

la lettre de

Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger n°60  
OCTOBRE 2008

# L'OMS AU NIGER



## vaccination

Journées locales de  
vaccination 2008 au Niger

Introduction du vaccin pentavalent  
dans le PEV de routine

# Journées locales de vaccination Polio au Niger en 2008

*L'éradication mondiale de la poliomyélite reste plus que jamais d'actualité. Depuis son lancement en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a permis de réaliser des progrès importants dans le contrôle de cette maladie, notamment grâce à un renforcement de la vaccination de routine et l'organisation d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) sous forme de campagnes de masse " porte à porte " (Journées nationales ou locales de vaccination : JNV ou JLV polio).*

## Contexte

L'éradication mondiale de la poliomyélite reste plus que jamais d'actualité. Depuis son lancement en 1988, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a permis de réaliser des progrès importants dans le contrôle de cette maladie, notamment grâce à un renforcement de la vaccination de routine et l'organisation d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) sous forme de campagnes de masse " porte à porte " (Journées nationales ou locales de vaccination : JNV ou JLV polio). C'est ainsi que sur 125 pays touchés en 1988, seuls 4 pays notifiaient encore des cas autochtones en 2006 (Nigeria, Inde, Pakistan, Afghanistan). Les efforts importants fournis par ces pays en 2007, soutenus par l'engagement des responsables politiques au plus haut niveau, mais aussi la disponibilité de vaccins plus efficaces et la mise en œuvre d'AVS plus efficaces permettent d'affirmer que l'objectif de l'éradication n'a jamais été aussi proche qu'en cette année 2008. Si l'éradication totale est attendue pour 2012, l'objectif en 2008 est l'interruption de la transmission du PVS de type 1, grâce notamment à l'utilisation du vaccin monovalent de type 1.

Au Niger, les progrès sont certains, mais le Poliovirus sauvage circule encore. Au Niger, des actions d'envergure sont menées depuis de nombreuses années, dont notamment des AVS polio pluriannuelles (42 campagnes menées depuis 1997 jusqu'à fin 2007) ; elles ont abouti



à l'interruption de la circulation du Poliovirus sauvage (PVS) autochtone sur le territoire du Niger en 2005. Cependant, les progrès enregistrés en 2006 ont marqué le pas en 2007 avec la survenue de 11 cas (autant qu'en 2006), et le rétablissement de la transmission autochtone dans les régions de Zinder et Maradi. Il s'avérait donc nécessaire de redoubler d'effort en 2008 par un renforcement du PEV de routine et l'organisation d'AVS polio dans les régions ou districts les plus exposés ; c'est ainsi qu'il a été programmé 3 passages d'AVS polio au premier semestre 2008 dans les régions de Maradi et Zinder, et certains districts des régions de Diffa, Dosso et Tahoua). Ces 3 campagnes ont été menées comme prévu en février, avril et mai ; cependant, la découverte d'un cas de PVS à Tillabéri en avril 2008, dans une région qui était indemne depuis 4 années, a imposé l'organisation de nou-

velles AVS en juin et juillet. Ceci s'avérait d'autant plus nécessaire que le PVS en cause est un virus autochtone lié génétiquement au premier cas de 2008 du district de Mirriah et que le lieu de découverte de ce PVS, sur une île du fleuve Niger non loin du Burkina et du Mali, peut laisser craindre une dissémination sous régionale. A l'instar de la région africaine, l'objectif 2008 du Niger est l'interruption de la transmission du PVS de type 1 ; il dispose pour ce faire du vaccin monovalent de type 1.

Conscients de l'enjeu national, régional et mondial, le Niger et ses partenaires ont déployé en 2008 un effort sans précédent pour mener des AVS polio de qualité. Cet effort s'est traduit à différents niveaux :

- Organisation d'un atelier national de préparation des AVS polio de 2008 (6

au 8 février 2008) réunissant à Niamey les cadres des régions et districts : les recommandations de cet atelier, axées sur les actions susceptibles d'accroître la qualité des JLV, serviront de base aux préparatifs des différents passages de 2008

-Appui exceptionnel de l'OMS aux districts concernés par les AVS par 20 consultants internationaux et staffs des pays africains

-Nouvelle microplanification des activités des AVS avec l'appui des consultants

-Renforcement des budgets tenant compte des nouveaux microplans, notamment en moyens humains (vaccinateurs, acteurs de la mobilisation sociale) et logistiques

-Renforcement du monitoring par les moniteurs indépendants : recrutement de nouveaux moniteurs selon des critères de compétence, encadrement plus étroit des moniteurs par les consultants, précision accrue du monitoring par une augmentation de la taille des échantillons d'enquête

-Implication forte des autorités administratives et du Ministère de la Santé Publique : directives précises du Ministre à l'ensemble des acteurs de terrain ; présence active de cadres de haut niveau du MSP dans chaque région durant la préparation et le déroulement des AVS ; débriefing national en présence du ministre

-Organisation d'activités trans frontalières avec les pays limitrophes lors des différents passages : Nigeria, Burkina, Mali.

Cinq passages de JLV polio ont été menés de février à juillet 2008 et ont permis d'administrer le vaccin polio oral monovalent de type 1 (VPOm1) pour la première fois aux enfants de 0 à 59 mois en stratégie porte à porte. Le choix des districts à vacciner a été fait selon des critères de risque de survenue du PVS : proximité avec le Nigeria, survenue en 2007 ou 2006 de cas de PVS, faiblesse de la surveillance des PFA.

C'est ainsi que

-les deux premiers passages (23 au 26 février et 5 au 8 avril) ont concerné 25 districts : tous les districts des régions de Maradi et Zinder, plus certains districts des régions de Diffa, Dosso et Tahoua ; la population cible était de 2 872 895 enfants.

- le troisième passage (10 au 13 mai) a concerné 19 districts des régions de Maradi, Zinder et Tahoua ; la population cible était de 2 353 339 enfants.

- les 4ème et 5ème passages (13 au 16 juin et 18 au 21 juillet) ont concerné 35 districts dont les districts des régions de Maradi, Zinder, Dosso, Tillabéri et Niamey, plus certains districts de Tahoua et Diffa (35 districts au total) ; la population cible était de 3 795 601 enfants.

Ces AVS ont été synchronisées avec les pays voisins et ont fait l'objet d'actions concertées et conjointes sur les bandes frontalières : cela a été le cas en février, avril et mai avec le Nigeria, et en juin et juillet avec le Burkina et le Mali. Le passage d'avril a permis d'assurer, en même temps que la vaccination polio, la distribution de vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes en post partum.



*Journée de vaccination synchronisée. Au Nigeria la consultante OMS Frederique Dorleans supervise 2 vaccinatrices du Niger et du Nigeria*

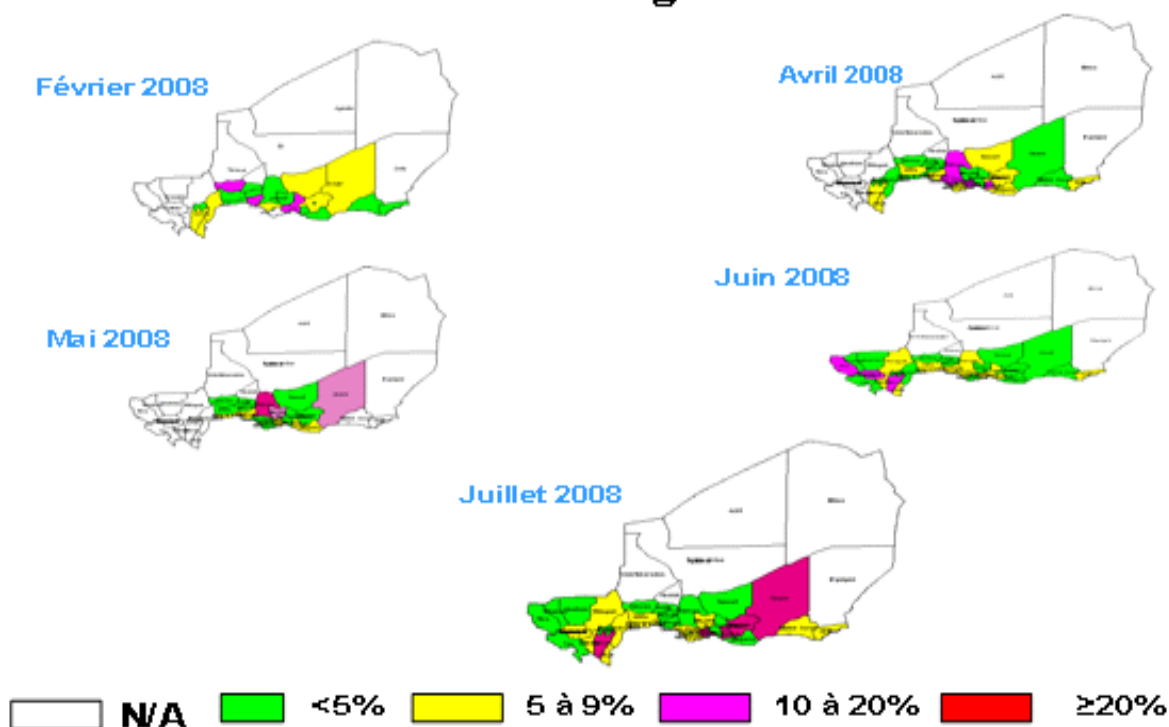
## Résultats

Les résultats sont synthétisés dans le tableau 1.

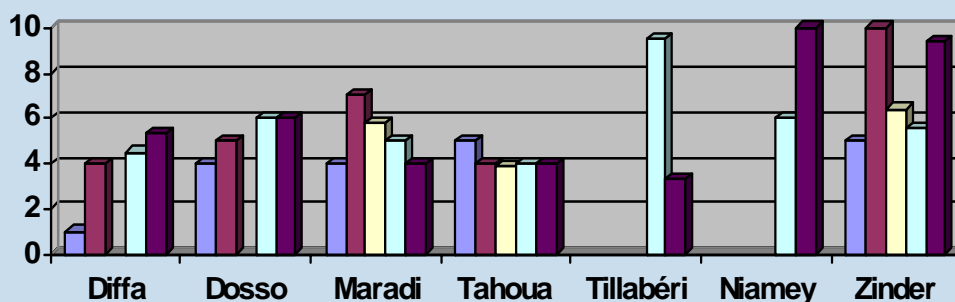
*Tableau 1. Résultats synthétiques des 5 passages de JLV polio de 2008.*

Régions	Date	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey	Total pays
Couverture vaccinale %	février;avril	102 ;103	100 ;101	102 ;102	102 ;103	-	101 ;102	-	102 ;102
	mai	-	-	103	105	-	103	-	103
	juin;juillet	104 ; 105	102 ;102	104 ;103	106 ;106	103 ;105	102 ;102	104 ;104	103 ;103
Zéro dose %	février ;avril	2,8 ; 2,4	1,6 ;1,4	2,2 ;1,9	1,4 ;1,2	-	2,2 ;2,0	-	1,9 ;1,7
	mai	-	-	1,6	1,0	-	1,6	-	1,4
	juin ;juillet	3,0 ;3,1	1,8 ;1,2	1,6 ;1,6	1,0 ;0,9	3,1 ;3,1	1,5 ;1,6	0,5 ;0,3	1,7 ;1,6
Enfants non vaccinés % (enquête rapide)	février;avril	0,9 ;7	4 ;4,7	3,8 ;7	5 ;3,6	-	5 ;2	-	3,7 ;6
	mai	-	-	5,8	3,9	-	6,4	-	5,4
	juin ;juillet	4,5;5,3	6;6,2	5,8;4,0	6,0;3,9	9,5;3,2	5,6;9,4	6;10,0	5 ;7
Nb de refus (dont non gérés)	février;avril	24 ;17	62 (2) ; 78	121 ;126 (2)	10 ;7	-	184 (2) ;143 (2)	-	401 (4) ; 371 (4)
	mai	-	-	130 (1)	16	-	191 (3)	-	337 (4)
	juin ;juillet	18 (0);16(1)	1 (0);82 (2)	210 (0);129 (0)	32 (0);33 (0)	30 (0);51 (0)	360 (3);175 (21)	194 (3);74(4)	

### Carte N°2: Pourcentage d'enfants non vaccinés – AVS Polio 2008- Niger



Graphique du pourcentage des non vaccinés par région et par passage en 2008



■ % d'enfants non vaccinés en février 2008   
 ■ % d'enfants non vaccinés en avril 2008   
 ■ % d'enfants non vaccinés en mai 2008  
■ % d'enfants non vaccinés en juin 2008   
 ■ % d'enfants non vaccinés en juillet 2008

Les différents passages ont fait l'objet de séances de débriefing aux niveaux des districts, régions et au niveau national ; ces séances ont permis de réaliser une analyse critique des résultats obtenus. Il ressort de cette analyse que les performances et la qualité des AVS ont progressé en 2008 par rapport aux années antérieures. En témoignent

- l'augmentation du nombre d'enfants vaccinés supérieure à la croissance démographique (progression de 3,2% de novembre 2007 à juillet 2008, alors que la croissance démographique rapportée au même intervalle est estimée à 1,9% sur la base d'une croissance annuelle de 3,3%)

- la réduction du pourcentage d'enfants non vaccinés selon l'enquête rapide en 2008 par rapport à 2007.

- la vaccination dans des zones jamais touchées auparavant: villages ou hameaux ignorés jusque là, zones réputées dangereuses (ex. " triangle de la mort "), villages litigieux dans des zones limitrophes entre aires de santé de districts différents ; il faut également noter que davantage de zones mal couvertes ont été identifiées (et rattrapées) grâce au renforcement du monitoring indépendant

- l'augmentation du pourcentage des primo vaccinations (zéro dose) chez les enfants de 12 à 59 mois : de 1 à 6 pour mille en 2007, ce taux est passé à plus de 30 pour mille en juin et juillet 2008 (respectivement 7 ; 15 ; 12 ; 33 et 30 % en février, avril, mai, juin et juillet 2008)

Ces progrès dans la qualité des JLV de 2008 sont en partie dus à

- la meilleure maîtrise des territoires à couvrir par les responsables des CSI (cartographie, itinéraires et circuits des vaccinateurs),

- l'efficacité accrue de la mobilisation sociale et de la gestion des refus, ainsi qu'à l'implication croissante des leaders traditionnels et religieux

- la répartition et l'utilisation effective et efficiente des ressources disponibles

- l'appui technique international apporté par l'OMS a permis de renforcer la phase préparatoire et détecter les zones faiblement couvertes auparavant et d'améliorer la qualité de la micro planification

- le renforcement de la qualité du monitoring indépendant et détecter les poches



*Le Ministre de la Santé (turban), le gouverneur de Maradi et la Représentante de l'OMS en tournée de supervision*

Cependant, il reste des points à améliorer, notamment devant la persistance d'un pourcentage non négligeable d'enfants non vaccinés retrouvés par les moniteurs indépendants lors de l'enquête rapide (end process): les raisons de non vaccination sont majoritairement l'absence de l'enfant lors du passage des vaccinateurs et la non visite de la maison par ces derniers. Dans le premier cas (absence de l'enfant), il faut se demander si ces absences ne sont pas provoquées pour soustraire les enfants à la vaccination, mais également questionner la qualité du travail des vaccinateurs quant à l'effectivité du recensement de tous les enfants cibles d'un ménage, de la notification des absences sur le support ad hoc et de la revisite si nécessaire. Dans le second cas (maison non visitée), il s'agit soit d'une carence des documents destinés à guider les vaccinateurs (itinéraires et croquis), soit d'une performance insuffisante de certains vaccinateurs ne respectant pas les itinéraires prévus ou les horaires de travail. Ces aléas doivent être minimisés par une exigence accrue dans l'établissement des itinéraires des vaccinateurs, le recrutement et la formation de ces derniers, ainsi que par un renforcement de la supervision de proximité encore trop souvent négligée.

Même si la performance des services de santé peut et doit encore être améliorée, il ne sera pas possible d'atteindre effectivement tous les enfants nigériens sans une appropriation réelle et une partici-

pation active de la communauté à ces AVS : malgré l'implication des chefs coutumiers, la population bénéficiaire n'est pas encore suffisamment partie prenante dans les JLV polio. A cet égard, il conviendra d'utiliser davantage les membres des Comités de Santé des CSI (délégués de quartiers et de villages), qui constituent la véritable interface entre les services de santé et la communauté. Par ailleurs un renforcement de la phase préparatoire lors des différents passages reste un défi et un déterminant de l'atteinte de l'objectif d'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

### Conclusion

Une amélioration incontestable de la qualité des JLV a été obtenue en 2008, grâce à des efforts exceptionnels des services de santé nigériens et de leurs partenaires. Cependant, il reste du chemin à faire pour aboutir à l'objectif d'interruption de la circulation du PVS de type 1 à la fin de 2008. La survenue de nouveaux cas (13 cas au 31 août 2008, plus 1 cas au Burkina dont le séquençage montre l'origine nigérienne) exige la poursuite et le renforcement des actions selon 3 axes : AVS (2 nouveaux passages de JLV polio seront réalisés avant la fin de l'année), relance du PEV de routine et renforcement de la surveillance.

**Dr Jean Jacques KUSS**  
*Conseiller PEV*

## Lancement officiel de l'introduction du vaccin pentavalent dans le PEV de routine au Niger

Depuis le démarrage du Programme Elargi de Vaccination (PEV) au Niger en 1987, la vaccination a progressé en dent de scie jusqu'en 2002 avec une couverture variant de 20 à 40 % au niveau national sans jamais dépasser les 50% au niveau des districts. Le PEV, dont les principales cibles sont les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes, a ainsi connu une grande relance des activités à partir de 2003 avec l'appui des partenaires du Ministère de la Santé Publique, notamment GAVI, OMS et UNICEF.

Cette relance a permis une amélioration des indicateurs de la vaccination, le taux de couverture en DTCP3 dépassant pour la 1ère fois la barre des 50%. L'objectif du plan stratégique du PEV 2002-2006, qui était de 50%, a ainsi été largement dépassé pour atteindre un taux de 89% en 2005 avec 80% des districts ayant plus de 80% de couverture en DTCP3. Ces résultats très encourageants ont ainsi permis au Niger d'être éligible pour l'appui du programme GAVI pour l'introduction du nouveau vaccin et le renforcement des vaccins sous utilisés.

C'est ainsi que le pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, hemophilus influenzae type B) vient d'être introduit officiellement ce lundi 20 octobre 2008, par le Ministre de la santé publique en présence de son homologue le Ministre de la défense nationale, des partenaires au développement et des autorités locales.

Cette cérémonie a eu lieu dans le district 2 de la communauté urbaine de Niamey avec une forte mobilisation de la population du quartier Aéroport.

Le Secrétaire Générale du gouvernorat, représentant le Gouverneur de Niamey, a ouvert la cérémonie avec une allocution de bienvenue dans laquelle il a exprimé son honneur et sa joie pour le choix de sa région pour le lancement de ce nouveau vaccin qui vient ainsi renforcer la protection de tous les en-



fants du pays. Il a aussi rappelé les efforts sans cesse croissant de Son Excellence le Président de la république et de son gouvernement pour l'amélioration des conditions de vie des populations les plus vulnérables notamment les femmes et les enfants, raison pour laquelle la lutte contre la maladie est une priorité du programme d'action du gouvernement. C'est dans ce cadre que l'Etat assure l'achat des vaccins du PEV depuis l'initiative de l'indépendance vaccinale. Il a aussi rappelé l'appui inestimable des partenaires en général et de GAVI en particulier qui assure la prise en charge de l'achat de ce nouveau vaccin à hauteur de 80%, les 20% revenant à l'Etat.

Après le représentant du Gouverneur, ce fut le tour de Mme le Représentant de l'OMS au Niger de prendre la parole pour souligner l'importance de cette cérémonie de lancement de la vaccination des enfants de moins d'un an avec le pentavalent au Niger. Dans son discours, Mme le Représentant a rappelé l'évolution du PEV Niger depuis 1988 et la progression des indicateurs qui ont permis d'atteindre des couvertures vaccinales dépassant les 80%. Elle a

aussi profité de cette occasion pour présenter avec chiffres à l'appui, la situation épidémiologique de l'hépatite B et l'hémophilus influenzae de type B, justifiant l'intégration des antigènes permettant d'éviter ces deux maladies cibles du PEV. Mme le Représentant a indiqué que la vaccination reste la meilleure intervention en santé publique sur le plan coût efficacité, raison pour laquelle elle garde une place de premier ordre dans les actions de l'OMS. Pour preuve, l'appui constant de l'OMS aussi bien financier que technique pour la surveillance de ces maladies et la vaccination. Avant de terminer, Mme le Représentant a adressé ses remerciements et sa reconnaissance pour l'excellente relation de collaboration entre l'OMS et le gouvernement du Niger pour un seul et même but celui de l'amélioration des conditions de vie des populations.

Entre ces discours, la cérémonie a été agrémentée par des chansons et sketch de sensibilisation sur la vaccination. Des troupes de jeunes femmes ont ainsi présenté des chants et des sketches pleins de messages pour la vaccination des enfants à l'endroit des parents sous l'ap-



*Allocution de la Représentante de l'OMS ...*

plaudissement de la foule venue nombreuse.

Après ces deux interventions, Son Excellence le Ministre de la Santé Publique commença son discours de lancement officiel. Il a d'abord rappelé les efforts consentis par son gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs de vaccination qui ont permis au Niger d'être éligible au programme GAVI pour l'introduction de ce nouveau vaccin. Le programme de vaccination occupe une place de choix dans le plan de développement sanitaire du ministère de la santé répondant ainsi aux objectifs du millénaire pour le développement dont entre autres, la réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies évitables par la vaccination. Le Ministre de la santé a aussi adressé une motion spéciale de remerciement à tous les partenaires de la santé et spécifiquement à l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour son appui à l'introduction du pentavalent dans le PEV Niger. Il a pour terminer, lancé un vibrant appel à toute la population pour faire vacciner tous les enfants de moins d'un an dans les centres de santé et a ainsi déclaré officiellement lancé l'introduction du nouveau vaccin, le pentavalent au Niger. La cérémonie a été clôturée par la vaccination de plusieurs enfants avec le pentavalent, par le Ministre de la santé et par Mme le Représentant de l'OMS au Niger.

*Abdoulhakim MOKHTAR*

*MOB/SOC - OMS*



*... du Ministre de la Santé publique*



*Séance de vaccination par le Ministre de la Santé et de Mme le Représentant de l'OMS*



*Chant et sketch d'animation et de sensibilisation*



## L'état de santé du monde: nouvelle étude sur la charge mondiale de morbidité



L'Organisation mondiale de la Santé a publié une nouvelle évaluation de la charge mondiale de morbidité, qui présente une image complète de l'état de santé mondial et régional. Sur la base d'un nombre considérable de données recueillies dans toute l'Organisation, elle se livre à une comparaison des décès, des maladies et des traumatismes survenus en 2004 selon la région, l'âge, le sexe et le revenu national.

Cette étude détaille les dix principales causes de décès et fournit des estimations relatives à plus de 130 causes de maladies et de traumatismes. Parmi les constats les plus frappants on relève que:

Sur 10 enfants qui décèdent du paludisme, 9 vivent en Afrique, tout comme 9 sur 10 de ceux qui meurent du VIH/sida et la moitié de ceux qui succombent à des maladies diarrhéiques et à des pneumonies.

Les cinq premières causes de décès dans les pays à revenu faible sont dans l'ordre: les pneumonies, les cardiopathies, les diarrhées, le VIH/sida et les accidents vasculaires cé-

rébraux. Dans les pays à revenu élevé, ce sont les cardiopathies qui arrivent en tête suivies des accidents vasculaires cérébraux, du cancer pulmonaire, des pneumonies et de l'asthme/bronchite.

Partout dans le monde, les hommes âgés de 15 à 60 ans courent beaucoup plus de risques de mourir que les femmes du même âge. Ces décès sont dus essentiellement à des taux plus élevés de cardiopathies, et aux traumatismes, notamment engendrés par la violence et les conflits. Cette différence est la plus marquée en Amérique Latine, aux Caraïbes, au Moyen-Orient et en Europe de l'Est.

La dépression est la principale cause d'années perdues pour cause d'incapacité, la charge étant plus lourde de 50% chez les femmes que chez les hommes. Tant dans les pays à revenu faible que dans ceux dont le revenu est élevé, les problèmes liés à l'usage nocif de l'alcool figurent parmi les dix premières causes d'incapacité.

La production et la diffusion de l'information sanitaire est l'une des activités statutaires essentielles de l'OMS. Cette étude apporte une contribution importante aux États

membres en matière de prise de décision, de planification et de fixation des priorités dans le domaine de la santé.

"Il est vital que nous disposions d'une image globale et régionale des décès, des maladies et des incapacités", explique le coordonnateur du groupe Epidémiologie et charge de morbidité à l'OMS, Colin Mathers, principal auteur de l'étude. "Cette étude permet aux décideurs et aux pays de repérer les lacunes et de faire en sorte que l'aide et les efforts entrepris profitent à ceux qui en ont le plus besoin. Les pays peuvent utiliser ces informations pour élaborer des stratégies et des interventions rentables destinées à améliorer la santé partout dans le monde."

Cette nouvelle étude donne des informations sur:

les causes de décès dans différentes régions de l'OMS;

les principales causes de décès par âge et par sexe et par maladie;

le nombre de personnes souffrant de diverses maladies et incapacités;

les causes de la perte de santé et le nombre réel d'années de bonne santé perdues - qui sont mesurées par les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY). Une année de vie corrigée de l'incapacité équivaut à la perte d'une année de pleine santé.

### La lettre de L'OMS AU NIGER

BP 10 739  
Niamey - Niger  
Tél (227) 20 75 20 39  
Fax (227) 20 75 20 41  
wrniger@ne.afro.who.int

**Directeur de publication**  
Dr. Mbaye Khadidiatou (WR)

**Lecture et corrections**  
Dr Garba SOGA (DPC)  
Dr Magagi GAGARA (MPN)  
Dr Jean Jacques KUSS (PEV)  
Dr Gilles Landrivot (MPS)  
Dr Balkissa ADAMO (FHP)  
M. Boubacar ZIBO (HIP)  
M. Moussa BIZO (HEC)

**Photos, maquette, mise en page, routage**  
M. Bachir CHAIBOU  
(Public Information Assistant)

en novembre à BAMAKO

