

**ATELIER DES DIRECTEURS DU PEV  
DES PAYS DE L'AFRIQUE  
DE L'OUEST  
ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE**

23-27 mars 1998

Dr Mutombo wa Mutombo

BASICS Technical Directive 000 FA 01 017  
USAID Contract Number HRN-C-00-93-00031-00

## TABLE DES MATIERES

### ABREVIATIONS

RESUME	1
I BACKGROUND	3
II DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION	3
A Priorites pour les pays du bloc epidemiologique pour l'annee 1998	4
1 PEV de routine	4
2 Activites supplementaires	5
3 Surveillance	5
B Surveillance (Mac Otten, OMS/AFRO)	6
C Problemes operationnels rencontres dans le cadre de la surveillance	10
D Exercice de budgetisation de la surveillance	11
E Presentation pays sur la surveillance	13
F Surveillance active	14
G Presentation des pays sur les JNV	15
H Profiter du PEV pour donner la vitamine A (M Birmingham, OMS/Geneve)	16
I Intensification de la lutte contre la rougeole (Dr Birmingham, WHO/HQ)	18
J Elimination du tetanos neonatal (Dr F Gasse, WHO/HQ)	21
K Contrôle de la fièvre jaune (Professeur Tomori et Dr Nassidi OMS/AFRO)	23
L Evolution de la couverture vaccinale au niveau du bloc (Dr Mutombo, BASICS)	24
M Logistique	26
1 Gestion des vaccins	26
2 Inventaire et rehabilitation de la chaîne de froid	27
3 Sécurité des injections	28
N Principales recommandations	29

### ANNEXES

ANNEXE 1	Pays ayant participe a la rencontre des directeurs du PEV du bloc epidemiologique de l'Afrique de l'Ouest
ANNEXE 2	Liste des participants
ANNEXE 3	Resultats des JNV (Guinee, Guinee Bisau, Mali, Niger et Senegal)
ANNEXE 4	Programme de travail de l'atelier
ANNEXE 5	Presentation sur le sujet "Evolution de la couverture vaccinale dans le bloc epidemiologique"
ANNEXE 6	Recommandations de la reunion

## ABREVIATIONS

AHR	Approche a Haut Risque
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CV	Couverture vaccinale
DTC	Vaccin contre la Diphterie, le Tetanos et la coqueluche
FJ	Fievre jaune
HB	Hepatite B
IB	Initiative de Bamako
JNV	Journee Nationale de Vaccination
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
PEV	Programme elargi de Vaccination
PFA	Paralyse Flasque Aigue
SE	Survie de l'Enfant
TNN	Tetanos neonatal
UE	Union Europeenne
UI	Unites Internationales
VPO	Vaccin Polio Oral

## RESUME

Les quatorze pays du bloc epidemiologique de l'Afrique de l'Ouest, neuf d'expression française, quatre d'expression anglaise, et un lusophone se sont rencontres a Abidjan, a l'hôtel Golf, du 23 au 27 mars 1998 Le Nigeria, pays faisant bloc a part a aussi participe a la reunion, compte tenu de son voisinage avec le bloc (Annexe 1 liste des pays participants)

Cinq agences et organisations etaient representees l'OMS (AFRO et Geneve), l'UNICEF, le Rotary, le CDC et BASICS (Annexe 2 liste des participants)

La rencontre avait pour objectifs de

- (i) revoir les donnees de surveillance de l'annee 1997 et discuter de la qualite des donnees et de leur interpretation ainsi que des indicateurs de performance du systeme de surveillance
- (ii) discuter des problemes operationnels relatifs a la surveillance des maladies cibles et particulierement des PFA, de partager les experiences sur l'organisation des JNV avec les pays les ayant organise pour la premiere fois
- (iii) passer en revue les strategies de lutte contre la rougeole, le tetanos neonatal et la fièvre jaune
- (iv) discuter de la contribution des directeurs de PEV a la gestion des epidemies
- (v) discuter de la securite des injections et des modalites de mise en œuvre de la nouvelle politique sur l'utilisation des flacons de vaccins entames
- (vi) de faire la mise a jour des donnees du PEV de routine

La distribution geographique des donnees de surveillance epidemiologique des cas de PFA montre des insuffisances A titre d'exemple, au Senegal, tous les prelevements viennent de la partie Ouest du pays Tout porte a croire que rien ne se fait dans l'est, le nord et le sud du pays, il en est de même du Ghana, ou seul le sud du pays participe a la surveillance des PFA

Avant l'organisation des JNV, le polio virus sauvage avait ete isole dans les echantillons de selles en provenance du Benin, du Togo, du Ghana, de la Côte d'Ivoire, du Senegal et du Niger Apres la tenue des JNV, le virus sauvage a ete isole dans les echantillons de selles provenant du Benin, du Burkina, et de la Côte d'Ivoire

La presence des virus sauvages de polio apres les JNV doit nous pousser a nous interroger Il peut s'agir d'une immunité collective basse au sein de la communauté due a une faible couverture vaccinale de routine

Cinq pays ont organisé pour la première fois leurs JNV (la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger, et le Sénégal). Les résultats du premier passage varient entre 85 pour cent en Guinée-Bissau et 113 pour cent au Mali, ceux du second varient entre 103 pour cent au Niger et 117 pour cent au Mali. Au moment de la rencontre, les résultats du second passage de la Guinée-Bissau étaient sous dépouillement (Annexe 3 résultats des JNV des pays concernés)

Parmi les bénéficiaires des JNV épinglés par les cinq pays, on compte (i) la mobilisation des autorités et de la population pour le PEV, (ii) l'amélioration de la compétence des agents par les diverses formations et supervision, (iii) l'amélioration de la communication entre le niveau central et les niveaux régional et préfectoral par l'installation des radios HF, (iv) l'amélioration de la collaboration avec et entre les agences (OMS, UNICEF, USAID, Rotary, etc.), le rôle positif joué par les médias notamment les radios nationales, et les radios rurales et communautaires, (v) l'importance de l'engagement des autorités des quartiers dans la mobilisation

La rougeole, le tétanos néonatal, et la fièvre jaune comptent parmi les préoccupations du bloc. En ce qui concerne la rougeole, il a été recommandé au pays désirant accélérer le contrôle de la rougeole de développer un plan qui inclut les composantes suivantes afin d'assurer un impact à long terme : des objectifs clairs, la vaccination de routine, l'analyse de l'épidémiologie locale de la rougeole, la logistique et la sécurité des injections, la surveillance, ainsi que l'implication du gouvernement et des autres partenaires

En ce qui concerne le tétanos néonatal, il a été recommandé à tous les pays du bloc de planifier l'approche à haut risque et de l'intégrer dans le plan d'action triennal/quinquennal du Programme élargi de Vaccination. L'approche est en effet une stratégie efficace et efficiente permettant d'atteindre l'objectif d'élimination du tétanos néonatal

Tous les pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest sont à risque pour la fièvre jaune, il a été recommandé à ceux d'entre eux qui ne l'ont encore fait, d'intégrer dans le PEV de routine le vaccin anti-amaril, celui-ci devra s'administrer au même moment que le vaccin anti-rougeoleux

En ce qui concerne la sécurité des injections, il a été recommandé à tous les pays du bloc de conduire une revue de la situation et de mettre en œuvre une politique nationale, un plan d'action, et des mécanismes de suivi de sa mise en œuvre sur le terrain. Pour toutes les campagnes de vaccination de masse, il a été recommandé que tous les pays du bloc suivent la déclaration de l'OMS/UNICEF sur la sécurité des injections, en utilisant les seringues auto-bloquantes et les réceptacles de sécurité

Par rapport au PEV de routine, il a été recommandé à tous les pays du bloc épidémiologique d'élaborer, un plan d'action triennal (quinquennal) sur la base d'une analyse situationnelle par district, permettant d'identifier les problèmes majeurs liés à la basse couverture vaccinale, ce plan devra être partagé avec les Comités Inter-Agences pour feedback technique, endossement et financement possible

## **I BACKGROUND**

Il est de tradition depuis l'année 1995, que les directeurs nationaux et les responsables de la collecte des données du PEV du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest se rencontrent deux fois par an. L'objet de ces rencontres est de partager les expériences dans les domaines d'actualité du programme.

L'année 1997, une seule rencontre a eu lieu (Cotonou, avril 1997), la réunion du mois de novembre, qui devait avoir lieu à Niamey, a été annulée compte tenu de la situation politico-sociale qui a prévalu au Niger.

Alors que les premières rencontres se sont focalisées beaucoup plus sur la planification stratégique, avec ses composantes majeures relatives au PEV de routine, à la surveillance et aux activités supplémentaires, les rencontres des deux dernières années se sont beaucoup plus préoccupées des JNV (planification nationale, micro planification régionale et de district, tenue des JNV, partage de l'expérience en la matière) et de la surveillance du PEV (utilisation de l'outil informatique, Epi-Info et Epi-map, pour les 13 analyses de base de la surveillance du PEV). Les gestionnaires des données du PEV étaient responsables de cette dernière composante.

Ces rencontres qui, initialement se tenaient séparément pour les pays franco-phones et anglo-phones, sont mixtes depuis la rencontre d'avril 1997 (Cotonou). La seconde formule est beaucoup plus fructueuse en échange compte tenu de la différence d'approche entre les pays d'expression française et anglaise.

## **II DEROULEMENT ET RESULTATS DE LA REUNION**

Il s'est tenu du 23 au 27 mars 1998 à l'hôtel Golf d'Abidjan un atelier regroupant quatorze pays du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest (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, la Sierra Leone, le Sénégal et le Togo), et le Nigeria.

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. Cinq agences et organisations étaient représentées : l'OMS (AFRO et Genève), l'UNICEF, le Rotary, le CDC et BASICS.

Les programmes de travail de l'atelier est en annexe 4.

Les journées du lundi 20, 21 et 22 mars ont été consacrées à la préparation des facilitateurs. Les objectifs des ateliers ont été passés en revue, la méthodologie a été discutée, et la responsabilisation des facilitateurs par rapport aux présentations en plénière déterminée.

L'auteur a eu la responsabilité de moderer la session sur le PEV de routine, au cours de laquelle il a effectuée une présentation sur le sujet "*Evolution de la couverture vaccinale dans le bloc épidémiologique* " (Annexe 5)

En outre, en tant que rapporteur général, l'auteur a eu la responsabilité de tracer les recommandations issues de la réunion

Les points saillants de cet atelier sont regroupés ci-dessous

## **A Priorités pour les pays du bloc épidémiologique pour l'année 1998**

### **1 PEV de routine**

- a Chaque pays du bloc devra d'ici la fin de 1998 être doté d'un plan d'action triennal ou quinquennal

A ce jour, seuls quatre pays ont confectionné un plan quinquennal, il s'agit du Burkina, du Mali, du Niger et de la Côte d'Ivoire. Certains parmi eux l'ont déjà soumis au comité inter-agence

Les plans d'action constituent des outils importants dans la mobilisation des ressources

- b Accroître la couverture vaccinale d'au moins 5 pour cent pour chaque antigène par rapport à l'année 1997
- c Effectuer une revue de programme dans deux pays le Togo et un autre à déterminer. En 1997, la revue de programme a été effectuée au Mali, en Guinée Conakry, en Mauritanie et au Libéria. Dans les deux premiers pays, cette revue s'est effectuée dans le cadre du grant de l'USAID pour appuyer les activités du PEV en Afrique. Dans le troisième, elle s'est effectuée à la demande du pays
- d Effectuer un inventaire et un plan de réhabilitation de la logistique et de la chaîne de froid dans au moins cinq pays

Actuellement, six pays l'ont déjà fait, à savoir, le Bénin, le Burkina, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau, le Mali et le Niger

- e Elaborer le document de politique nationale en matière de sécurité des injections dans au moins deux autres pays

Actuellement, seule la Côte d'Ivoire en possède un

- f Introduire le vaccin anti amaril dans au moins trois autre pays Sur les 34 pays de la region africaine reconnus a risque de fièvre jaune seulement 16 ont integre la fièvre jaune dans leur PEV de routine

## 2 **Activites supplementaires**

- a Organiser les JNV de façon synchrone
- b Adjoindre le VAR lors des JNV polio dans les zones a risque (zones urbaines) dans au moins cinq pays
- c Evaluer la mise en oeuvre de l'approche a haut risque pour le TNN dans quatre pays la Côte d' Ivoire, le Burkinafaso, le Mali et Niger
- d Mettre en oeuvre l'approche dans deux pays supplementaires

## 3 **Surveillance**

- a Rendre effective la surveillance des PFA dans tous les pays du bloc
- b Atteindre un taux de detection de PFA non polio d'au moins 0,5 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans chaque pays du bloc

(Le syndrome de Ghislain Barre constitue a lui seul 50 pour cent des cas de PFA, leur declaration par les pediatres contribuerait de beaucoup a ameliorer les performance de la surveillance )

- c Atteindre un taux de completude et de ponctualite (promptitude) des rapports de 80 pour cent dans tous les districts
- d Enquêter au moins 50 pour cent des cas de TNN

### *Points saillants des discussions sur les priorites du bloc en 1998*

- 1 Le rationnel de la synchronisation des JNV
  - impact epidemiologique sur la transmission du virus
  - impact sur la mobilisation sociale a travers les medias des pays concernes
  - evite les mouvements trans-frontaliers des populations et minimise le probleme de denominateur au niveau des regions frontalières

- 2 L'objectif de l'élimination du TNN étant largement en retard (il était prévu pour 1995), pourquoi ne pas accélérer l'approche à haut risque pour atteindre l'objectif d'élimination du TNN pour l'an 2000 ?

Le retard est dû à la lenteur des pays à élaborer les plans. L'appel en avait été fait lors de la réunion des directeurs du PEV en novembre 1996 à Lomé, il a fallu deux ans pour que quelques pays répondent. Le premier pas dans la mobilisation des ressources étant l'élaboration d'un plan d'action assorti d'un budget, il est recommandé que chaque pays du bloc élabore un plan pour l'approche à haut risque assorti d'un budget.

Le Nigeria souligne avoir produit depuis 1995 un plan sur l'approche à haut risque qui a identifié 10 régions d'intervention, un seul a bénéficié de l'appui avec des résultats probants sur la réduction de la morbidité.

- 3 Il a été proposé d'ajouter à la liste des priorités du bloc l'augmentation du nombre de pays qui prennent en charge le coût de leur vaccin.

Actuellement six pays du bloc participent à l'initiative Indépendance Vaccinale, avec l'appui de l'Union Européenne. Celle-ci envisage d'augmenter le nombre des pays participant à l'initiative.

- 4 Les priorités du bloc sont très nombreuses, pourquoi ne pas les limiter à trois et se donner ainsi la chance de les réussir ?

Il a été suggéré de répartir les priorités du bloc en deux catégories, à savoir les priorités du bloc (dans la mesure où tous les pays sont concernés) et les priorités des pays.

Les priorités du groupe peuvent être regroupées en trois catégories.

- plan d'action : chaque pays y mettra ses priorités en rapport avec le PEV de routine, la surveillance et les activités supplémentaires
- mobilisation des ressources : comment travailler avec les partenaires ?
- processus (outil de gestion) pour la mise en œuvre du plan d'action élaboré et pour montrer les progrès réalisés.

## **B Surveillance (Mac Otten, OMS/AFRO)**

- 1 L'évaluation de l'impact des JNV dans quatre pays (le Ghana, l'Uganda, la Tanzanie et la Zambie) a montré après les premières JNV une nette réduction des cas de PFA chez qui le virus sauvage a été identifié.
- 2 La distribution géographique de la surveillance épidémiologique des cas de PFA montre des insuffisances suivantes dans les pays repris ci-dessous.

- Senegal tous les prelevement viennent de la partie ouest du pays Tout porte a croire que rien ne se fait dans l'est du pays
- Ghana seul le sud du pays participe a la surveillance des PFA et non le nord
- Ouganda seule la region de Kampala participe massivement a la surveillance, un peu dans le sud du pays Le nord ne participe pas du tout, probablement a cause de la situation qui y prevaut

### 3 Situation en Afrique de l'Ouest

- avant les JNV, le virus sauvage avait ete isole dans les echantillons de selles en provenance du Benin, du Togo, du Ghana, de la Côte d'Ivoire, du Senegal et du Niger
- apres les JNV, le virus sauvage a ete isole dans les echantillons de selles provenant du Benin, du Burkina et de la Côte d'Ivoire

La presence des virus sauvages de polio apres les JNV doit nous pousser a nous interroger Il peut s'agir d'une immunité collective basse au sein de la communaute due a une faible couverture vaccinale de routine

### 4 Recommandations de l'OMS en matiere de surveillance

- cas de PFA
- cas de TNN
- cas de FJ
- cas de rougeole par district
- promptitude des rapports par district
- donnees des JNV et des autres vaccinations supplementaires par district

### 5 Criteres majeurs de certification de l'eradication de la polio

- > 1 cas de PFA non polio pour 100 000 enfants de < 15 ans
- > 80 pour cent cas de PFA avec un prelevement de 2 echantillons de selles dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie
- 80 pour cent des rapports mensuels, comprenant les cas de PFA transmis a temps par le district a l'echelon superieur

### 6 Comment obtenir la certification de l'eradication de la polio

- surveillance active dans chaque province
- notification par tous les cliniciens des cas de Guislain Barre et de tous les cas d'enfants paralyses
- sensibilisation des membres de la communaute a notifier les cas en utilisant la radio ou les autres medias

7 Outils de gestion de la surveillance active

- fiche d'utilisation de vehicule mis a la disposition de la surveillance
- liste des cas enregistres pendant la surveillance (PFA, TNN, Rougeole ou toute autre maladie importante du point de vue du Ministere de la Sante, comme la meningite, la dysenterie bacillaire, etc )

Dans cet outil, la colonne "le cas a-t-il ete notifie" revêt toute son importance

8 Promptitude de la notification des cas de PFA dans les differentes regions de l'OMS

SEARO	100%
WPRO	88%
EMRO	87%
AMRO	84%
EURO	60%
AFRO	31%

9 Notification a l'OMS

- base de donnees de PFA
- synthese de donnee sur la rougeole, le TNN et la FJ sur papier ou base de donnee de TNN et de FJ de preference
- base de donnee avec le pourcentage des rapports mensuels (comprenant les cas de PFA) transmis a temps par district a l'echelon superieur

*Points saillants des discussions sur la surveillance*

1 Collecte des selles chez les contacts

Non recommandee au stade actuel de la surveillance Elle pourra l'être au stade avance, lorsqu'il ne subsistera que quelques foyers de polio

2 Vaccination de riposte en cas de confirmation d'un cas

Cela ne contrôle pas l'extension des cas, on sait que pour un seul cas de paralysie, 200 enfants sont infectes , et il se passe de 2 a 3 mois avant que le cas ne soit confirme, et en ce moment, le virus de la polio est déjà parti ailleurs Il sera donc d'aucune utilite de vacciner dans le foyer concerne, le faire sur l'etendue de toute la region pourrait l'être

3 La surveillance active telle que preconisee s'appuie sur la revue reguliere des registres des hôpitaux aux differentes niveaux, quand on sait la faiblesse du systeme de sante et de sa

couverture, on serait tenté de renforcer la surveillance au niveau communautaire. Il faudra cependant être pragmatique et tenir compte du coût des résultats recherchés.

La séquence la plus efficace et la plus efficiente à utiliser dans la détection des cas en regard des ressources disponibles est la suivante :

- les grandes formations de santé
  - les petites formations de santé
  - le ratissage
  - le porte à porte dans les zones à haut risque identifiées
  - l'approche à base communautaire
- 4 La transmission des rapports de PFA des centres de santé vers les districts, des districts vers les régions et des régions vers le niveau national connaît des goulots d'étranglement. Point n'est question de créer un système vertical de transmission des rapports, mais de renforcer le système existant. Il faudrait pour cela identifier la technologie appropriée pour améliorer la communication entre le centre de santé, le district et le niveau central.
- 5 La surveillance des PFA n'a pas encore démarré dans un certain nombre de pays du bloc la Gambie, la Sierra Leone, le Libéria et Ghana.

Il sera question que l'OMS puisse former les data managers de ces pays. Ceux-ci devront de leur côté soumettre auprès de l'organisation pour le financement un plan de surveillance assorti d'un budget.

- 6 Le système d'information des laboratoires de référence mérite d'être renforcé, les résultats des selles ne parviennent jamais dans les délais des 28 jours recommandés. Il existe une situation particulière entre le labo du Ghana et le Togo, le labo ne pouvant communiquer avec le Togo (malgré la proximité) qu'en passant par AFRO. Une possibilité de résolution de ce problème serait d'échanger les numéros de fax.
- 7 Le Zimbabwe constitue un bon exemple en ce qui concerne le niveau de performance atteint dans la surveillance des cas de PFA (0,8 cas de PFA détectés pour 100 000 enfants de < 15 ans). Les atouts dont bénéficie le Zimbabwe sont nombreux : une bonne infrastructure sanitaire et routière, un niveau élevé de motivation du personnel chargé de la surveillance, la disponibilité des ressources, la mobilisation des cliniciens et de la population générale à travers les médias, le dynamisme et la persévérance au niveau de l'équipe nationale.

Dans la plupart des pays africains, il se passe un long délai avant que l'enfant n'arrive au centre de santé. Cela justifie l'importance de conjuguer plusieurs stratégies pour détecter le plus de cas possible : la surveillance active, la sensibilisation des cliniciens à tous les niveaux et la sensibilisation de la population générale par les médias.

Le Nigeria a relate son experience dans la mobilisation sociale pour la surveillance des PFA en utilisant la radio, et en associant les tradi-praticiens

- 8 La session a ete clôturée par la projection de deux transparents montrant les progres realises par le bloc pendant le cinq dernieres annees l' evolution de la couverture vaccinale est a la hausse par rapport au bloc de l'Afrique centrale et des pays en situation difficile (DTCP3 50% en 1992, 52% en 1994 et 58 % en 1996) La majorite des pays du bloc ont une couverture vaccinale DPT3 qui se situe entre 50 et Senegal, Mauritanie, Mali, Guinee Conakry, Guinee-Bissau, Sierra Leone, Côte d'Ivoire et Ghana), celle de la Gambie est superieure a 74 pour cent

Le budget mobilise par AFRO pour la surveillance (en US \$) pour 1997 et 1998 se presente comme suite

	1997	1998
Côte d'Ivoire	75 000	337 000
Benin	48 000	173 000
Burkina Faso	69 000	286 000
Gambie	9 000	28 000
Ghana	200 000	254 000
Guinee	49 000	211 000
Guinee Bissau	2 000	37 000
Mali	110 000	231 000
Mauritanie	8 000	86 000
Niger	50 000	246 000
Nigeria	120 000	1 720 000
Senegal	62 000	259 000
Togo	47 000	74 000
Sierra Leone	8 000	142 000
Liberia	6 000	83 000

### **C Problèmes operationnels rencontrés dans le cadre de la surveillance**

- 1 Surveillance a base communautaire versus surveillance basee sur les infrastructures de sante

Il a ete convenu qu'il fallait commencer avec la surveillance basee sur les formations sanitaires, et au vue des resultats atteints, si le taux de detection est toujours inferieur a 0,5 cas de PFA pour 100 000 enfants < 5 ans, envisager des strategies alternatives dont entre autre la sensibilisation de la communaute (en utilisant les canaux de communication les plus appropries)

## 2 Logistique pour la surveillance

Il est indispensable que l'OMS elabore des directives sur ce sujet a l'intention des pays Par ailleurs de nouveau conteneurs sont necessaires, ils devront être jetable (a usage unique), legers et clairement marque (selon les normes de l'ONU) On peut s'inspirer de l'exemple des accords trans-frontaliers elabores dans le cadre du Projet Onchocercose La gestion des frais recurrents merite consideration

## 3 Explication sur les questions de deblocage tardif des fonds par les bailleurs de fonds et sur la demarche entreprise pour resoudre ce probleme (l'existence d'un plan bien conçu constituerait un bon prealable)

## 4 Structure avant d'arbitrer la surveillance epidemiologique dans les pays

Il n'y a pas de solution standard en la matiere, elle doit s'accommoder a la situation reelle du pays D'ou la necessite d'elaborer un bon plan de surveillance qui devra être partage avec le comite inter-agence, forum privilegie pour l'arbitrage L'objectif a terme etait de renforcer les systemes nationaux de surveillance

## 5 Qui doit remplir les differents formulaires de cas (PFA, TNN, FJ, FHV) Serait-il une personne du niveau central, les medecins des grands etablissements de sante, un membre de l'equipe de district, l'infirmier du centre de sante ?

Quelque soit le niveau ou l'on se situe, un point focal doit être identifie et responsabilise Il pourra recevoir des sanctions positives ou negatives selon les resultats obtenus

## 6 Le laboratoire de virologie de Bobodioulasso (Centre Murase) pour les pays de l'OCCGE a les capacite techniques pour isoler le polio virus Il pourrait servir pour le Mali, le Niger et le Burkina Faso Malheureusement, le processus d'accreditation enclenche par l'OMS en 1996 n'a pas abouti

## **D Exercice de budgetisation de la surveillance**

Cet exercice s'est effectuee selon un canevas presente en pleniere Les elements constitutifs principaux en sont

- 1 les coûts relatifs au deplacement ayant trait a la surveillance active (transport, carburant, maintenance, per diem)
- 2 les coûts d'investissement pour le transport (vehicules pour les niveaux national et provincial)

- 3 les coûts pour la formation des enquêteurs (deux a trois jours de formation pour une a deux personnes pour chaque district plus une a deux personnes dans les grands hôpitaux)
- 4 le coût de la sensibilisation des cliniciens
- 5 le coût relatif au prelevement et au transport des selles (les kits de prelevement et le transport des selles tant a l'interieur qu'a l'exterieur du pays)
- 6 le coût de la sensibilisation de la communaute (a travers la radio ou d'autres moyens de communication)
- 7 autres coûts
  - communication au niveau central (desktop, ligne telephonique, fax, modem pour la messagerie electronique)
  - enquête sur les cas (enquête initiale et de suivi 60 eme jour)
  - reunion au niveau central sur la surveillance
  - les consommables (formulaires, papier, diskettes, cartouches pour imprimante)
  - bulletin de retro-information

## E Présentation pays sur la surveillance

Analyses	Pays														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Carte de localisation par district des cas de PFA chez qui le virus sauvage a été identifié		x			x		x	x			x		x		x
2 Carte des cas de rougeole par district				x											x
3 Carte de taux d'incidence de la rougeole par district			x	x		x		x							
4 Carte des cas de TNN par district		x	x		x	x		x			x	x			x
5 a Carte des cas suspect de FJ par district b Carte des cas confirmés de FJ par district															
6 Carte de PFA ayant eu un prélèvement/district		x	x	x	x	x	x		x		x	x	x		x
7 Carte de PFA non polio pour 100 000 <15 ans		x	x		x		x				x		x		x
8 Tableau des indicateurs assurant la qualité de la surveillance de la polio															
9 Circuit des échantillons depuis de prélèvement jusqu'au résultat final de labo											x				
10 a Carte de complétude de la notification b Carte de promptitude de la notification															
11 Carte de la couverture DTC3 (routine) par district	x	x	x	x	x	x	x	x							x
12 Carte de vaccination supplémentaire par district a Rougeole b VAT c FJ d JNV (Polio)	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x		x
13 a Densité de la population par district b Taille de la population par district c Taille de la population par province		x	x		x	x									x
		x			x	x	x								x
		x	x		x	x	x								x

**legende** 1 Gambie\*, 2 Ghana, 3 Guinée Conakry 4 Guinée Bissau 5 Bénin 6 Burkina-Faso 7 Côte d'Ivoire, 8 Mali, 9 Mauritanie 10 Libéria\* 11 Niger 12 Nigéria, 13 Sénégal 14 Sierra Leone\* 15 Togo

\* pays où la surveillance n'a pas encore démarré

Les résultats de ces présentations-pays sur les 13 analyses de base de la surveillance du PEV montre une évolution positive encourageante, si on les compare à ceux de la réunion d'avril 1997 à Cotonou (voir rapport du même auteur)

## **F Surveillance active**

L'objectif premier poursuivi par la surveillance active n'est pas de trouver les cas de paralysie flasque aigue (PFA), mais de sensibiliser les cliniciens sur la notification de tout cas de PFA. Les visites frequentes des agents charges de la surveillance active leur rappelle, en effet, de rapporter les cas rares qu'il voient. Compte tenu de la population dans les differents districts du bloc, on s'attendra a trouver un cas de PFA tous les deux ans.

Pendant la premiere annee de la mise en oeuvre de la surveillance active, le focus va porter, eu egard aux fonds disponibles, sur les formations sanitaires dans les districts de sante. L'allocation des ressources financieres a la surveillance active va certainement augmenter avec le temps, la sensibilisation de la communaute est une etape qui va venir ulterieurement.

Toutefois les pays qui estiment, compte tenue de leurs realites specifiques, qu'il faille initier concomittamment la surveillance a base communautaire, peuvent le faire moyennant les ressources mobilisees localement.

La personne chargee de la surveillance active devra allouer environ 70 pour cent de son temps a cette activite. La charge de travail de la surveillance des PFA ne justifie pas l'allocation d'un ordinateur au niveau provincial, il serait tout simplement sous-utilise. Travail insuffisant pour justifier cela.

L'agent charge de la surveillance active, devra lors de ses visites dans les structures de sante

- discuter avec les cliniciens tant en consultation externe qu'en hospitalisation
- verifier tous les registres des malades (depuis sa derniere visite)
- verifier le rapport de la structure de sante (en recherchant cas de GB)
- si la structure de sante a beaucoup de services les visiter tous selon le schema ci-dessus

Le fait que materiel de transport des selles du terrain vers le niveau central et le laboratoire n'a pas de moniteur de la temperature ne doit pas être un frein a son utilisation. Il faut toutefois veiller a ce que les selles arrivent dans de bonnes conditions (i) quantite de selle prelevee suffisante, (ii) pas en etat de dessiccation a l'arrivee, (iii) presence de glace ou d'accumulateurs de froid congeles.

### *Operationalisation de la surveillance*

- La mise en oeuvre de la surveillance des cas de PFA doit être conçue comme une etape dans le processus du renforcement du systeme de surveillance dans les pays du bloc. Chaque pays est appele a ajouter d'autres composantes des qu'il en a maîtrise le processus.

- Le plan d'action pour la surveillance devra être discuté au sein du comité de coordination inter-agence. L'implication des autres acteurs de la surveillance dans le pays est essentielle pour une meilleure coordination et dans le souci de l'intégration.
- Pour que les fonds disponibles au sein de l'OMS soient débloqués, il faut que les pays, outre le plan qu'ils ont confectionné, adressent une requête à AFRO, avec copie au Dr Leonard Tapsoba, épidémiologiste du bloc, celle-ci devra reprendre les activités qui doivent être entreprises, la période, le nombre des participants, et le coût des activités.
- En ce qui concerne la commande des équipements lourds comme les véhicules, il est conseillé aux pays d'en donner les spécifications le plus rapidement possible, car les délais de livraison des commandes sont assez longs. L'achat local demande une dérogation spéciale si le coût est abordable.
- AFRO est tenu de rendre compte deux fois l'an de l'utilisation des fonds mis à sa disposition (activités réalisées dans les pays et résultats obtenus). Il est dans l'intérêt de la région que chaque directeur du PEV fasse avec diligence le rapport de l'utilisation des ressources mises à sa disposition (un page suffit plus les pièces justificatives). Plus les fonds alloués sont utilisés, plus on peut accéder à d'autres, surtout quand les résultats sont probants.

## **G Présentation des pays sur les JNV**

Cinq pays qui ont effectué leur premières Journées Nationales de Vaccination (la Guinée Conakry, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger et le Sénégal), ont présenté cette première expérience.

Parmi les leçons apprises, nous pouvons compter les éléments suivants :

- la mobilisation des autorités et de la population pour le PEV
- l'amélioration de la compétence des agents par les diverses formations et supervision
- l'amélioration de la communication entre le niveau central et les niveaux régional et préfectoral par l'installation des radios HF
- l'amélioration de la collaboration avec et entre les agences (OMS, UNICEF, USAID, Rotary, etc.)
- le rôle positif joué par les médias notamment les radios nationales, et les radios rurales et communautaires. Le coût des médias a été très élevé, son impact aussi, surtout en ce qui concerne les radios locales (elles émettent en langue locale)
- l'importance de l'engagement des autorités des quartiers dans la mobilisation, l'importance et la place du mégaphone dans la mobilisation des mères pendant le déroulement des JNV (tant en milieu urbain que rural)
- nécessité de procéder à une révision rigoureuse des micro-plans

Parmi les recommandation issues des discussions, on compte

- maintenir l'engagement des autorites a tout les niveau et maintenir l'implication de toutes les couches sociale
- faire inscrire la contribution financiere de l'etat sur le budget du Ministere de la Sante
- envisager a faire les JNV multi-antigenes
- mobiliser a temps le fonds, commander a temps le materiel, et mettre a temps les ressources necessaires au niveau du terrain
- impliquer davantage le corps de la paix comme volontaires potentiels dans les milieux recules

La periode retenue provisoirement pour les prochaines JNV se presente de la façon suivante

Benin	octobre et novembre 1998
Burkina Faso	octobre et novembre 1998
Côte d'Ivoire	decembre et janvier 1999
Gambie	avril et mai 1999
Ghana	novembre et decembre
Guinee Conakry	octobre et novembre 1998
Guinee Bissau	novembre et decembre
Liberia	novembre et decembre 1998
Mali	octobre et novembre 1998
Mauritanie	mars et avril 1999
Niger	novembre et decembre 1998
Nigeria	novembre et decembre 1998
Senegal	novembre et decembre 1998
Sierra Leone	novembre et decembre 1998
Togo	novembre et decembre 1998

#### **H Profiter du PEV pour donner la vitamine A (M Birmingham, OMS/Geneve)**

Parmi les buts communs poursuivis par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de la lutte contre la malnutrition figure l'elimination de la carence en vitamine A et ses consequences d'ici l'an 2000

La carence en vitamine A fait payer un lourd tribut en terme de morbidite et de mortalite dans le monde en developpement

43 million d'enfant de moins de 5 ans en souffrent chaque annee  
250 000 morts prematurees lui sont attribuees par an  
400 000 personnes sont partiellement ou totalement aveugles

Selon la carte de la distribution du problème, la carence en vitamine A constitue un problème de santé publique dans presque tous les pays de bloc

L'enfant reçoit la vitamine A dans l'allaitement maternel, les aliments riches en vitamine A et par la supplémentation (par exemple lors de la vaccination)

Ses effets bénéfiques sont nombreux

- (i) cofacteur dans la rougeole
- (ii) activation de l'immunité
- (iii) action sur l'intégrité des muqueuses protection contre les infections pulmonaires, les maladies diarrhéiques et la xérophtalmie
- (iv) effet sur la survie en général réduction de 23 pour cent de la mortalité générale (le rapport Beaton), diminution du nombre des décès imputables à la rougeole de 66 pour cent
- (v) réduction du temps de convalescence

Les taux de séro-conversion pour le vaccin anti-rougeoleux donné à l'âge de 9 mois sont identiques, avec ou sans vitamine A (Semba, Public Health, juillet 1997), contrairement aux résultats d'une autre étude du même auteur publiée chez Lancet en 1995, qui dénonçait la diminution de la séro-conversion

Dans une autre étude effectuée en Indonésie en 1995, la vitamine A avait été administrée chez les enfants de moins de 6 mois, et la séro-conversion était réduite de façon significative chez les enfants qui possédaient encore les anticorps maternels alors qu'elle était bonne chez ceux qui n'en possédaient pas

La PEV offre une opportunité remarquable pour administrer la vitamine A dans les zones à risque de déficience en vitamine A. Les études récentes ont réaffirmé avec force l'efficacité et l'innocuité de l'administration de la vitamine A au même moment que le vaccin anti-rougeoleux, à 9 mois

Les opportunités pour l'administration de la vitamine A

- pour le nourrisson âgé de plus de 6 mois et les jeunes enfants
  - lors des doses tardives de DTC, VPO, BCG
  - lors de la vaccination anti-rougeoleuse et antiamarille
  - lors des vaccinations de rappel (DTC, etc)
  - lors de la prise en charge de la rougeole
- pour mères (dans les six semaines suivant l'accouchement)
  - lors de la vaccination BCG, VPO de l'enfant

l'administration de la vitamine A aux femmes apres l'accouchement se fait en une seule dose de 200 000 UI

Pour les enfants, elle se fait de la façon suivante

- doses therapeutiques
- nourrissons de moins de 6 mois 50 000 UI immediatement apres le diagnostic et la même dose le jour suivant
- nourrissons de moins de 6 a 11 mois 100 000 UI immediatement apres le diagnostic et la même dose le jour suivant
- enfants de 12 et plus 200 000 UI immediatement apres le diagnostic et la même dose le jour suivant
- doses preventives
- les mêmes que celles stipulees plus haut, mais a six mois d'intervalle

Les effets negatifs potentiels en sont

- la teratogenicite lorsque administree aux doses usuelles aux femmes enceintes
- le bombement de la fontanelle chez les enfants de moins de 6 mois (etude du Bengladesh) et des maux de tête, l'etude de suivi n'a montre aucune sequelles chez les enfants ayant eu une fontanelle bombée a la suite de l'administration de la vitamine A

Le Canada a fait un don a l'UNICEF pour appuyer tous les pays qui veulent integrer la vitamine A dans leurs JNV

L'une des recommandations issues de la reunion organisee a Abidjan par l'USAID/REDSO sur la promotion des "best practices" au benefice de la sante, concerne l'adjonction de la vitamine A pendant les JNV

## **I Intensification de la lutte contre la rougeole (Dr Birmingham, WHO/HQ)**

Selon les donnees disponible au siege de l'OMS pour l'annee 1996, la majorite des pays presents ont une couverture vaccinale anti-rougeoleuse situee entre 50 et 79 pour cent, cinq ont une couverture de moins de 50 pour cent (Nigeria, Niger, Sierra Leone, Guinee Conakry et Guinee Bisau)

Quant a l'incidence, la majorite des pays ont declare en 1996 plus de 100 cas pour 100 000 habitants

La vaccination induit des changements que dans l'epidemiologie de la maladie, a savoir

- la mutation d'une maladie endemique a une maladie epidemique
- la prolongation des durees separant les epidemies

- le glissement de l'incidence vers des groupes plus âgés
- la diminution du taux de létalité

Le contrôle et l'élimination de la rougeole passent par plusieurs phases avec chacune des objectifs précis et des stratégies adaptées

a) Phase de contrôle

l'objectif pendant cette phase est de réduire le taux d'incidence et la mortalité. La stratégie consiste à

- augmenter la couverture de routine
- augmenter les activités de vaccination supplémentaire surtout dans les aires où la morbidité et la mortalité sont élevées

b) Phase de prévention des épidémies

l'objectif pendant cette phase est de maintenir la basse incidence et de prévenir les épidémies. La stratégie consiste à

- maintenir une haute couverture vaccinale
- prévoir les épidémies et conduire au préalable des campagnes de masse

c) Phase de l'élimination

l'objectif pendant cette phase est d'interrompre la circulation du virus de la rougeole. La stratégie consiste à

- maintenir une très haute couverture
- conduire des campagnes de rattrapage et de suivi

La Mauritanie a procédé avec succès en 1995 et 1997 à des campagnes de vaccination contre la rougeole (avec comme pour cible les enfants de 9 à 59 mois), la toute dernière a été intégrée aux JNV. L'incidence des cas qui était entre 1991 et 1995 d'environ 4500 cas en moyenne par an est tombée à 289 cas en 1996, 403 en 1997.

En ce qui concerne les activités supplémentaires, il y a lieu de se poser les questions suivantes

1. Quel tranche d'âge ?
2. Quel type de campagne ?
  - Campagnes dans les zones urbaines à haut risque ?
  - Campagnes dans toutes les villes ?

- Campagnes dans tout le pays ?
- 3 Combiner avec les JNV polio ?

*Quel tranche d'âge ?*

Si la couverture vaccinale contre la rougeole est inférieure à 80 pour cent, la campagne doit comprendre les enfants de 9 mois à 3-5 ans, sans tenir compte de l'état vaccinal et d'un antécédent de rougeole. On ne tient pas compte du statut vaccinal parce que l'efficacité de la vaccination n'est pas 100 pour cent (elle est de 85 % à 9 mois et de 90 % à 12 mois), et qu'il est opérationnellement plus facile de procéder de la sorte.

*Quel type de campagne ?*

- Campagnes dans les zones urbaines à haut risque ?

Elles visent à protéger les enfants les plus sensibles et les plus à risque de mourir. Mais des questions subsistent par rapport au nombre d'enfants à vacciner dans ces zones pour avoir un impact sur la transmission globale, à la durée de l'impact et à la fréquence des campagnes.

L'identification de ces zones se fait grâce à l'analyse de la couverture vaccinale, des données de surveillance, et des caractéristiques de la population. Cette analyse permet en effet d'identifier les endroits où il y a le plus d'enfants non protégés, le groupe le plus affecté, et les entités où la transmission est facilitée.

Dans ces zones les éléments suivants sont réunis : (i) grande proportion d'enfants susceptibles car jamais vaccinés, (ii) forte densité des susceptibles par habitation et (iii) contact important entre les personnes sensibles et celles infectées.

- Campagnes dans toutes les villes ?

Elles visent à protéger, dans les villes où la transmission est intense, les enfants non-vaccinés et ceux qui n'ont pas séro-converti lors d'une vaccination antérieure. Cette stratégie a plus d'impact sur la transmission de la rougeole, et la durée de l'impact est plus longue. Cependant, elle est plus coûteuse (elle demande plus de logistique et de personnel), la population rurale peut réclamer, il existe des contacts fréquents entre la population rurale et urbaine, et la migration au milieu urbain est un phénomène courant.

- Campagnes dans tout le pays ?

La stratégie atteint la majorité de la population (y compris en milieu rural), elle a par conséquent le maximum d'impact sur la transmission et la durée de l'impact est la plus longue. Toutefois, elle est encore plus coûteuse (elle demande plus de logistique et de

personnel), il est plus difficile pour assurer la sécurité des injections, et la durée de l'impact est limitée à deux ou trois ans si la couverture de routine reste basse

Les erreurs communes dans la conduite des campagnes de masse consistent en

- la non atteinte de la population qui n'a jamais été vaccinée
- la non atteinte d'une haute couverture
- le problème de la sécurité des injections
- aucun plan établi pour évaluer l'impact (surveillance)
- aucun plan pour améliorer la vaccination de routine

En définitive, la bonne façon d'accélérer le contrôle de la rougeole devra respecter les éléments suivants

- établir des objectifs clairs pour les activités supplémentaires
- éviter de gaspiller les ressources en atteignant une couverture supérieure à 85 pour cent
- utiliser des seringues auto-bloquantes et garantir leur incinération
- mettre en œuvre la surveillance pour évaluer l'impact, la durée de l'impact et le coût
- réviser la stratégie de routine pour augmenter la couverture
- impliquer le gouvernement pour l'octroi de ressources financières

## **J Élimination du tétanos neonatal (Dr F Gasse, WHO/HQ)**

Cent-onze pays ont déjà éliminé le TNN. En 1997, il y a eu dans le monde 413 000 cas de décès suite au TNN, dont 175 000 (42%) en Afrique. Parmi les 27 pays qui regroupent 90 pour cent des cas de TNN, 16 sont dans la région africaine.

Les stratégies d'élimination du TNN ont été passées en revue, il s'agit de

- vaccination maternelle de routine
- pratique des accouchements propres
- surveillance du TNN
- approche à Haut Risque (AHR)

En pratique, l'AHR consiste à

- identifier les districts à HR et établir des priorités
- organiser trois campagnes de VAT pour toutes les femmes en âge de procréer (FAP)
- évaluer la couverture vaccinale
- documenter l'impact sur le TNN
- Pérenniser les résultats

L'identification des districts a haut risque passe par un algorithme qui prend en compte les elements suivants

- le taux de TN notifie (s'il est superieur a 1/1000 naissances vivantes, le district est a haut risque )
- la fiabilite de la surveillance dans le district (acces au centre des soins, completude et promptitude des rapports)
- la couverture par les accouchements "propres" dans le district (ratio sages femmes/population)
- le niveau de couverture vaccinale VAT2+ du district

La methode de calcul de la couverture vaccinale VAT a ete passee en revue La methode recommandee est la suivante

- $VAT1 = (\text{doses VAT1 dans les 3 campagnes}) / (\text{FAP cibles})$
- $VAT2 = (\text{doses VAT2 dans les campagnes 2 et 3}) / (\text{FAP cibles})$
- $VAT3 = (\text{doses VAT3 dans la campagne 3}) / (\text{FAP cibles})$

L'accouchement propre est une des quatre strategies qui visent l'elimination du tetanos neo-natal Les regles en sont

- le lavage des mains avant l'accouchement
- la desinfection du lieu de l'accouchement
- l'utilisation des materiels sterilises (lames, ciseaux, couteaux) pour couper le cordon ombilical

Un guide de plan national d'elimination du TNN a ete discute Ses elements constitutifs essentiels sont les suivants

- 1 Introduction magnitude du probleme du TN
- 2 But eliminer le TN d'ici l'an 2000
- 3 Strategies/objectifs
  - approche a haut risque
  - couverture VAT de routine
  - couverture par les accouchements propres
  - surveillance du TN
- 4 Activites planifiees pour chaque strategie
- 5 Besoins en consommables et equipement
- 6 Coûts operationnels
- 7 Formation
- 8 Mobilisation sociale

- 9 Calendrier d'exécution
- 10 Budget annualisé

Les procédures pour la mobilisation des ressources ont été passées en revue. Elles consistent à

- élaborer un plan national
- partager le plan avec les partenaires potentiels (OMS, UNICEF, FNUAP et autres)
- présenter le plan au Comité Inter-Agence
- soumettre le plan à l'Ambassade du Japon accompagnée d'une lettre de l'autorité compétente sollicitant l'appui financier du Japon pour les "consommables" et équipements (Grant Aid for Child Health)
- soumettre le plan aux autres partenaires potentiels

#### **K Contrôle de la fièvre jaune** (Professeur Tomori et Dr Nassidi OMS/AFRO)

Un bref aperçu a été fait sur le réseau OMS-AFRO de laboratoire polio

- trois laboratoires régionaux Legon (Ghana), Bangui et Johannesburg
- dix laboratoires nationaux Dakar, Abidjan, Ibadan, Yaounde, Kinshasa, Entebbe, Nairobi, Lusaka, Harare et Tananarive
- quatre laboratoires nationaux candidats (en Algérie, au Nigeria, en Éthiopie et en Tanzanie)

L'utilisation de ce réseau de laboratoire par les pays est en pleine expansion. En 1991, seuls 4 pays les utilisaient contre 17 en 1994 et 27 en 1997. Le nombre d'échantillon de selles reçu par le réseau est passé de 3 en 1991 à 194 en 1994 et 430 en 1997.

Les 14 pays du bloc épidémiologique ont expédié au réseau 113 échantillons de selle. Seuls 22 échantillons (soit 19,5%) étaient adéquats à leur arrivée au laboratoire. Beaucoup d'effort reste à faire dans le bloc en ce qui concerne les échantillons de selle.

Les options pour le contrôle de la FJ en Afrique ont été passées en revue, il s'agit de

- vaccination anti-amaril de routine
- surveillance de la FJ fiable avec un appui efficace des laboratoires
- campagnes de masse taillées sur mesure pour chaque pays
- initiative à saisir par AFRO pour le contrôle de la FJ
- engagement des gouvernements à redefinir les priorités

Pour un pays donné, la stratégie va dépendre de l'épidémiologie et de l'histoire de la FJ dans le pays, du statut du PEV et du degré de l'engagement national.

L'évolution du nombre de cas de FJ reportés à l'OMS/AFRO de 1948 à 1997 montre une nette recrudescence pendant les 15 dernières années. Tous les pays du bloc sont à risque, six d'entre eux (le Sénégal, le Libéria, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin) ont notifié AFRO une épidémie entre 1985 et 1996.

Le délai entre le début d'une épidémie et sa notification a varié entre un et cinq mois, celui entre la notification de l'épidémie et la campagne de vaccination varie entre un et deux mois. Il s'agit d'une situation dramatique qui est à la base de la magnitude des épidémies, vu les délais entre la survenue des premiers cas et la riposte.

La distribution des cas par âge pour les épidémies du Ghana (1983), du Burkina (1983), et du Mali (1981) une forte prévalence, allant de 60 à 90 pour cent des cas, chez les enfants de moins de 15 ans.

Le vaccin 17D est un outil très efficace dans la lutte contre la FJ. Il s'agit d'un vaccin vivant atténué et lyophilisé, une seule dose est à 90 pour cent efficace en 7 à 21 jours, l'immunité dure très longtemps (probablement toute la vie).

Ce vaccin a été recommandé depuis 1988 par l'OMS pour son utilisation dans le PEV de routine, il peut être donné aux enfants de plus de 6 mois, le moment le plus approprié est lors de l'administration du vaccin anti-rougeoleux, les deux vaccins ne doivent en aucun cas être mélangés dans la même seringue.

Parmi les obstacles à l'introduction de ce vaccin dans les PEV nationaux, on note les faits suivants :

- il est plus facile d'accéder aux fonds pour le contrôle que pour la prévention des épidémies
- la plupart des pays à risque sont parmi les plus petits, les plus pauvres et ceux qui ont les infrastructures PEV les moins développées
- la faiblesse de la surveillance

#### **L Evolution de la couverture vaccinale au niveau du bloc (Dr Mutombo, BASICS)**

Pour tous les antigènes, la tendance générale de l'évolution de la couverture vaccinale dans le bloc est à la hausse. Le DTCP3 se situait en 1992 à 50 pour cent, en 1994 à 52 pour cent et en 1996 à 58 pour cent. Cependant, cette évolution n'a pas la même tendance, ni la même magnitude dans chacun des pays du bloc.

Comme le montre le tableau ci-dessous, un seul pays (le Nigeria) sur les 15 présents à la réunion a une couverture BCG en dessous de 50 pour cent, neuf ont une couverture entre 50 et 79 pour cent, et cinq pays (le Bénin, la Gambie, le Libéria, la Mauritanie et le Sénégal) sont au-dessus de 70 pour cent.

Concernant le DTC3, quatre pays (le Burkina, le Liberia, le Niger et le Nigeria) ont une couverture vaccinale inférieure à 50 pour cent, sept pays ont une couverture entre 50 et 79 pour cent, et quatre pays (le Bénin, la Gambie, le Sénégal et le Togo) sont au-dessus de 70 pour cent

Concernant le VAR, quatre pays (la Guinée Bissau, le Liberia, le Nigeria et la Togo) ont une couverture vaccinale inférieure à 50 pour cent, neuf pays ont une couverture entre 50 et 79 pour cent, et deux pays (la Gambie et le Sénégal) sont au-dessus de 70 pour cent

*Distribution des pays selon leur niveau de couverture vaccinale BCG, DTC3 et VAR*

	< 50%	50-79%	>79%
<b>BCG</b>	1 (Nigeria)	9	5 (Bénin, Gambie Libéria, Mauritanie, Sénégal)
<b>DTC3</b>	4 (Burkina, Liberia, Niger Nigeria)	7	4 (Bénin Gambie, Sénégal Togo)
<b>VAR</b>	4 (Guinée B Liberia, Nigeria, Togo)	9	2 (Gambie, Sénégal)

Les problèmes que le PEV de routine rencontre dans les pays du bloc peuvent être regroupés en six catégories

- 1      **Problèmes ayant trait à la logistique**  
  
vetuste des infrastructures et des moyens de transport  
état de fonctionnement de la chaîne de froid
- 2      **Problème ayant trait à la gestion du vaccin**  
  
délais dans l'approvisionnement en vaccin  
les ruptures de stocks
- 3      **Problème ayant trait à l'information et au suivi**  
  
la complétude des rapports  
la fiabilité des données des rapports  
la faible performance des systèmes nationaux d'information sanitaire SNIS
- 4      **Problèmes ayant trait à la couverture sanitaire**  
  
insuffisance des activités avancées et mobiles

5      **Problemes ayant trait au financement des activites du PEV**

austerite financiere

6      **Problemes ayant trait au personnel**

formation/recyclage datant de plusieurs annees  
supervision non reguliere

En definitive, beaucoup d'effort reste a faire pour ameliorer la couverture vaccinale. Chaque pays est appele a reflechir sur

- les mecanismes visant a ameliorer le niveau de recouvrement des rapports au niveau des districts sanitaires
- les strategies a mettre en place pour minimiser les occasions manquees
- les strategies a mettre en place pour atteindre les populations eloignees
- les possibilites de financement du PEV de routine, a travers le forum des partenaires constitue par le Comite de Coordination Inter-Agences

**M      Logistique**

Parmi les priorites de l'equipe logistique pour l'annee 1998, nous avons

- la planification et la gestion de vaccins en vue de reduire les pertes
- l'elaboration de plans de remplacement de la logistique
- la securite des injections

**1      Gestion des vaccins**

Politique de flacons entames

a      Les flacons de vaccin antipoliomyelitique oral, DTC, TT,DT et anti-hepatite B peuvent être conserves pour une utilisation ulterieure, a certaines conditions

- la date de peremption ne doit pas être depassee
- ils doivent être conserves dans la chaîne du froid (0-8 degres)
- ils n'ont pas ete amenes en strategie avancee

Cela vaut pour les vaccins obtenus par le canal de l'UNICEF, ils satisfont aux specifications de l'OMS en matiere d'efficacite et de stabilite thermique

b      Les flacons entames de vaccin BCG, anti-rougeoleuse, et anti-amaril doivent être jetes six heures apres leur reconstitution ou a la fin de chaque journee

Ces vaccins ne contiennent pas de conservateurs (bacteriostatique/virucide)

Des cas de deces provoques par un choc toxique ont ete causes par l'injection de vaccins vivants reconstitues qui ont ete conservees plus longtemps que la periode recommandee

- c Tout flacon doit être immédiatement jete si
  - les regles d'asepsie n'ont pas ete rigoureusement respectes
  - on suspecte que le flacon a ete contamine
  - il apparaît clairement que le vaccin a ete contamine (modification de l'aspect, particules en suspension, etc )

La Pastille de Contrôle de Vaccin (PCV), appelee aussi Moniteur des flacons de vaccin (MFV) est un indicateur temps/temperature qui rend compte de l'etat d'activite du vaccin contenu dans le flacon sur lequel elle est collee La pastille vire de couleur (devient de plus en plus foncee) avec son exposition a la chaleur Le phenomene n'est pas reversible, il est au contraire cumulatif

Lorsque la pastille est plus claire que le halo qui l'entoure, le vaccin peut être utilise pour autant que la date de peremption n'est pas depassee, mais, lorsque le carre a la même couleur ou est plus fonce que le halo qui l'entoure, le vaccin doit être jete

#### *Points saillants des discussions sur la politique de flacons entames*

- Le probleme des vaccins reconstitue reside non pas dans la perte d'activite du vaccin mais dans la contamination de celui-ci et donc du risque de choc anaphylactique
- Alors que la carte 3M constitue un indicateur de la rupture de la chaîne de froid, la PCV donne l'information sur l'etat d'activite du vaccin
- Conservation du VPO la pastille de contrôle du vaccin vire apres environ six mois lorsque le vaccin a ete conserve entre 4-8 degre, et deux ans lorsqu'il a ete conserve dans la chambre froide negative

## **2 Inventaire et réhabilitation de la chaîne de froid**

Outils proposes par le groupe logistique dans ce domaine

- questionnaire (marque/model de l'equipement, source d'energie, annee de mise en service et etat de marche)
- guide d'identification des equipements
- masque de saisie sur EPI INFO permettant d'actualiser les donnees d'inventaire

Ces outils ont ete testes au Niger, en Mauritanie et la Guinee Bissau

L'inventaire n'est pas une fin en soi, il doit être suivi d'un plan de rehabilitation du materiel

Source de financement

local gouvernement, communautes, allocation (ex JNV)  
exterieur les differents partenaires

### 3 Sécurité des injections

Nous sommes tous concernes par cet important probleme

- les patients qui reçoivent les injections (le materiel utilise peut être contamine)
- le personnel de sante peut se piquer accidentellement
- la communaute, particulierement les enfants qui jouent autour des centres de sante, peuvent se contaminer avec le materiel d'injection jete (absence ou mauvaise destruction du materiel utilise)

Le principe d'une seringue, une aiguille, un enfant doit être de strict application dans le cadre de la securite des injections Le fait de changer d'aiguille tout en utilisant la même seringue pour plusieurs enfants reste hautement dangereux L'experience realisee avec les produits colores est suffisamment eloquente elle a mis en evidence un reflux de la substance coloree a l'interieur de la seringue

Il a ete recommande

- que les pays, qui ne l'ont pas encore fait, fasse la revue des pratiques d'injection, suivie de l'elaboration d'une politique en la matiere
- que pour toute campagne de vaccination, un "*paquet pour l'administration sure des vaccins*" soit utilise, c'est a dire le vaccin, les seringues auto-bloquantes et le receptacle de securite

Les resultats de l'enquête effectuee aupres des 15 pays presents montre que beaucoup reste a faire dans le cadre de la logistique, en effet

- la formation sur la PCV a ete jugee suffisante par 8 pays sur 15
- la politique des flacons entames a ete adoptee totalement par 2 pays sur 15 et partiellement par 5 autres pays (OPV)
- en ce qui concerne la chaîne de froid, l'inventaire et financement ont effectues dans 6 pays sur 15
- quant a la gestion des vaccins, le taux de perte par district n'est collecte que dans 5 pays sur 15

Utilisation de Pedojet sur la base des essais de laboratoire conduits sur le materiel existant actuellement sur le marche, il y a entre 15 et 30 pour cent de risque de contamination La recommandation de l'OMS est qu'on ne les utilise pas dans les campagnes de masse

Securite de la sterilisation pastille TST (time steam temperature) colles a l'interieur des sterilisateurs permet de determiner si les conditions de sterilisation ont ete correctes (duree et teneur en vapeur)

## **N Principales recommandations**

Une vingtaine de recommandations sont sorties de cette reunion Elles sont groupees en sept categories (i) celles relatives a la surveillance, (ii) aux Journees nationales de vaccination, (iii) au controle du tetanos neo-natal, (iv) a la lutte contre la fièvre jaune, (v) a la lutte contre la rougeole, (vi) au PEV de routine et (vii) a la logistique du PEV

Leur realisation fera l'objet d'une evaluation lors de la prochaine reunion des directeurs et des gestionnaires des donnees du PEV (Annexe 5 Recommandations issues de la reunion)

## ANNEXES

**ANNEXE 1 Pays ayant participe a la rencontre des Directeurs du PEV du bloc  
epidemiologique de l'Afrique de l'Ouest**

## 15 PAYS REPRESENTES

### a Quatorze pays du bloc epidemiologique

1	Benin	8	Liberia
2	Burkina Faso	9	Mali
3	Côte d'Ivoire	10	Mauritanie
4	Gambie	11	Niger
5	Ghana	12	Senegal
6	Guinee Bissau	13	Sierra Leone
7	Guinee Conakry	14	Togo

### b Un pays hors du bloc

Nigeria

**ANNEXE 2 Liste des participants**

## LISTE DES PARTICIPANTS

No	PAYS	NOM	FONCTION	ADRESSE
1	BENIN	Dr Faton Mehundo	Directeur/PEV	BP 298 Cotonou Tél (229) 31 23 29/33 20 21 Fax 33 00 63
2		Dr Aouandogbo Félix	Chef Service Statistiques	06 BP 1158 Cotonou Tel (229) 33 01 28 Fax (229) 33 01 28
3		Mme Balley Marie-Christine	Gestionnaire données/PEV	BP 03-2624 Cotonou Tel
4		Fr Comlan Komlavi	Epidémiologiste OMS	BP 918 Cotonou Tel (229) 30 19 07 Fax (229) 30 42 08
5	BURKINA FASO	Dr Jules Millogo	Directeur PEV	BP 1013 Ouagadougou Tel Bur (226) 32 26 69/70 Dom 30 13 61 Fax (226) 33 25 42 E mail jmillogo@bur healthnet org
6		Dr S Clément Zidouemba	Chef service surveillance épidémiologique	MSP/DMP BP 7009 Ouagadougou Burkina Faso
7		Mr Allasane Ouédraogo	Gestionnaire données	Direction de la Médecine Préventive/PEV Ouaga Tel (226) 31 22 52 / 31 53 54
8		Dr Gaoussou Traoré	Epidémiologiste OMS	BP 7019 Ouagadougou Tel (226) 30 65 09 Fax (225) 33 25 41
9	COTE D IVOIRE	Dr Sangaré Sékou Victor	Directeur Exécutif/PEV	BP V47 Abidjan PEV INSP Tel (225) 22 05 33/22 04 44 Fax 22 05 40 e-mail devev@africaonline coci
10		Dr Koffi David	Responsable surveillance Epidémiologique	BP V47 Abidjan PEV INSP Tel>(225) 22 05 33/22 04 44 Fax 22 05 40
11		Mr Angaman Ehouaman	Gestionnaire données/PEV	BP V47 Abidjan PEV INSP Tel (225) 22 05 33/22 04 44 Fax 22 05 40
12	COTE D IVOIRE (SUITE)	Mr Adom San Koffi	Gestionnaire Interpays données/PEV	01 BP 2494 Abidjan 01 Tel/Fax (225) 32 28 54 - 22 29 28/56 91
13		Dr Keita Djénaba	Virologiste	Institut Pasteur Cote d Ivoire 01 BP 490 Abidjan 01 Tel (225) 45 33 30/92/46 Fax 45 76 23

14		Dr Cuddy René Zitsamele	Epidémiologiste/OMS	01 BP 2494 Abidjan 01 Tel/Fax (225) 32 28 54 - 22 29 28/56 91 E-mail cuddyz@africaonline co ci
15	GAMBIE	Mr Kebba Jobe	Directeur National/PEV	
16		Mr Omar B Njie	Gestionnaire données/PEV	Ministry of Health Banjul The Gambia
17		Mrs Yamundow Jallow Low	Directeur Adjoint/PEV	EPI Office Banjul
18		Mr Kebba O Jaiteh	Responsable surveillance	Ministry of Health, Banjul The Gambia
19	GHANA	Dr Cornelia Atsyor Mr Paapa	Responsable National/PEV	Disease Control Unit, MOH P O Box 493 Korle-Bu Accra or P O Box 2848 Accra Tel (233) 21 66 36 06 Fax 21 66 79 80
20		Dr Lawson Ahadzia	Responsable surveillance	Disease Control Unit, MOH, P O Box 493 Korle-Bu Accra or P O Box 2848 Accra Tel (233) 21 66 36 06 Fax 21 66 79 80
21		Paapa Obimpeh Turkson	Gestionnaires données/PEV	Disease Control Unit, MOH P O Box 493 Korle-Bu Accra or P O Box 2848 Accra Tel (233) 21 66 36 06 Fax 21 66 79 80
22		Dr Celia Woodfill	Epidémiologiste OMS	P O Box m- 142 Accra Tel (233-21) 22 52 76 /23 25 02/66 36 06 Fax (233-21) 77 57 18
23	GUINEE	Dr Mamadou Malifa Baldé	Directeur National du PEV	BP 800 Conakry République de Guinée Tel (224) 46 35 20
24		Dr Ibrahima Fougouya Diallo	Gestionnaire données/PEV	PEV/SSP/ME BP 885 Ministère de Santé Conakry
25	GUINEE (SUITE)	Dr Barry Mamadou Lamine	Epidémiologiste OMS	SNIS Conakry
26	GUINEE BISSAU	Mr Duarte Falcao	Directeur du PEV	NINSAP - République Guinée Bissau Ex p 50 - Bissau (245) 21 13 18
27	LIBERIA	Mr Charles Nagbe	Directeur de l'Epidémiologie	Ministry of Health
28		Dr Cateh Freeman	Epidémiologiste/OMS	P O Box 316 Monrovia/Libéria
29	MALI	Dr Mamadou Konaté	Directeur PEV	

30		Dr Lamine Diarra	Responsable Surveillance	DNSP/DE BP 228 Bamako e-mail pasemali ml
31		Dr Guittaye Alpha	Conseiller Technique	Centre National d Immunization Bamako BP 51 Tel (223) 22 39 20
32		Mr Moussa Bathily	Gestionnaire des données	Centre National d'Immunization Bamako BP 51 Tel (223) 22 39 20
33		Dr Sidi Konaré	Epidémiologiste OMS	OMS/Bamako Tel (223) 22 46 83/22 37 14 Fax 22 23 35
34		Dr Danial Kertesz	Epidémiologiste OMS	
35	MAURITANIE	Dr Mohamed Salif Diallo	Directeur PEV	PEV/Mauritanie BP 169 Nouakchott
36		Dr Kane Ibrahima	Directeur CNI	
37		Mr Alioune Ould Abeid	Surveillance point focal	PEV/Mauritanie BP 169 Nouakchott
38		Mr Coréra Choueibon	Gestionnaire données/PEV	DPS/MSAS BP 169 Nouakchott
39		Dr Yaya Diallo	Epidémiologiste OMS	BP 320 Nouakchott Tel (222) 24 24 02 Fax (222) 25 86 44
40	NIGER	Dr Sadou Mariama Maliki	Directrice nationale du PEV	BP 205 Niamey Tel (227) 75 20 73 Fax (227) 72 30 25
41		Dr Hassane Adamou	Directeur National du SNIS	BP 205 Niamey Tel (227) 75 20 73 Fax (227) 72 30 25
42	NIGER(SUITE)	Mr Moustapha A Maiga	Gestionnaire données/PEV	BP 13378 Tel (227) 72 36 78/72 30 27 Fax (227) 72 30 25
43	NIGERIA	Mr Gideon Chiazor	Directeur PEV	
44		Dr Ojo Ogunleye	Responsable Surveillance	
45		Dr M E Anibueze	Gestionnaire données/PEV	
46		Dr Femí Oyewole	Epidémiologiste OMS	WHO/Nigeria
47	SENEGAL	Dr Abou Beckr Gaye	Directeur Grandes Endémies	
48		M Amadou Hassane Sylla	Chef de Division /Statistiques	Ministère de la Santé - Dakar
49		Mme Bernadette Ndiaye	Gestionnaire données/PEV	SNGE 31 Avenue Bourguiba, Dakar

50		Dr Mbaye Sylla	Epidémiologiste OMS	OMS/Sénégal BP 4039 Dakar Tel (221 8) 24 75 49 Fax (221-8) 23 32 55
51		Dr Pape Malick Sylla	Epidémiologiste OMS	OMS/Sénégal Bp 4039 Dakar Tel (221 8) 24 75 49 Fax (221-8) 23 32 55
52	SIERRA LEONE	Dr Alhasan Seisay	Directeur PEV	MCH/EPI Division - Jomo Keyatta Road Medical stores - New England Freetown
53		Dr Duraman Conteh	Responsable Surveillance	Disease Prevention and Control Division Medical stores Compound New England Freetown
54		Dr A R Wurie	Epidémiologiste OMS	WHO 21 A Riverside Drive Freetown
55	TOGO	Dr Eleko Kodjo	Directeur Division Epidémiologie	BP 336 - Lomé Tel (228) 21 31 28/21 41 94
56		Mr Dosseh Adadé Noé	Responsable surveillance	BP 336 Lomé Tel (228) 21 31 28/21 41 94
57		Mr Adjaklo Koungnaglo K	Gestionnaire données/PEV	BP 336 Tel (228) 21 31 28/21 41 94
58	OMS/AFRO	Dr L Tapsoba	Conseiller Interpays/PEV	01 BP 2494 Abidjan 01 Cote d Ivoire Tel (225) 32 28 54/22 29 28/22 56 91 Fax (225) 32 28 54/32 99 69 E mail leotaps@africaonline co ci
59		Mr Koné Souleymane	Logisticien Interpays/PEV	01 BP 2494 Abidjan 01 Côte d Ivoire Tel (225) 32 28 54/22 29 28/22 56 91 Fax (225) 32 28 54/32 99 69 E-mail konesolo@africaonline co ci
60	OMS/AFRO (Suite)	Dr Mac Otten	Epidémiologiste	AFRO Temporary Office - Medical School Parirenyatwa Hospital Maze Street P O Box BE 773 Belvedere Harare Zimbabwe Tel (263 4) 70 02 46/70 02 67/70 07 42 Ext 231 e-mail ottenm@server whoaf org
61		Mr Keith Shaba	Gestionnaire des données	Idem Shabak@server whoafr org
62		Dr Okwo Bele	Conseiller Régional /PEV	Idem Okwob@server whoafr org

63		Mme Mélinda Mailhot	VTO	Idem e-mail mailthotm@server whoaft org
64		Mr Modibo Dicko	Logisticien Régional/PEV	Idem e-mail dickom@server whoaft org
65		Dr Tomori Oyewale	Virologiste régional	
66	OMS/HQ	Mr Michel Zaffran	Logisticien	Zaffranm@who ch
67		Dr François Gasse	Epidémiologiste	Gassef@who ch
68		Dr Maureen Birmingham	Epidémiologiste	Birminghamm@server whoaft org
69	CDD/ATLANTA	Dr Marx Arthur	Epidémiologiste	
70	ROTARY	Mme Marie Irène Richmond	Présidente Polioplus Côte d Ivoire	
71		Mr Jean Marcel Sorgho	Président Polioplus Burkina Faso	
72		Mr Gaston Kaba	Président Polioplus Niger	
73		Mr Bawa Mankoubi	Président Polioplus Togo	
74	BASICS	Dr Mutombo Wa Mutombo	Bureau Régional	

**ANNEXE 3 Resultats des JNV (Guinee, Guinee Bisau, Mali, Niger et Senegal)**

**Resultats des premieres JNV de la Guinée, de la Guinee Bissau,  
du Mali, du Niger et du Senegal**

	<b>1er passage</b>	<b>2ème passage</b>
<b>Guinee Conakry</b>	112%	118%
<b>Guinee Bissau</b>	85%	Non disponibles
<b>Mali</b>	113%	117%
<b>Niger</b>	87 5%	102 9%
<b>Sénégal</b>	98%	107%

**ANNEXE 4 Programme de travail de l'atelier**

## Programme de travail de l'atelier

### Lundi 23 Mars

08H00-08H45	Enregistrement des participants
09H00-09H30	Ceremonie d'ouverture
09H30-09H45	Pause-cafe
09H45-10H00	- Objectifs de la reunion - Resultats attendus - Aspects administratifs
10H00-10H30	Priorites pour les pays du bloc epidemiologique en 1998 Discussions
10H30-12H30	- Revue des indicateurs de performance du systeme de surveillance - Qualite des donnees - Interpretation des donnees - Discussions
12H30-14H00	Pause dejeuner
14H00-15H30	Suite de la session du matin
15H30-16H00	Pause-cafe
16H00-18H00	Preparation des presentations/pays sur les analyses de base

### Mardi 24 MARS

08H00-10H00	Presentations des pays (15 minutes par pays suivies de 5 minutes de discussions)
10H00-10H30	Pause-cafe
10H30-12H30	Suite et fin des presentations/pays
12H30-14H00	Pause dejeuner
14H00-15H30	Problemes operationnels rencontres dans le domaine de la surveillance Discussions
15H30-16H00	Pause-cafe
16H00-18H00	Budgetisation des activites de surveillance Discussions

### Mercredi 25 Mars

08H00-10H00	Presentations/pays sur les JNV (Guinee, Guinee-Bissau, Mali, Niger, Senegal) Discussions
10H00-10H30	Pause-cafe
10H30-12H30	Strategies de lutte contre la rougeole - Experience du Benn - Revue generale

- Discussions

Après-midi

Libre

### **Jeudi 26 Mars**

08H00-10H00

Stratégies de lutte contre le tétanos neonatal

- Expérience du Burkina Faso

- Revue générale

- Discussions

10H00-10H30

Pause-café

10H30-12H30

Stratégies de lutte contre la fièvre jaune

- Revue générale

- Discussions

12H30-14H00

Pause déjeuner

14H00-15H30

Évolution de la couverture vaccinale au niveau du bloc Principales contraintes rencontrées actuellement dans la gestion du PEV de routine  
Discussions

15H30-16H00

Pause-café

16H00-18H00

Contribution des directeurs de PEV à la gestion des épidémies

### **Vendredi 27 Mars**

08H00-10H00

Chaîne de froid et logistique

- Nouvelle politique sur les flacons de vaccins entamés modalités de mise en œuvre

- Sécurité des injections

- Équipements sans CFC

- Discussions

10H00-10H30

Pause-café

10H30-11H30

Discussions (suite et fin)

11H30-12H30

Évaluation

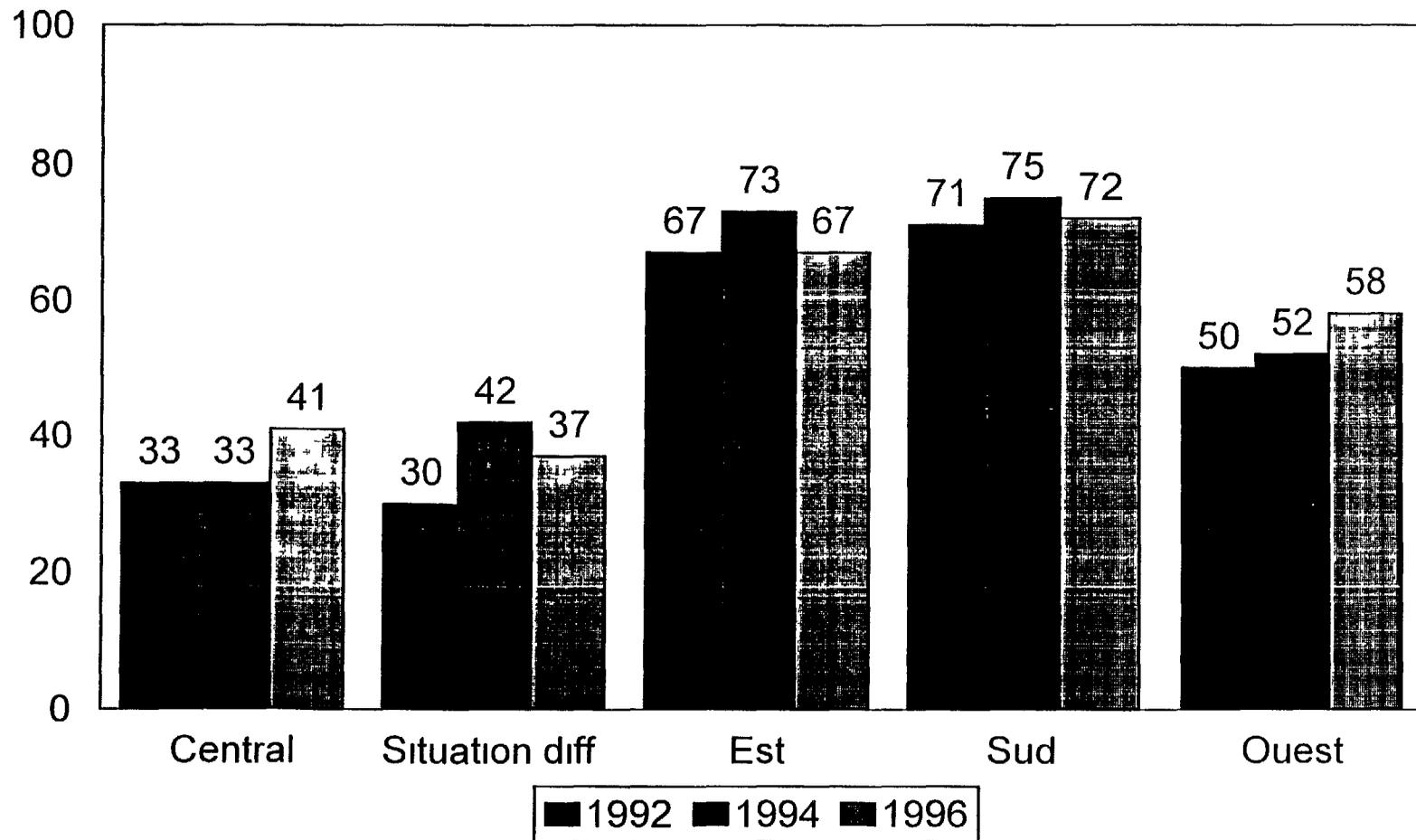
**ANNEXE 5** Présentation sur le sujet "Evolution de la couverture vaccinale  
dans le bloc épidémiologique"

***EVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE AU  
NIVEAU DU BLOC EPIDEMIOLOGIQUE DE L'AFRIQUE  
DE L'OUEST***

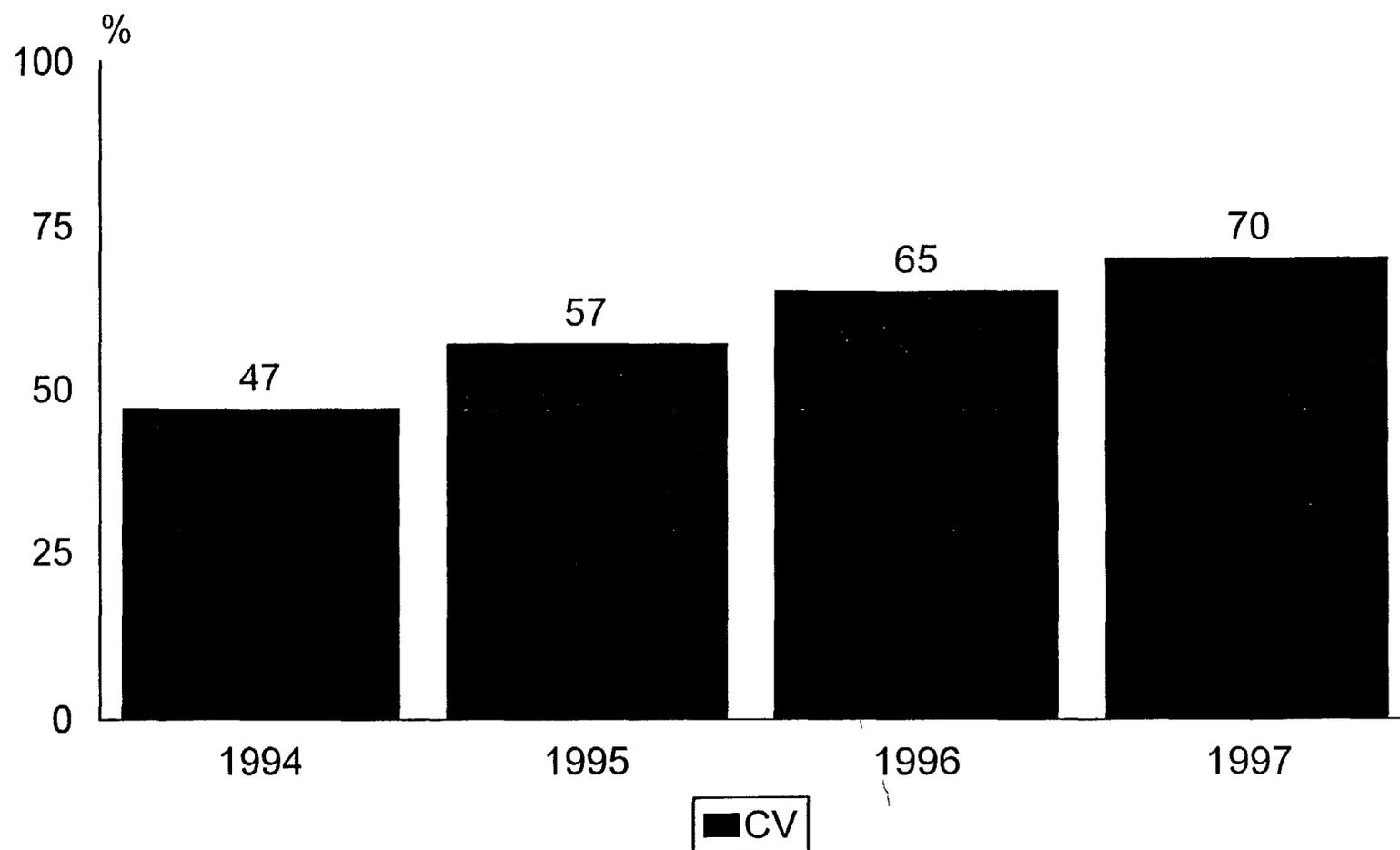
*mars 98*



## COUVERTURE VACINALE DTC3/VPO3 PAR BLOC EPIDEMIOLOGIQUE 1992-1996

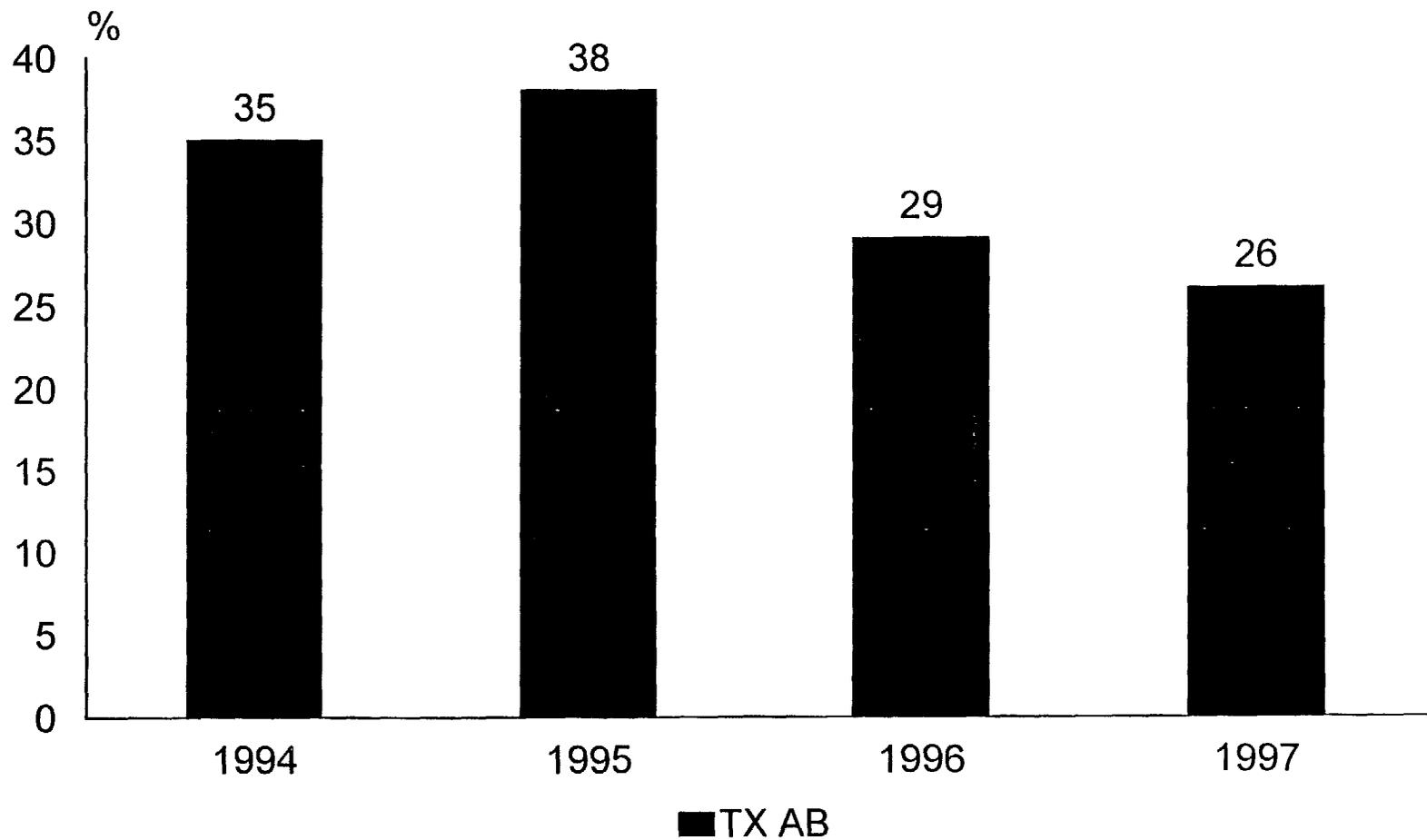


## ***EVOLUTION COUVERTURE VACCINALE ANTIROUGEOLEUSE, 1994-1997***



57

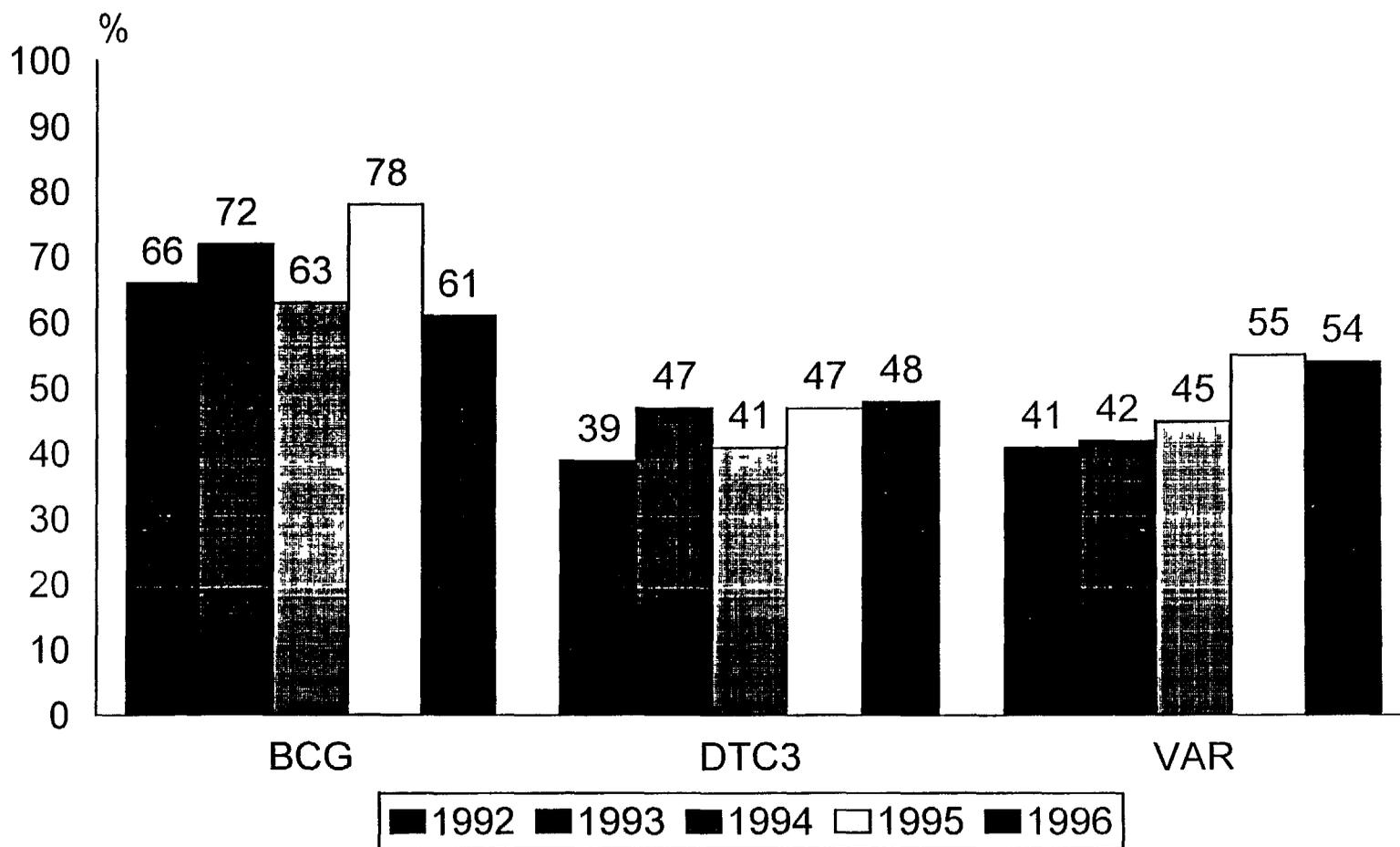
## ***EVOLUTION DU TX D'ABANDON DTC1/DTC3, 1994-1997***



Mars 1998

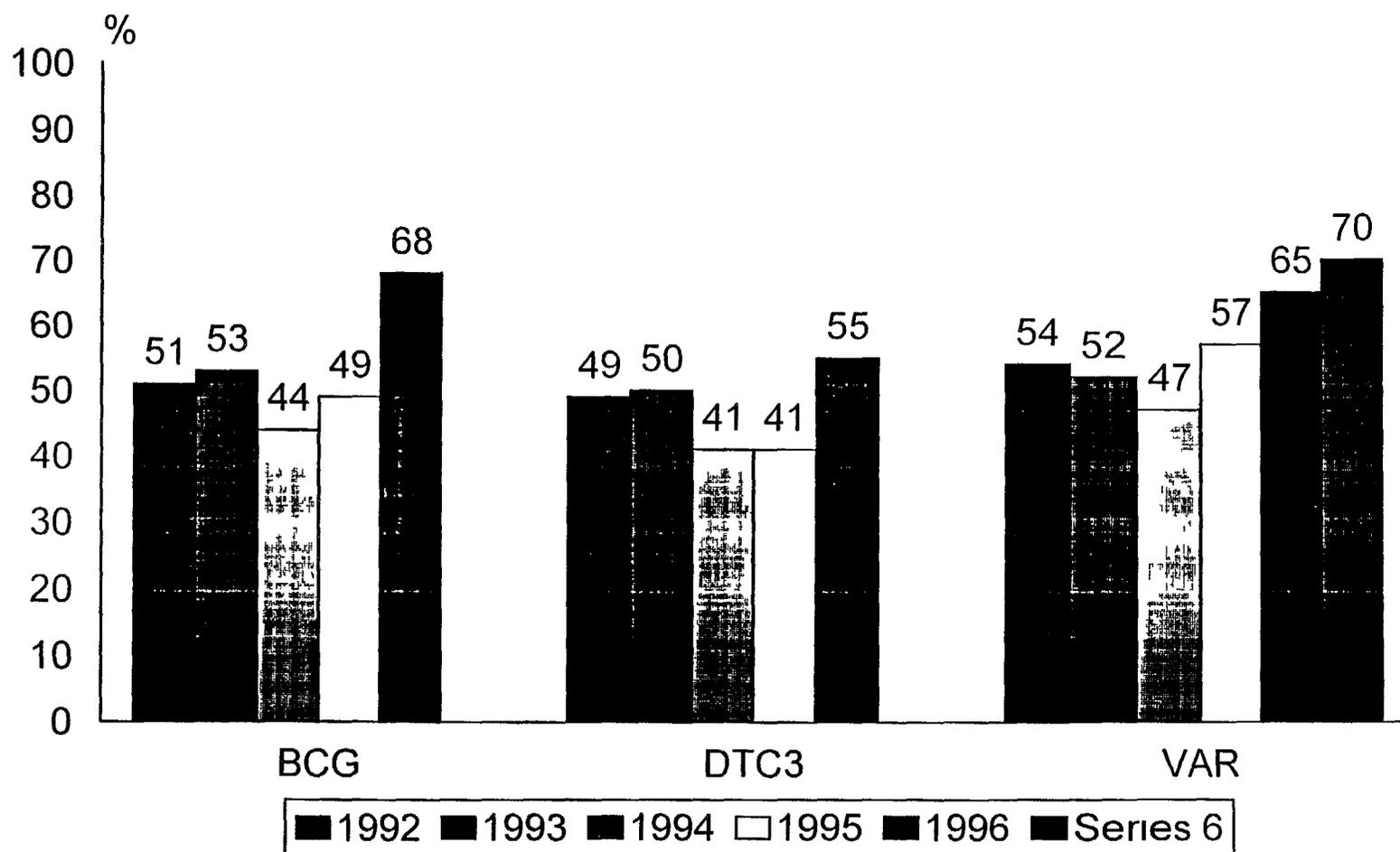
118

# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, BURKINA FASO 1992-1996



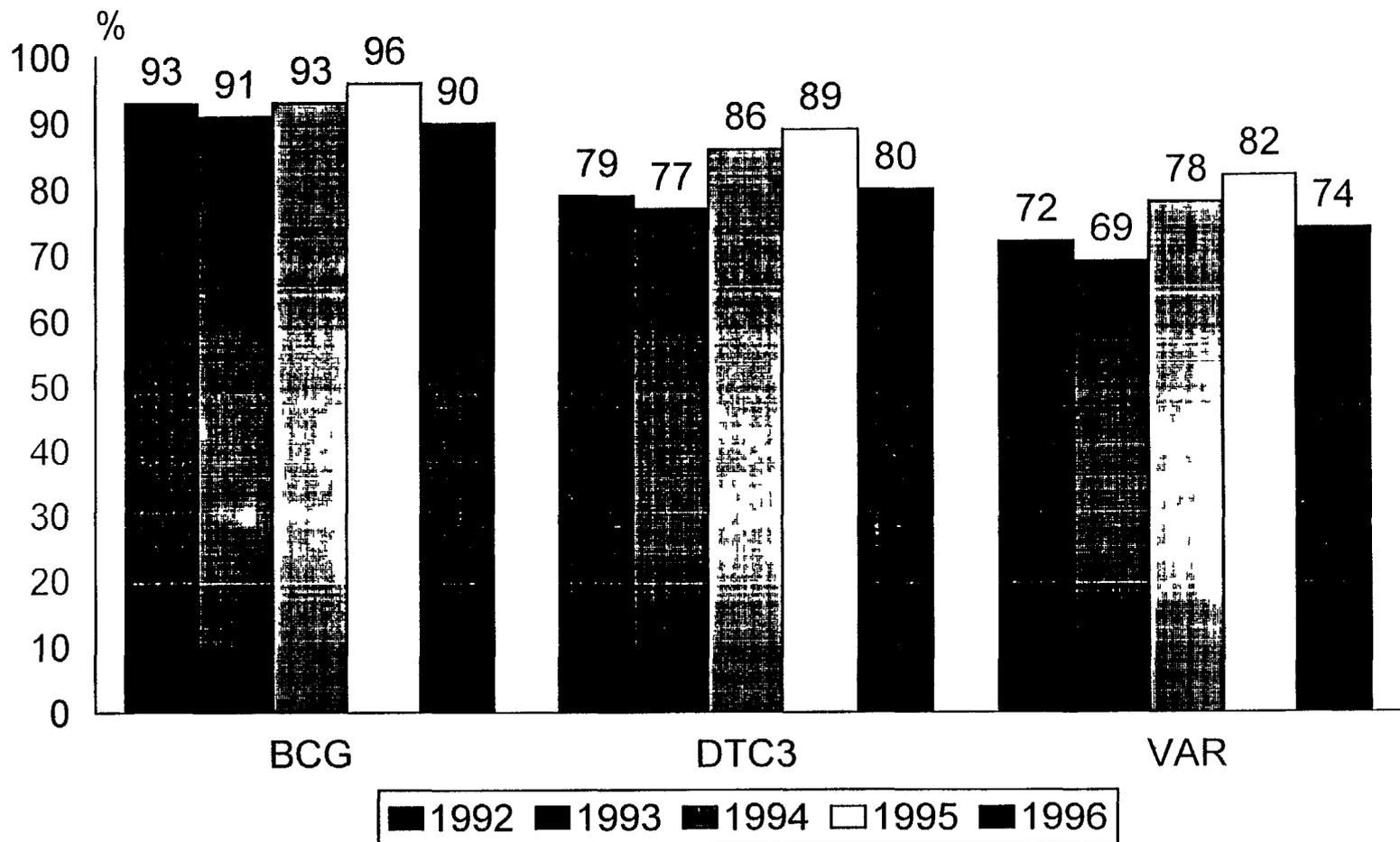
19

## COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, COTE D'IVOIRE 1992-1996

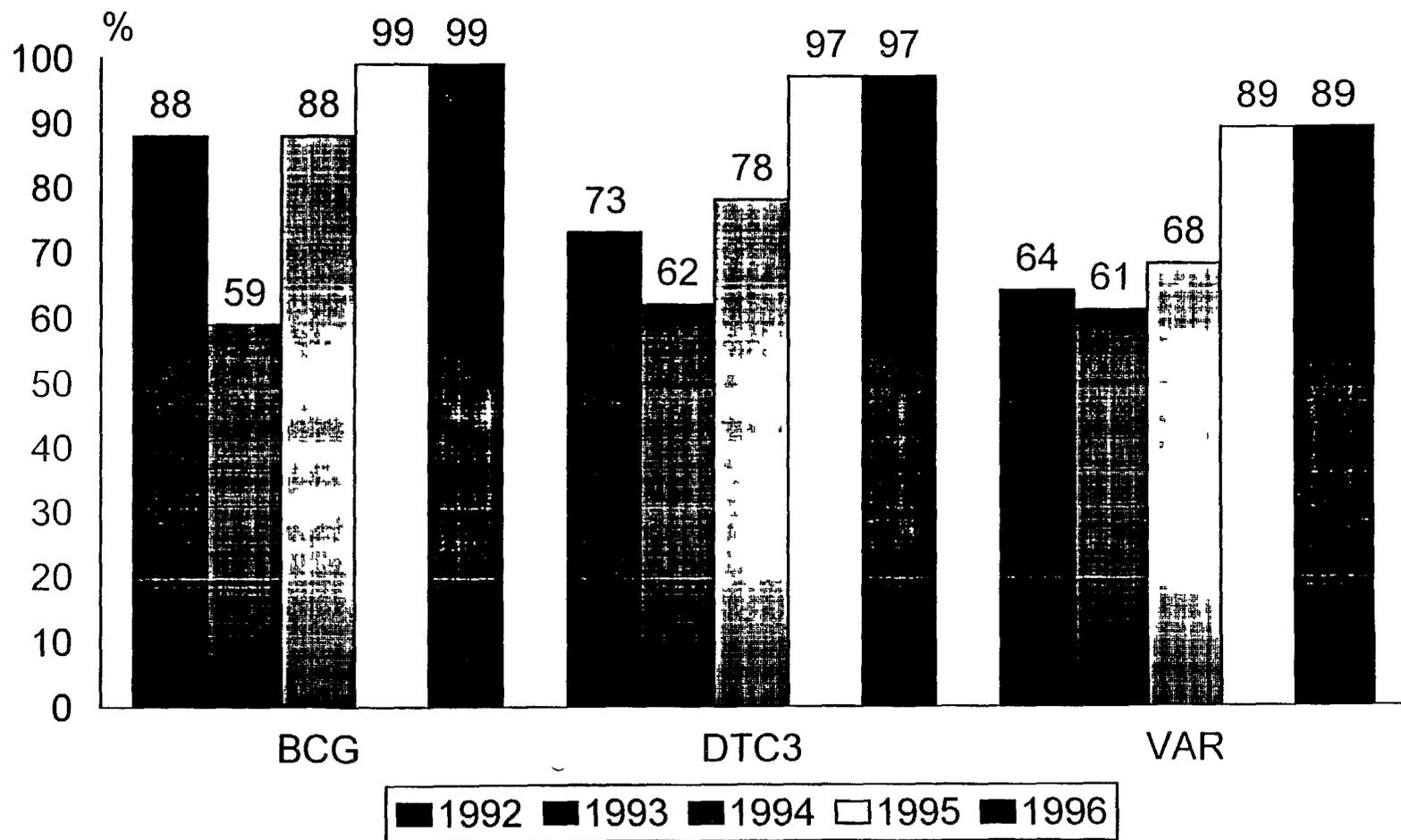


50

# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, BENIN 1992-1996

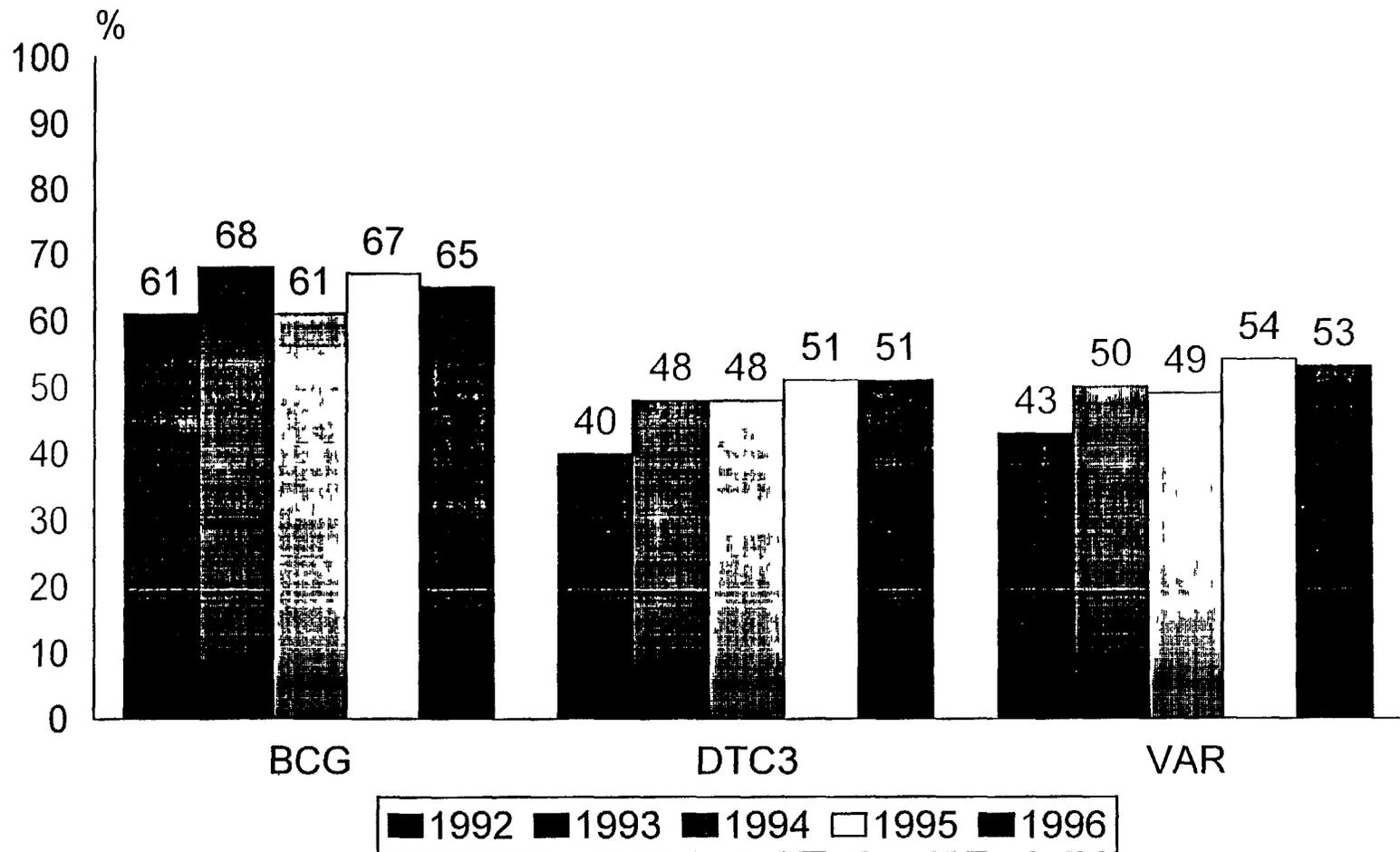


# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, GAMBIE 1992-1996

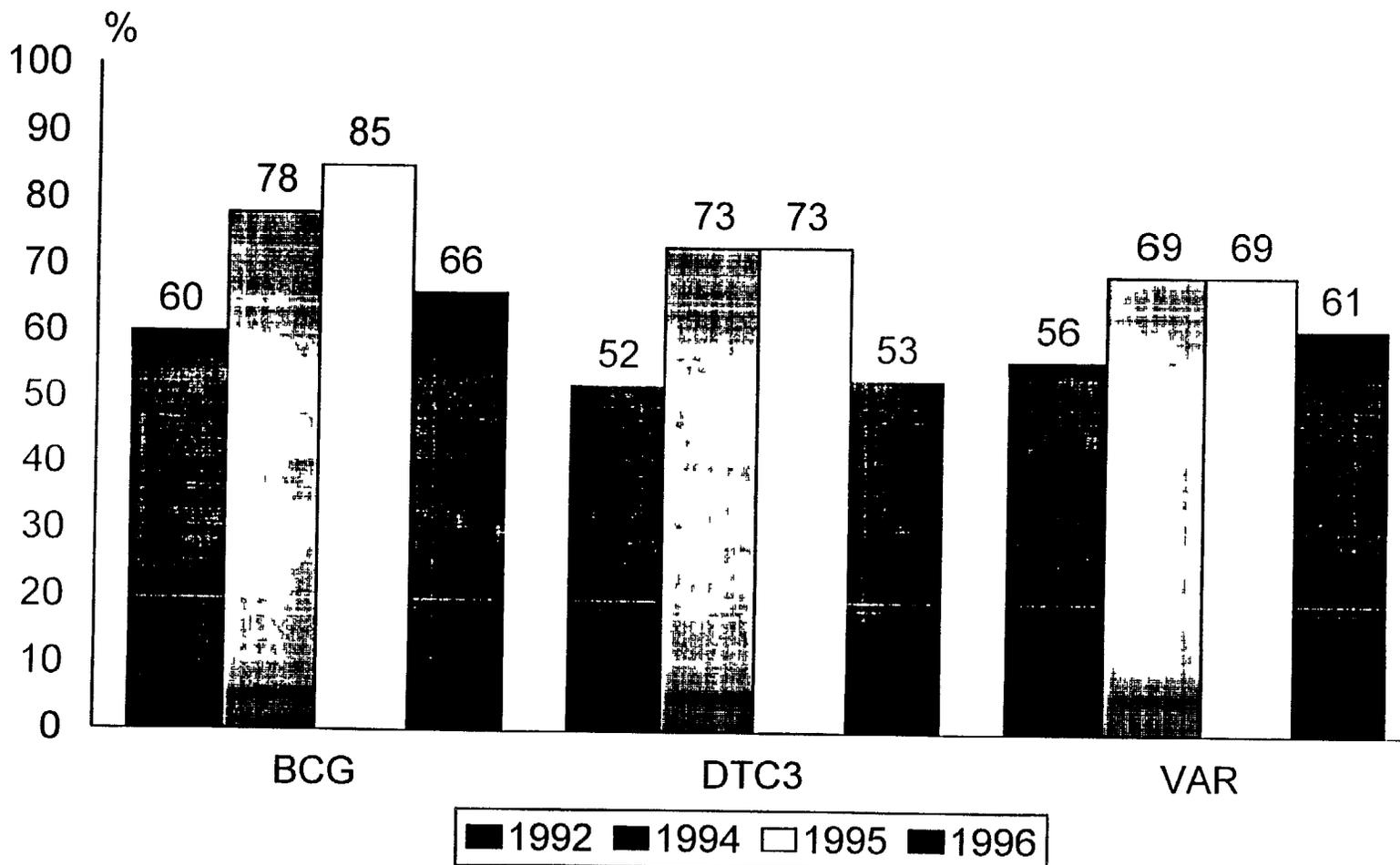


52

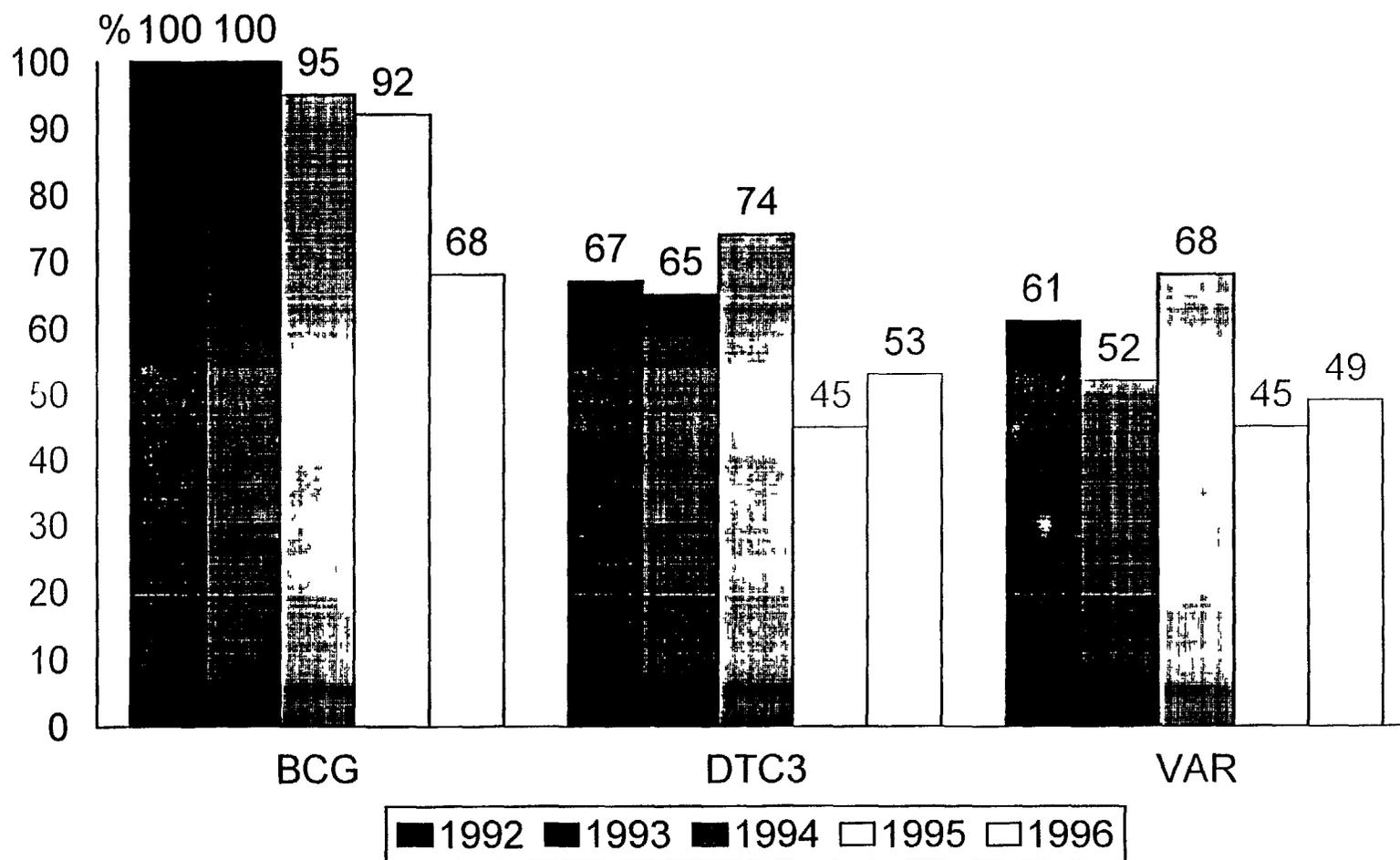
# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, GHANA, 1992-1996



# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, GUINEE CONAKRY, 1992-1996

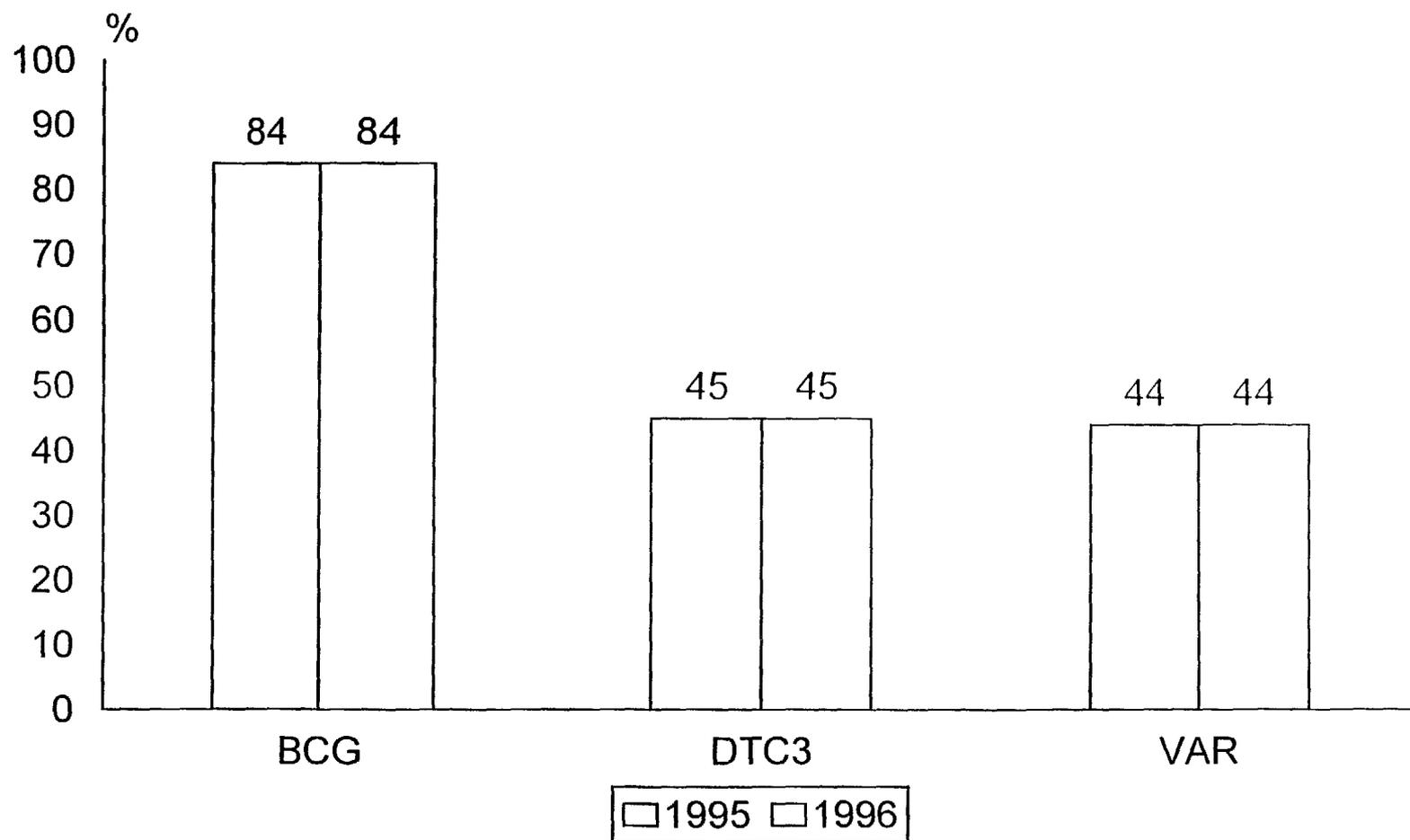


# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, GUINEE BISSAU, 1992-1996

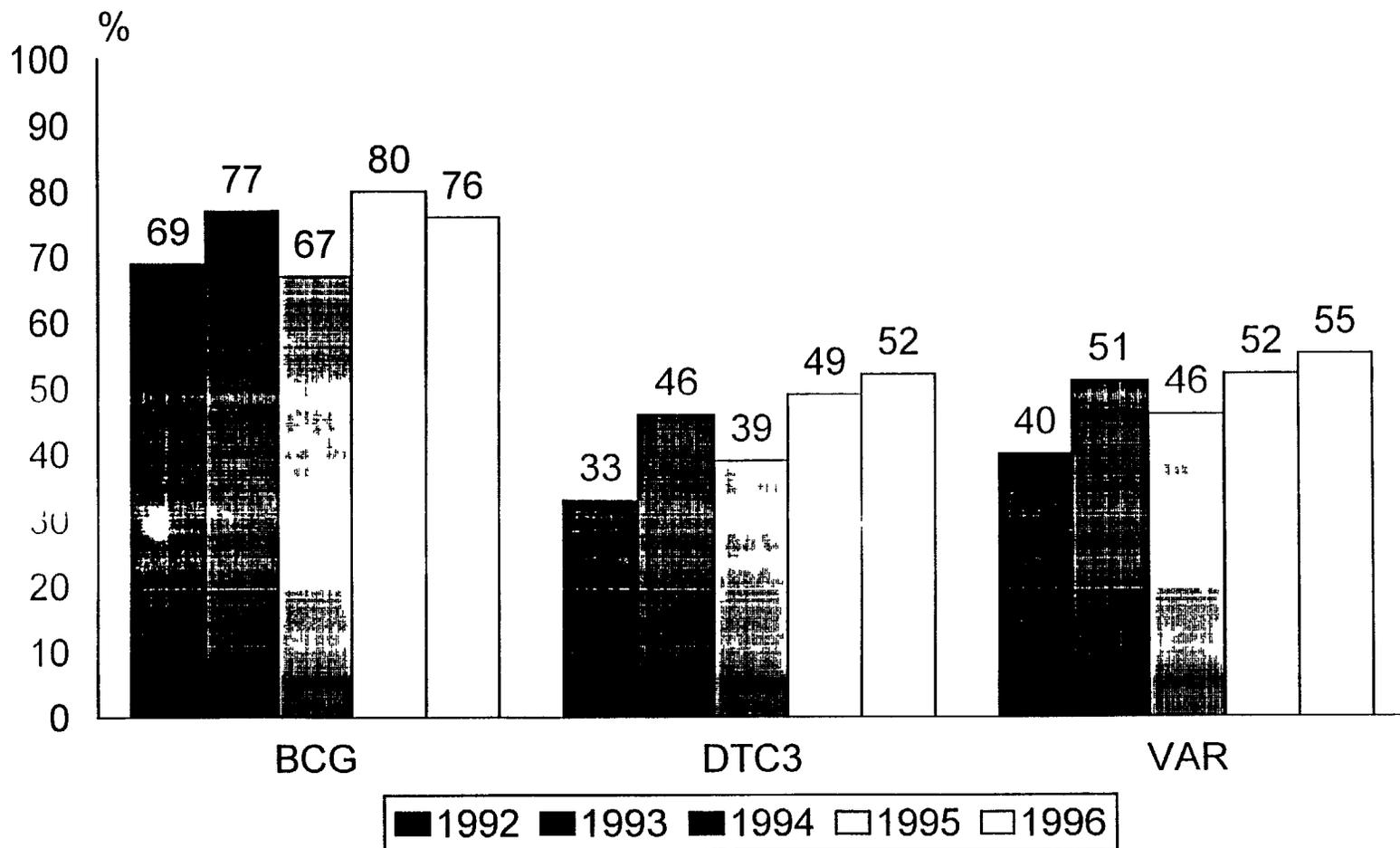


3

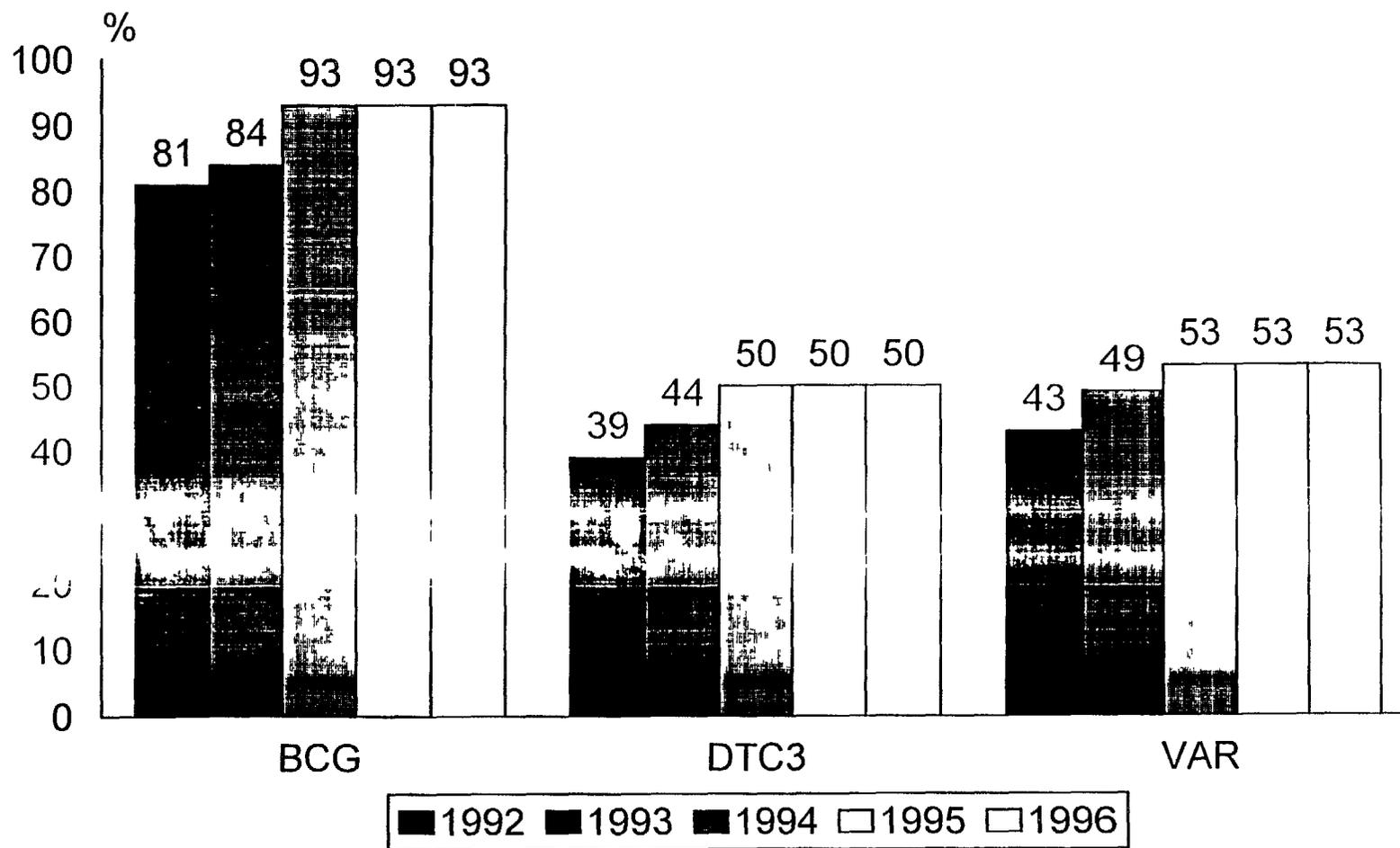
# **COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, LIBERIA, 1992-1996**



# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, MALI, 1992-1996

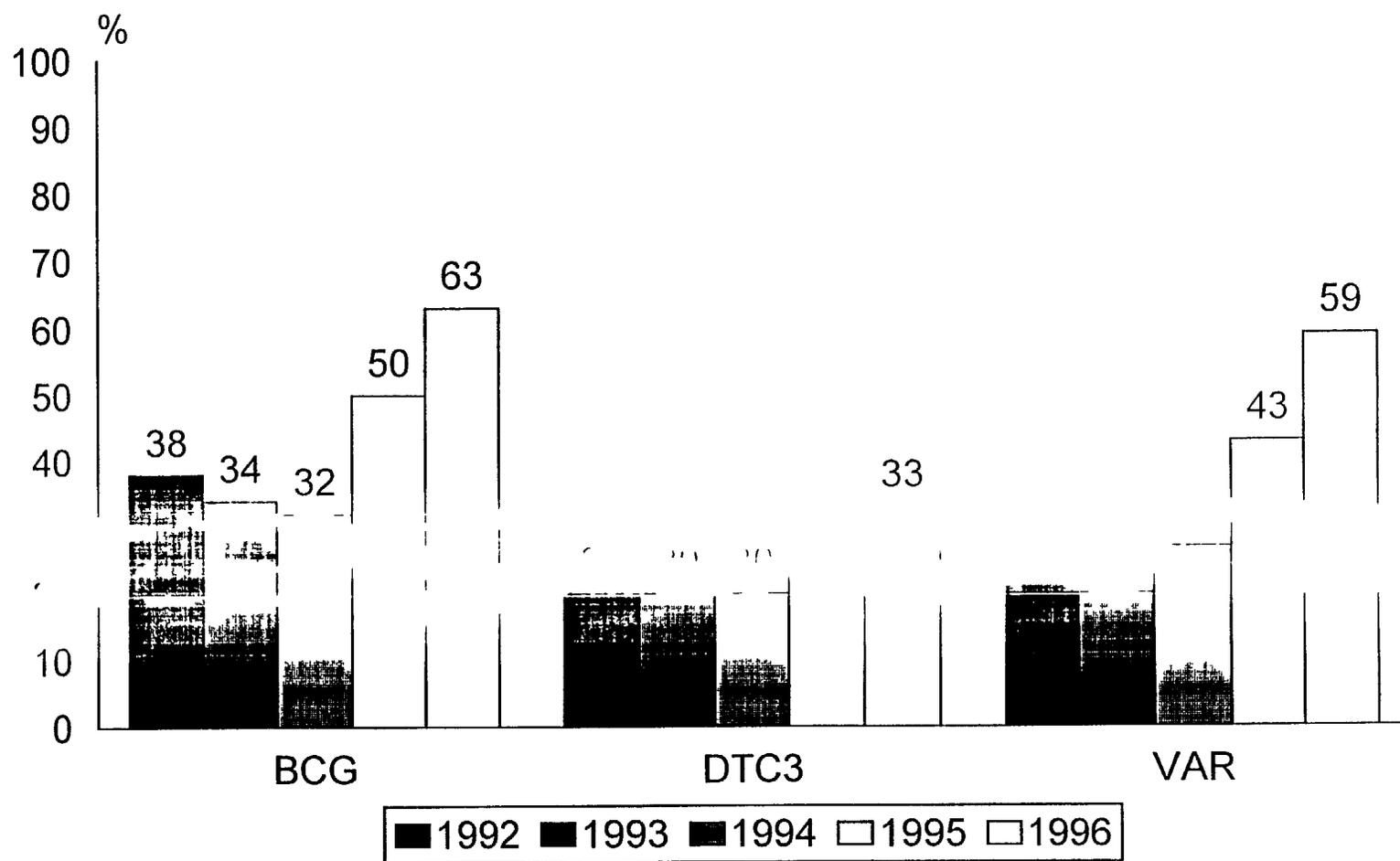


# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, MAURITANIE, 1992-1996

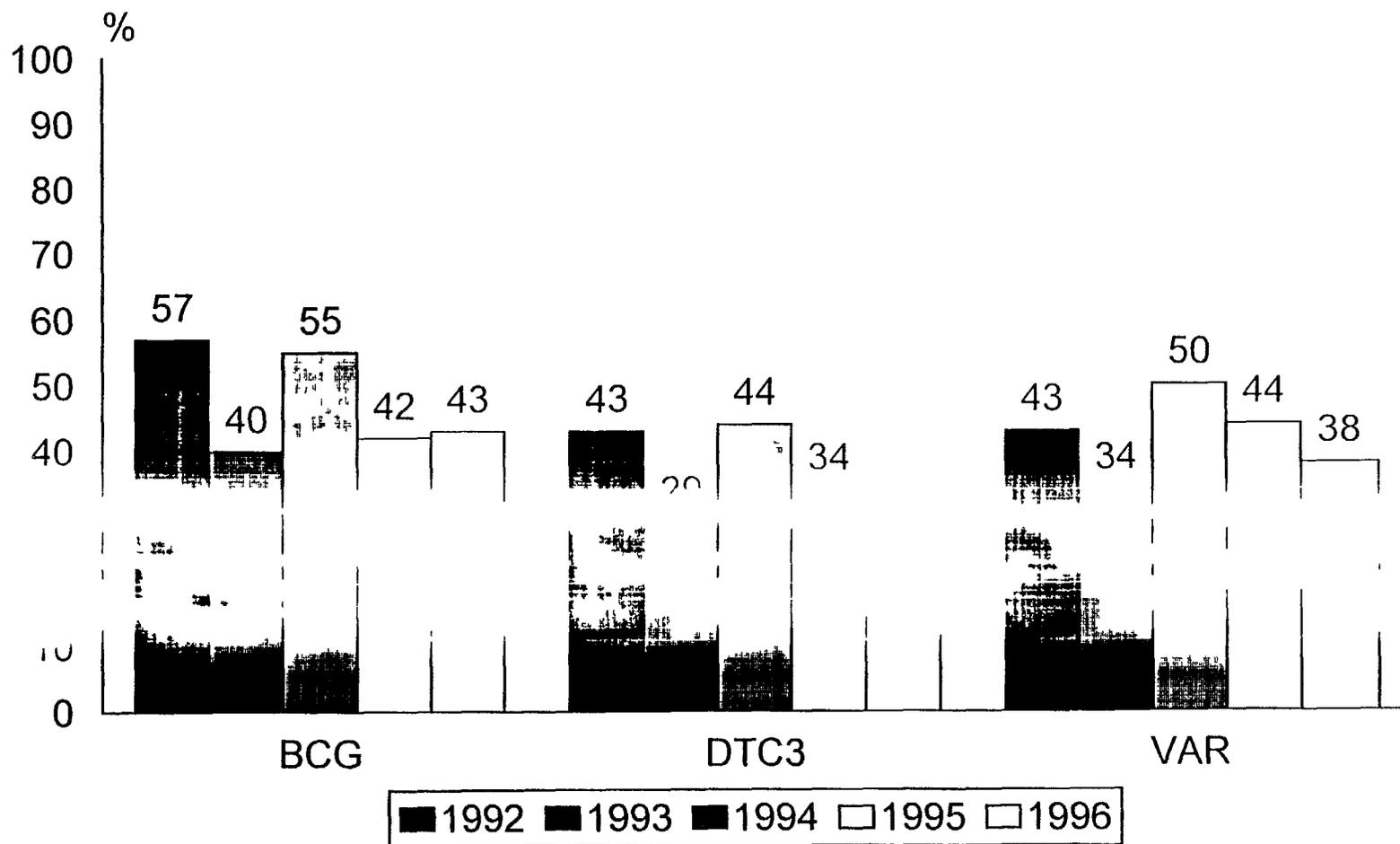


95

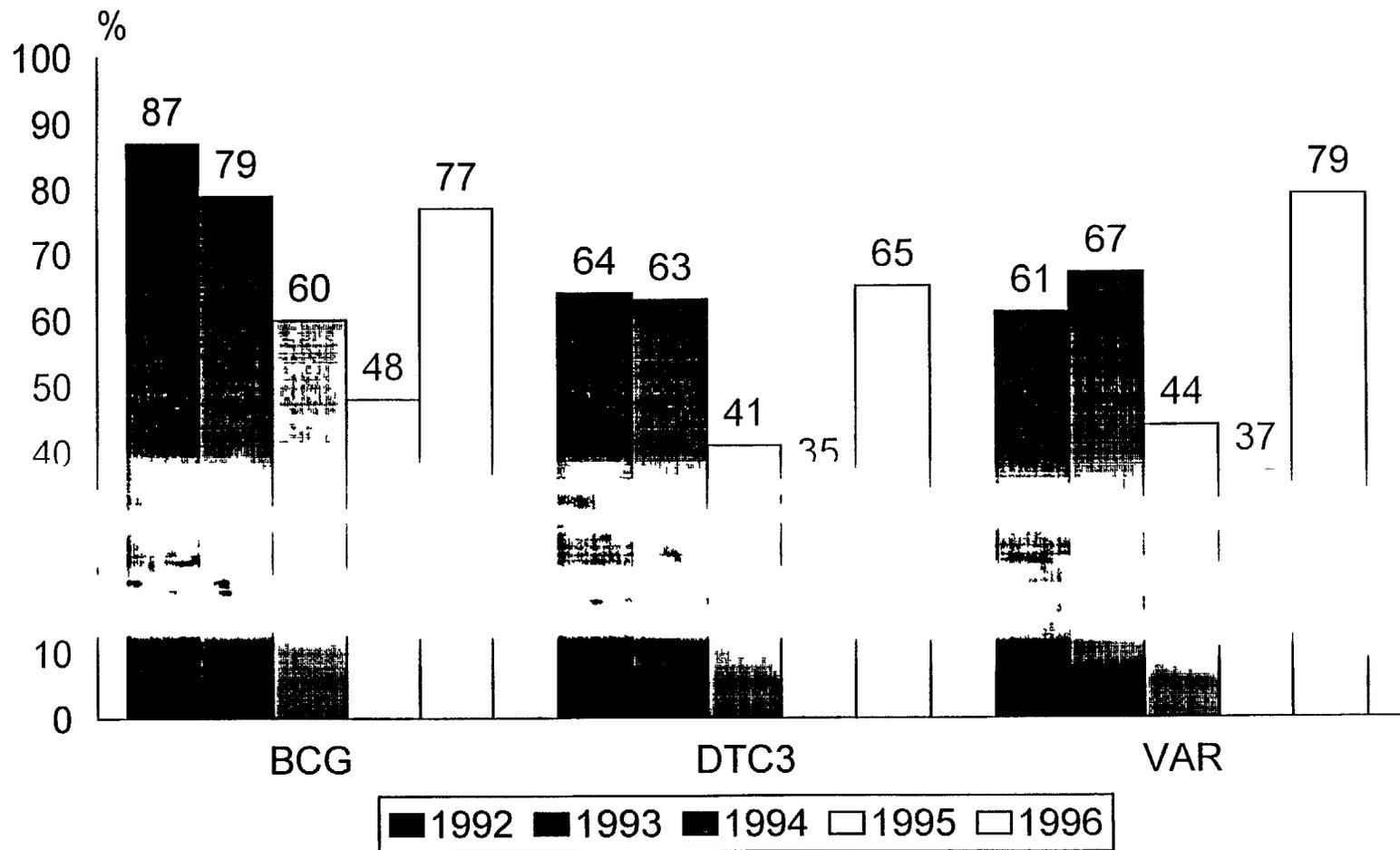
# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, NIGER, 1992-1996



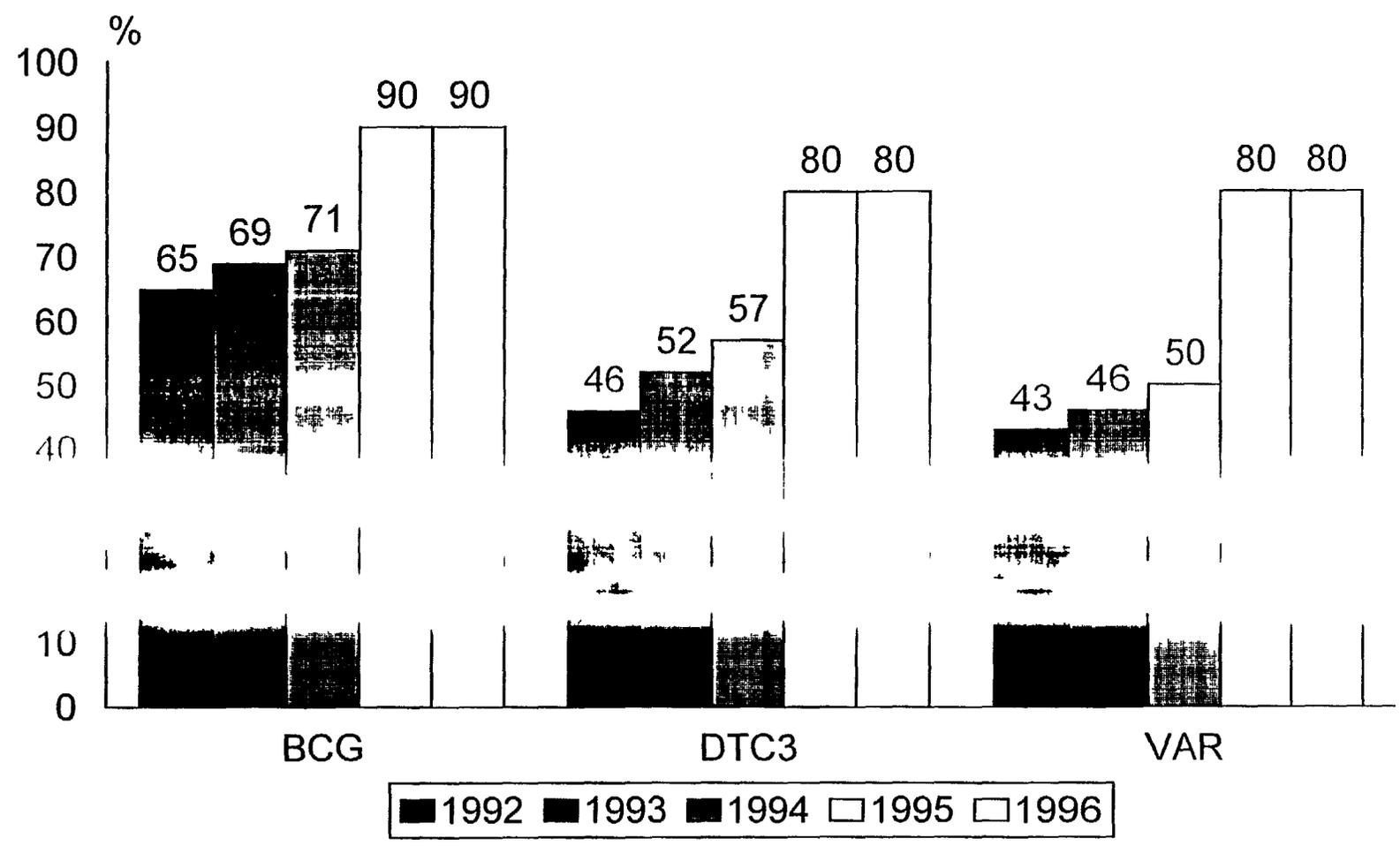
# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, NIGERIA, 1992-1996



# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, SIERRA LEONE 1992-1996

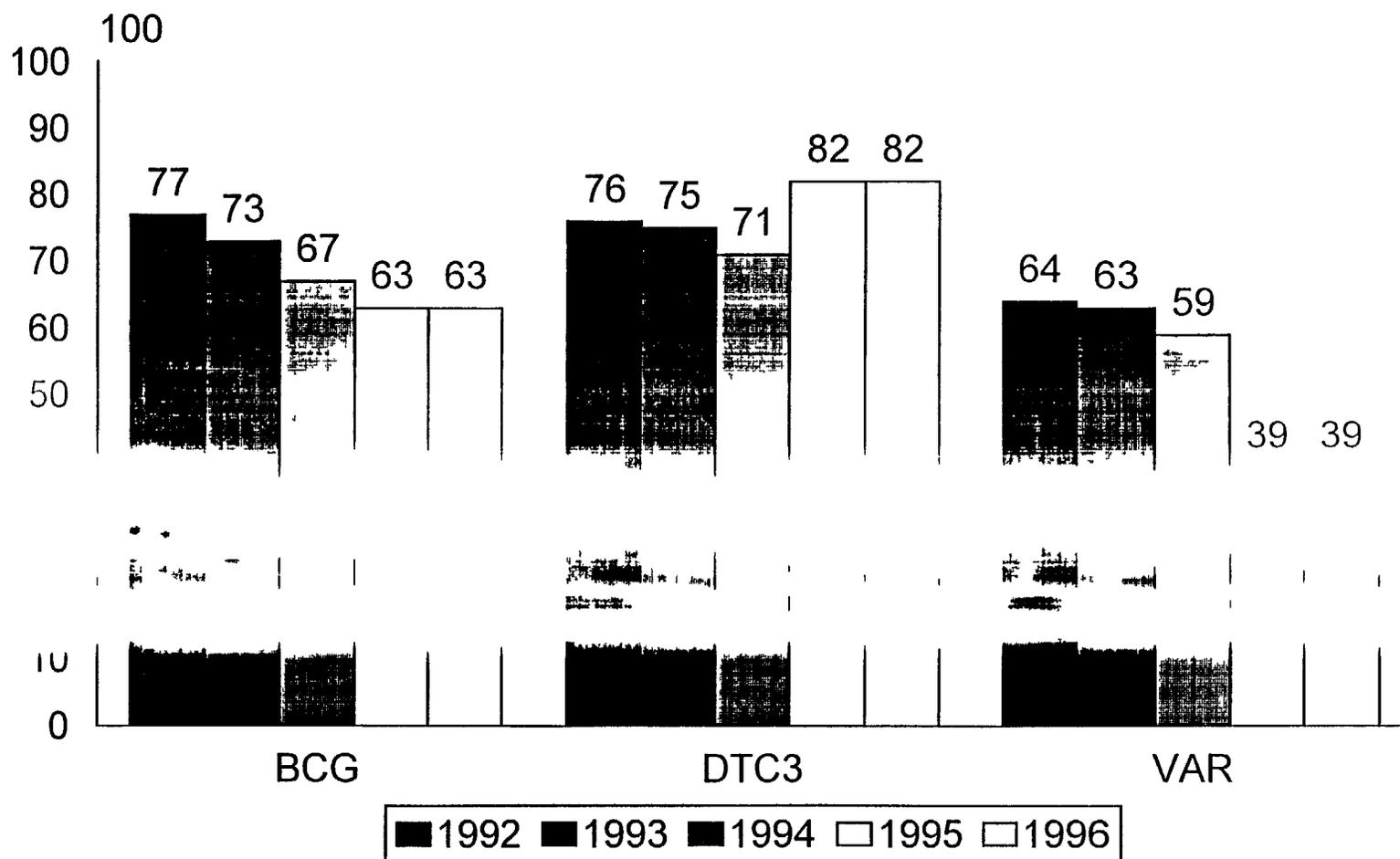


# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, SENEGAL, 1992-1996



29

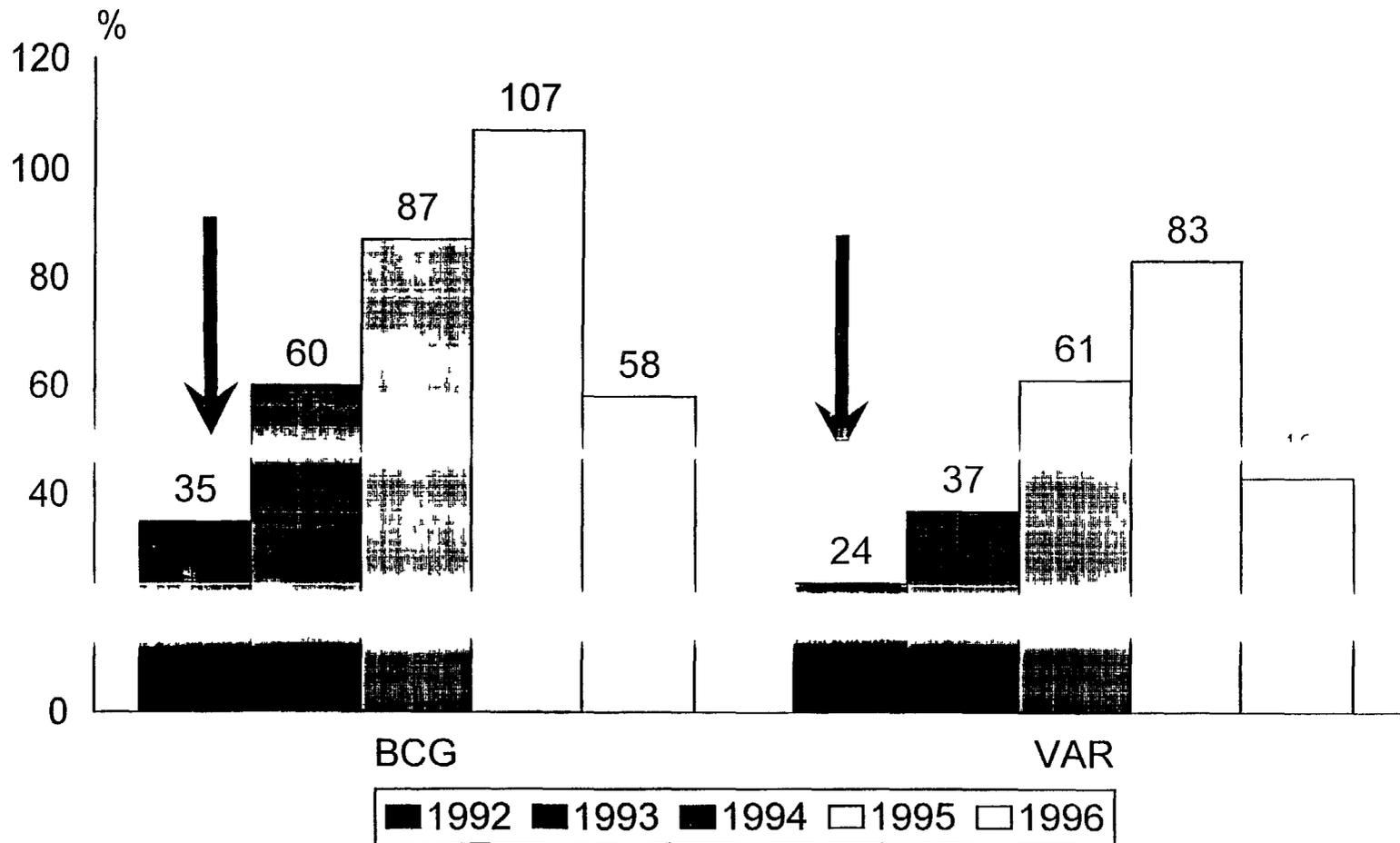
# COUVERTURE VACCINALE BCG, DTC3, VAR, TOGO, 1992-1996



3

# **EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE TAHOUA**

# COUVERTURE VACCINALE BCG, VAR, TAHOUA, 1993-1997



5

# COMMENT?

## ANALYSE SITUATIONNELLE :

### - IDENTIFICATION DES PROBLEMES:

INSUFFISANCE DU GAZ

INSUFFISANCE DES SESSIONS DE VACC

### - IDENTIFICATION DE SOLUTIONS

MEILLEURE GESTION GAZ

RESPONSABILISATION (CF ET GAZ)

RECHERCHER UN PARTAGE DES RESPONSABILITES

ATTACHER LE DEPARTEMENT

## ***PRIORITES DU BLOC POUR 1998***

***PLAN D'ACTION 3 ANS, 5 ANS:***

***4 PAYS SEULEMENT EN SONT DOTES:***

- BURKINA FASO***
- COTE D'IVOIRE***
- MALI***
- NIGER***

**ANNEXE 6 Recommandations de la reunion**

**RENCONTRE DES DIRECTEURS ET GESTIONNAIRES DES DONNEES  
DU PEV DES PAYS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST  
(ABIDJAN, DU 23 AU 27 MARS 1998)**

**RECOMMANDATIONS**

**I Surveillance active**

La surveillance active est l'element clef pour ameliorer le taux de detection, d'investigation et de prelevement de selles aupres des cas de paralysie flasque aigue. En consequence, il est vivement recommande que

- Chaque pays du bloc epidemiologique finalise au plus tard fin Avril 1998 l'ebauche du plan de surveillance elabore pendant les presentes assises et le partage avec le Comite inter-agence pour avis, endossement et financement complementaire possible
- Le Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique mette a la disposition des pays les fonds pour demarrage de la surveillance des la reception de la requete presentee par les pays

**2 Journées Nationales de Vaccination**

- La periode retenue par la majorite des pays du bloc pour la tenue des prochaines JNV va d'octobre a decembre 1998. Il est recommande au Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique de mettre en place les mecanismes facilitant le deblocage a temps des fonds alloues a chaque pays
- Compte tenu du benefice potentiel que represente la supplementation en vitamine A pour la survie de l'enfant, chaque pays est appele a etudier la possibilite de l'integrer dans les Journees Nationales a venir
- Chaque pays doit tirer les leçons des Journees Nationales de Vaccination passees, particulierement dans les domaines de la commande du vaccin et des equipements, de la microplanification et de la mobilisation sociale afin d'ameliorer la performance des Journees Nationales de Vaccination a venir

**3 Tetanos néonatal**

- L'approche a haut risque est une strategie efficace et efficiente qui permet d'atteindre l'elimination du tetanos neonatal. Dans les zones a haut risque, toutes les femmes en age de procreer doivent recevoir 3 doses de VAT correctement espacees (un minimum d'un mois entre la premiere et la deuxieme dose, et de six mois entre la deuxieme et la troisieme) et administrees avec les seringues autobloquantes

- Il est recommande a tous les pays du bloc epidemiologique de planifier l'approche a haut risque et de l'integrer dans le plan d'action triennal/quinquennal du Programme Elargi de Vaccination
- Quatre pays du bloc (le Ghana, la Guinee Conakry, le Nigeria et le Senegal) ont souligne leur interet et leur engagement a mettre en oeuvre l'approche a haut risque dans le cadre le cadre de l'elimination du tetanos neontal , il leur est recommande, apres l'elaboration du plan d'en informer leurs partenaires traditionnels La mise en oeuvre de l'approche devra commencer de facon limitee, dans un nombre restreint de districts de sante (un ou deux), avant de l'etendre a d'autres zones
- L'estimation de la couverture vaccinale antitetanique etant un probleme dans la plupart des pays, il est recommande que les pays rapportent la couverture vaccinale VAT2+ chez les femmes enceintes separees de celle des femmes en age de procreer

#### **4 Fievre Jaune**

- Tous les pays du bloc epidemiologique de l'Afrique de l'Ouest sont a risque pour la fievre jaune , il est recommande a ceux d'entre eux qui l'ont encore fait, d'integrer le vaccin antirougeoleux mais peut etre administre de facon simultanee
- En vue d'enrayer les reticences du personnel de sante constate dans certains pays du bloc epidemiologique, quant a l'utilisation simultanee des vaccins anti-rougeoleux et anti-amaril, il est recommande au Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique de veiller a ce que le groupe charge de la qualite des vaccins revoie le plus rapidement possible avec les producteurs du vaccin anti-amaril le contenu de la notice accompagnant le vaccin (concernant son utilisation simultanement avec le vaccin anti-rougeoleux)
- Il est recommande au Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique d'appuyer les pays du bloc dans le renforcement de leur capacite de serodiagnostic pour la fievre jaune Cela permettra de reduire les delais enregistres entre la survenue des cas de fievre jaune et la confirmation de laboratoire qui retarde la mise en oeuvre des actions de lutte anti epidemique
- En prevision d'une epidemie de fievre jaune dans le bloc epidemiologique, il est recommande au Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique de proceder a un plaidoyer aupres des partenaires pour qu'une campagne de vaccination anti-amarile soit effectuee dans toutes les zones a risque

#### **5 Rougeole**

Les pays qui desirent accelerer le controle de la rougeole doivent developper un plan qui inclut les composantes suivantes afin d'assurer un impact a long terme des objectifs clairs, la vaccination de routine, l'analyse de l'epidemiologie locale de la rougeole, la logistique et la securite des injections, la surveillance, ainsi que l'implication du gouvernement et des autres

partenaires

Les activités supplémentaires doivent

- utiliser des seringues autobloquantes et des procédures d'incinération des seringues utilisées
- atteindre au moins 85 % de la population cible
- atteindre tous les enfants non vaccinés dans les zones la plus haute morbidité et mortalité pour la rougeole
- prendre des mesures alternatives pratiques pour renforcer le PEV de routine
- être évaluées en terme d'impact sur la rougeole
- ne pas ralentir les activités d'éradication de la Polio

Une analyse minutieuse des implications pratiques de combiner les activités d'accélération de la rougeole et celle de la Polio doit être réalisée suffisamment à l'avance (au moins un an)

## **6 PEV de routine**

- Il est recommandé à tous les pays du bloc épidémiologique d'élaborer, un plan d'action triennal (quinquennal) pour le PEV de routine sur la base d'une analyse situationnelle par district, permettant d'identifier les problèmes majeurs liés à la basse couverture vaccinale, ce plan devra être présenté au Comité Inter-Agence pour feedback technique, endossement et financement possible
- Les gouvernements et les partenaires devront mettre à la disposition du PEV les ressources nécessaires pour renforcer certaines stratégies telles que les activités avancées, la supervision formative, le monitoring, la micro-planification au niveau de district
- Chaque pays du bloc épidémiologique devra étudier et mettre en œuvre un mécanisme permettant le recouvrement des données du PEV (Vaccination effectuée, maladies notifiées) et l'analyse périodique de ces données pour l'action

## **7 Logistique du PEV**

- Afin d'améliorer la gestion des vaccins, il est recommandé à tous les pays du bloc de mettre en œuvre un système de prévision des besoins et de gestion des vaccins tirant profit des PCV comme outil de gestion et de la politique des flacons de vaccin entamés
- Afin de réhabiliter la chaîne de froid, il est recommandé aux pays du bloc qui ne l'ont pas encore fait, de conduire un inventaire de la chaîne de froid, d'élaborer un plan de réhabilitation et le soumettre au gouvernement et au comité inter-agence pour financement
- Afin d'améliorer la sécurité des injections, il est recommandé à tous les pays du bloc de conduire une revue de la situation et de mettre en œuvre une politique nationale, un plan

d'action, et des mecanismes de suivi de sa mise en oeuvre sur le terrain

- Pour toutes les campagnes de vaccination de masse, il est recommande que tous les pays du bloc suivent la declaration de l'OMS/UNICEF sur la securite des injections, en utilisant les seringues auto-bloquantes et les receptacles de securite