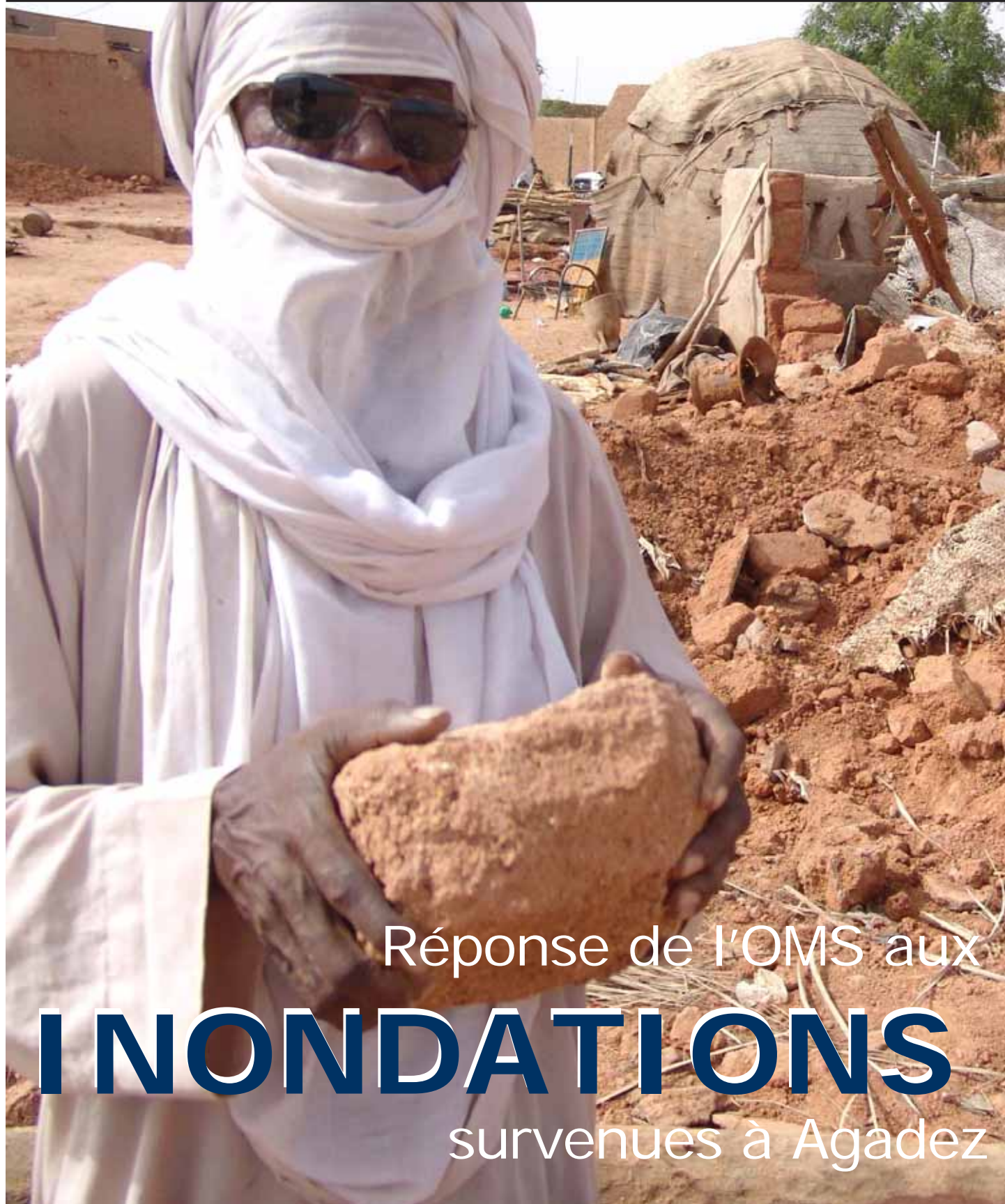


la lettre de

L'OMS AU NIGER

Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger n°64 - OCTOBRE 2009



Réponse de l'OMS aux

INONDATIONS

survenues à Agadez

Journée mondiale de la Santé mentale

Visite de la ministre de la Santé Publique au service du Pavillon E de l'Hôpital National de Niamey : volonté affirmée de réhabiliter le pavillon E

Dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale célébrée le 10 octobre de chaque année, la ministre de la Santé Publique, Dr Moussa Fatimata, a effectué, mardi dernier, une visite au centre de neuropsychiatrie (ou Pavillon E) de l'Hôpital National de Niamey. Après avoir visité tous les services du Pavillon E, la ministre a eu d'amples explications sur le fonctionnement dudit centre. Peu après la visite, la ministre de la Santé Publique a réceptionné un don offert par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ce don est composé de sérum glucosé, d'amoxiciline sirop, de multi vitamines, d'un xialitique d'un montant d'environ un (1) million de francs CFA. En réceptionnant le don, la ministre de la Santé Publique a d'abord exprimé ses sincères remerciements à l'endroit de l'OMS. Dr Moussa Fatimata a invité la direction générale de l'Hôpital National de Niamey à améliorer les conditions de travail et d'offrir des soins de qualité aux malades qui méritent une attention particulière en termes de prévention afin d'avoir des issues heureuses. « Vous devez faire beaucoup de choses car les malades méritent des soins et le Ministère de la Santé Publique s'engage à faire le suivi et aider la direction générale pour réhabiliter le service du Pavillon E qui est le seul centre de référence de neuro-psychiatrie », a-t-elle indiqué en s'adressant au Directeur général par intérim, Dr Bako Harouna, entouré de ses plus proches collaborateurs. Pour sa part le Représentant résident de l'OMS, M Tarandé Constant Manzila, a indiqué que la visite de la ministre Moussa Fatimata au pavillon de neuro-psychiatrie est un signe fort de reconnaissance pour le gouvernement, de l'importance de la maladie mentale qui fait partie des types de maladies et donc qui est une condition du bien-être total de l'être humain.



Selon l'OMS, la santé est un état parfait de bien-être mental, physique, moral et spirituel ; donc la santé mentale est importante dans la composante santé. Et l'OMS insiste pour que, la composante santé mentale soit intégrée dans les soins de santé primaires dans tous les pays. Et conformément à ce que la ministre a indiqué, il y a selon M Tarandé, une volonté de réhabiliter le centre d'accueil et il y a aussi le besoin exprimé par la direction qui consiste à la création du centre de réhabilitation parce que la plupart des patients qui fréquentent le centre viennent dans un état grave et ils n'ont pas de famille d'accueil pour les reprendre ; d'où la nécessité de la création de cette structure de réhabilitation. « Notre institution appuie le gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et nos promesses sont celles faites par la ministre Dr Moussa Fatimata pour accompagner les populations nigériennes afin d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible a précisé le Représentant résident de l'OMS.

Ousmane Fatouma Saley
In : Quotidien national «LE SAHEL»



Assurance Qualité

Atelier inter pays sur le programme d'assurance qualité, biosécurité et gestion des données de laboratoire de VIH/SIDA, fièvre jaune et rougeole, du 28 septembre au 2 octobre 2009 à l'hôtel Terminus de Niamey.

Du 28 septembre au 2 octobre 2009, 24 techniciens biologistes de laboratoire de 7 pays de l'Afrique de l'Ouest francophone : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, du Mali, Niger et Togo, ont bénéficié d'une formation en assurance de qualité, de biosécurité et de gestion de données de laboratoire de bactériologie, de sérologie pour le VIH/Sida, la fièvre jaune et la rougeole à Niamey, au Niger. L'encadrement de la formation était assuré par cinq facilitateurs de l'équipe inter pays OMS de l'Afrique de l'Ouest basée à Ouagadougou.

L'objectif de cette formation, comme l'ont indiqué les initiateurs, à savoir l'équipe d'appui inter-pays de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest (IST/WA) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), est d'instaurer une discussion pour aboutir à un consensus sur les voies et moyens en vue d'améliorer les programmes d'assurance de qualité et de biosécurité pour les laboratoires, pour un diagnostic virologique et bactériologique de qualité dans la sous région.

La rencontre qui s'est déroulée à l'Hôtel Terminus a enregistré à l'ouverture la participation remarquable du Ministre de la Santé publique, le Dr Fatimata Moussa qui avait à ses côtés le Représentant de l'OMS au Niger, le Dr Tarande Constant MANZILA, le Représentant du Coordonnateur de l'équipe inter pays de l'OMS pour l'Afrique de



De gauche à droite : Le Représentant de l'OMS Dr Manzila, Mme le Ministre de la Santé Publique Dr Fatouma Moussa, le Représentant équipe IST/AO, Dr Gershy-Damet

l'ouest, Dr Gershy-Damet et plusieurs hauts cadres du Ministère de la santé publique ainsi que le staff technique du bureau de la Représentation de l'OMS au Niger.

Dans leurs interventions respectives, Mme le Ministre de la Santé publique et le Représentant de l'OMS ont chacun, rappelé l'importance du laboratoire dans la détermination des germes, un élément clef pour les services cliniques qui s'y appuient pour mieux combattre les maladies. L'intérêt de cet atelier, organisé en collaboration avec le Ministère de la santé publique du Niger, réside dans la nécessité de corriger les lacunes observées dans les pays concernés durant la gestion des épidé-

mies enregistrées au cours des saisons passées. Car, conformément à son rôle, le laboratoire doit aider la surveillance épidémiologique pour organiser le diagnostic, assurer la confirmation des épidémies, et aussi aider à la prise de décision en matière de choix du vaccin et du traitement.

C'est dans cette vision que les travaux de l'atelier ont été articulés autour de l'assurance qualité et de la biosécurité, à travers plusieurs thèmes retenus dans l'agenda et qui ont été développés par d'éminents spécialistes en la matière. Les participants ont suivi des présentations sur les résultats du Programme OMS/NICD d'évaluation externe de qualité en microbiologie. Les autres

Atelier interpays sur le programme d'assurance qualité, biosécurité et gestion des données de laboratoire de VIH/SIDA, fièvre jaune et rougeole, du 28 septembre au 2 octobre 2009 à l'hôtel Terminus de Niamey

thèmes abordés au cours de cette formation ont porté sur : les notions d'Assurance qualité, le Manuel d'Assurance qualité, l'Assurance qualité sur l'anti-biogramme, la sécurité biologique des niveaux 1, 2, 3 et 4, les principes de la sûreté biologique en laboratoire et enceintes de sécurité biologique, les plans d'urgence et conduite à tenir en cas d'urgence, l'introduction au transport des matières infectieuses, les risques chimiques et autres types de risque au laboratoire.

La gestion des données de laboratoire n'a pas été oubliée à travers la présentation de logiciels de gestion de données comme Excel, Epi info Health Mapping. Celle ci en effet constitue un écueil pour la plupart des laboratoires nationaux dans notre sous région. Des informations générales ont été également données sur le Réseau national des laboratoires, la problématique du transport des échantillons et le Règlement Sanitaire International (RSI 2005).

Des recommandations ont été formulées à l'issue de l'atelier des pays participants.

Cet atelier va avoir le mérite de mettre en place un programme d'assurance de qualité et de biosécurité dans un réseau intégré de laboratoires pour servir et garantir un modèle fiable de prestation de services aux différents niveaux du système de santé publique dans les zones à faibles ressources.

Par Zibo Boubacar.
HIP/OMS Niger



Photo de famille



Une vue des participants

INONDATIONS

Réponse de l'OMS aux inondations survenues à Agadez, Niger

Introduction :

Les inondations sont un phénomène récurrent au Niger depuis plusieurs années. Les mois de juillet, août et septembre sont généralement caractérisés par des pluies brèves et fortes, qui occasionnent des inondations avec d'importants sinistres et une recrudescence de certaines maladies liées à l'eau et à l'insalubrité. Plusieurs localités sont ainsi touchées par ces inondations dans presque toutes les régions du pays.

Cette année, après deux jours de pluie diluviennes qui sont tombées dans la Région d'Agadez (nord Niger), les 1er et 2 septembre 2009, une digue de protection à 7 km à l'Est d'Agadez a cédé, occasionnant ainsi une forte inondation dans la ville et dans les localités environnantes. Quatre communes d'Agadez ont été touchées par ces inondations : La Commune urbaine d'Agadez, la commune rurale de Dabaga, la commune urbaine de Tchirozérine et la commune rurale de Tabelot. Ainsi à la suite de cette catastrophe naturelle, pour toute la région d'Agadez, 12 391 ménages sinistrés ont été recensés avec une population totale touchée de 79 129 personnes ainsi que nombreux dégâts matériels dont des habitations entièrement ou partiellement détruites et de cultures maraîchères dévastées.

Analyse de la situation sanitaire dans les localités inondées

Au lendemain des inondations, du 3 au 9 septembre, une mission conjointe des agences du système des Nations unies a procédé à une première évaluation de la situation et des besoins humanitaires.



Une rue d'Agadez, le matin du 3 septembre 2009

Photo : PNUD

Les infrastructures sanitaires dans les localités affectées par les inondations n'ont pas été endommagées. Cependant les formations sanitaires qui, d'habitude assurent un recouvrement partiel des coûts des soins de santé offerts, doivent être soutenues pour assurer une prise en charge gratuite des soins aux populations sinistrées. Quelques insuffisances du système de santé (faibles capacités de surveillance intégrée de la maladie et la riposte, faibles capacités de laboratoire) ont été relevées et ont été prises en compte dans l'organisation de la réponse en vue d'assurer une prise en charge adéquate des cas et la gestion des épidémies éventuelles.

Du point de vue épidémiologique, jusqu'en fin septembre 2009, aucune épidémie liée aux inondations n'a été déclarée, bien que l'on observe depuis quelques semaines une augmentation

des cas de paludisme et de maladies diarrhéiques. Aucun cas de choléra n'a été notifié jusqu'à fin septembre 2009.

Au regard des conditions d'hygiène et assainissement qui ne sont pas encore maîtrisées, la promiscuité des populations vivant dans les camps, les risques sanitaires les plus importants sont l'augmentation de l'incidence du paludisme, le risque d'écllosion des épidémies des maladies diarrhéiques (tel que le choléra) ainsi que des épidémies de rougeole.

Selon les données disponibles concernant la rougeole, la situation est calme. Des cas sporadiques de rougeole sont notifiés, mais aucun district n'est en épidémie. Le taux de couverture vaccinale cumulé du VAR (vaccin contre la rougeole) pour la vaccination de

Réponse de l'OMS aux inondations survenues à Agadez, Niger

routine est de 87 % pour les sept premiers mois de 2009. Tous les 4 districts de la région d'Agadez ont dépassé le taux de couverture vaccinale de 80% mais aucun n'a atteint les 95 % requis pour être à l'abri d'épidémie. Les conditions de promiscuité dans lesquelles vivent les populations recasées dans les camps augmentent le risque d'écllosion d'une épidémie de rougeole.

Pour la malnutrition, l'impact de la catastrophe ne s'est pas encore fait sentir fin septembre 2009. La surveillance nutritionnelle a été renforcée et sera évaluée dans les semaines qui viennent.

Besoins sanitaires identifiés :

Les principaux besoins sanitaires identifiés au cours des différentes missions conjointes effectuées à Agadez dans la 1^{ère} quinzaine de septembre 2009 pour appuyer les structures sanitaires à ré-

pondre à cette situation d'urgence, sont :

1.1. Renforcer les structures de santé en médicaments essentiels pour assurer la prise en charge des cas et la gestion des épidémies ;

1.2. Dépister et prendre en charge les cas de malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans ;

1.3. Mener une campagne de vaccination supplémentaire contre la rougeole chez les enfants de 6 mois à 14 ans et de déparasitage des femmes enceintes et les enfants de 0 à 15 ans ;

1.4. Doter tous les ménages des moustiquaires imprégnées pour réduire le taux d'incidence du paludisme ;

1.5. Nettoyer des zones sinistrées par la collecte des ordures, des restes d'ani-

maux et par le traitement des fosses septiques des zones sinistrées ;

1.6. Renforcer la surveillance épidémiologique dans les structures de santé pour une détection précoce des épidémies (mise à niveau du personnel, mission d'investigation des épidémies, appui à la collecte et au transport des échantillons, renforcement des capacités de laboratoire de l'Hôpital régional d'Agadez) ;

1.7. Organiser les séances d'Information d'Education et Communication pour prévenir l'écllosion des épidémies.

Principales actions de l'OMS pour la réponse aux inondations

Depuis le début de cette catastrophe, conformément à son mandat, l'action de l'OMS s'est focalisé surtout sur l'appui du Ministère de la Santé Publique dans l'évaluation de l'état sanitaire, l'identification des besoins non couverts, la coordination de l'action sanitaire, le renforcement des systèmes de santé et le développement des capacités nationales pour une prise en charge adéquate des victimes des inondations.

Dans ce contexte, l'Organisation mondiale de la Santé s'est investie dans l'appui à la Sous commission « Santé, Nutrition, Eau, Hygiène et Assainissement ». Un Médecin affecté au sous bureau de l'OMS à Agadez apporte quotidiennement un appui à l'organisation et la coordination de la réponse sanitaire au sein de la DRSP et des missions d'appui technique au départ de Niamey sont régulièrement organisées sur Agadez en vue de renforcer les capacités de cette sous commission.



Dr Manzila dans son allocution de remise de don de médicaments à la Ministre de la Santé Publique

Réponse de l'OMS aux inondations survenues à Agadez, Niger

Un appui technique a été apporté à la Direction régionale de la Santé publique (DRSP) d'Agadez dans le cadre de l'élaboration et le financement d'un micro plan pour le renforcement de la surveillance épidémiologique dans les structures de santé.

Un premier don de 3 400 moustiquaires imprégnées d'insecticide, du lait thérapeutique et des médicaments composés d'antibiotiques, d'antiparasitaires, de sel de réhydratation orale (SRO), d'antipaludéens et de consommables médicaux, d'une valeur de 35 000 dollars américains, soit environ 15.900.000 F CFA a été livré le 14 septembre 2009 à Agadez.

Deux semaines après, le 1^{er} octobre un don de 20 kits médicaux d'urgence et de 20 kits malaria pouvant prendre en charge 20 000 personnes pendant une période de trois mois a été remis au Ministère des Affaires Religieuses et de l'Action Humanitaire par l'entremise du Ministère de la Santé publique.

Conclusion :

Le Niger connaît régulièrement des inondations entre les mois de juillet et octobre qui, souvent s'accompagnent de la recrudescence des épidémies des maladies d'origine hydrique, telles que le choléra. A ce jour on n'a pas connu d'épidémie de choléra, contrairement à l'année 2008 à cette période de septembre. Cette situation d'accalmie relative ne saurait endormir la vigilance des services de santé surtout dans les localités ayant connu des inondations. La surveillance épidémiologique doit être renforcée en vue de détecter à temps une éventuelle épidémie pour une riposte appropriée. Les ressources mobilisées par le gouvernement et tous ses partenaires pour la réponse sanitaire



aux conséquences des inondations devraient bénéficier aux populations les plus vulnérables afin de réduire la morbidité et la mortalité observées dans ce genre de catastrophe.

Dr Thomas KARENTERA
EHA/OMS Niger



Une enfant s'approvisionne en eau au niveau du site de réinstallation



...où le médecin de l'OMS voit un enfant en consultation

Faciliter l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Un travail de terrain de l'OMS au niveau communautaire.

Parmi les indicateurs de la santé maternelle, un des plus pertinents est le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Il est corrélé à la fois à la morbi-mortalité de la mère et de l'enfant et à l'offre de soins. Au Niger, cet indicateur reste très préoccupant : moins de 20 % des femmes accouchent dans des structures sanitaires. La majorité des femmes enceintes n'a pas accès à des soins appropriés obstétricaux et néonataux d'urgence pour trois raisons principales : l'ignorance et l'incapacité à décider ou à comprendre quand doit-on recourir aux soins d'urgence, la difficulté matérielle et financière pour se rendre au centre de soins, et l'insuffisance de personnel qualifié associée à l'insuffisance d'équipement.

Dans son programme d'appui au Ministère de la Santé Publique, l'OMS agit à ces trois niveaux. Si, pour l'offre de soins, l'appui se fait par la fourniture de matériel, la formation de personnel et la diffusion des normes et standards aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les problèmes de prise de décision et d'accessibilité concernent avant tout le niveau communautaire.

C'est ainsi que dans les districts sanitaires ciblés pour son action de terrain, l'OMS appuie la mise en place de systèmes efficaces de référence



Discussion communautaire autour d'affiches de sensibilisation sur les signes de danger de la grossesse

et contre référence des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Actuellement, c'est dans le district d'Aguié que le partenaire opérateur de terrain de la DSME, le cabinet Efors, effectue ce travail auprès de la communauté, en relation étroite avec la DRSP.

Celui-ci comporte trois volets :

1 - La mobilisation sociale et la mise en place des réseaux

Ce premier volet a pour objectif de rencontrer dans les villages des représentants de toutes les couches de la population : chefs de village, leaders d'opinions, chefs religieux,

femmes, jeunes... C'est à ce stade que sont organisés les réseaux de référence et contre référence, dont les membres du bureau sont élus. Un comité de villageois est mis en place, pour la coordination du système.

2 - La formation des agents de santé locaux

C'est l'incapacité à reconnaître les signes de gravité de la grossesse et de l'accouchement qui empêche la femme enceinte de bénéficier des soins appropriés à son état. La formation des agents de santé, sur 7 jours, et celle des matrones, sur 15 jours, insistent sur la bonne reconnaissance des signes de danger (sai-

Faciliter l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence

gnement, fièvre, douleurs, céphalées, convulsion, HTA...), sur leur détection rapide et leur traitement précoce, associés à la prise de décision de référer. Les formateurs sont assistés par le médecin chef de district.

3 - La sensibilisation au don de sang

Une équipe de formation et de collecte de sang sillonne le district et se rend dans tous les CSI pour former les animateurs communautaires aux techniques de mobilisation des donneurs bénévoles. Munie du matériel de transfusion adéquat et d'outils pédagogiques modernes et adaptés, la formation porte sur la physiologie et la pathologie sanguine (drépanocytose, paludisme, hépatites, VIH/SIDA...), le don de sang et les techniques d'information et de sensibilisation au don de sang.

Après chaque session, il est procédé à une collecte de sang auprès des animateurs et de leurs accompagnateurs. A titre d'illustration, dans le district de Say, en 2008, pour ce même volet du programme concernant le don de sang, 221 bénévoles ont donné leur sang. Sur cet échantillon, 8 se sont révélés séropositifs soit une proportion de 3,6 %.

La mort d'une femme en couche est un drame, mais ce n'est pas une fatalité. C'est l'affaire de tous, et en particulier de la communauté. Celle-ci doit se donner les moyens de la bonne prise de décision quand la femme est en danger, et de son évacuation sans retard vers le centre de



soins en disposant pour le transport des moyens matériels et financiers adaptés. C'est en développant ces systèmes de référence et contre référence qu'on améliorera le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié et que l'on sera, en 2015, au rendez-vous des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Le ministère de la Santé Publique, l'OMS et ses partenaires au développement s'y emploient.

Dr Balkissa Adamou,
Dr Gilles Landrivon

OMS Niger

La lettre de L'OMS AU NIGER

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

Directeur de publication
Dr. Tarande Constant MANZILA (WR)

Comité de lecture pour ce numéro
Dr Gilles LANDRIVON (MPS)
M. Moussa BIZO (HEC)
M. Kaoua Wassiri (Asst/Repr.)

Maquette, mise en page, photos, routage
M. Bachir CHAIBOU
(Public Information Assistant)

Initiative d'éradication de la poliomyélite : Où en sommes nous ?

1. Contexte

Le Niger, à l'instar des autres pays Africains, s'est engagé dans la mise en œuvre de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1988 relative à l'éradication de la poliomyélite selon les stratégies préconisées. Pour y parvenir, le pays a mis en place la surveillance des paralysies flasques aiguës (PFA) basée sur les cas, organisé des activités de vaccination supplémentaires (AVS) depuis 1997 et procédé au renforcement de la vaccination de routine des enfants de moins d'un an.

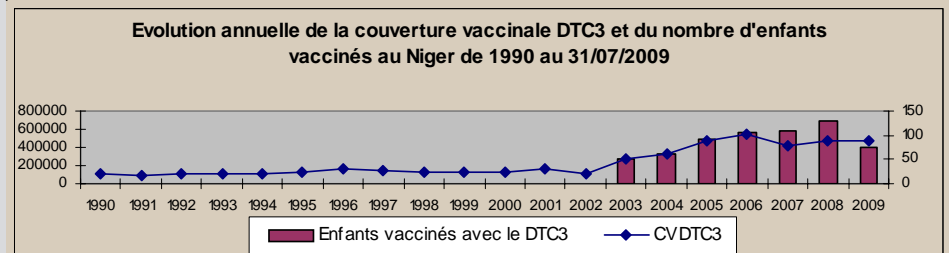
De progrès notables ont été obtenus dans le cadre de cette initiative comme en témoignent la sortie du Niger de la liste des pays endémiques depuis 2006 et l'obtention du prix TFI (Task Force on Immunisation) du meilleur PEV de 2005.

Cependant le pays continue à enregistrer des cas de poliovirus sauvage (PVS) chaque année même si un grand pas semble être réalisé en matière d'interruption de la transmission du poliovirus sauvage de type 1, visé par l'objectif de 2009 au niveau mondial.

Cet article fait le point des progrès réalisés, des difficultés rencontrées et des perspectives pour l'éradication de la poliomyélite au Niger.

2. Progrès réalisés

Depuis le lancement de l'initiative en 1997, les progrès réalisés dans chacune des quatre stratégies sont appréciables et sont les suivants.



2.1. Renforcement de l'immunité de la population des enfants de moins d'un an

Depuis son lancement, le PEV du Niger a fait d'énormes progrès pour l'immunisation des enfants de moins d'un an. En effet la couverture vaccinale pour la 3^{ème} dose du vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (DTC) restée stationnaire entre 1990 et 2002 a fait un grand bond à partir de 2003, passant de 22% en 1990 à 89% en 2008. Il est à noter que l'année 2003 marque le début de la mise en œuvre effective de l'Approche ACD (Atteindre Chaque District) au Niger. Ceci a été possible grâce au financement des activités de vaccination à travers les fonds de l'Alliance Mondiale pour l'Initiative Vaccinale (GAVI) et d'autres partenaires.

En vue d'immuniser le plus grand nombre d'enfants et résoudre les problèmes liés aux données démographiques découlant du recensement de 2001, le pays a pris l'initiative de corriger la cible en majorant de 200 000 enfants la population à vacciner à partir de 2007.

C'est à partir de 2005 que le PEV est devenu performant avec l'atteinte des

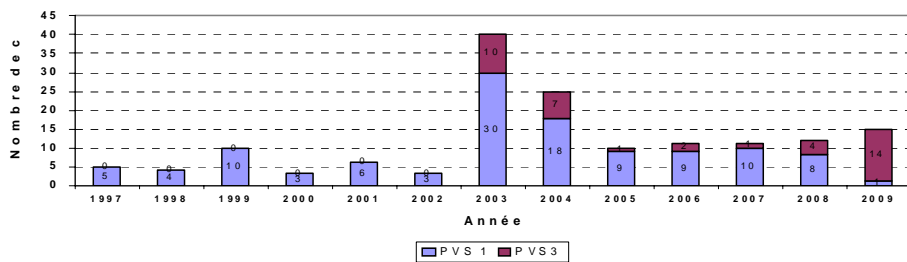
taux de couvertures vaccinales au DTC3 d'au moins 80%. Comme on le voit d'ailleurs dans le graphique ci-dessous le nombre d'enfants vaccinés augmente progressivement d'année en année. Bien que les données de l'année 2009 ne concernent que les 7 premiers mois, le nombre d'enfants vaccinés dépasse largement celui des 7 premiers mois de l'année 2008.

2.2. Activités de vaccination supplémentaires

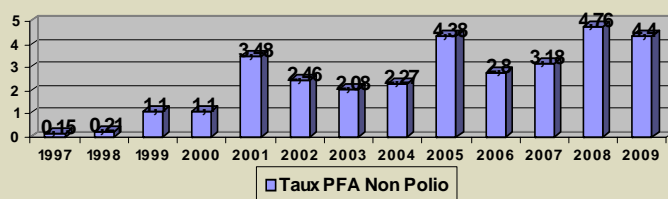
De nombreuses décisions ont été prises à partir de 2007 pour réduire de façon drastique le nombre d'enfants non vaccinés lors des activités de vaccination supplémentaires. Il s'agit entre autres de :

- Nomination d'un coordinateur dans chaque région devant organiser des AVS polio. Ces coordinateurs nommés par le Ministre de la santé, sont ses représentants pour prendre les décisions en son nom pour l'amélioration de la qualité et de la performance de chaque passage.
- Décentralisation de la gestion des ressources jusqu'au niveau des Centres de santé intégrés (CSI)

Evolution du nombre de cas de PVS de 1997 à 2009 au Niger



Taux de PFA non Polio du Niger de 1997 à septembre 2009



- Nomination de superviseurs, consultants et personnels des PTFs (Partenaires Techniques et Financiers) pour la supervision des districts à haut risque

- Amélioration de la qualité du monitoring et de l'évaluation rapide de chaque passage, obtenue grâce au briefing systématique des moniteurs indépendants avant chaque passage et au suivi de la qualité de leur travail.

- Organisation systématique des séances de briefing et de débriefing des superviseurs nationaux, régionaux, de districts et des Chefs CSI

Ces mesures ont abouti à une réduction progressive du nombre et du pourcentage d'enfants non vaccinés par district. Ces efforts ont permis au Niger d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage de type 1 à partir de mai 2008. Cependant, on assiste à la résurgence des cas de poliovirus sauvage de type 3 suite à l'existence de poches d'enfants non vaccinés par le PEV de routine et à l'utilisation exclusive du VPO (Vaccin Polio Orale) monovalent type 1 au cours des campagnes du dernier semestre de 2008. De janvier à août 2009, au total

15 cas de PVS ont été notifiés dont 1 seul de type 1.

2.3. Surveillance active des paralysies flasques aiguës

La surveillance des PFA permet de s'assurer qu'aucun cas de polio n'échappe au système et que tous les cas potentiels ont été trouvés. Pour cela un taux de PFA non Polio de plus de 2 cas pour 100 000 enfants de moins de quinze ans doit être atteint dans toutes les régions et au niveau national. Grâce à la revitalisation du système de surveillance active ces dernières années, ce taux s'améliore d'année en année. En effet de 3,48 en 2007 elle est passée à 4,7 en 2008 et est de 4,4 en fin septembre 2009. Cependant cette année le pourcentage des échantillons de selles recueillis dans les 14 jours après le début de la paralysie reste autour de 80%, donc tout juste ce qui est attendu. Cette situation est liée au fait que les régions d'Agadez, Diffa, Tillabéri, Zinder et Niamey n'appliquent pas convenablement la surveillance active en vue de détecter très tôt les cas de PFA et effectuer les prélèvements dans les délais requis. C'est dire que certains cas potentiels de poliovirus sauvage ne

soient pas détectés du fait de la collecte tardive des échantillons des selles.

1. Insuffisances persistantes pour l'atteinte des objectifs de l'éradication

Ces insuffisances retardent l'interruption totale de la transmission de tous les types de poliovirus sauvages et retardent la certification de la libération du pays de la poliomyélite. Elles sont résumées par la stratégie suivante.

3.1. Vaccination de routine

- La non exécution complète des microplans et des programmes de vaccination comme planifié
- La non implication des relais communautaires à l'organisation et à la mise en œuvre de toutes les sorties de vaccination en stratégie avancée et mobile

- L'information et la sensibilisation insuffisantes des parents sur le calendrier vaccinal et son utilité pour la protection complète des enfants contre les maladies ciblées et les épidémies.

- La non systématisation du monitoring des indicateurs de la vaccination et de la retro information (couvertures, taux d'abandons, taux de perte ...) au niveau de certains districts.

- La faible performance du système d'approvisionnement au niveau de certaines régions et districts, entraînant des ruptures de stocks en vaccins alors que ceux-ci sont disponibles au niveau central

3.2. Qualité des AVS Polio

- Non respect du profil et des critères de sélection des vaccinateurs et des superviseurs de proximité au niveau de certains CSI

- Non application de toutes les directives nécessaires à l'amélioration de la qualité de la vaccination par certains superviseurs de proximité. En effet certaines équipes de vaccination même après la visite des superviseurs de proximité ne remplissent pas correctement les fiches, ne signalent pas certaines

revisites et font des erreurs de marquage ou ne le font pas du tout.

- Non mise en œuvre des activités de prévention des cas de refus par leur cartographie et la planification des actions en collaboration avec les autorités administratives et les leaders communautaires et religieux.

3. Perspectives

Afin que le pays parvienne à interrompre la transmission des tous les 3 types de poliovirus sauvage et être au rendez-vous de l'éradication de la poliomyélite, les efforts à consentir par stratégie sont les suivants :

3.1. Vaccination systématique des enfants

- Appui technique rapproché du niveau central aux districts ayant un plus grand nombre d'enfants non vaccinés dans les domaines du monitoring et de la supervision
- Adaptation des stratégies aux résultats de l'analyse régulière des données de chaque district
- Poursuite de la mise en œuvre de l'approche ACD dans toutes ses composantes dans tous les districts.
- Renforcement de l'approvisionnement régulier des centres de vaccination en vaccins par la mise en place d'un dispositif d'assurance de leur disponibilité permanente

3.2. Activités de vaccination supplémentaires

- Organisation des Journées locales de vaccination en novembre et décembre dans les régions de Maradi, Zinder, Diffa, Niamey et les districts de Gaya, Birni N'Konni, Say et Tera. Il s'agit des zones à risque identifiées sur la base des données de la surveillance, du PEV de routine et du taux d'enfants non vaccinés
- Amélioration du monitoring indépendant en vue de détecter les zones à faible immunité et induire les actions de renforcement

3.3. Surveillance

- Renforcement de la surveillance active au niveau des sites prioritaires afin que les deux principaux indicateurs de performance soient atteints dans tous les districts
- Tenue des réunions décentralisées dans toutes les régions pour évaluer la situation et convenir des actions à entreprendre

.Dr Tiekoura COULIBALY

EPI/TL

OMS Niger



Appel du SGA du MSP pour la vaccination des enfants lors d'un passage synchronisé avec le Nigéria



Jumeaux prêts à être vaccinés dans la cour du chef de canton de la Komadougou (Diffa)