour appuyer l'intégration du vaccin anti-amaril. Les pays ayant besoin d'une assistance peuvent présenter une requête officielle au Dr Lee, directeur de GPVI, en réservant une copie à AFRO.

2. *Vaccination anti tétanique*

- La stratégie préconisée par l'Unité TNN du GPVI (Genève) par rapport à la vaccination contre le tétanos recommande de vacciner les femmes enceintes pendants les activités de routine, et les femmes en âge de procréer pendant les activités supplémentaires (ratissage et approche à haut risque).

- Cette recommandation est quelque peu en contradiction avec ce qui a été préconisé il y a environ huit ans et qui a été adopté dans le calendrier de vaccination de beaucoup de pays du bloc, à savoir vacciner routinièrement toutes les femmes en âge de procréer.

B. *Session "état d'avancement des préparatifs des JNV"*

1. *Bénin:* le premier passage est prévu les 7, 8 et 9 décembre; le 2ème passage les 4, 5, et 6 janvier 1997. Comité d'organisation en place (avec trois réunions à son actif).

Micro planification régionale réalisée; Micro planification de district prévue pour le 11 novembre.

Vaccin pour les JNV entreposé au niveau central, approvisionnement des départements à partir du 23 novembre 1996.

Contribution du gouvernement: 10 millions de Francs C.F.A.

2. *Burkina Faso:* le 1er passage est prévu pour la période du 18 au 20 décembre; le deuxième passage pour la période du 20 au 22 janvier 1997. Comité d'organisation non encore constitué; cependant les sous commissions d'organisation sont à pied d'oeuvre (les activité de sensibilisation ont déjà débuté sur les radios. *Le fait d'avoir impliqué le Ministère de la Communication dans l'élaboration du plan de communication pour les JNV en a diminué de beaucoup le coup de diffusion.*

Planification centrale et de district terminée. Vaccin pour les JNV déjà au pays, il en est de même pour les porte-vaccins et des mégaphones (qui sont retenus par les services de douane). *Une partie de porte vaccins et de mégaphone a été commandée non pas en Afrique du Sud mais au Ghana qui les commercialise à un prix beaucoup plus bas.*

Les finances disponibles: $800.000 de Rotary/OMS, $10.000 de l'UNICEF pour les T-shirts, les casquettes et le carburant. Gouvernement: 30.000.000 Frs C.F.A.

Un problème en vue: la compétition deux événements sociaux majeurs: le recensement général de la population(10 décembre 1996 au 20 janvier 1997) et le sommet France-Afrique.

3. *Togo:* les premiers passages sont prévus pendant la période du 6 au 10 décembre 1996 et les deuxièmes la période du 6 au 10 janvier 1997. Comité d'organisation des JNV créé par décret présidentiel; Mr Makugbu (rotarien, indépendant et retraité), nommé coordonnateur.

Guide pour les JNV élaboré et mis à la disposition des régions et des districts.

Micro planification régionale et de district terminée. (Participation de la GTZ dans la région Centrale et du Fond Français d'Aide à la Coopération pour la région du Plateau.)

105.000 dollars issu de Rotary ont servi à l'achat du vaccin pour les JNV.

4. *Côte d'Ivoire*: la période de lancement a été retardée d'un mois: elle aura lieu du 5 au 7 janvier 1997, et le second passage du 4 au 7 février 1997. Entre temps, tout reste à faire: le comité d'organisation, la planification nationale, les micro planifications régionales de district...

C. *Session "enquête sur les cas" et "laboratoire"*

- Le remplissage du formulaire d'enquête des cas de PFA et de tétanos néonatal n'a pas été évident malgré le haut niveau des participants. D'où la nécessité:

  - De prendre une décision en ce qui concerne le niveau du personnel avant d'effectuer les dites-enquêtes.

  - De former à la surveillance le dit-personnel.

  - D'élaborer un guide remplissage des formulaires d'enquête et de l'imprimer au verso.

  - De laisser la responsabilité de la classification finale des cas suspects au comité d'experts.

- Le prélèvement des selles chez les contacts d'un cas de paralysie aigüe flasque n'est plus conseillée par le comité technique sur la poliomyélite.

- Les pays sont invités à envoyer les selles aux laboratoires nationaux avant le démarrage des JNV. Cela permet non seulement de confirmer la présence du virus sauvage, mais aussi, par le génotypage, de localiser le virus sauvage et d'en identifier ultérieurement la circulation.

- La fiche devant accompagner les prélèvement des selles est le formulaire d'enquête du cas suspect; initialement, le prélèvement de selle était accompagné de duex fiches: la fiche de demande d'examen de laboratoire (qui a été supprimée) et la fiche d'enquête.

- Les pays sont invités dès à présent à entamer les formalités de douane pour la sortie et l'entrée des produits de prélèvement d'origine humaine. L'obtention de plusieurs autorisations émanant de différents ministères s'avère souvent nécessaire.

D. *Session sur les cibles et stratégies du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest*

- Ce bloc épidémiologique qui comprend 15 pays (l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée Bissau, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, la Sierra Léone, et le Togo) a une population totale de 126 millions âmes, soit 25 pourcentage de la population totale de l'Afrique.

- La couverture vaccinale moyenne du bloc pour tous les antigènes est supérieure à la celle de la région (1995). Les disparités internes sont cependant criantes; les couvertures les plus basses du monde pour certains antigènes se retrouvent dans le bloc.

- L'objectif du bloc en ce qui concerne le lancement des JNV est que tous les quinze pays aient lancé leur JNV en 1997. Il a été prévu que sept des quinze pays du bloc lancent leur JNV en 1996 (la Mauritanie, l'Algérie, le Ghana, le Togo, le Bénin, le Burkina Faso, et la Côte d'Ivoire). Ce dernier pays ne sera pas au rendez-vous de 1996, mais à celui de 1997.

- Les grands problèmes du PEV dans le bloc restent la faiblesse dans la gestion du programme, la vétusté du matériel de la chaîne du froid et de la logistique, la faiblesse du système de surveillance des maladies, l'inadéquation de la mobilisation sociale, l'inadéquation de l'engagement politique et les contraintes économiques et financières.

E. Session "activités pour augmenter la couverture vaccinale"

- Les solutions à apporter à ce problème doivent être sélectionnées en fonction des causes identifiées, causes qui découlent de l'analyse des services de vaccination. Ces causes peuvent être synthétisées en quatre groupes:

- Le manque d'accès au services de vaccination, par manque de ressource (réfrigérateur), par manque d'un personnel formé, ou par l'éloignement du village par rapport au centre offrant les services de vaccination.

- Le taux d'abandon.(global: entre le vaccin BCG et la vaccin anti-rougeoleux; le taux d'abandon DTC1 et DTC3. Il ya un problème quand ce taux est supérieur à 10%)

Les causes en sont souvent l'organisation des services (de longues files, de longues attentes, le mauvais accueil), et la sensibilisation.

- Les occasions manquées de vaccination, dont les causes peuvent se retrouver parmi les suivantes: l'ignorance du calendrier vaccinal, le manque de réflexe de vérification de l'état vaccinal des enfants lors de la consultation curative, et la non administration le même jour de tous les vaccins.

- Les population hors portée pour des raisons non pas d'accessibilité géographique, mais de leur situation particulière (les groupes religieux, les réfugiés, les déplacés ...)

- Expérience innovateur du Bénin dans le cadre de l'augmentation de la couverture vaccinale: deux districts avoisinant un autre ayant une couverture sanitaire insuffisante, effectuent alternativement au sein de celui-ci la stratégie avancée. Cette solution, qui est transitoire jusqu'à l'obtention d'une couverture sanitaire satisfaisante, coûte cher.

- L'expérience du Mali met l'accent sur la responsabilité des communautés dès le début de la mise en place des aires de santé autour des CSCOM. La participation de la population est devenue une réalité, y compris pour les activités préventives. Les CSCOM disposent

10

des outils simples d'information, représentant les résultats obtenus dans les différents domaines d'activité du CSCOM.

- L'utilisation au niveau le plus périphérique (poste et centre de santé) des outils de gestion de programme (*enquête CAP dans les 100 foyers les plus proches du poste/centre de santé, diagramme de couverture vaccinale*) permettant au personnel de santé de faire le point sur la marche du programme dans son aire de responsabilité, de rechercher les causes de dysfonction afin de trouver les solutions correctrices, a été encouragée.

- Le renforcement du curatif au niveau des structures périphériques (mise à la disposition du personnel des instructions et stratégies claires, disponibilité des médicaments essentiels, formation du personnel, supervision régulière.) génère une meilleure confiance dans le système de santé. Les besoins ressentis de la population étant satisfaits, cela enclenche l'utilisation effective du préventif. C'est un des avantages que représente l'Initiative de Bamako (IB).

F. *Session "revue de la situation de l'approvisionnement en vaccin"*

- Cette session a mis en exergue des problèmes fondamentaux dans les prévisions et le système d'approvisionnement en vaccin: utilisation pour les activités supplémentaires du vaccin de routine; la quantification des besoins en vaccin n'ayant pas pris en compte les activités supplémentaires; transition difficile entre le désengagement de l'UNICEF et le projet IV de l'UE. La situation de l'approvisionnement en vaccin est représentée dans le tableau ci-dessous:

11

Pays	*Antigènes*	*Durée*	*Causes*	*situation actuelle*
Bénin	-	-	-	-
Burkina Faso	DTC, FJ	6 mois	Transition difficile entre le désengagement de l'UNICEF et le projet IV de l'UE; procédures jugée non acceptable par le gouvernement (payer avant la livraison)	en voie d'être réglé
Côte d'Ivoire	-	-	-	-
Mali	DTC	3 semaines	Pas de synchronisme entre le désengagement de l'UNICEF et le projet IV de l'UE	réglé
Mauritanie	VAR	3 mois	-vaccin utilisé pour des activités supplémentaires après une épidémies de rougeole, -Confusion créé par le consultant de l'UE sur l'IV	réglé
Niger	-	-	-	-
Sénégal	-	-	-	-
Togo	Tous	9 mois	Pas de synchronisme entre le désengagement de l'UNICEF et le projet bilatéral avec l'UE	persiste

- L'Initiative Indépendance de Vaccin de l'Union Européenne prend en compte les vaccins de routine et non celui destiné aux activités; le vaccin contre la fièvre jaune a été purement et simplement oublié malgré la résurgence de la maladie et les pressions vers l'intégration de ce vaccin dans le PEV de routine; en ce qui concerne le vaccin anti-tétanique, l'Initiative prend en compte seulement les femmes enceintes (soit environ 4 pourcentage de la population, alors que les femmes en âge de procréer sont environ huit fois plus nombreuses, soit environ 30 pourcentage de la population totale)

SUIVI DE L'ATELIER

- Chacun des huit pays participant à l'atelier a eu à élaborer un plan d'action sur une période de deux ans (1997-1998).

Il devra en conséquence faire l'objet d'une visite de suivi par l'équipe des facilitateurs, visite qui aura comme objectif d'aider à la finalisation du plan d'action 1997-1998 (dans toutes ses composantes: activités routinières, activités supplémentaires et la surveillance).

- Tous les huit pays auront initié le premier et seconds passages des JNV en décembre-janvier (pour le Bénin, le Bourkina Faso, et le Togo) et au cours de l'année prochaine (pour la Côte d'Ivoire, le Mali, Niger, et Sénégal).

Il devront bénéficier de l'appui des facilitateurs et des directeurs PEV et epidémiologistes OMS des pays ayant organisé avec succès leur premières JNV. Cet appui devra se concentrer sur la mise en oeuvre des JNV et le monitorage des indicateurs y afférent en vue d'améliorer les passages suivants.

- BASICS est intéressé pour sa part dans le suivi des plans d'action et dans la mise en oeuvre des JNV dans les pays dont les missions de l'USAID présentent un potentiel certain de solliciter l'appui de BASICS dans le cadre des vaccinations. (Il s'agit du Bénin, du Mali, et du Burkina Faso.)

- L'Initiative Indépendance de Vaccin semble avoir été insuffisamment compris dans la plupart des pays participants; cette situation a entraîné une transition difficile entre le désengagement de l'UNICEF et le démarrage projet IV de l'UE. Une mission de clarification da la part de l'UE dans les différents pays est vivement recommandée.

ANNEXES

ANNEXE 1

PROGRAMME DE L'ATELIER

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ABIDJAN, du 29 Octobre au 2 Novembre 1996

CALENDRIER PROVISOIRE DE L'ATELIER

Mardi 29 Octobre

08H00-08H45 :	Enregistrement des participants
09H00-09H30 :	Cérémonie d'ouverture
09H45-10H30:	Vision du PEV régional Discussions
10H30-11H00:	Pause café
11H00-12H30:	Présentation et échanges d'expériences sur l'état d'avancement des préparatifs des Journées Nationales de Vaccination (JNV). * micro planification au niveau provincial * mobilisation sociale, distribution des vaccins et des porte-vaccins, transport, etc.
12H30-14H00:	Déjeuner
14H00-15H30:	Discussions sur les JNV (suite)
15H30-16H00:	Pause café
16H00-18H00:	Planification des JNV 97 : - Besoins en vaccins - Stratégies - Mobilisation sociale

Mercredi 30 Octobre

08H30-10H30:	Planification des JNV 97 (suite) : - Matériel de la chaîne du froid - Personnel - Planification et formation - Transport
10H30-11H00:	Pause café

11H00-12H30:	Surveillance et contrôle des maladies : - Revue des cibles et stratégies 97-98 pour le bloc épidémiologique; - Etapes essentielles pour la mise en place de la surveillance; - Principaux indicateurs de performance - Situation dans les pays (suivi de l'atelier de Mai 96) - Discussions.
12H30-14H00:	Déjeuner
14H00-15H30:	Introduction du guide de terrain sur la surveillance. Discussions.
15H30-16H00:	Pause café
16H00-18H00:	Enquête sur les cas (exercices pratiques en utilisant les formulaires).

Jeudi 31 Octobre

08H30-09H30 :	Composante laboratoire dans l'enquête sur les cas de PFA Discussions.
09H30-10H30:	Introduction au plan d'action sur la surveillance Discussions.
10H30-11H00:	Pause café
11H00-12H30:	Plan d'action sur la surveillance pour 1997/1998
12H30-14H00:	Déjeuner
14H00-18H00:	Plan d'action sur la surveillance (suite).

Vendredi 1er Novembre

08H30-10H30:	Activités PEV de routine : - Activités pour améliorer la couverture vaccinale - Revue de la situation de l'approvisionnement en vaccins - Discussions
10H30-11H00:	Pause café
11H00-12H30:	Plan d'action du PEV de routine pour 1997/1998.
12H30-14H00:	Déjeuner
14H00-18H00:	Plan d'action 1997/1998 (suite).

17

Samedi 2 Novembre

08H30-10H00:	Plan d'action 1997/1998 (suite)
10H00-11H00:	Pause café
11H00-12H00:	Evaluation du séminaire
12H30:	Cérémonie de clôture.

ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS

LISTE DES PARTICIPANTS

	Pays	Participants/Fonction	Date Arrivée	Date Départ
	Bénin	- Dr Méhoundo Faton Responsable PEV	28/10/96	03/11/96
	Bénin	- Dr I. Yacoubou Responsable Adjoint PEV	28/10/96	06/11/96
	Bénin	- Dr C. Comlanvi OMS/Pays	28/10/96	03/11/96
	Burkina Faso	- Dr Jules Millogo: Responsable/PEV	28/10/96	04/11/96
	Burkina Faso	- Dr Adrien Ware: Responsable Surveillance Epidémiologique	28/10/96	04/11/96
	Burkina Faso	- Dr Gaoussou Traoré: Epidémiologiste/OMS	28/10/96	04/11/96
	Burkina Faso	- Mr Jean Sorgho: ROTARY	28/10/96	04/11/96
	Côte d'Ivoire	- Dr Victor Sangaré: Responsable/PEV	30/10/96	02/11/96
	Côte d'Ivoire	- Mme Richmond Marie-Irène ROTARY	31/10/96	02/11/96
0	Mali	- Dr Sidi Adama Konaré Epidémiologiste/OMS	28/10/96	03/11/96
1	Mali	- Dr Mamadou Konaté Responsable PEV	28/10/96	03/11/96
2	Mali	- Dr Philippe Auguste Dembelé Responsable Surveillance Epidémiologique	28/10/96	03/11/96
3	Mauritanie	- Dr Kane Ibrahima: Responsable/PEV	26/10/96	03/11/96
4	Mauritanie	- Dr Yaya Diallo: Epidémiologiste/OMS	27/10/96	03/11/96

15	Niger	- Dr Mariama Saada: Responsabel/PEV	27/10/96	03/11/96
16	Niger	- Mr Mustapha Maïga: Gestionnaire données du PEV	27/10/96	03/11/96
17	Sénégal	- Dr Annick Dosseh Institut Pasteur	28/10/96	03/11/96
18	Sénégal	- Dr Papa Malick Sylla OMS/Pays	28/10/96	03/11/96
19	Sénégal	- Mme Bernadette N'Diaye Gestionnaire données du PEV	28/10/96	03/11/96
20	Togo	- Dr Aleki Kodjo: Responsable PEV	29/10/96	03/11/96
21	Togo	- Mr Bawa Mankoubi: Coordonnateur JNV/ROTARY	29/10/96	03/11/96
22	Togo	- Dr Agbekou Koffi OMS/Pays	29/10/96	04/11/96

LISTE DES FACILITATEURS

Noms et Prénoms	Pays	Date Arrivée	Date Départ
Dr Léonard Tapsoba	OMS/CI	-	-
Dr Mutombo Wa Mutombo	BASICS/Dakar	28/10/96	03/11/96
Dr Mary Harvey	USAID/Washington	28/10/96	
Mme Neil Marianne	OMS/Genève	28/10/96	02/11/96
Dr René Z. Coddy	OMS/Cameroun	27/10/96	03/11/96

ANNEXE 3

FORMULAIRE ET RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'ATELIER

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE : 29/10/96 ***(15 répondants)***

Cochez dans la colonne qui correspond à votre appréciation :

1=mauvais 2=moyen 3=bon 4=très bon

Aspects administratifs	1	2	3	4	Commentaires
Accueil	2	7	4	2	
Hébergement	1	1	8	5	
Assistance administrative (Informations au départ)	1	10	2	2	
Assistance administrative (Informations ŕ l'arrivée)	0	3	10	3	

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond ŕ votre appréciation :

1=mauvais 2=moyen 3=bon 4=trčs bon

Points/session ŕ évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Objectifs et résultats attendus de l'atelier	34	35	35	
Vision du PEV Régional	35	36	35	
Présentation et échanges d'expériences sur l'état d'avancement des préparatifs des JNV	35	35	3	
Planification des JNV 1997	33	33	33	

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE : 30/10/96 ***(18 répondants)***

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond ŕ votre appréciation :

1=mauvais **2=moyen** **3=bon** **4=trčs bon**

Points/session ŕ évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Planification des JNV 97 (suite)	34	35	3	
Surveillance § contrôle des maladies : *Revue des cibles et stratégies bloc	35	35	34	
*Etapes essentielles de la surveillance	36	35	34	
*Principaux indicateurs de perform.	35	35	34	
*Situation dans les pays	34	33	29	
Introduction du guide de terrain	34	43	32	
Enquęte sur les cas (exercices)	37	37	29	

25

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE : 31/10/96 ***(18 répondants)***

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond ŕ votre appréciation :

1=mauvais **2=moyen** **3=bon** **4=trčs bon**

Points/session ŕ évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Composante laboratoire dans l'enquęte des cas de PFA	36	36	36	L'OMS a un rôle à jouer dans la facilitation des procédures pour transporter les selles vers les labo.
Introduction au plan d'action sur la surveillance	36	35	33	
Plan d'action sur la surveillance pour 1997/1998	35	35	34	Permet aux pays de disposer rapidement d'un plan d'action
Présentation/discussions des travaux de groupe	34	34	3	

ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

EVALUATION JOURNALIERE : 01/11/96 ***(16 répondants)***

Donnez dans chacune des colonnes une cotation qui correspond ŕ votre appréciation :

1=mauvais **2=moyen** **3=bon** **4=trčs bon**

Points/session ŕ évaluer	Pertinence	Utilité	Clarté	Commentaires
Activités PEV de routine : *Activités pour améliorer la couverture vaccinale	36	33	34	la technologie nous a laché
*Revue de la situation de l'approvisionnement en vaccins	34	34	33	exercice très utile
Plan d'action du PEV de routine pour 1997/1998	33	33	31	
Projet logistique AFRA	33	37	28	transparents difficile à lire. Sujet important et urgent, à développer pendant les missions pays

27

ANNEXE 4

PRESENTATION EFFECTUEE SUR LE THEME *"SURVEILLANCE-ACTION"*

(en PowerPoint)

Surveillance dynamique .....

LES DONNEES

POUR *AGIR* !!

29

30

QU'EST-CE QUE LA SURVEILLANCE DYNAMIQUE ?

C'est la collecte et l'utilisation des données épidémiologiques pour:

√ Comprendre l'épidémiologie de la maladie (QUI, QUAND, OU, COMMENT ?)

√ Estimer l'ampleur du problème (incidence, mortalité, létalité)

√ Développer des stratégies efficaces et ciblées

√ Motiver les agents de santé (suivi + rétro-information)

√ Evaluer l'impact du programme ou de l'intervention

√ Maintenir l'appui du gouvernement et le soutien des donateurs

QUALITES D'UN SYSTEME DE SURVEILLANCE PERFORMANT

- √ Pratique
- √ Simple
- √ Efficace
- √ Complet
- √ Prompt
- √ Flexible

Etape 1-Standardiser

Développer des définitions standard de cas

- √ **Cocheluche**
- √ **Diphtérie**
- √ **Fièvre jaune**
- √ **Cas suspect de Polio(PFA)**
- √ **Rougeole**
- √ **Tétanos Néonatal**

Etape 1 - Standardiser
Etablir les sites de notification

√ **Intégrer dans le système existant**

√ **Commencer par les sites prioritaires**
..... ensuite étendre

34

Etape 1 - Standardiser
Développer, simplifier, modifier les formulaires

- √ Fiche de notification immédiate : PFA, TNN
- √ Fiche de notification mensuelle : des maladies cibles du PEV
- √ Formulaire pour enquêter les cas de PFA et de TNN
- √ Formulaire pour l'envoi des échantillons de selles au laboratoire
- √ Registre pour les cas de PFA et de TNN

Etape 1 - Standardiser
Développer un système de numéros "EPID"

Code du pays

Région ou Province

Numéro du cas

XXX-YYY-ZZZ-94-001

District

Année

exemple : BFA-OUA-MAN-94-001

Etape 1 - Standardiser
Etablir les procédures de déclaration

√ QUI? Tous les sites de notification établis

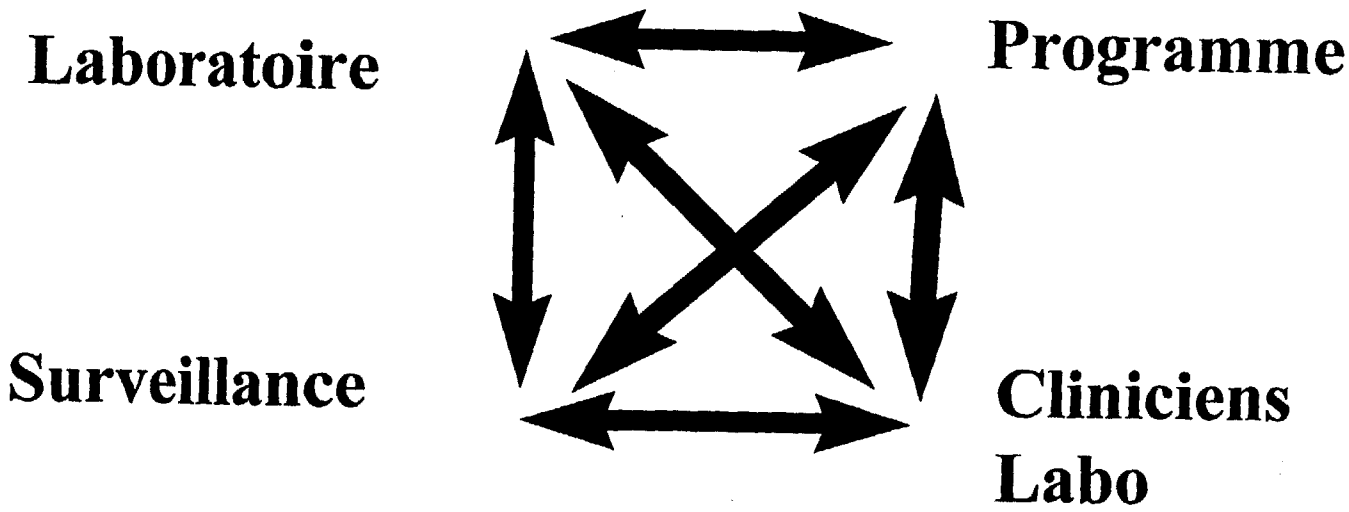
√ QUOI? Les maladies du PEV basées sur les définitions standard de cas

Délaration des ZERO cas aussi !

√ QUAND? Immédiatement : PFA, TNN
Mensuellement : autres maladies du PEV

√ A QUI? Selon la voie hiérarchique désignée

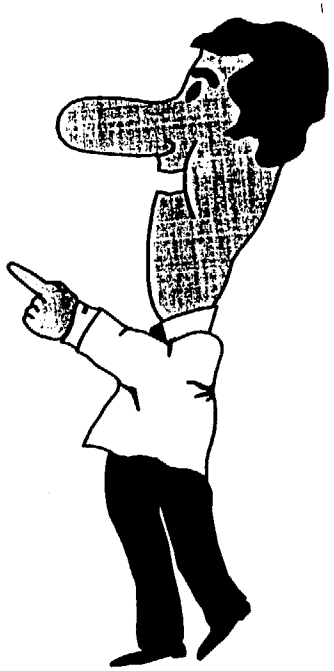
Etape 2
Etablir un réseau de collaboration



- √ Initié par le directeur du PEV
- √ Communications régulières
- √ Esprit de collaboration
- √ Consensus sur les responsabilités respectives et description des tâches

37

Etape 3
Attribuer les responsabilités



- √ Déclaration de routine
- √ Investigation des cas
- √ Collecte et transport des prélèvements
- √ Ripostes aux épidémies (mesures à prendre)
- √ Examens de suivi (e.g. PFA)
- √ Surveillance active et recherche des cas
- √ Analyse des données, rapports, et rétro-information
- √ Suivi des rapports transmis tardivement ou incomplets

Etape 4
Former / Mobiliser

Personnel chargé de la surveillance

- √ Investiguer les cas et les épidémies
- √ Prélever des échantillons
- √ Mettre en oeuvre des mesures de riposte aux épidémies
- √ Rechercher d'autres cas
- √ Faire l'examen de suivi (e.g. PFA)

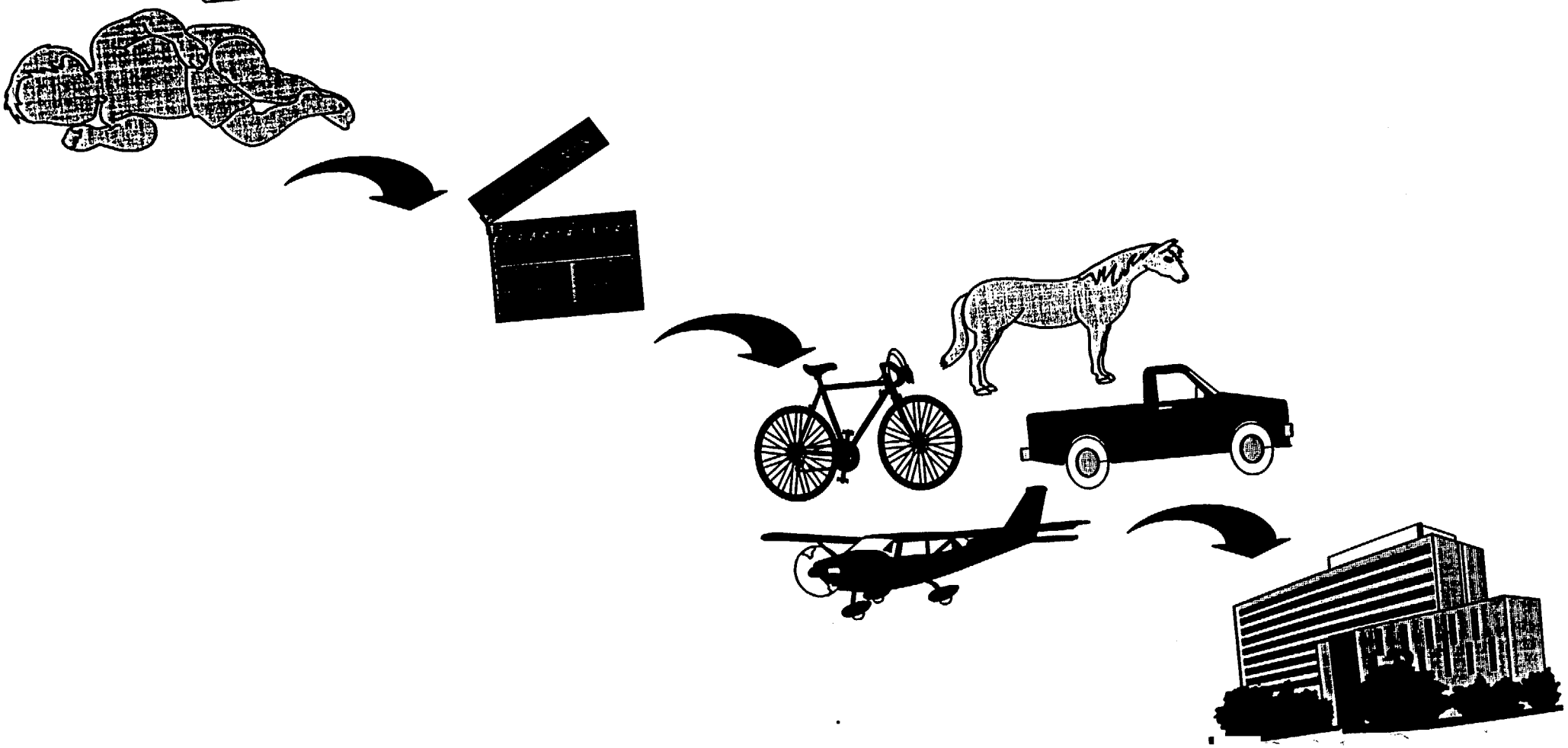
Personnel chargé de la gestion des données

- √ Analyse
- √ Rapports
- √ Rétro - information

Superviseur

- √ Rapports complets et transmis à temps
- √ Procédure correcte

Etape 5
Développer une chaîne de froid inversée



Etape 6

Informer tous les professionels de la santé

- √ Les buts du programme
- √ Notification obligatoire
- √ Définition standard des cas
- √ Procédures de déclaration

Etape 7

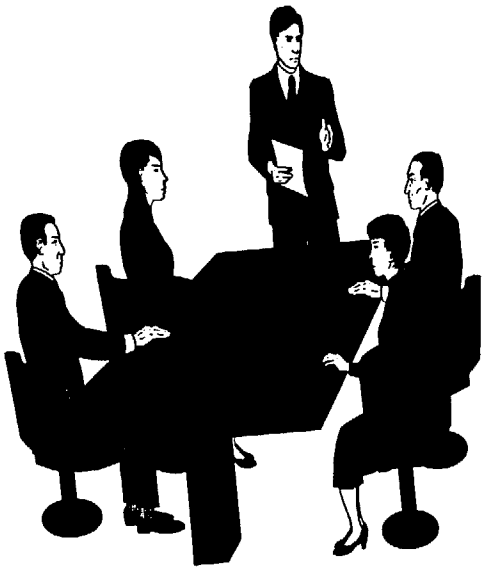
Etablir un comité d'experts pour l'éradication de la polio

Membres

directeur du PEV, épidémiologiste, virologiste, pédiatre, neurologue, professeur de faculté de médecine

Objectifs

- √ **Classifier tous les cas**
- √ **Donner des conseils techniques**
- √ **Suivre la performance de la surveillance**
- √ **Suivre la performance du laboratoire**
- √ **Suivre les progès de l'éradication de la polio**



Etape 8

Organiser une surveillance *ACTIVE*

√ *Visiter* les sites prioritaires chaque mois ou trimestre

le département de pédiatrie
le département de neurologie
les autres départements concernés
le service des archives
les dossiers entrées et sorties

√ *Revoir*
les dossiers
avec le responsable de service

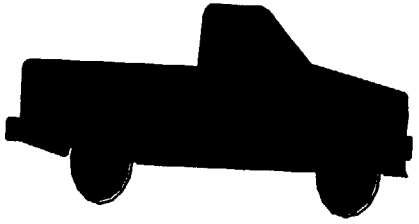
40

Etape 9
Impliquer les autres secteurs

- √ Praticiens privés
- √ Organisations non gouvernementales
- √ Communautés

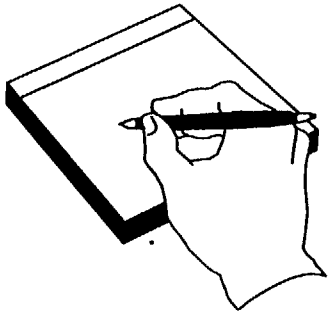
Etape 10
Suivre les rapports tardifs ou incomplets

√ **Visites**



√ **Téléphone / fax**

√ **Messages**

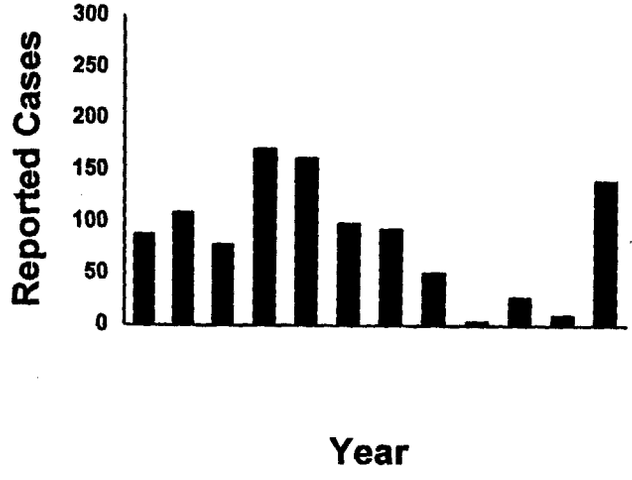


46

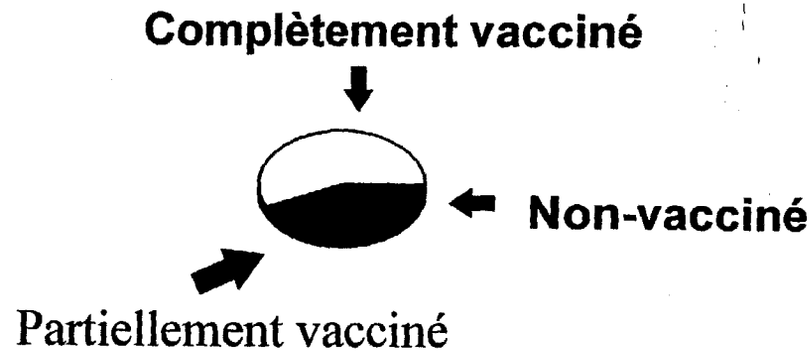
Etape 11
Analyser les données à tous les niveaux

- √ Incidence par année, mois, âge, statut vaccinal
- √ Carte des cas, incidence, prélèvements
- √ Indicateurs de performance

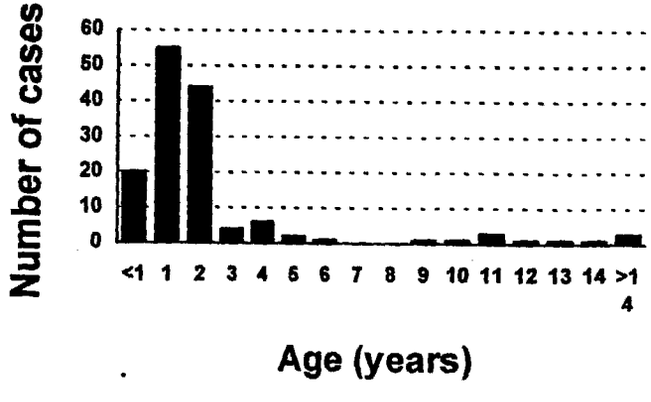
Cas de Rougeole, 1982-93



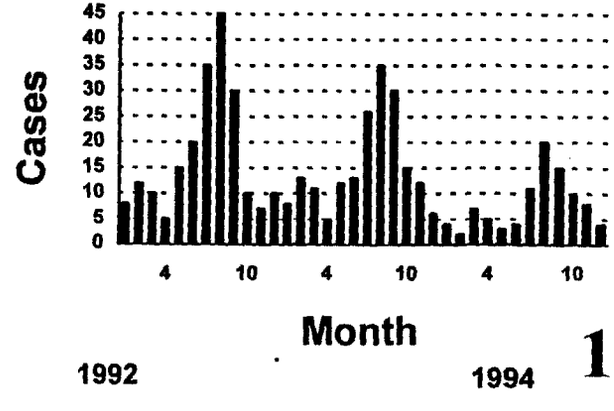
Statut vaccinal de 157 cas de PFA, 1993



Age des cas de rougeole, 1993

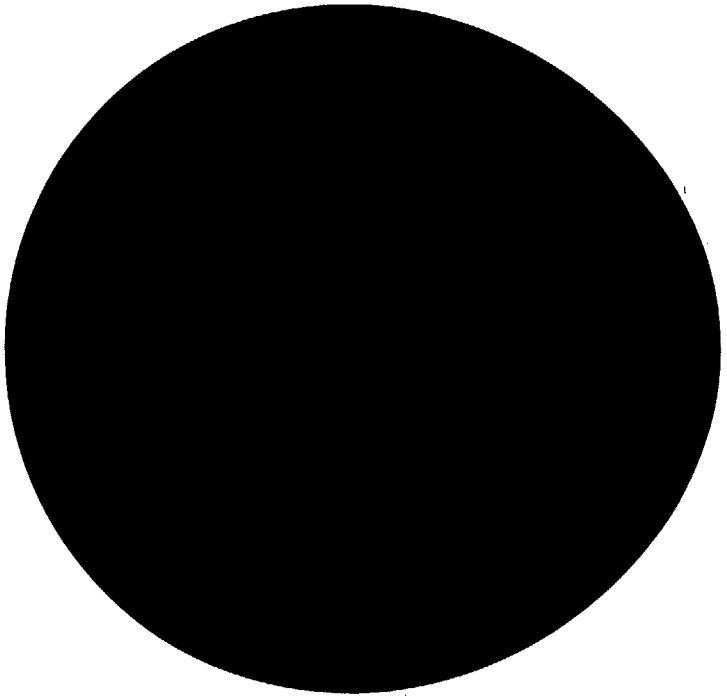


Cas de PFA, 1992-1994



48

Les Cartes



- √ Cas
- √ Incidence
- √ Couverture vaccinale
- √ Prélèvements

Indicateurs de Performance

√ Complétude des rapports mensuels
√ Réception à temps des rapports mensuels

√ *TNN*
- Proportion de cas suspects investigués
- Proportion de cas confirmés suivis d'une riposte
- Proportion de districts à risque ayant fait l'objet d'une stratégie ciblée

√ *Rougeole*
- Proportion d'épidémies investiguées

50

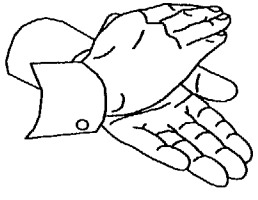
Indicateurs de Performance

- √ **Taux de PFA non polio pour 100.000 enfants < 15 ans**
  OBJECTIF: ≥ 1
- √ **Investigation ≤ 2 jours après la notification**
  OBJECTIF: ≥ 80%
- √ **Prélèvement de 2 échantillons de selles à 24-48H d'intervalle et ≤ 14 jours après le début de la PFA**
  OBJECTIF: ≥ 80%
- √ **3 jours entre l'envoi, par le niveau central, des échantillons de selles avec la chaîne de froid inversée et leur arrivée au laboratoire**
  OBJECTIF: ≥ 80%
- √ **Arrivée des échantillons au labo en bonne condition**
  OBJECTIF: ≥ 90%
- √ **Résultats du laboratoire 28 jours**
  OBJECTIF: ≥ 80%

Etape 12
Envoyer la rétro-information

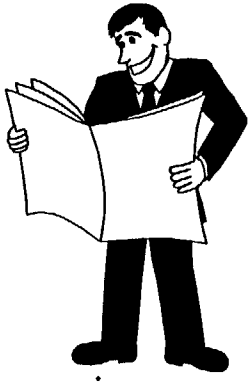
√ Vérifier si les données sont correctes

√ Motiver les agents de santé



√ Comparer les provinces et districts

√ Informer les agents de santé



√ Echanger les idées

52

Actions Polio

√ Investiguer chaque cas de PFA

√ Faire une riposte immédiate mais limitée

√ Utiliser les données pour choisir la stratégie supplémentaire

Si le virus est dispersé dans le pays → JNV

Si le virus est focalisé et la surveillance bonne → Ratissage*

√ in tion supplémentaire intensive (porte à porte) et ciblée

Actions
Rougeole

√ Prévoir les épidémies et agir AVANT

√ Enquêter chaque épidémie

- assurer une bonne prise en charge des cas
- estimer le taux de létalité
- estimer l'efficacité du vaccin
- comprendre pourquoi l'épidémie est survenue
- identifier les populations à risque
- comprendre l'épidémiologie de la rougeole

√ Planifier des activités accélérées dans les zones à risque

Actions
Tétanos Néonatal

- √ Investiguer chaque cas
- √ Vacciner la mère de l'enfant et les autres femmes dans la communauté où le cas est survenu
- √ Utiliser les données pour identifier les districts à risque
- √ Mettre en oeuvre des activités ciblées dans les districts à risque

ANNEXE 5

PRESENTATION EFFECTUEE SUR LE THEME
"INDICATEURS POUR LE MONITORAGE DES JNV"

INDICATEURS POUR LE MONITORAGE DES JNV.

Les indicateurs ci-dessous permettent de juger de la qualité des JNV et d'identifier les domaines qui méritent une attention particulière lors du second passage et lors des JNV subséquentes (2ème et 3ème année).
Leur collecte devra se faire à tous les niveaux aussi bien pendant la phase de planification, d'exécution que lors de l'après JNV.

a. Fiabilité des rapports
1. Nbre de vaccins administrés et couverture pour les moins d'1 an et les 1- 4 ans 2. Zones rapportant > 100% de couverture 3. Zones rapportant < 80% de couverture 4. Complétude et promptitude: proportion des sites/postes ayant expédié le rapport des JNV et proportion de ceux l'ayant fait à temps 5. Nombre de doses administrées et nombre de doses utilisées (permet de calculer le taux de perte)
b. Approvisionnement et distribution du vaccin
1. Date à laquelle le VPO a été réceptionné au niveau des magasins d'entreposage et des postes de vaccination: niveau national au niveau régional (Délais) niveau régional au niveau district (Délais) niveau district au niveau poste/site (Délais) 2. Quantité de vaccins reçue dans les postes/sites par rapport aux quantités demandées 3. Disponibilité des accumulateurs de froid ou de glace pendant le transport des vaccins et au cours des séances de vaccination 4. PCV: nombre de sites/postes ayant reçus et utilisant des flacons de VPO munis de PCV. % d'agents de santé pouvant interpréter correctement la PCV. 5. Fiches Stop Watch: % de formations avec un réfrigérateur disposant d'une carte Stop Watch. % d'agents de santé pouvant interpréter correctement la carte là où il y a un réfrigérateur 6. Proportion de postes/sites de vaccination bien situés, non exposés au soleil 7. Condition et capacité des réfrigérateurs: % de formations avec frigo non fonctionnel, ou dont l'approvisionnement en vaccin n'est pas suffisant, ou dont l'espace de stockage des accumulateurs n'est pas suffisant 8. Disponibilité de porte-vaccins : proportion des sites/postes ayant un nombre suffisant de porte-vaccins
c. Stratégie de vaccination

1 Fréquentation du poste/site: couverture de la population cible par poste/site (si possible). 2. Enfants vaccinés pendant les 2 passages. Comparer le total des doses administrées pendant le 1er et le 2ème passage, et les couvertures du 1er et 2ème passage. 3. Temps (durée) du déplacement des mères entre le domicile et le poste/site. Comparer la couverture atteinte par site et la durée du déplacement des mères jusqu'au site de vaccination. 4. Couverture géographique: identification des villages n'ayant pas utilisés les services du poste/site de vaccination. 5. Organisation des séances de vaccination: temps d'attente, identification facile du poste/site par les mères, nombre de personne par poste/site
d. Mobilisation sociale *(voir aussi a1, c1, c2 et c4)*
1. Connaissance des mères: sur le vaccin administré, le but poursuivi par les JNV, le groupe cible, la date du prochain passage. 2. Source d'information des mères: médias, agents de santé, affiches, amies, leaders communautaires, église, mosquée

BASICS

A USAID-financed project administered by
The Partnership for Child Health Care, Inc.
Partners: Academy for Educational Development (AED),
John Snow, Inc. (JSI), and Management Sciences for Health (MSH)
1600 Wilson Blvd., Suite 300 Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-312-6800 Fax: 703-312-6900
Internet: infoctr@basics.org

58