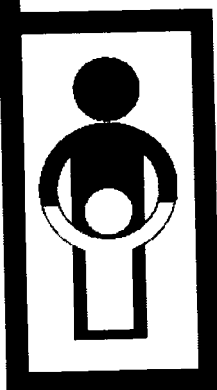


# Guide pratique

Des activités supplémentaires  
d'éradication de la poliomyélite

Révision 1996



**PROGRAMME MONDIAL DES VACCINS ET VACCINATIONS**  
**PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**



*Organisation mondiale de la Santé*  
*Genève*  
*1997*

---

**Le Programme mondial des Vaccins et Vaccinations  
remercie les donateurs dont l'appui financier à l'objet non désignée en 1996 a  
rendu possible la production du présent document.**

Le Programme élargi de Vaccination (PEV) et le Programme mondial des Vaccins et Vaccinations (GPV) remercient les donateurs de leur généreux appui à destination non précisée et à objet non désigné en 1996, qui a rendu possible la production du présent document.

Le présent guide s'est largement inspiré de guides régionaux et nationaux destinés au terrain. Nous sommes reconnaissants aux nombreuses personnes travaillant pour l'Initiative d'Éradication de la Poliomyélite dans le cadre des programmes nationaux, dans tous les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS et aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique qui nous ont fourni des idées pratiques, éprouvées sur le terrain. Ce guide n'aurait pas pu voir le jour sans leurs apports et leurs conseils précieux et s'ils n'en avaient pas revu les différentes versions préliminaires.

*Numéro de référence pour les commandes : WHO/EPI/GEN/95.01 REV.1*

*Imprimé en novembre 1997*

*(Version anglaise imprimée en juillet 1997)*

**Catalogue disponible sur Internet :**

<http://www.who.ch/programmes/gpv/gEnglish/avail/gpvcatalog/catlog1.htm>

**Pour commander des exemplaires, s'adresser à :**

Organisation mondiale de la Santé

Programme mondial des Vaccins et Vaccinations

Programme élargi de Vaccination

CH-1211 Genève 27, Suisse

Télécopie : +41 22 791 41 93/791 41 92 • E-mail : [gpv@who.ch](mailto:gpv@who.ch)

© Organisation mondiale de la Santé 1997

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

# Table des matières

<i>Abréviations</i> .....	v
<b>I. Historique</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Epidémiologie de la poliomyélite</b> .....	<b>3</b>
Les poliovirus .....	3
Transmissibilité .....	3
Immunité .....	3
Répartition .....	3
Transmission .....	3
Réservoir .....	3
<b>III. Aspects cliniques de la poliomyélite</b> .....	<b>4</b>
Evolution clinique .....	4
Diagnostic différentiel .....	4
<b>IV. Vaccins antipoliomyélitiques</b> .....	<b>8</b>
Le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPO) .....	8
Le vaccin antipoliomyélitique inactivé ou tué (VPI) .....	8
Calendrier vaccinal .....	8
Dosage et mode d'administration .....	9
Contre-indications .....	9
Stockage et transport du vaccin .....	9
La pastille de contrôle du vaccin .....	9
<b>V. Mise en place d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) pour suivre la circulation des poliovirus sauvages</b> .....	<b>11</b>
Quel est le rôle de la surveillance de la PFA ? .....	11
Quel est le rôle du laboratoire dans la surveillance de la PFA ? .....	11
Composantes de la surveillance de la PFA .....	12
Types de surveillance pour la poliomyélite .....	12
Les différentes étapes de la mise en place d'une surveillance de la PFA .....	13
<b>VI. Mise en oeuvre des journées nationales de vaccination (JNV)</b> .....	<b>20</b>
Que sont les JNV ? .....	20
Quand organise-t-on des JNV ? .....	21
Qu'est-ce qui rend les JNV plus efficaces ? .....	21
Quels sont les autres avantages apportés par les JNV ? .....	21
Principales erreurs et difficultés associées aux JNV .....	27
Calendrier indicatif des opérations à effectuer pour assurer une bonne préparation et un bon déroulement des JNV .....	32

<b>VII. Mise en oeuvre de la vaccination de ratissage .....</b>	<b>50</b>
Qu'est-ce que le «ratissage» ?.....	50
A quel stade le ratissage doit-il être effectué ?.....	50
Quel est le but du ratissage ?.....	50
Prévision des besoins en vaccins pour la vaccination de ratissage.....	50
La planification est la même que pour les JNV .....	51
Planification au niveau central.....	51
Planification au niveau du district.....	51
Supervision par le district .....	52
Mobilisation sociale .....	53
Résumer et évaluer.....	53
<b>Bibliographie .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 1 : Définitions .....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 2 : Schéma de classification clinique .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 3 : Formulaires.....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 4 : Comment attribuer un numéro EPID .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 5 : Organigramme de l'investigation du cas, des prélèvements d'échantillons de selles et de la riposte vaccinale à l'épidémie .....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 6 : Investigation des cas et riposte vaccinale à une épidémie.....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 7 : Prélèvement et envoi des échantillons de selles et notification des résultats.....</b>	<b>78</b>
<b>Annexe 8 : Les étapes dans la mise en place de la surveillance de la PFA.....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 9 : Modèles de graphiques .....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe10 : Exemple de carte de répartition géographique des cas confirmés de poliomyélite .....</b>	<b>84</b>
<b>Annexe11 : Dix indicateurs de performance de la surveillance de la maladie et de l'activité de laboratoire .....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 12 : Caractères d'un système de surveillance efficace.....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe 13: Autres interventions et stratégies d'orientation-recours mises en œuvre à l'occasion des JNV .....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 14 : Logistique et exigences de la chaîne du froid pour les JNV .....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe 15 : Etablir un budget pour les JNV .....</b>	<b>109</b>
<b>Annexe 16 : Stratégies pour les groupes spéciaux de population.....</b>	<b>111</b>
<b>Annexe 17 : Monitoring et supervision .....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 18 : Mobilisation sociale pour les JNV .....</b>	<b>126</b>
<b>Annexe 19 : Exemple de guide des JNV .....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 20 : Sécurité des vaccins.....</b>	<b>145</b>
<b>Annexe 21 : Monitoring et évaluation des JNV .....</b>	<b>151</b>
<b>Annexe 22 : Calcul de la population cible et des besoins en vaccins pour la vaccination de ratissage .....</b>	<b>153</b>
<b>Annexe 23 : Feuille de pointage pour la vaccination de ratissage .....</b>	<b>154</b>
<b>Annexe 24 : Formulaire pour vaccination de ratissage .....</b>	<b>155</b>
<b>Annexe 25 : Résumé de vaccination de ratissage.....</b>	<b>156</b>
<b>Annexe 26 : Similitudes et différences entre les JNV, les vaccinations de riposte à une poussée épidémique et les vaccinations de ratissage .....</b>	<b>157</b>



---

# Abréviations

AT	Anatoxine tétanique
CCI	Comité de Coordination inter institutions
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
DTC	Diphtérie - Tétanos - Coqueluche
IEP	Initiative pour l'Éradication de la Poliomyélite
JNV	Journées nationales de Vaccination
MAPI	Manifestations post-vaccinales indésirables
MSP	Ministère de la Santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
RVE	Riposte vaccinale à l'épidémie
SGB	Syndrome de Guillain-Barré
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral



---

# I. Historique

En mai 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a engagé l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en faveur de la réalisation de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000. Cet objectif est défini comme suit :

- aucun cas de poliomyélite clinique associé au poliovirus sauvage, et
- aucun poliovirus sauvage identifié dans le monde après une recherche intensive.

Les trois stratégies primaires pour atteindre cet objectif sont les suivantes :

1. Un engagement national à haut niveau garantissant les moyens financiers et humains nécessaires pour atteindre cet objectif.
2. L'administration de vaccin antipoliomyélique de la manière la plus adéquate pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage. Ceci implique notamment :
  - d'atteindre en routine une couverture vaccinale élevée par l'administration d'au moins trois doses de vaccin antipoliomyélique oral
  - d'organiser des Journées nationales de Vaccination (JNV)
  - d'organiser des vaccinations de rattrapage lorsque le poliovirus ne se propage plus qu'en foyers.
3. La mise en œuvre pour tous les cas possibles de poliomyélite d'une surveillance à visées opérationnelles comprenant l'investigation des cas, l'isolement du virus à partir des selles et, ponctuellement, la riposte vaccinale à l'épidémie (RVE).

L'Initiative pour l'Éradication de la Poliomyélite (IEP) est un travail de collaboration mondiale ; l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (CDC), et de nombreuses organisations gouvernementales ou non gouvernementales la soutiennent vigoureusement. Leur généreux appui financier et technique a joué un rôle capital dans les progrès importants réalisés à ce jour.

L'expérience acquise dans les Amériques, où la poliomyélite est éliminée depuis août 1991, montre que les stratégies préconisées sont efficaces et que l'éradication mondiale de cette maladie est réalisable.

L'éradication mondiale de la poliomyélite présente aussi un bon rapport coût-bénéfice. Des dépenses à court terme seront compensées par les avantages à long terme, financiers et humanitaires. On ne verra plus d'enfants rendus infirmes par cette maladie. La coûteuse rééducation de ses victimes ainsi que l'achat et l'administration du vaccin ne seront plus nécessaires.

---

Plusieurs avantages indirects doivent également être évoqués. Le réseau mondial de laboratoires spécialisés dans la poliomyélite pourra servir à lutter contre d'autres maladies importantes au point de vue de la santé publique. L'IEP sensibilise les responsables politiques nationaux à la prévention en matière de santé et crée un précédent pour la participation à d'autres initiatives de santé publique. Dans de nombreux pays, l'IEP a réussi à mobiliser des ressources hors du secteur de la santé. Le personnel qualifié, les équipements et les infrastructures résultant du développement de la surveillance à visées opérationnelles de la poliomyélite peuvent aussi contribuer à dynamiser ou à améliorer les systèmes nationaux de surveillance des maladies.

L'IEP en poursuivant son objectif renforce le Programme élargi de Vaccination (PEV) et lui permet de mieux contribuer au développement de soins de santé primaires de qualité. Cependant, le bénéfice maximal de l'IEP dépend de l'éradication complète des poliovirus sauvages et pas seulement de la maîtrise de la maladie clinique. Dans ce but, l'IEP requiert une attention prioritaire, un bon travail d'équipe et une mise en place effective de ses stratégies.

Le présent manuel vise à fournir des directives pratiques pour la mise en oeuvre des stratégies décrites ci-dessus. Celles-ci doivent s'inscrire dans des plans nationaux d'action pour l'éradication de la poliomyélite. D'autres manuels référencés dans la bibliographie fournissent des principes directeurs pour la vaccination de routine.

Ce manuel est destiné en premier lieu à servir de guide aux responsables nationaux du PEV qui seront responsables de la planification, de la mise en oeuvre, du monitoring et de l'évaluation des activités d'éradication de la poliomyélite. Leur engagement, leur compétence, leur dur labeur et leur enthousiasme joueront un rôle crucial dans l'éradication de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.

---

## II. Epidémiologie de la poliomyélite

### Les poliovirus

Les poliovirus sont trois entérovirus – types 1, 2 et 3. Tous les trois provoquent des paralysies. La cause la plus fréquente de poliomyélite épidémique est le poliovirus de type 1.

### Transmissibilité

Le poliovirus est éminemment transmissible. Un individu infecté transmet en général l'infection à toutes les personnes non immunes du ménage, particulièrement si les conditions d'hygiène sont insuffisantes.

### Immunité

L'immunité vis-à-vis du poliovirus s'acquiert par la vaccination ou par une infection naturelle. L'immunité à l'égard d'un type de poliovirus ne protège pas contre l'infection par les autres types. L'immunité consécutive à l'infection naturelle ou à l'administration de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) dure vraisemblablement toute la vie. La durée de protection conférée par les anticorps résultant de l'administration du vaccin poliomyélitique inactivé (VPI) n'est pas connue. Les enfants de mères présentant des niveaux élevés d'anticorps dirigés contre le poliovirus sont protégés pendant leurs premières semaines d'existence.

### Répartition

La poliomyélite est présente dans le monde entier, sauf là où le virus a été éliminé, en particulier dans l'hémisphère occidental et la plupart des pays industrialisés. Son incidence est actuellement la plus forte dans les pays en développement, particulièrement ceux à faible couverture vaccinale où règnent de mauvaises conditions d'hygiène. Elle a un caractère saisonnier ; on la rencontre plus fréquemment pendant l'été et au début de l'automne sous les climats tempérés, et pendant la saison des pluies dans les zones tropicales.

### Transmission

La transmission s'opère essentiellement de personne à personne par la voie fécale-orale : le poliovirus se multiplie dans l'intestin et il est disséminé par les matières fécales. Il s'écoule de 10 à 21 jours entre l'infection et l'apparition de la paralysie. Le virus se communique rapidement aux personnes non immunes ; lorsque survient la paralysie, le nombre des individus atteints est généralement élevé. Le virus est excrété par intermittence pendant un mois ou plus après l'infection. L'excrétion est particulièrement forte immédiatement avant l'apparition de la paralysie et au cours des deux semaines qui la suivent.

### Réservoir

Le poliovirus n'infecte que l'être humain et il n'existe pas de réservoir animal. Il ne survit pas longtemps hors du corps humain. L'état de porteur à long terme n'existe pas.

---

# III. Aspects cliniques de la poliomyélite

## Evolution clinique

Chez 90 à 95 % des sujets infectés, l'infection par le poliovirus est inapparente. De 4 à 8 % des infections provoquent une maladie bénigne, caractérisée par une légère élévation de la température, des maux de gorge, des vomissements, des douleurs abdominales, de l'inappétence et une sensation de malaise. La guérison est rapide et complète, sans paralysie. Cette forme d'infection par le poliovirus est appelée «forme abortive de la poliomyélite». Elle est indiscernable d'autres infections virales bénignes.

La poliomyélite paralytique survient dans environ 0,5 % des infections. Les symptômes surviennent souvent en deux phases – la mineure et la majeure – parfois séparées par un intervalle de plusieurs jours sans symptômes (figure 1). La phase mineure est caractérisée par des symptômes similaires à ceux de la forme abortive de la poliomyélite. La phase majeure débute par des douleurs musculaires, des spasmes et le retour de la fièvre. La paralysie flasque survient ensuite rapidement ; son extension est généralement complète au bout de 72 heures. La forme la plus courante de la poliomyélite paralytique est la «poliomyélite paralytique médullaire» qui affecte les muscles des jambes, des bras et/ou du tronc. Les muscles atteints sont flasques et les réflexes sont diminués. La perception de la douleur et le toucher restent normaux. La paralysie est généralement asymétrique ; elle touche plus souvent les jambes que les bras et les parties proximales des extrémités que les parties distales. Une paralysie flasque résiduelle subsiste généralement après 60 jours.

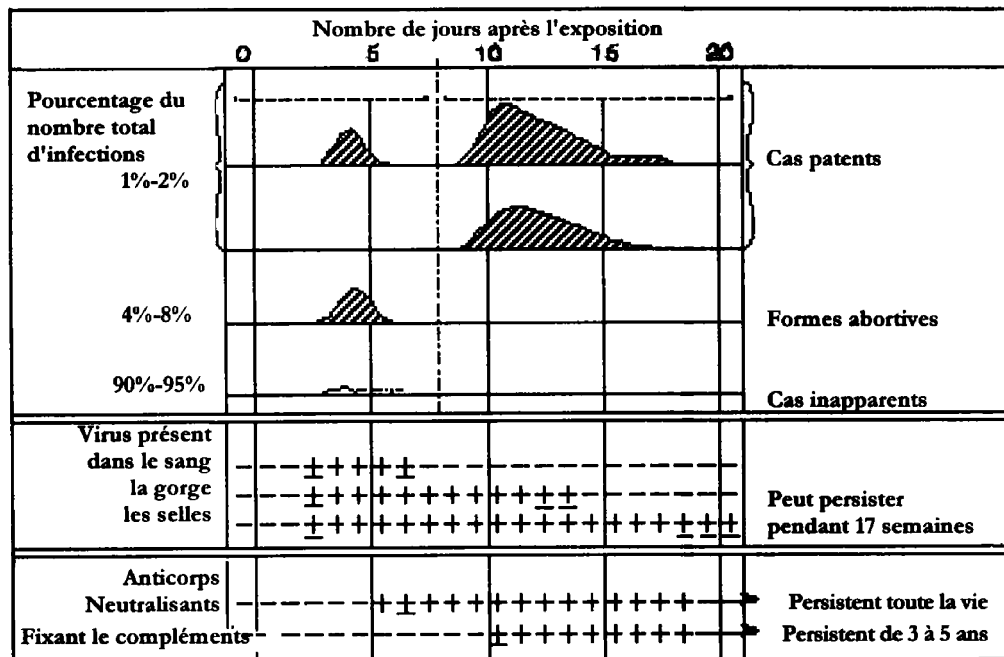
Dans les cas graves, on peut observer une quadriplégie avec atteinte du tronc, des muscles abdominaux et thoraciques. Plus rarement apparaît la forme bulbaire de la poliomyélite avec atteinte des neurones moteurs des nerfs crâniens. Elle peut entraîner une insuffisance respiratoire, des troubles de la déglutition, des difficultés à manger et à parler ; le risque de décès est élevé. L'infection par le poliovirus peut à de rares occasions provoquer une méningite ou une encéphalite impossible à distinguer, du point de vue clinique, des autres formes de ces affections.

Certains événements se produisant au cours de l'infection par le poliovirus, tels que les injections intramusculaires, l'effort physique, la grossesse, une amygdaléctomie et des traumatismes, accroissent le risque de paralysie.

## Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la Paralysie flasque aiguë (PFA) inclut celui de la poliomyélite paralytique, du Syndrome de Guillain-Barré (SGB) et de la myélite transverse (tableau 1). La névrite traumatique, l'encéphalite, la méningite et les tumeurs sont des étiologies moins fréquentes. Une paralysie asymétrique et flasque immédiatement accompagnée de fièvre, la progression rapide de la paralysie, une paralysie résiduelle après 60 jours et l'absence de perte des fonctions sensitives caractérisent la poliomyélite paralytique.

Figure 1 : Les différentes étapes dans l'évolution de la symptomatologie



**Tableau 1 : Diagnostic différentiel de la poliomyélite**

	<b>Poliomyélite</b>	<b>Syndrome de Guillain-Barré</b>	<b>Névrite traumatique</b>	<b>Myélite transverse</b>
<b>Installation de la paralysie</b>	paralysie complète en 24 à 48 heures	de quelques heures à dix jours	de quelques heures à quatre jours	de quelques heures à quatre jours
<b>Fièvre initiale</b>	élevée, toujours présente au début de la paralysie flasque, tombée le lendemain	peu fréquente	courante avant, pendant et après l'installation de la paralysie flasque	rarement présente
<b>Paralysie flasque</b>	aiguë, généralement asymétrique, essentiellement proximale	généralement aiguë, symétrique et distale	aiguë, asymétrique ne touchant qu'un membre	aiguë, symétrique, membres inférieurs
<b>Tonicité musculaire</b>	réduite ou absente dans le membre atteint	hypotonie générale	réduite ou absente dans le membre atteint	hypotonie des membres inférieurs
<b>Réflexes tendineux profonds</b>	affaiblis à absents	généralement absents	affaiblis à absents	absents dans les membres inférieurs au début, réaction réflexe retardée
<b>Sensibilité</b>	myalgies sévères, douleurs dorsales, pas de modifications de la sensibilité	crampes, picotements, hypoanesthésie de la paume des mains et la plante des pieds	douleurs dans la région fessière, hypothermie	anesthésie des membres inférieurs avec niveau sensoriel
<b>Atteinte des nerfs crâniens</b>	uniquement dans la forme bulbaire	souvent présente, atteignant les nerfs VII, IX, X, XI, XII	absente	absente
<b>Insuffisance respiratoire</b>	uniquement dans la forme bulbaire	dans les cas graves, renforcée par une pneumonie bactérienne	absente	parfois présente
<b>Signes et symptômes neuro-végétatifs</b>	rares	altération fréquente de la pression sanguine, sueurs, rougeurs et fluctuations de la température corporelle	hypothermie du membre atteint	présents



Tableau 1 : Diagnostic différentiel de la poliomyélite				
	Poliomyélite	Syndrome de Guillain-Barré	Névrite traumatique	Myélite transverse
<b>Liquide céphalora-chidien</b>	inflammatoire	dissociation albumino-cytologique	normal	normal ou hypercytose modérée
<b>Dysfonctionnement vésical</b>	absent	transitoire	jamais	présent
<b>Vitesse de conduction nerveuse : troisième semaine</b>	anormale : syndrome de la corne antérieure (normale pendant les deux premières semaines)	anormale : ralentissement de la conduction, baisse des amplitudes motrices	anormale : atteinte axonale	normale ou anormale, pas de valeur diagnostique
<b>Electromyographie à trois semaines</b>	anormal	normal	normal	normal
<b>Séquelles à trois mois et jusqu'à un an</b>	atrophie sévère asymétrique, déformations squelettiques observées ultérieurement	atrophie symétrique des muscles distaux	atrophie modérée, seulement pour le membre inférieur atteint	diplégie flasque atrophie après plusieurs années

---

## IV. Vaccins antipoliomyélitiques

Il existe deux types de vaccins antipoliomyélitiques : 1) le vaccin antipoliomyélitique trivalent (vivant, atténué) administré par voie orale (VPO) et 2) le vaccin antipoliomyélitique inactivé ou tué (VPI).

### **Le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPO)**

Le VPO est fabriqué à partir de poliovirus vivants atténués ; il est sûr et efficace.

**Le VPO est le vaccin recommandé par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite.**

L'OMS recommande actuellement un VPO trivalent contenant  $10^6$ ,  $10^5$ ,  $10^{5,8}$  DICT<sub>50</sub> par dose pour les types 1, 2 et 3 respectivement, à la fois pour les vaccinations de routine et pour les vaccinations supplémentaires. Trois doses de VPO protègent de la maladie paralytique au moins 80 à 85 % des enfants vaccinés. Des taux d'immunité plus faibles, en particulier vis-à-vis du virus de type 3, peuvent s'observer, notamment si le VPO est administré pendant la saison des pluies dans les pays en développement.

Le VPO est administré par voie orale et il est peu coûteux. Il confère une immunité tant intestinale que sérologique, de sorte que les enfants ainsi vaccinés ne risquent guère de transmettre le virus sauvage à d'autres enfants. Administré dans le cadre de campagnes de vaccination de masse, le VPO permet d'interrompre la propagation du poliovirus sauvage dans la communauté.

Un inconvénient du VPO est que l'on dénombre environ trois cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin pour 10 millions de doses administrées.

### **Le vaccin antipoliomyélitique inactivé ou tué (VPI)**

Le VPI protège de la poliomyélite paralytique en suscitant la production d'anticorps sériques en quantités suffisantes pour empêcher le poliovirus d'atteindre le système nerveux. Le VPI ne comporte aucun risque de Poliomyélite paralytique associée au vaccin. Cependant, par rapport au VPO, il donne des niveaux plus faibles d'immunité intestinale. En conséquence, une personne vaccinée avec le VPI a plus de risque de propager le virus sauvage à d'autres enfants qu'une personne vaccinée avec le VPO. Le VPI est plus cher que le VPO, doit être injecté par du personnel formé et nécessite des équipements et fournitures supplémentaires.

### **Calendrier vaccinal**

L'OMS recommande actuellement que les enfants reçoivent quatre doses de VPO avant l'âge de un an. Une dose sera administrée à la naissance ou le plus tôt possible après celle-ci ; on l'appelle «dose de naissance» ou «dose zéro». Les trois autres doses seront données à intervalles d'au moins quatre semaines, généralement en même temps que le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Si l'enfant n'a pas eu de dose zéro, il recevra une quatrième dose de

---

VPO un mois au moins après la troisième, par exemple au moment de la vaccination antirougeoleuse.

### **Dosage et mode d'administration**

Pour la plupart des marques, une dose de VPO consiste en deux gouttes de vaccin directement déposées dans la bouche.

### **Contre-indications**

Les enfants avec une immunodéficience congénitale ou d'origine iatrogène (par exemple les patients souffrant d'un cancer) doivent recevoir le VPI. Dans les autres cas, il n'existe pas de contre-indication à l'administration du VPO. Si le VPO est donné à un enfant atteint de diarrhée, la dose doit être administrée de nouveau un mois plus tard.

### **Stockage et transport du vaccin**

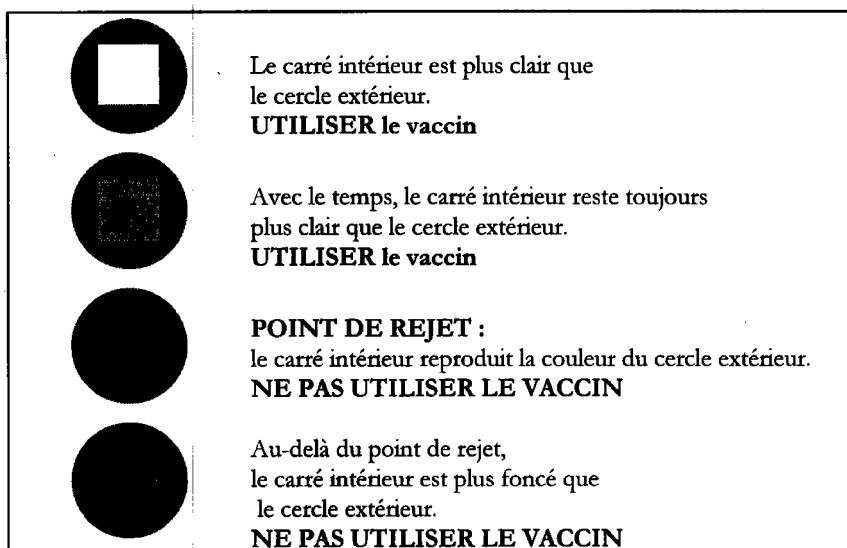
Le VPO est le moins stable des vaccins du PEV. Il peut perdre de son activité intrinsèque s'il est exposé à des températures supérieures à 8 °C: Le stockage à des températures inférieures à -15 °C stoppe la détérioration de l'activité intrinsèque du vaccin. Aux niveaux national et régional, le VPO devrait de préférence être conservé au congélateur (en dessous de - 15 °C). Aux niveaux du district et des centres de santé, il devrait être placé au réfrigérateur (entre 0 et 8 °C) sauf si la distribution n'est pas imminente, auquel cas il devrait être mis au congélateur (en dessous de - 15 °C).

La durée de conservation (c'est à dire la date de péremption) indiquée sur le flacon n'est valable que lors du stockage au congélateur (en dessous de - 15 °C). Le VPO peut cependant être conservé au réfrigérateur (entre 0 °C et 8 °C) pendant les 12 mois qui suivent sa livraison et sans excéder la date de péremption. Les congélations/décongélations successives n'altèrent pas le titre vaccinal.

### **La pastille de contrôle du vaccin**

Depuis le début de l'année 1996, tous les flacons de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) fournis par l'UNICEF sont équipés d'une pastille de contrôle du vaccin (PCV). Cette étiquette thermo sensible change progressivement et irréversiblement de couleur quand le vaccin est exposé à la chaleur. Ce système permet d'alerter l'agent de santé pour éliminer un flacon de VPO susceptible d'être dénaturé par une exposition à la chaleur.

**Figure 2 : Changement de couleur de la pastille de contrôle du vaccin**



Pour plus d'information sur la PCV, nous vous invitons à consulter les publications OMS/PEV :

- *Vaccine Vial Monitor and Opened Vial Policy, Questions and Answers* (WHO/EPI/LHIS/96.1)
- *Vaccine Vial Monitor, Training Guideline* (WHO/EPI/LHIS/96.04) : un «Dossier d'Information sur la PCV» complet comprenant un guide d'entraînement est également disponible sur demande auprès du Centre de documentation OMS/PEV.

---

# V. Mise en place d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) pour suivre la circulation des poliovirus sauvages

**Quel est le rôle de la surveillance de la PFA ?**

## ***Identifier les zones ou les groupes à haut risque***

La surveillance de la PFA est une surveillance des cas suspects ou possibles de poliomyélite. Elle a pour but de déceler de manière fiable les zones où la transmission du poliovirus survient ou risque de survenir et de permettre des vaccinations supplémentaires ciblées là où elles sont nécessaires. A mesure que le nombre des cas de poliomyélite se rapproche de zéro, l'aptitude à déceler chaque cas de PFA et à réagir rapidement prend une importance cruciale. Une surveillance extrêmement active de la PFA doit être menée afin qu'*aucun* cas de poliomyélite n'y échappe.

## ***Surveiller les progrès accomplis***

La surveillance de la PFA permet aux administrateurs du programme de suivre les progrès et de déterminer si les stratégies sont appliquées de manière efficace.

## ***Certifier un pays indemne de poliomyélite***

Cette certification suppose l'absence de toute notification de nouveaux cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage. Elle exige aussi des preuves qu'un pays est capable de déceler, le cas échéant, un cas de poliomyélite paralytique. A titre d'indicateur de l'aptitude d'un pays à dépister la poliomyélite, il faudra pouvoir repérer au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, même en l'absence de poliomyélite. Le taux de PFA chez les enfants de moins de 15 ans est un indicateur de la précision du système de surveillance.

**Quel est le rôle du laboratoire dans la surveillance de la PFA ?**

## ***Confirmer la poliomyélite grâce à l'isolement du virus***

A l'heure actuelle, l'isolement des poliovirus dans les selles suivi de leur identification est le meilleur moyen de confirmer le diagnostic de poliomyélite. En collaboration avec plusieurs autres institutions, l'OMS a mis en place un réseau mondial de laboratoires capables d'assurer ce service.

## ***Remonter à l'origine d'un cas***

Il existe des techniques moléculaires permettant de caractériser le poliovirus de manière formelle. Le maintien d'une banque de référence des structures moléculaires des virus connus permet de retrouver l'origine géographique des nouveaux isolats. Lorsqu'un pays est indemne ou presque indemne de poliomyélite, il est nécessaire de déterminer si le virus était importé ou autochtone. Le laboratoire déterminera aussi si les virus isolés sont sauvages ou de type vaccinal.

---

### ***Coordonner les services***

Le réseau mondial de laboratoires est un système à trois niveaux, dont chacun assure des services différents, mais tous essentiels et qu'il faut coordonner. Par ailleurs, le réseau coordonne le flux des échantillons, des réactifs et de l'information entre les laboratoires de différents niveaux d'une part, et entre les laboratoires et les programmes, d'autre part.

### ***Certifier l'éradication de la poliomyélite***

Le réseau de laboratoires jouera un rôle capital dans la certification de l'éradication de la poliomyélite en vérifiant l'absence de poliovirus sauvages en circulation. En complément de la surveillance de la PFA, ce réseau peut réaliser des enquêtes sur échantillons de selles des enfants en bonne santé dans les zones à risque et une surveillance environnementale.

### ***Evaluer l'activité intrinsèque et l'efficacité des vaccins***

Le réseau de laboratoires pourra procéder à des essais d'activité intrinsèque des vaccins antipoliomyélitiques si les circonstances portent à en douter. Dans des circonstances particulières, les laboratoires pourraient prendre part à des enquêtes sérologiques à visées épidémiologiques s'il importe de connaître la situation d'une population ou d'une cohorte donnée en matière d'anticorps.

### **Composantes de la surveillance de la PFA**

La surveillance de la PFA comprend les éléments suivants :

- dépistage, déclaration et étude des cas présumés
- recueil de données provenant des sites de déclaration
- analyse et utilisation pratique des données
- notification des résultats
- renvoi de l'information à tous les niveaux et parties intéressés

On trouvera dans l'annexe 1 la définition de certains termes relatifs à la surveillance. Pour des informations d'ordre général sur la surveillance de routine des maladies, on voudra bien se reporter au document «Amélioration des systèmes de surveillance courante des maladies infectieuses (y compris les maladies cibles du PEV)» WHO/EPI/TRAM/93.1.

### **Types de surveillance pour la poliomyélite**

#### ***Surveillance systématique de la PFA – déclaration négative***

Pour disposer d'un système précis et efficace de cas présumés de poliomyélite, la déclaration immédiate de tout cas de PFA chez un enfant de moins de 15 ans devrait être obligatoire. La PFA devra aussi figurer dans les relevés systématiques mensuels. Lorsqu'aucun cas de PFA n'est décelé, les unités devront néanmoins envoyer un rapport mensuel portant la mention «zéro cas». Ceci est appelé déclaration négative.

#### ***Surveillance active de la PFA dans les sites principaux***

Pour améliorer la complétude, la ponctualité et la précision de la surveillance de la PFA, un fonctionnaire du Ministère de la Santé publique désigné à cet effet devrait se rendre toutes les semaines dans les sites ayant le plus de probabilité de voir des cas de poliomyélite aiguë, tels que les centres de réadaptation et les grands hôpitaux. En particulier, ces fonctionnaires devraient visiter les services de pédiatrie et de neurologie pour s'enquérir de l'existence de cas de PFA, y compris de SGB. Il sera aussi nécessaire d'aller rechercher dans les services d'archives et d'information médicales les diagnostics préliminaires et finaux des patients hospitalisés et ambulatoires.

---

## Les différentes étapes de la mise en place d'une surveillance de la PFA

### ***Etape 1. Définir des besoins en information***

Puisqu'il s'agit d'éradiquer la poliomyélite, il est essentiel de disposer de données de surveillance d'excellente qualité. Afin d'éviter de surcharger le système de surveillance, on se contentera de recueillir un minimum de données. L'annexe 2c donne la liste des informations minimales nécessaires pour chaque cas de poliomyélite. Ces informations minimales permettront les analyses nécessaires pour mener les activités du programme et calculer les indicateurs de performance standard (annexe 11). On tiendra à jour deux bases de données simples : une sur les cas et l'autre sur les données de laboratoire. On pourra ensuite relier entre elles ces bases de données pour établir un tableau descriptif détaillé à l'aide d'un numéro d'identification des cas appelé «numéro EPID». Ce tableau pourra être établi soit sur papier soit sur ordinateur à l'aide d'un logiciel simple comme EPI-INFO.

### ***Etape 2. Mettre au point une définition des cas suspects de poliomyélite***

«Cas suspects de poliomyélite» On entend par cas suspect de poliomyélite: une paralysie flasque aiguë flasque y compris le Syndrome de Guillain Barré chez un enfant de moins de 15 ans ; ou bien toute manifestation paralytique quel que soit l'âge de survenue alors que l'on suspecte la poliomyélite.

Chaque cas suspect doit être immédiatement déclaré et faire l'objet d'une investigation par un enquêteur désigné et qualifié.

Si une cause immédiate et évidente telle qu'un traumatisme est identifiée pour un cas suspect de poliomyélite, l'enquête éliminera ce cas et cessera de chercher à savoir s'il s'agit d'une poliomyélite ( le patient devra encore bénéficier d'un traitement et de mesures de rééducation appropriés).

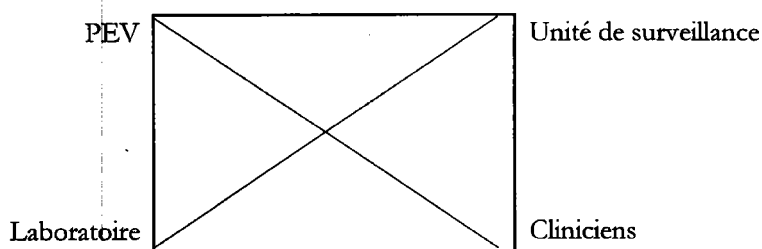
Le classement d'un cas de poliomyélite comme cas suspect est temporaire ; dans les 12 semaines après le début de la paralysie, le cas devra être reclassé par le comité d'experts dans la catégorie «confirmé», «compatible avec une poliomyélite» ou «écarté» (voir les annexes 1, 2, 3b et 5).

### ***Etape 3. Repérer les sites de déclaration***

Repérez tous les sites ou unités de déclaration possibles et notamment les services de santé, les centres de rééducation et tout autre lieu où des malades atteints de PFA pourraient venir demander un traitement ou des soins de rééducation. Classez les services de santé selon leur probabilité plus ou moins grande de voir des cas de PFA. Ainsi, les hôpitaux des agglomérations importantes dotés de grands services de pédiatrie constituent généralement des unités hautement prioritaires de ce point de vue. La surveillance de la PFA sera d'abord mise en place dans ces sites fortement prioritaires.

### ***Etape 4. Organiser un réseau de collaboration***

Afin d'obtenir une surveillance de qualité de la poliomyélite, il faut que les virologues, les épidémiologistes, les cliniciens et les personnels nationaux du PEV travaillent efficacement en équipe. Le responsable national du PEV instituera donc une collaboration étroite entre quatre entités – le laboratoire, l'unité de surveillance, les cliniciens et le PEV. Afin de maintenir une coopération de qualité, il est indispensable que des tâches spécifiques soient clairement attribuées à des individus dans chaque unité et à chaque niveau et que leurs responsabilités soient définies avec précision et d'un commun accord.



Il est de toute première importance que le personnel du PEV communique fréquemment avec les autres unités afin de résoudre les problèmes éventuels et de maintenir une collaboration. Cette communication peut prendre la forme de visites, d'appels téléphoniques, de lettres, de bulletins de rétro-information, de conférences et de réunions professionnelles, le but recherché consistant à favoriser l'information, la communication et la motivation dans toutes les unités et les inciter à réaliser les objectifs de l'IEP.

Le personnel du PEV devra rencontrer, au moins une fois par mois, les directeurs des autres unités et rendre occasionnellement visite au personnel de chaque unité, c'est-à-dire les techniciens des laboratoires travaillant sur les prélèvements, le personnel qui gère les données de l'unité de surveillance et les cliniciens des services de pédiatrie ou de neurologie des hôpitaux les plus susceptibles de voir des cas de PFA.

#### ***Etape 5. Elaborer ou modifier de formulaires***

Il faut prévoir huit formulaires. Dans certains pays ils existent déjà, dans d'autres il y aura lieu de les créer ou de les revoir :

- un formulaire pour la notification immédiate des maladies ou des conditions, comprenant la PFA
- un formulaire pour les rapports mensuels comprenant la PFA
- un formulaire ou un graphique permettant de surveiller la complétude et la ponctualité des rapports mensuels reçus (annexe 3a)
- un formulaire d'investigation des cas de PFA (annexe 3b)
- un formulaire pour le registre détaillé des cas (annexe 3c)
- un formulaire de surveillance active hebdomadaire (annexe 3d)
- un formulaire de demande d'examen de laboratoire pour la transmission au laboratoire des échantillons de selles (annexe 3e)
- un formulaire mensuel/trimestriel de résultats d'examen de laboratoire (Annexe 3f)

#### ***Etape 6. Attributions des numéros EPID***

Afin d'établir le lien entre les données épidémiologiques et de laboratoire, un numéro unique d'identification appelé le numéro EPID sera attribué à chaque cas. Le système d'attribution de ces numéros EPID sera normalisé dans tout le pays. Pour le mode d'attribution des numéros EPID, voir l'annexe 4.

L'administrateur du PEV, le laboratoire et l'unité de surveillance devront se mettre d'accord sur qui sera chargé d'attribuer les numéros EPID et sur les modalités selon lesquelles ils seront attribués à chaque cas signalé de PFA. Cette responsabilité revient généralement au personnel de santé du district ou de la province.

#### ***Etape 7. Former une équipe d'enquêteurs***

Il y aura lieu d'assurer une formation à une équipe d'enquêteurs aux niveaux central, provincial et/ou de district suivant la taille du pays, sa population et les ressources disponibles. Cette équipe devra :



- enquêter immédiatement sur tout cas de PFA
- recueillir les échantillons de selles
- procéder à des opérations ciblées de riposte vaccinale à l'épidémie
- effectuer un examen de suivi (60 jours) pour rechercher les paralysies résiduelles.

Pour de plus amples renseignements sur la formation dans ces quatre domaines capitaux, se reporter aux annexes 5 à 7.

### ***Etape 8. Mettre en place une chaîne du froid rétrograde***

Pour qu'on puisse isoler le poliovirus, les échantillons de selles doivent être maintenus à une température comprise entre 4 °C et 8 °C ou conservés à - 20 °C depuis le recueil jusqu'au traitement en laboratoire. On appelle ce processus une «chaîne du froid rétrograde». Si elle n'est pas assurée correctement, le poliovirus ne survit pas dans les selles.

Pour créer une chaîne du froid de ce type, il faut faire en sorte que chaque enquêteur dispose d'un accès immédiat à une glacière et à des accumulateurs de froid. Ces équipements doivent être réservés exclusivement aux échantillons de selles. Il faut aussi prévoir un moyen de congeler les accumulateurs de froid. Par ailleurs, l'accès à un réfrigérateur (4 à 8 °C) ou à un congélateur (- 20 °C) est aussi nécessaire si les échantillons ne peuvent être expédiés immédiatement. Il faut apprendre aux enquêteurs à recueillir et expédier les échantillons par l'intermédiaire de la chaîne du froid rétrograde. On se reportera aux annexes 6 et 7 pour l'investigation des cas et l'expédition d'échantillons de selles par la chaîne du froid rétrograde.

### ***Etape 9. Rencontrer les cliniciens pour les sensibiliser et envoyer une note écrite officielle***

On tiendra des réunions avec les cliniciens et on adressera à tous les agents de santé un avis officiel écrit, signé par le MSP ou toute autre autorité autorisée, contenant les informations suivantes :

- objectifs de l'IEP
- importance du rôle des cliniciens et de tous les agents de santé dans cette initiative
- obligation de déclarer immédiatement tous les cas de PFA, y compris de SGB
- procédures de déclaration de la PFA.

**Note importante :** Les cliniciens ont tendance à ne déclarer que les cas de PFA dont *eux-mêmes* pensent qu'il s'agit de poliomyélite, en excluant ceux diagnostiqués comme SGB ou autres PFA non poliomyélitiques. C'est la raison pour laquelle le MSP doit tenir des réunions pour expliquer clairement aux cliniciens la stratégie de l'IEP et souligner que tous les cas de PFA, y compris le syndrome de Guillain-Barré, doivent être déclarés immédiatement en tant que mesure de santé publique. La définition «cas suspect de poliomyélite» n'a pas une utilisation clinique mais sert à favoriser une surveillance très précise de la polio. Tous les cas suspects seront ensuite reclassés comme «poliomyélite» ou «non poliomyélite». Le personnel affecté à la surveillance doit rechercher activement tous les cas non déclarés de SGB afin de déterminer si les cliniciens déclarent tous les cas de PFA.

### ***Etape 10. Créer un comité d'experts***

Le responsable national du PEV constituera un comité d'experts sur l'éradication de la poliomyélite comprenant le responsable lui-même, un épidémiologiste, un expert neurologue, un pédiatre, un professeur accrédité d'une école de médecine et un virologue. Ce comité se réunira tous les mois ou tous les trimestres afin de :

- procéder à la classification définitive de tous les cas de PFA (voir à l'annexe 2 le diagramme pour la classification des cas et à l'annexe 3b, partie III, le formulaire pour la déclaration selon la classification définitive)
- vérifier la qualité de la surveillance de la PFA et du travail des laboratoires
- suivre les progrès de l'éradication de la poliomyélite
- fournir un support technique à l'IEP.

### ***Etape 11. Commencer la surveillance de la PFA dans les sites principaux***

Commencer la surveillance de la PFA sur les sites de déclaration prioritaires. Dans la plupart des pays, il s'agira de grands hôpitaux et de centres de rééducation des principales agglomérations. Commencer par les déclarations immédiates et les rapports mensuels, en insistant sur les déclarations négatives lorsqu'aucun cas n'aura été décelé. On procédera à l'investigation des cas (y compris le recueil des échantillons de selles) et à la riposte vaccinale à l'épidémie. Voir l'annexe 8 sur les modalités de mise en place d'une surveillance de la PFA.

**Une fois la déclaration des cas de PFA instituée, chaque déclaration de cas devra être suivi par une ACTION IMMEDIATE, c'est-à-dire une enquête sur le cas et une riposte vaccinale ciblée. Sinon, le personnel des sites de déclaration retenus ne sera plus motivé pour le dépistage et la déclaration immédiate de tous les cas.**

### ***Etape 12. Commencer la surveillance active hebdomadaire ou bi-hebdomadaire***

Démarrer une surveillance hebdomadaire (ou bi-hebdomadaire) active sur les sites de déclaration prioritaires. La surveillance hebdomadaire active consiste à effectuer chaque semaine, dans les grands hôpitaux et centres de rééducation, une recherche des cas de PFA et vérifier qu'ils ont tous fait l'objet d'une déclaration et d'une enquête. Dans le cadre de la surveillance active, on consultera les sources ou personnes ci-après :

- Acteurs principaux – neurologues, pédiatres, kinésithérapeutes et autres – auxquels on demandera s'ils ont vu des cas de PFA depuis la dernière visite de surveillance active.
- Dossiers des malades hospitalisés ou ambulatoires, pour rechercher tous les diagnostics préliminaires ou définitifs de poliomyélite, de SGB, de myélite transverse, de névrite traumatique ou d'autres causes de PFA. On vérifiera les dossiers des patients des services de pédiatrie, de neurologie, de physiothérapie et d'information médicale de l'hôpital.

La responsabilité de la surveillance hebdomadaire active sera clairement déléguée à une personne qualifiée et responsable dans les grandes villes puis, au fur et à mesure du développement du système, à une personne qualifiée et responsable dans chaque province et district. Un formulaire de surveillance active (annexe 3d) sera rempli chaque semaine et revu périodiquement par un superviseur pour vérifier que la surveillance active est exercée de manière systématique, approfondie et correcte.

### ***Etape 13. Etendre le système de surveillance***

Une fois que la déclaration des cas de PFA, l'investigation des cas, le recueil des échantillons de selles, la riposte vaccinale ciblée la surveillance hebdomadaire active fonctionnent de manière satisfaisante dans les grands hôpitaux et centres de rééducation, étendre le système de surveillance.

L'étendre d'abord aux **hôpitaux de province**, puis aux **hôpitaux de district** et enfin à tous les centres de santé, de sorte que la surveillance de la PFA devienne un élément des activités courantes.

Il peut s'avérer impossible d'obtenir la déclaration négative par les médecins exerçant à titre libéral qui participent à la surveillance mensuelle. Toutefois, on pourra peut-être obtenir la collaboration d'un certain nombre de pédiatres et de neurologues exerçant à titre libéral. **Tous** les médecins exerçant à titre libéral devront néanmoins être avisés de l'obligation de déclarer **immédiatement** tout cas de PFA.

***Etape 14. Assurer le suivi des relevés incomplets ou parvenus avec retard***

L'administrateur du PEV fixera, après consultation de l'unité de surveillance, une date limite au-delà de laquelle les rapports mensuels seront considérés comme parvenus avec retard. De nombreux pays choisissent le 15 du mois suivant.

Le formulaire de surveillance des rapports (annexe 3a) permet de contrôler de près la complétude et la ponctualité des rapports mensuels. Les rapports incomplets ou parvenus avec retard déclencheront une visite, un appel téléphonique ou l'envoi d'une télécopie aux sites dont ils émanent. La responsabilité de ce suivi doit être clairement confiée à quelqu'un, généralement une personne travaillant dans l'unité de surveillance. Au cours des visites, on s'efforcera de déceler les raisons de la sous-déclaration et de résoudre sur place tous les problèmes.

La rétro-information aux provinces et aux districts sur les performances de la surveillance contribue généralement à une amélioration de celle-ci en termes de complétude et de ponctualité surtout si elle est assortie d'une comparaison entre provinces et districts.

***Etape 15. Commencer la recherche active des cas***

La recherche active des cas consiste à s'enquérir des cas de PFA, en complément de la surveillance active courante mise en place dans les principaux sites de déclaration. Cette démarche est utile dans les zones où aucun cas de PFA ou de poliomyélite n'est déclaré, afin de vérifier s'il existe des cas non repérés, ou dans les secteurs où il est peu probable que des personnes atteintes de PFA se présentent sur les sites de déclaration désignés.

Pour découvrir les cas éventuels, les fonctionnaires de santé s'adresseront à des personnes clés telles que les responsables communautaires, les instituteurs, les directeurs de crèches, les travailleurs sociaux, les responsables des organisations féminines, les mères, les tradipraticiens et les chefs religieux en leur demandant s'ils ont connaissance, dans leur communauté, d'enfants devenus récemment paralysés.

***Etape 16. Assurer le suivi et évaluer***

Diverses manières de surveiller les progrès accomplis devront être appliquées aux niveaux central et provincial ; il faudra aussi les enseigner et les promouvoir à l'échelon des districts et des structures sanitaires et encourager le personnel à les mettre en oeuvre. Le monitoring comprend :

**1. L'établissement d'un tableau descriptif détaillé des cas**

Ce tableau contiendra simplement les données essentielles sur tous les cas déclarés de PFA. Il est utile pour suivre les progrès de l'enquête sur chaque cas, vérifier que celle-ci est complète, analyser les données et calculer les indicateurs d'exécution. On trouvera à l'annexe 3c un modèle de formulaire pour un registre détaillé des cas.

**2. L'analyse des données par année, par mois, par âge et par antécédents vaccinaux**

Préparer des graphiques ou des diagrammes en disque (camemberts) et les afficher dans un lieu bien en vue où tous les membres du personnel et les superviseurs pourront les examiner.

Pour des modèles de graphiques et de «camemberts», voir l'annexe 9.

---

**Axe des ordonnées (y)**

Nombre de cas confirmés de poliomyélite  
Nombre de cas confirmés de poliomyélite  
Nombre de cas confirmés de poliomyélite  
Nombre de cas confirmés de poliomyélite  
Nombre de cas de PFA

par  
par  
par  
par  
par

**Axe des abscisses (x)**

année  
mois  
groupe d'âge (0-4, 5-15, 15+)  
antécédents vaccinaux  
groupe d'âge (0-4, 5-15, 15+)

La distribution des cas confirmés de poliomyélite par année fait ressortir les progrès réalisés dans la voie de l'éradication de cette maladie. La distribution par mois indique les saisons de forte et de faible transmission ; elle est utile pour planifier les JNV et les opérations de rattrapage. La distribution par âge des cas confirmés de poliomyélite sert à déterminer les groupes cibles à vacciner pendant les JNV, les ripostes vaccinales et les vaccinations de rattrapage. Les antécédents vaccinaux des cas confirmés de poliomyélite permettent d'évaluer l'efficacité du vaccin et d'identifier les problèmes de chaîne du froid. Un graphique du nombre de cas de PFA par groupe d'âge confirme que les cas de PFA sont bien déclarés chez *tous* les enfants de moins de 15 ans (et pas seulement chez les enfants de moins de 5 ans).

**3. La cartographie des cas**

Tous les cas confirmés de poliomyélite doivent être reportés sur une carte en fonction du lieu de résidence au début de l'infection pour montrer où le poliovirus continue de circuler. Ces cartes permettent de repérer les zones à haut risque justifiables de stratégies spéciales lors des JNV et des vaccinations de rattrapage. De façon similaire, tous les cas compatibles devront être reportés sur une carte afin d'identifier les zones où la surveillance est déficiente (et/ou les zones où le poliovirus peut continuer de circuler). On trouvera à l'annexe 10 un modèle de cartographie des cas.

**4. Les indicateurs d'exécution**

Dix indicateurs d'exécution sont utilisés pour monitorer la qualité de la surveillance de la maladie et du travail des laboratoires. Ces indicateurs jouent un rôle capital dans la stimulation des progrès à accomplir, la recherche des zones à problèmes et le maintien de bons résultats. Voir à l'annexe 11 la manière de calculer les dix indicateurs d'exécution, et l'annexe 12 pour les caractéristiques d'une surveillance de qualité de la maladie.

**Etape 17. Assurer la rétro-information**

Une rétro-information mensuelle ou trimestrielle au personnel de santé et autres parties concernées sur l'information recueillie est une condition indispensable pour garantir une surveillance de qualité. Elle peut prendre différentes formes - journaux, revues, télécopies, lettres, rapports, bulletins - ou être effectuée directement au cours des visites des superviseurs. Ce retour d'information à tous les sites de déclaration retenus s'impose pour vérifier l'exactitude des relevés reçus, pour favoriser leur complétude et leur ponctualité et pour informer les parties concernées de l'avancement du programme.

La rétro-information devrait comprendre les éléments suivants :

- nombre de cas déclarés de PFA
- nombre des cas confirmés de poliomyélite, par mois et par lieu géographique
- indicateurs d'exécution sur l'ensemble du pays
- comparaison des indicateurs d'exécution par province.

---

### ***Etape 18. Sensibiliser à l'IEP***

Il conviendra de sensibiliser toujours davantage les fonctionnaires des services de santé et l'opinion publique à l'éradication de la poliomyélite et à la nécessité de déclarer immédiatement tous les cas de PFA.

- Faire des exposés sur l'IEP lors de toutes les grandes réunions de professionnels de la santé, par exemple des associations de médecins, notamment de pédiatres, de neurologues, de microbiologistes et de personnel infirmier.
- Recourir aux médias et à la mobilisation sociale pour mieux sensibiliser à l'IEP, à l'importance de la vaccination, à la manière de reconnaître un cas de PFA et à la nécessité de déclarer immédiatement chaque cas de cette maladie. Utiliser dans le même esprit la télévision, la radio, les journaux, les affiches, les banderoles, les sessions d'éducation pour la santé, ainsi que les annonces dans les mosquées, les temples, les églises, les écoles et les réunions communautaires.
- Susciter la participation de diverses associations et organisations qui s'intéressent à l'IEP. Ainsi, dans de nombreux pays, les Rotary Clubs et l'UNICEF font un excellent travail de sensibilisation et de mobilisation de la communauté à l'appui de cette initiative.

---

## VI. Mise en oeuvre des journées nationales de vaccination (JNV)

### Que sont les JNV ?

A l'occasion de ces JNV, des doses de VPO sont administrées dans un laps de temps aussi bref que possible (de préférence un à deux jours) à tous les enfants appartenant à un groupe d'âge déterminé - généralement de 0 à 59 mois - quel que soit leur statut vaccinal. Les JNV comportent deux séries de vaccinations de masse, dont la seconde est programmée environ quatre à six semaines après la première. Les doses de VPO données pendant ces journées sont considérées comme des doses **SUPPLÉMENTAIRES** qui complètent celles administrées dans le cadre des vaccinations systématiques ; elles **NE LES REMPLACENT PAS**.

La planification et l'exécution des JNV en font une manifestation majeure de santé publique qui fait l'objet d'une publicité soutenue et met en jeu un grand nombre de participants des secteurs public et privé. La logistique, la coordination et la mobilisation sociale qu'elles imposent doivent être **soigneusement planifiées longtemps à l'avance pour garantir une excellente réalisation**.

<p><b>Le premier objectif des JNV est l'éradication du poliovirus.</b></p>
--

En administrant du VPO *simultanément à tous les enfants pendant un bref laps de temps dans un secteur géographique étendu*, on interrompt la transmission du poliovirus. Pour que les JNV soient efficaces, il faut qu'elles permettent d'obtenir un taux très élevé de couverture par le VPO. Il importe donc de déployer des efforts particuliers pour atteindre les enfants qui passent souvent entre les mailles du programme de vaccination systématique. Pour les enfants déjà vaccinés, les JNV renforcent l'immunité tant sérique qu'intestinale vis-à-vis du poliovirus.

Dans les pays ayant déjà l'expérience de l'organisation de JNV uniquement consacrées au VPO, on pourra proposer des vaccins additionnels ou de la vitamine A. Il sera également possible de mettre en oeuvre à cette occasion une stratégie d'orientation-recours : les femmes et les enfants feront l'objet d'un dépistage lors de la deuxième série de JNV et ceux réunissant les conditions voulues pour recevoir d'autres antigènes seront adressés à un centre de santé local.

Toutefois, le fait de proposer des vaccins additionnels ou de mettre en oeuvre une stratégie d'orientation-recours pendant les JNV ne doit pas compromettre leur objectif premier, à savoir l'éradication de la poliomyélite. (Pour une discussion plus détaillée sur le sujet, voir l'annexe 13).

---

## Quand organise-t-on des JNV ?

Bien que des cas de poliomyélite puissent survenir tout au long de l'année, on observe généralement une haute saison pendant laquelle ils sont plus fréquents et une basse saison où ils sont plus rares. La haute saison de forte propagation coïncide généralement avec la saison des pluies sous les climats tropicaux et avec l'été et le début de l'automne dans les zones tempérées.

**Les JNV ont lieu pendant la saison de *moindre* transmission du poliovirus.**

La plupart des pays organisent des JNV une fois par an pendant au moins trois années et jusqu'à ce que la poliomyélite ne se propage plus qu'en foyers ; ils conçoivent alors les opérations de «vaccination de ratissage».

## Qu'est-ce qui rend les JNV plus efficaces ?

**Les JNV les plus efficaces sont lorsque :**

- *les enfants présentant un risque élevé d'infection par le poliovirus et/ou qui ont échappé au programme de vaccination systématique reçoivent une dose supplémentaire de VPO lors de chaque série*
- *un taux très élevé de couverture est réalisé à l'occasion de chacune des deux séries*
- *le VPO est administré au cours d'un bref laps de temps (quelques jours)*
  - *les Journées ont lieu durant la saison de faible transmission du poliovirus*
  - *elles englobent une zone géographique aussi étendue que possible.*

## Quels sont les autres avantages apportés par les JNV ?

Elles sensibilisent mieux la communauté et augmentent ses connaissances sur les vaccinations et la santé en général.

Au cours des JNV, les enfants et les femmes qui satisfont aux critères d'éligibilité peuvent être adressés aux services de vaccination de routine.

Les JNV bénéficient souvent du concours des responsables communautaires et nationaux ; elles servent ainsi de précédent à leur collaboration active à d'autres initiatives importantes en faveur de la santé.

Au cours des JNV, les professionnels de la santé bénéficient souvent d'une formation et d'une supervision supplémentaires, susceptibles d'accroître leurs motivations et leurs compétences.

Les JNV renforcent fréquemment la gestion de la chaîne du froid.

---

### **Ce chapitre du guide présente :**

- les quinze clés du succès des JNV
- l'indication des erreurs les plus fréquemment commises lors de la planification ou de la réalisation des JNV
- un modèle de calendrier des activités nécessaires pour réaliser des JNV
- un chronogramme type des activités requises pour une planification optimale des JNV

### **Les annexes suivantes fournissent des informations supplémentaires pour la planification des JNV :**

- Annexe 14. Logistique et chaîne du froid
- Annexe 15. Etablissement d'un budget pour les JNV
- Annexe 16. Stratégies applicables aux populations à haut risque, difficiles d'accès ou clairsemées («populations spéciales»)
- Annexe 17. Monitoring et supervision
- Annexe 18. Mobilisation sociale
- Annexe 19. Modèle de guide des JNV à l'attention des districts et des postes de vaccination
- Annexe 20. Sécurité des vaccins.



## Quinze clés pour planifier des JNV réussies

### **1. Assurer l'engagement et le consensus à un niveau élevé**

- de la part des administrations nationales et des principaux organismes partenaires
- engagement à l'égard de la tenue des JNV et consensus sur leurs modalités
- créer ou vérifier l'existence d'un comité de coordination inter-institutions (CCI).

### **2. Assurer une direction forte**

Le coordonnateur des JNV devra :

- posséder d'excellentes compétences en matière de «direction» et de gestion
- recevoir les pouvoirs nécessaires pour planifier et réaliser les JNV
- travailler en coopération étroite avec le responsable national du PEV afin de garantir la cohérence des politiques et l'amélioration du programme de vaccination systématique.

### **3. S'assurer des ressources financières adéquates**

- préparer et soumettre un budget réaliste aux autorités nationales et aux organismes partenaires appropriés
- y inclure les vaccins, le matériel et les équipements, les transports, la formation, la mobilisation sociale, le personnel (indemnités journalières de subsistance), l'administration et la communication
- vérifier que la méthode pour obtenir des fonds est appropriée et que les délais nécessaires sont acceptables.

### **4. Planifier à l'avance**

- réduire au minimum la panique de dernière minute !
- choisir des dates appropriées :
  - pendant la saison de moindre transmission du poliovirus
  - en évitant les autres grandes manifestations qui détourneraient l'attention des JNV (sauf si leur simultanéité est de nature à accroître le succès de celles-ci)
- organiser une réunion du CCI.

### **5. Impliquer d'autres secteurs**

- faire intervenir dès le début d'autres administrations de l'Etat, le secteur privé, des organisations non gouvernementales (ONG), le secteur confessionnel, les écoles et les communautés
- reconnaître pleinement leur rôle avant, pendant et après les JNV !
- cette participation différera suivant les pays, mais pourra comprendre :
  - la fourniture de glacières, de bouteilles «thermos» ou d'espace dans des réfrigérateurs et des congélateurs
  - la préparation de repas pour les volontaires
  - la confection d'affiches et de banderoles
  - les visites porte à porte pour la mobilisation sociale
  - la mise à disposition de moyens de transport (Note : le MSP en possède rarement assez pour les JNV).

#### **6. Estimer correctement et caractériser la population cible**

- effectuer des calculs normalisés et cohérents à tous les niveaux pour déterminer les populations cible et les besoins en vaccins
- c'est au niveau central qu'il appartiendra de retenir la formule et le recensement dont seront issues les données à utiliser
- toujours surestimer les besoins plutôt que de les sous-estimer
- repérez les «populations spéciales» (à haut risque ou d'accès difficile)
- utilisez des cartes (pour visualiser les distances et l'emplacement des postes de santé, les populations spéciales, les trajets et les points de stockage).

#### **7. Créer une structure et désigner les responsables**

- chaque niveau administratif devra disposer d'un coordonateur des JNV, d'un comité pour la logistique et d'un comité de mobilisation sociale
- l'établissement d'une structure permettra de créer un «effet de cascade» pour les communications, la planification, la distribution des approvisionnements, la formation, la supervision et la mobilisation sociale.

#### **8. Etablir un calendrier normalisé (qui, quoi, quand, où)**

- ce calendrier doit être établi par le niveau central
- un calendrier normalisé permet une planification systématique et complète à tous les niveaux
- le niveau périphérique peut le compléter pour les préparatifs et les activités à l'échelon local.

#### **9. S'assurer de la qualité de la logistique**

- une bonne logistique est l'une des deux pierres angulaires du succès des JNV
  - Objectif : Pour chaque série, chaque poste ou équipe devra disposer d'au moins : trois à quatre agents
  - un récipient à vaccins (bouteille «thermos» ou boîte isotherme)
  - 1 kilogramme de glace ou quatre accumulateurs de froid congelés par jour
  - de six à huit flacons de 20 doses de VPO pour 100 enfants
  - trois feuilles de pointage pour les vaccinations
  - une banderole pour marquer le lieu du poste de vaccination
  - des affiches ou des brochures indiquant la date de la série suivante
- suivre le calendrier normalisé
- remplir à chaque niveau la liste des tâches et les formulaires logistiques
- effectuer des calculs simples et cohérents à chaque échelon
- veiller à la disponibilité d'espace de réfrigération suffisant à tous les niveaux et particulièrement dans les provinces et les districts
- préparer un plan de distribution
- repérer et aviser les fabricants de glace à l'avance
- utiliser des cartes
- prévoir suffisamment de moyens de transport pour la planification, le transport des approvisionnements, les stratégies spéciales et la supervision. On pensera notamment aux autres ministères, au secteur privé, aux ONG, à l'armée
- étudier une logistique différente suivant qu'il s'agit de zones urbaines ou rurales.

### **10. Garantir une bonne mobilisation sociale**

- une mobilisation sociale adéquate est l'une des deux pierres angulaires du succès des JNV
- demander d'abord les conseils de ceux possédant une expérience en la matière (par exemple l'UNICEF, les Rotary Clubs)
- élaborer un plan de mobilisation sociale
- mettre au point des messages clés simples
- BIEN planifier la cérémonie inaugurale (en présence de hautes personnalités officielles et de représentants des médias)
- solliciter à l'avance la participation de personnalités connues afin de vous assurer de leur disponibilité
- au cours des JNV assurer une rétro-information régulière à la presse dont le rôle consiste à mobiliser la population et à motiver les professionnels de santé et les volontaires
- préparer des outils (par exemple des banderoles, des affiches, des brochures, des T-shirts et des lettres des établissements scolaires aux parents)
- mettre au point des messages pour les médias et la presse
- préparer un guide à l'intention des médias
- coordonner les comités de mobilisation sociale à différents niveaux (qui est responsable de quoi ?)
- penser à inclure les moyens de mobilisation sociale dans le plan de distribution
- réaliser des activités locales de mobilisation sociale (autrement dit, le niveau local ne devra pas se reposer uniquement sur le niveau national pour la mobilisation sociale)
- concentrer davantage la mobilisation sociale dans les agglomérations urbaines, car les populations urbaines sont plus difficiles à motiver pour participer aux actions de vaccination.

### **11. Si d'autres antigènes sont prévus, il faudra :**

- des principes similaires de planification et, en plus :
- une mobilisation sociale accrue (groupes cibles différents)
- davantage de formation et de supervision
  - une logistique plus importante pour :
  - obtenir et distribuer suffisamment de vaccins
  - attribuer davantage d'espaces de réfrigération à tous les niveaux
  - obtenir et distribuer suffisamment de seringues et d'aiguilles jetables
  - s'assurer que les injections seront réalisées SANS RISQUE (formation et supervision)
  - veiller à l'élimination SANS RISQUE, par combustion, des seringues et des aiguilles.

### **12. Déployer des efforts particuliers pour les «populations spéciales»**

- identifier les populations spéciales (à haut risque ou difficiles d'accès)
- éviter la stigmatisation
- désigner, à chaque niveau, une personne ou un sous-comité responsables des stratégies «spéciales»
- planifier la mise en oeuvre des stratégies spéciales plusieurs jours avant les JNV ou les poursuivre pendant plusieurs jours après celles-ci
- dans le cas des populations éloignées et difficiles d'accès, saisir cette occasion pour administrer d'autres antigènes.

### **13. Réaliser la supervision à chaque niveau (en cascade)**

- les superviseurs doivent comprendre le processus de planification et y être impliquées
- les bons superviseurs sont ceux qui recherchent, identifient et résolvent les problèmes
- les bons superviseurs sont fiables. Ils tiennent leurs promesses !
- durant leur visite, les superviseurs doivent :
  - utiliser une fiche de supervision par pointage
  - disposer de stocks supplémentaires
  - vérifier les listes des tâches et les formulaires logistiques
  - motiver et encourager
- concentrer les activités de supervision sur les meilleurs éléments dans les zones prioritaires et à problèmes
- deux à cinq jours avant les JNV, les superviseurs devraient faire du porte à porte, par exemple en visitant un foyer sur cinq dans les zones à haut risque pour apprécier la mobilisation sociale, c'est-à-dire se renseigner pour savoir si les gens ont entendu parler des JNV, s'ils savent où et quand elles se déroulent. Au besoin, ils prendront des mesures correctrices
- assurer une supervision permanente pendant les JNV.

### **14. Veiller à l'efficacité et à la qualité des services dans les postes de vaccination**

- réaliser une formation en «cascade» sur la manière de planifier et de gérer un poste de vaccination
- établir un guide simple des JNV à l'intention des districts et des postes de vaccination
- prévoir des incitations pour les clients et les travailleurs (par exemple, des repas pour les agents et des ballons pour les enfants)
- faire preuve de dynamisme pendant les JNV ! Faire appel à des volontaires locaux, aux parents et aux enfants pour rechercher les enfants justiciables d'une vaccination
- éviter les longues files d'attente :
  - moins de 250 enfants par poste de vaccination
  - une répartition appropriée des postes de vaccination
  - une désignation claire des responsables
  - suffisamment de volontaires pour commencer à vacciner DE BONNE HEURE et éviter ainsi la cohue
  - suffisamment de place
  - un bon contrôle des foules
  - un choix désigné de l'entrée et de la sortie et circulation à sens unique
  - la vaccination suivant le principe «premier arrivé - premier servi»
  - une seule file d'attente pour tous les services
  - une feuille de pointage très simple (ne pas enregistrer le nom et les caractéristiques de chaque enfant).

---

### ***15. Prévoir l'évaluation et l'utilisation des résultats pour les JNV à venir***

- à l'issue des JNV, utiliser des résumés des feuilles de pointage pour évaluer la couverture et les pertes dans l'ensemble des districts, des provinces ainsi qu'au niveau central
- organiser des rencontres à tous les échelons en vue d'une évaluation qualitative des JNV et afin d'en tirer des enseignements
- calculer ou estimer les coûts à chaque niveau
- améliorer la surveillance de la PFA pour mesurer l'impact des JNV.

### **Principales erreurs et difficultés associées aux JNV**

- préparatifs entamés et vaccins commandés trop tard
- désignation peu claire des responsables
- sensibilisation (mobilisation sociale) insuffisante aux JNV
- carences dans l'approvisionnement des équipes des postes de vaccination
- moyens de transports insuffisants
- participation inadéquate des autres secteurs
- longues files d'attente aux postes de vaccination
- enregistrement de données trop nombreuses pour chaque enfant
- postes de vaccination ouverts trop tard, fermés trop tôt et ne restant pas ouverts aux heures de déjeuner pour permettre l'accès des parents qui travaillent (particulièrement dans les zones urbaines et périurbaines)
- rétro-information insuffisante aux niveaux périphériques sur les succès des JNV précédentes
- les séries à venir de JNV deviennent «trop routinières».

**Tableau 2 : Calendrier suggéré pour l'organisation des JNV**

<b>Quand</b>	<b>Activité</b>	<b>Personne ou comité responsables</b>
Au moins 8 mois avant les JNV	Obtenir l'engagement à un haut niveau	MSP / responsable du PEV
	Choisir les dates	MSP / responsable du PEV
	Définir et calculer la population cible	MSP / responsable du PEV
	Calculer les besoins nationaux en vaccins pour les JNV	MSP / responsable du PEV
	Etablir un budget préliminaire	MSP / responsable du PEV
	Nommer un coordonnateur national des JNV	MSP / responsable du PEV
8 mois avant les JNV	Créer au niveau national, un comité de coordination, un comité de mobilisation sociale et un comité scientifique	Coordonnateur national des JNV
	Expédier le calendrier des tâches et activités	Coordonnateur national des JNV
	Préparer des formulaires logistiques (grilles) pour chaque niveau	Comité national de coordination des JNV
	Etablir pour chaque niveau une liste des tâches	Comité national de coordination des JNV
7 mois avant les JNV	Rencontrer les responsables de la santé publique des provinces	Comité national de coordination des JNV
	Créer au niveau des provinces un comité de coordination et un comité de mobilisation sociale	Coordonnateur provincial des JNV
	Préparer une réunion avec les fonctionnaires de la santé publique des districts	Comité provincial de coordination des JNV
	Elaborer un plan de mobilisation sociale	Comité national de mobilisation sociale
6 mois avant les JNV	Commander les vaccins	Coordonnateur national des JNV
	Rencontrer les responsables de la santé publique des districts	Comités provinciaux de coordination et de mobilisation sociale
	Créer au niveau des districts un comité de coordination et un comité de mobilisation sociale de district	Coordonnateur des JNV pour le district
	Commencer à remplir les formulaires logistiques	Comités de coordination nationale, provinciaux et de district
	Etablir et mettre à l'essai sur le terrain un guide des JNV	Comité national de coordination
	Calculer les montants et les coûts du matériel promotionnel à l'aide de tableaux	Comité national de mobilisation sociale
5 mois avant les JNV	Rencontrer le coordonnateur des JNV dans les districts pour remplir le formulaire logistique	Comité provincial de coordination
	Recalculer le budget de manière plus précise	Coordonnateur national des JNV
	Faire imprimer le guide des JNV	Comité national de coordination
	Etablir un guide à l'intention des médias	Comité national de mobilisation sociale

**Tableau 2 : Calendrier suggéré pour l'organisation des JNV (suite)**

<b>Quand</b>	<b>Activité</b>	<b>Personne ou comité responsables</b>
4 mois avant les JNV	Distribuer le guide des JNV dans les provinces	Comité national de coordination
	Distribuer le guide des JNV dans les districts	Comité provincial de coordination
	Imprimer le guide à l'intention des médias	Comité national de mobilisation sociale
	Préparer les matériels de mobilisation	Comités national et provinciaux de mobilisation sociale
	Confirmer la participation des responsables de l'Etat et autres personnalités publiques	Comité national de mobilisation sociale
3 mois avant les JNV	Etablir et imprimer une fiche de supervision par pointage à l'intention des superviseurs	Comité national de coordination
	Etablir et imprimer les feuilles de pointage	Comité national de coordination
	Rencontrer les coordonnateurs des postes de vaccination/distribuer le guide des JNV	Coordonnateur des JNV dans le district
	Définir des stratégies applicables aux populations clairsemées et spéciales	Comité de coordination et comité de mobilisation sociale au niveau du district
	Préparer d'une formation sur la gestion des postes de vaccination	Comité national de coordination
	Distribuer le guide à l'intention des médias	Comité national de mobilisation sociale
	Préparer les annonces destinées à la radio et à la télévision, et des articles de presse	Comité national de mobilisation sociale
	Préparer des bannières pour les postes de vaccination et les rues	Décisions à prendre par les comités de mobilisation sociale
	Planifier l'évaluation et la surveillance des JNV	Comité national de coordination
8 semaines avant les JNV	Créer le comité communautaire des JNV	Coordonnateur du poste de vaccination
	Assurer la formation au niveau des provinces	Comité national de coordination
	Terminer les stratégies applicables aux populations clairsemées et spéciales	Comité de coordination et comité de mobilisation sociale au niveau du district
7 semaines avant les JNV	Préparer la formation au niveau des districts	Personnes ayant reçu une formation au niveau des provinces
	Préparer la cérémonie inaugurale	Comité national de mobilisation sociale
6 semaines avant les JNV	Effectuer la formation au niveau des districts	Personnes ayant reçu une formation au niveau des provinces
	Vérifier la disponibilité des moyens de transport	Comités de coordination national, provinciaux et de district
	Terminer de compléter les formulaires logistiques à tous les niveaux	Comités de coordination national, provinciaux et de district
5 semaines avant les JNV	Effectuer des visites de supervision dans les provinces	Comité national de coordination
	Inviter les coordonnateurs des postes de vaccination à une session de formation	Comité de coordination de district

**Tableau 2 : Calendrier suggéré pour l'organisation des JNV (suite)**

Quand	Activité	Personne ou comité responsables
4 semaines avant les JNV	Former les coordonnateurs des postes de vaccination	Personnes ayant reçu une formation au niveau du district
	Transférer les vaccins du niveau central vers les provinces	Comités national ou provinciaux de coordination
	Vérifier que toutes les annonces à diffuser par les médias sont prêtes	Comité national de la mobilisation sociale
3 semaines avant les JNV	Effectuer des visites de supervision dans certaines provinces	Comité national de coordination
	Former les volontaires et rencontrer le Comité communautaire des JNV	Coordonnateurs des postes de vaccination
	Effectuer des visites de supervision dans tous les districts	Comité provincial de coordination
	Confirmer les préparatifs pour la cérémonie inaugurale	Comité national de mobilisation sociale
2 semaines avant les JNV	Transférer les vaccins des provinces aux districts	Comité de coordination provincial ou de district
	Effectuer des visites de supervision à tous les coordonnateurs des postes de vaccination	Comité de coordination de district
	Lancer l'application des stratégies d'exécution pour les populations spéciales	Comité de coordination et comité de mobilisation sociale au niveau du district
	Préparer les matériels pour les postes de vaccination	Comité communautaire pour les JNV
	Commencer la mobilisation sociale locale	Comité communautaire pour les JNV et volontaires
	Lancer les annonces dans la presse, à la radio et à la télévision	Comité national de mobilisation sociale
1 semaine avant les JNV	Effectuer des visites de supervision dans certains districts	Comité provincial de coordination
	Effectuer des visites de supervision à certains coordonnateurs de postes de vaccination	Comité de coordination de district
	Intensifier les activités de mobilisation sociale Mener un contrôle ponctuel préalable aux JNV	Comités de mobilisation sociale, à tous les niveaux
	Commander la glace	Comités de mobilisation sociale, national, de province et de district
1 à 2 jours avant les JNV	Acheter la glace ou mettre au congélateur les accumulateurs de froid	Comité communautaire pour les JNV
	Transférer les vaccins des districts aux postes ou aux équipes de vaccination	Comité communautaire pour les JNV
	Préparer les postes de vaccination	Comité communautaire pour les JNV
	Résoudre les éventuels problèmes de dernière minute	Comités de coordination à tous les niveaux
	Mettre la dernière main aux préparatifs de la cérémonie inaugurale	Comité national de mobilisation sociale



**Tableau 2 : Calendrier suggéré pour l'organisation des JNV (suite)**

Quand	Activité	Personne ou comité responsables
JNV II	Mener à bien la cérémonie d'ouverture	Comité national de mobilisation sociale
	Commencer à vacciner	Coordonnateur des postes et volontaires
	Effectuer des visites porte à porte pour mobiliser la population	Volontaires locaux
	S'assurer la participation des parents et des enfants	Parents et enfants présents aux JNV
	Donner effet aux stratégies prévues pour les populations clairsemées et spéciales	Comité de coordination et comité de mobilisation sociale au niveau du district
	Effectuer le calcul à mi-journée et réagir en conséquence	Coordonnateurs pour les JNV dans les postes de vaccination, les districts, les provinces et au niveau national
	Superviser et aider les postes de vaccination	Membres des comités pour les JNV à tous les niveaux, personnalités importantes, célébrités
Le lendemain des JNV	Rencontrer tous les coordonnateurs de postes de vaccination	Coordonnateur de district
	Renvoyer au district les feuilles de pointage remplies et les approvisionnements restants	Coordonnateur des postes de vaccination
	Nettoyer le site du poste de vaccination	Volontaires des postes de vaccination
Première semaine après les JNV	Aviser les centres de santé du nombre des personnes qui leur sont adressées	Coordonnateur des postes de vaccination
	Calculer la couverture vaccinale et les pertes, par district	Coordonnateur de district
	Envoyer les résultats aux responsables à l'échelon provincial	Coordonnateur de district
	Organiser des réunions avec tous les coordonnateurs de district pour les JNV	Coordonnateur provincial
	Calculer la couverture vaccinale et les pertes, par province	Coordonnateur provincial
	Commencer à préparer la deuxième série de JNV	Tous niveaux, tous comités
Deuxième semaine suivant les JNV	Soumettre les résultats au niveau central	Coordonnateur provincial
	Organiser des réunions avec tous les coordonnateurs de province pour les JNV	Coordonnateur national
	Calculer la couverture nationale et les pertes en vaccins	Coordonnateur national
Mois suivant les JNV	Répondre à tous les rapports et à toutes les questions concernant des événements indésirables	Coordonnateurs des JNV à tous les niveaux
	Calculer les coûts	Coordonnateur national
	Eventuellement, effectuer une enquête de couverture vaccinale	Comité national de coordination des JNV

---

## **Calendrier indicatif des opérations à effectuer pour assurer une bonne préparation et un bon déroulement des JNV**

On trouvera ci-après une série d'indications concernant la chronologie des opérations à effectuer pour assurer une bonne planification et un bon déroulement des JNV. Ce scénario devra être adapté à la situation de chaque pays pour tenir compte des conditions locales.

### ***Faire une première expérience à petite échelle***

Dans les pays où l'infrastructure est peu développée et où l'on n'a pas l'habitude des campagnes de vaccination de masse, on peut commencer par organiser une journée de vaccination pilote ou des journées régionales de vaccination avant de se lancer dans l'organisation de JNV. L'activité pilote devrait avoir lieu à la fois en milieu rural et en milieu urbain pour acquérir une expérience dans ces deux contextes.

### ***Au moins huit mois avant les JNV***

#### **1. Obtenir un engagement au niveau national**

Le MSP devrait obtenir des pouvoirs publics et des autres grandes organisations partenaires un engagement sûr comme quoi ils participeront aux JNV et y apporteront leur soutien.

#### **2. Fixer des dates**

Le responsable du PEV devrait fixer les dates des JNV au moins huit mois à l'avance pour pouvoir bien planifier leur logistique et avoir le temps de se procurer les vaccins.

Se souvenir que les JNV se composent de deux tournées de vaccination successives, espacées de quatre à six semaines qui doivent avoir lieu pendant la saison où la transmission du poliovirus est à son niveau le plus bas. Les JNV ne devraient pas coïncider avec d'autres événements religieux, politiques, sportifs ou culturels majeurs, à moins que cela n'apparaisse comme un avantage pour accroître la participation du public. Elles devraient être organisées le jour de la semaine le plus commode pour la population (par exemple le jour de marché, le dimanche après la messe ou le vendredi avant ou après la prière à la mosquée) et le jour où les volontaires sont les plus disponibles.

#### **3. Définir et calculer la population cible**

Dans la plupart des pays, la population cible pour les JNV est constituée par les enfants de moins de cinq ans. On trouvera à l'annexe 14a des explications détaillées sur la manière de calculer cette population cible. On utilise le plus souvent l'une des deux formules suivantes :

##### **Formule 1 :**

population cible = population totale de la circonscription administrative x pourcentage dans la tranche d'âge ciblée

##### **Formule 2 :**

population cible des moins de cinq ans = nombre de naissances vivantes dans la population x 5

#### **4. Calculer les besoins en vaccins**

Le responsable du PEV devrait calculer le nombre de doses de VPO nécessaires pour organiser deux tournées de vaccination successives. L'annexe 14b donne des explications détaillées sur la manière de calculer les besoins en vaccins. Les vaccins destinés aux JNV devraient être commandés aussi longtemps à l'avance que possible.

Pour pouvoir commander les vaccins suffisamment à l'avance, il faut généralement commencer par faire une estimation des besoins à partir du niveau central et pour l'ensemble du pays. Plus tard, lorsque les provinces et les districts ont évalué leurs propres besoins en se servant des

tableaux figurant aux annexes 14p et 14q, on peut refaire des calculs dans l'autre sens, c'est-à-dire en partant de la périphérie et en additionnant les résultats parvenus au niveau central.

**Formule :**

Doses nécessaires = population cible x coefficient de perte x 2 tournées

**5. Etablir un budget préliminaire**

Le responsable du PEV devrait établir un budget préliminaire comprenant les rubriques suivantes :

- vaccin
- matériel et fournitures
- transport (véhicules, carburant, conducteurs)
- formation
- mobilisation sociale
- personnel
- administration

**Le responsable du PEV devrait s'assurer que l'on dispose de ressources suffisantes pour les JNV, en vérifiant la source des fonds, et en tenant compte des procédures et des délais nécessaires pour se les procurer.**

Un budget plus précis devrait être établi cinq mois avant les JNV, lorsqu'on dispose d'informations plus précises.

**6. Nommer un coordonnateur national pour les JNV**

La personne chargée de la coordination des JNV au niveau national devrait occuper un poste élevé au MSP, avoir une expérience du PEV et avoir de bonnes aptitudes à la direction et à la gestion. Le coordonnateur des JNV devrait disposer d'une autorité suffisante pour pouvoir planifier et conduire efficacement les JNV. Parfois, le coordonnateur national choisi est le responsable national du PEV. Si tel n'est pas le cas, le coordonnateur national devrait collaborer étroitement avec le responsable du PEV de manière que les JNV viennent renforcer les programmes de vaccination de routine.

***Huit mois avant les JNV***

**1. Créer trois comités**

Le coordonnateur national des JNV devrait créer trois comités d'environ six personnes chacun, à savoir un comité national de coordination, un comité national de mobilisation sociale et un comité scientifique.

***Responsabilités du comité national de coordination :***

- administration des JNV - c'est-à-dire gestion des fonds, du personnel et des moyens de communication
- logistique
- supervision
- formation.

---

**Responsabilités du comité national de mobilisation sociale :**

- mobilisation des dirigeants, des célébrités, des donateurs et de l'industrie privée en faveur des JNV
- mobilisation des communautés pour les faire participer à la planification et au déroulement des JNV
- promotion des JNV avec l'aide des médias
- mise au point et diffusion de matériels promotionnels
- préparation de la cérémonie d'ouverture.

**Responsabilités du comité scientifique :**

- vérification du contenu technique de tout le matériel utilisé pour les activités de mobilisation sociale, la formation et la communication avec les médias
- support technique pour l'organisation des JNV.

**2. Etablir et afficher le calendrier des tâches et activités**

Le calendrier des tâches et activités à accomplir pour préparer les JNV et en assurer le bon déroulement devrait être affiché à un endroit bien visible dans les bureaux de toutes les personnes intéressées à un niveau ou à un autre par la planification et l'organisation de ces Journées.

Ce calendrier devrait indiquer :

- les activités ou les tâches spécifiques à accomplir
- la date à laquelle l'activité/la tâche devrait être achevée
- la personne ou le comité responsable de cette tâche ou de cette activité.

Des modifications et des précisions devraient pouvoir être apportées à ce calendrier par le personnel concerné à chaque niveau.

**3. Préparer des fiches logistiques**

Le comité national de coordination devrait préparer des fiches logistiques sous forme de tableaux pour le niveau central, celui des provinces et le niveau des districts. On trouvera aux annexes 14o à 14q des modèles de fiches logistiques.

**4. Dresser des listes de tâches**

Le comité national de coordination devrait établir quatre listes de tâches à accomplir au niveau central, au niveau provincial, au niveau du district et au niveau du poste de vaccination. On trouvera aux annexes 17a à 17d des listes types de tâches.

***Sept mois avant les JNV*****1. Rencontrer les responsables provinciaux de la santé**

Le comité national de coordination devrait tenir une réunion avec les responsables provinciaux de la santé au niveau des provinces pour :

- expliquer les objectifs des JNV
- nommer un coordonnateur provincial des JNV dans chaque province et définir ses responsabilités

- expliquer qu'un comité de coordination et un comité de mobilisation sociale devraient être établis au niveau de chaque province et définir leurs responsabilités
- distribuer et expliquer le calendrier des tâches et activités (le coordonnateur des JNV au niveau de la province devrait afficher ce calendrier de manière bien visible sur les murs de son bureau)
- distribuer une fiche logistique (annexe 14p) à tous les fonctionnaires intéressés au niveau de la province, en leur expliquant comment la compléter
- distribuer un nombre suffisant de fiches logistiques pour chaque district (annexe 14q).

## **2. Préparer une réunion avec les responsables de la santé au niveau du district**

Le comité provincial de coordination devrait organiser une réunion avec les responsables de la santé au niveau des districts, en les informant longtemps à l'avance de la date de cette réunion et en leur demandant d'apporter les informations suivantes :

- une liste des communautés (communes, circonscriptions électorales, cantons, etc.)
- les chiffres du recensement le plus récent et le plus fiable effectué au niveau le plus périphérique (communauté ou commune)
- une carte de leur district
- un inventaire (quantités, type, localisation et état de marche) des équipements de la chaîne du froid existant dans leur district (réfrigérateurs, glacières et porte-vaccins).

Le coordonnateur provincial des JNV devrait amener à la réunion :

- la fiche logistique pour la province
- des fiches logistiques pour les districts (au moins une pour chaque district)
- les listes des tâches à accomplir par district (au moins une pour chaque district)
- les chiffres du dernier recensement en conservant les données périphériques
- une carte de la province ou de l'État.

## **3. Elaborer un plan de mobilisation sociale**

Le comité national de mobilisation sociale devrait élaborer un plan général de mobilisation sociale. On trouvera à l'annexe 18 des principes directeurs à ce sujet.

### **Conduite à tenir pour le comité national de mobilisation sociale**

- **Demander conseil :** Pour élaborer ce plan, le comité national de mobilisation sociale devrait commencer par demander conseil aux organismes ayant une expérience de la mobilisation sociale tels que l'UNICEF ou le Rotary Club, et consulter les principaux responsables des médias.
- **S'y prendre à l'avance :** Des contacts devraient être pris longtemps à l'avance avec les chefs d'État ou les autres personnalités importantes que l'on souhaite faire participer aux JNV pour s'assurer que ces personnes seront disponibles.

---

## ***Six mois avant les JNV***

### **1. Commander les vaccins**

Commander les vaccins en fonction des besoins estimés ou s'assurer qu'ils ont déjà été commandés.

### **2. Rencontrer les responsables de la santé au niveau du district**

Le coordonnateur provincial des JNV et un représentant du comité national de coordination et du comité national de mobilisation sociale devraient organiser une réunion avec tous les responsables de la santé au niveau du district pour :

- leur expliquer l'objectif des JNV
- désigner des coordonnateurs des JNV au niveau des districts et définir leurs responsabilités
- expliquer qu'un comité de coordination et un comité de mobilisation sociale avec des responsabilités clairement définies doivent être établis dans chaque district (en fonction de la politique nationale et des réalités locales, un seul comité de district peut réunir les deux fonctions)
- distribuer et expliquer le calendrier des opérations. Le coordonnateur des JNV au niveau de chaque district devrait afficher un calendrier grand format des opérations de manière bien visible sur les murs de son bureau
- distribuer des fiches logistiques pour les districts et expliquer la manière de les compléter (annexe 14q). Compléter autant que possible les fiches logistiques pour le district et la province au cours de la réunion, notamment en ce qui concerne :
  - les populations cibles
  - les doses de VPO nécessaires
  - le nombre de postes de vaccination
  - les besoins en matière de chaîne du froid
  - la quantité de glace ou le nombre d'accumulateurs de froid congelés nécessaires.

#### **Important :**

- Les méthodes de calcul doivent être simples.
- Les calculs effectués au niveau central et au niveau du district et de la province doivent coïncider. La méthode choisie pour calculer la population cible devra donc être celle officiellement préconisée à l'échelon national pour *tous* les niveaux administratifs.
- Toujours surestimer la population cible plutôt que le contraire.

### **3. Mettre au point un guide des JNV**

Le comité national de coordination devrait élaborer un guide simple pour les JNV, utilisable par les responsables de la santé au niveau du district et les coordonnateurs des postes de vaccination. Voir à l'annexe 19 un modèle de guide des JNV pouvant être adapté à chaque pays.

- Le guide des JNV devrait comporter les rubriques suivantes :
- but des JNV
- calendrier d'activités pour planifier et mener à bien des JNV
- choix des dates et du lieu
- comment calculer la population cible

- comment calculer les quantités de vaccins nécessaires
- comment définir une stratégie, y compris les activités à mener pour certains groupes particuliers de population
- comment calculer le nombre de postes de vaccination
- directives pour la mobilisation sociale
- messages clés
- activités locales de mobilisation sociale
- formation à la préparation et à la gestion d'un poste de vaccination
- rôle du coordonnateur
- rôle des agents chargés du tri
- rôle des vaccinateurs
- rôle des agents chargés du pointage
- schéma d'un poste de vaccination efficace
- caractéristiques d'un poste de vaccination efficace
- autres informations pertinentes
- feuilles de pointage
- formulaires d'orientation-recours (si cette stratégie est adoptée).

#### **4. Calculer les quantités et le coût du matériel nécessaire pour la mobilisation sociale**

Le comité national de mobilisation sociale devrait déterminer les types et les quantités de matériel publicitaire à mettre au point pour les JNV (par exemple banderoles, affiches, brochures, T-shirts, etc.) et vérifier les prix de production pour les quantités envisagées. On peut se référer au tableau de l'annexe 18a pour calculer les quantités et le coût du matériel promotionnel. Le coût de certaines activités spéciales de mobilisation telles que la cérémonie d'ouverture devrait également être évalué. Ces prix de revient devraient ensuite être incorporés dans le budget plus précis établi le mois suivant.

#### ***Cinq mois avant les JNV***

##### **1. Rencontrer à nouveau les coordonnateurs des JNV au niveau du district**

Les membres du comité provincial de coordination devraient rencontrer à nouveau les coordonnateurs des JNV au niveau du district pour compléter les fiches logistiques provinciales et de district et s'assurer que les calculs effectués à chacun de ces niveaux coïncident. Les données peuvent alors être transmises au niveau central pour la compilation finale des fiches logistiques.

##### **2. Recalculer un budget plus précis**

Le coordonnateur national des JNV devrait recalculer le budget de manière plus précise sur les bases des calculs et des estimations de coût plus détaillées qui ont été effectuées. On trouvera à l'annexe 15 des principes directeurs pour le calcul du budget.

Vérifier à nouveau que les ressources sont suffisantes, recontrôler les sources et les délais requis pour se les procurer. Informer les autorités et les services comptables des dates exactes auxquelles on aura besoin de telle ou telle somme d'argent.

##### **3. Imprimer le guide des JNV**

Le comité national de coordination devrait envoyer le guide des JNV à l'impression.

---

#### **4. Mettre au point un guide à l'intention des médias**

Le comité national de mobilisation sociale devrait élaborer un guide simple ou une plaquette à l'intention des médias. Voir à l'annexe 18b la liste des rubriques à inclure dans ce guide. Le comité national de mobilisation sociale devrait aussi dresser une liste de l'ensemble des stations de radio, chaînes de télévision et journaux qui recevront un exemplaire du guide.

#### ***Quatre mois avant les JNV***

##### **1. Distribuer le guide des JNV**

Une fois le guide imprimé, le comité national de mobilisation sociale devrait en distribuer un nombre suffisant d'exemplaires pour toutes les provinces et tous les districts. Le comité provincial de mobilisation sociale devrait se charger à son tour de le distribuer aux coordonnateurs au niveau des districts (à raison de plusieurs guides par district et d'au moins un guide par coordonnateur chargé d'un poste de vaccination).

##### **2. Imprimer le guide à l'intention des médias**

Le comité national de mobilisation sociale devrait envoyer le guide destiné aux médias à l'impression.

##### **3. Préparer le matériel promotionnel**

Le comité national et les comités provinciaux de mobilisation sociale devraient concevoir des brochures, lettres circulaires, affiches et autres matériels promotionnels innovants en fonction du plan de mobilisation sociale. Ces documents devraient être envoyés à l'impression et tirés en quantités suffisantes pour faire face aux besoins (voir à l'annexe 18a le tableau concernant le matériel de mobilisation sociale). Les logos et dessins pour les autres matériels publicitaires ou d'incitation tels que les T-shirts, casquettes et ballons devraient être choisis et ces articles devraient être commandés.

##### **4. Confirmer la participation de personnalités importantes**

Le comité national de mobilisation sociale devrait confirmer la participation du chef de l'État et autres personnalités importantes aux JNV, en particulier pour la cérémonie d'ouverture.

#### ***Trois mois avant les JNV***

##### **1. Etablir et imprimer une fiche de supervision par pointage**

Le comité national de coordination devrait établir une fiche de supervision par pointage. On en trouvera un modèle à l'annexe 17e.

##### **2. Concevoir et faire imprimer les feuilles de pointage et les formulaires d'orientation-recours**

Le comité national de coordination devrait concevoir les feuilles de pointage (et éventuellement des formulaires d'orientation-recours, si une stratégie d'orientation-recours doit être appliquée) à l'usage des postes de vaccination. Voir à cet égard les formulaires figurant dans le modèle de guide des JNV à l'annexe 19.

**NB :** Etant donné que les doses administrées au cours des JNV sont considérées comme des doses supplémentaires, il n'est pas nécessaire de les consigner sur les carnets de vaccination.

##### **3. Rencontrer les coordonnateurs des postes de vaccination**

Le coordonnateur des JNV à l'échelon du district devrait désigner des coordonnateurs de postes de vaccination (un par poste) et organiser une réunion avec eux pour :

- expliquer tout ce qui concerne les objectifs des JNV, les dates, les groupes d'âge cibles et le nombre de postes de vaccination



- expliquer la nécessité d'établir un comité communautaire des JNV pour planifier la logistique et la mobilisation sociale
- distribuer et expliquer le calendrier des tâches et activités
- distribuer et expliquer le guide des JNV
- distribuer et expliquer la liste des tâches
- vérifier que tous les calculs concernant la population cible, le nombre et l'emplacement des postes de vaccination, les besoins en vaccins et les besoins en matière d'équipements de la chaîne du froid (notamment les quantités nécessaires de glace) sont exacts
- expliquer qu'il faut au moins un agent de santé qualifié et trois volontaires pour travailler aux postes de vaccinations avant et pendant les JNV (l'agent de santé qualifié et les volontaires doivent être recrutés localement)
- déterminer l'emplacement de chaque poste de vaccination et le marquer sur une carte du district (les postes de vaccination devraient être situés à un endroit bien visible avec un dégagement suffisant tout autour pour accueillir une foule de gens)
- évaluer les possibilités de participation communautaire, y compris pour :
  - faire de la propagande à domicile pour promouvoir les JNV
  - aller prendre livraison des vaccins au niveau du district
  - prêter des bouteilles thermos privées pour la conservation au froid des vaccins
  - préparer des repas pour les volontaires
  - confectionner des affiches et des banderoles
- identifier les problèmes susceptibles de se poser
- décider de la date, de l'heure et du lieu de la prochaine réunion.

#### **4. Définir des stratégies pour les populations clairsemées et pour certains groupes particuliers de population**

Les comités de coordination et de mobilisation sociale au niveau du district devraient définir des stratégies pour les zones où la population est dispersée, les communautés comptant moins de 200 enfants appartenant au groupe cible et les groupes de population à haut risque ou difficiles à atteindre. Ces populations sont considérées comme des populations «spéciales» ayant besoin de stratégies particulières avant et durant les JNV (voir l'annexe 16). Un responsable des services de santé ou un sous-comité au niveau central et dans chaque province et district devrait être chargé de la mise en œuvre et de la supervision des stratégies spéciales.

#### **5. Organiser une formation sur la manière de gérer les postes de vaccination**

Les membres du comité national de coordination et du comité national de mobilisation sociale devraient se charger de former un ou deux de leurs homologues au niveau de la province qui se chargeront à leur tour de former des homologues au niveau du district et ainsi de suite. Cette formation devrait porter sur la manière de préparer et de gérer un poste de vaccination pour les JNV et sur la manière de former les responsables du niveau suivant à le faire. Pour plus de détails sur cette question, voir à l'annexe 19 le modèle de guide des JNV.

#### **6. Distribuer le guide à l'intention des médias**

Une fois le guide imprimé, le comité national de mobilisation sociale devrait le distribuer à toutes les personnes figurant sur la liste.

#### **7. Préparer des messages à diffuser à la radio et à la télévision et des articles de presse**

Le comité national de mobilisation sociale devrait travailler en collaboration avec les principaux journaux, stations de radio et chaînes de télévision pour préparer des annonces et des articles.

---

## **8. Préparer les banderoles à accrocher dans la rue et sur les postes de vaccination**

Chaque poste de vaccination devrait être signalé par une grande banderole et d'autres banderoles devraient également être accrochées dans les rues pour annoncer les JNV au public. Les comités de mobilisation sociale à tous les niveaux devraient décider à qui sera confié le soin de dessiner et de confectionner les affiches et les banderoles.

**NB :** Dans certains pays, toutes les banderoles sont fabriquées à l'échelon central puis distribuées. Dans quelques pays, les banderoles sont financées par l'industrie privée ; dans d'autres, chaque communauté est chargée de créer ses propres banderoles.

## **9. Prévoir un monitoring et une évaluation des JNV**

Prévoir un monitoring et une évaluation des JNV pour améliorer les sessions futures, pour recenser les populations exposées à la transmission du poliovirus et vérifier l'impact des JNV sur cette transmission. Voir l'annexe 21 consacré au monitoring et à l'évaluation.

### ***Huit semaines avant les JNV***

#### **1. Etablir un comité communautaire des JNV**

Le coordonnateur du poste de vaccination devrait établir un comité communautaire des JNV pour aider à planifier, coordonner et conduire les activités de mobilisation sociale et à recruter des volontaires locaux.

#### **2. Former le niveau provincial**

Le comité national de coordination devrait organiser une session de formation pour au moins un membre de chacun des comités provinciaux de coordination et de mobilisation sociale. Cette formation devrait porter sur la gestion des postes de vaccination et sur la méthode de formation sur ce thème. Au cours de cette session, le niveau central devrait distribuer tout le matériel nécessaire pour conduire la formation des districts ; les participants devraient aussi participer à l'élaboration de ce matériel (voir annexe 19). Les formateurs devraient profiter de l'occasion pour vérifier que les listes de tâches à accomplir au niveau de la province seront prêtes à temps.

#### **3. Finir de mettre au point les stratégies pour les populations dispersées et pour les groupes spéciaux de population**

Les comités de coordination et de mobilisation sociale à l'échelon du district devraient travailler en collaboration avec le fonctionnaire des services de santé responsable des stratégies spéciales pour finir de mettre au point ces stratégies (voir l'annexe 16).

### ***Sept semaines avant les JNV***

#### **1. Préparer une session de formation pour les districts**

Les personnes formées au niveau de la province devraient réaliser les préparatifs suivants en vue de la session de formation au niveau du district :

- finir de mettre au point ou de rassembler tout le matériel d'enseignement nécessaire
- informer les districts une semaine à l'avance, de la date et du lieu de la session de formation
- inviter un membre de chaque comité de district (coordination et mobilisation sociale) à participer à la session
- demander aux participants d'amener les documents relatifs au district (listes des tâches, fiches logistiques et cartes).

---

## **2. Préparer la cérémonie d'ouverture**

Le comité national de mobilisation sociale devrait planifier la cérémonie d'ouverture, à savoir:

- choisir le lieu
- reconfirmer que le chef de l'État, les ministres et autres personnalités importantes administreront les premières gouttes de VPO, feront un discours et se rendront à plusieurs postes de vaccination au cours des JNV
- informer les médias de la date, de l'heure et du lieu de la cérémonie
- préparer les lieux et tout le matériel pour la cérémonie (micros, chaises, décorations, estrade, etc.).
- préparer les discours nécessaires.

### ***Six semaines avant les JNV***

#### **1. Former le niveau du district**

Les personnes ayant suivi au niveau provincial la formation sur la gestion des postes de vaccination devraient former à leur tour les responsables au niveau du district. Au cours de cette formation, vérifier que les listes des tâches pour le district seront prêtes à temps.

#### **2. Vérifier la disponibilité de moyens de transport**

Les besoins sont généralement supérieurs aux possibilités de transport, aussi bien pour la préparation des JNV que pour les Journées elles-mêmes. En conséquence, les comités de coordination à tous les niveaux devraient chercher à l'avance des moyens de transport supplémentaires auprès du secteur privé, des organisations non gouvernementales et d'autres services gouvernementaux.

#### ***Pour les supervisions***

Le comité national de coordination devrait s'assurer que l'on dispose de moyens de transport suffisants pour se rendre dans les provinces cinq semaines et trois semaines avant les JNV. Les comités provinciaux de coordination devraient s'assurer que l'on dispose de moyens de transport suffisants pour se rendre dans les districts trois semaines et une semaine avant les JNV. Les districts devraient s'assurer qu'ils ont les moyens de transport nécessaires pour rendre visite aux coordonnateurs des postes de vaccination deux semaines et une semaine avant les JNV.

#### ***Pour le transport des vaccins***

Quatre semaines avant les JNV, les vaccins devraient être transportés du niveau central vers les provinces. Deux semaines avant, ils devraient être transportés des provinces vers les districts. La veille des JNV, ils devraient être transportés des districts vers chaque poste de vaccination. Il est essentiel de fixer les modalités d'acheminement des vaccins entre chaque niveau - réquisition à la charge du niveau inférieur ou livraison à la charge du niveau supérieur. Cela devrait être indiqué sur les fiches logistiques et sur les listes de tâches.

#### ***Pour les équipes mobiles chargées des populations dispersées et des groupes spéciaux de population***

Si des équipes mobiles doivent se rendre dans des petites communautés ou des groupes spéciaux de population, leur transport devrait être organisé suffisamment à l'avance. Les efforts supplémentaires de mobilisation sociale pour les groupes spéciaux de population nécessitent également des moyens de transport supplémentaires.

---

### ***Pour les équipes de supervision le jour même des JNV***

Le jour même des JNV, des équipes de supervision doivent pouvoir se rendre dans plusieurs postes de vaccination pour aider, contrôler, superviser et résoudre certains problèmes. Toutes ces équipes de supervision devraient être munies d'un supplément de formulaires, de vaccins et autres fournitures.

### **3. Finir de compléter les fiches logistiques à tous les niveaux**

Les comités de coordination à tous les niveaux devraient finir de compléter les fiches logistiques. Ils devraient s'assurer que les calculs effectués aux différents niveaux coïncident.

### ***Cinq semaines avant les JNV***

#### **1. Effectuer des visites de supervision dans les provinces**

Les membres du comité national de coordination et du comité national de mobilisation sociale devraient effectuer des visites de contrôle dans les provinces. A cette occasion, ils devraient :

- compléter la fiche de supervision
- distribuer les fiches de supervision aux comités provinciaux des JNV afin que ceux-ci puissent à leur tour effectuer la supervision des districts
- distribuer si nécessaire des fonds pour l'achat de glace
- s'assurer que les vaccins seront acheminés (réquisition ou livraison) du niveau central au niveau provincial dans la semaine suivante
- résoudre tous les problèmes existants ou prévisibles.

**A tous les niveaux, les superviseurs devraient toujours se munir d'un stock supplémentaire de vaccins (si nécessaire), de formulaires et de matériel de mobilisation sociale.**

#### **2. Inviter les coordonnateurs des postes de vaccination à une session de formation**

Le personnel du district formé précédemment devraient informer une semaine à l'avance les coordonnateurs des postes de vaccination de la date et du lieu de la session de formation.

### ***Quatre semaines avant les JNV***

#### **1. Former les coordonnateurs des postes de vaccination**

Les personnes formées au niveau de chaque district devraient former à leur tour tous les coordonnateurs des postes de vaccination de leur district. Au cours de cette session de formation, ils devraient s'assurer que les listes de tâches seront prêtes à temps.

#### **2. Transférer les stocks du niveau central vers les provinces**

Les vaccins, le matériel de mobilisation sociale, les fiches de pointage et les formulaires d'orientation-recours (si une stratégie d'orientation-recours est prévue) devraient être transférés du niveau national vers chaque province. Le responsable du transport des vaccins devrait être préalablement désigné. (Voir les tableaux logistiques aux annexes 14o à 14q et les listes de tâches aux annexes 17a à 17d).

#### **3. Vérifier que toutes les annonces destinées aux médias sont prêtes et distribuées**

Le comité national de mobilisation sociale devrait vérifier que les communiqués de presse et les avis officiels ont été bien préparés (corrects et pertinents) et que les médias sont prêts à les diffuser.

---

### ***Trois semaines avant les JNV***

#### **1. Effectuer des visites de supervision dans certaines provinces**

Dans les provinces rencontrant des difficultés, une logistique problématique ou une préparation inadéquate de la mobilisation sociale, le niveau central devrait effectuer une supervision afin d'aider à identifier et à résoudre les problèmes. Il devrait en profiter pour livrer les fournitures et matériels éventuellement nécessaires.

#### **2. Former les volontaires et rencontrer les membres du comité communautaire des JNV**

Les coordonnateurs des postes de vaccination devraient former les volontaires de leur équipe. Ils devraient aussi rencontrer les membres du comité communautaire des JNV pour leur faire part de toutes les informations utiles qu'ils ont pu recueillir au cours de leur formation et pour finir de mettre au point les activités communautaires de mobilisation sociale. Au cours de cette réunion, un inventaire de toutes les glacières et bouteilles thermos privées pouvant être prêtées par des particuliers pour les JNV devrait être établi. Il convient de prévoir au moins une glacière et un thermos par poste de vaccination plus au minimum un équipement équivalent en réserve. Le coordonnateur du poste de vaccination devrait aussi évaluer, avec le comité, les besoins en glace ou en accumulateurs de froid, décider de ce qui sera utilisé (accumulateur de froid ou glace en vrac), trouver des fournisseurs et des sources de financement (communauté, services de santé au niveau du district ou au niveau central).

#### **3. Effectuer des visites de supervision dans tous les districts**

Les membres des comités provinciaux de coordination devraient effectuer des visites de supervision dans leurs districts. A cette occasion, ils devraient :

- compléter les fiches de supervision par pointage
- distribuer des fiches de supervision à compléter lorsque le district effectuera la supervision des postes de vaccination
- fournir éventuellement des fonds pour l'achat de glace
- vérifier que les vaccins seront réquisitionnés/livrés du niveau provincial au niveau du district
- résoudre tous les problèmes présents ou prévisibles.

#### **4. Confirmer les préparatifs pour la cérémonie d'ouverture**

Le comité national de mobilisation sociale devrait reconfirmer la participation des personnalités et des médias à la cérémonie d'ouverture et s'assurer que le site, le matériel de base nécessaire et les discours sont prêts et corrects.

### ***Deux semaines avant les JNV***

#### **1. Transférer les vaccins des provinces vers les districts**

Les vaccins, le matériel de mobilisation sociale, les feuilles de pointage et les formulaires d'orientation-recours devraient être réquisitionnés par chaque district ou livrés par la province à chacun des districts. La responsabilité du transport des vaccins devrait être préalablement et clairement attribuée (voir les tableaux logistiques des annexes 14o à 14q et les listes des tâches des annexes 17a à 17d).

#### **2. Effectuer des visites de supervision dans tous les postes de vaccination**

L'équipe cadre du district devrait effectuer une visite de supervision auprès de tous les coordonnateurs des postes de vaccination pour vérifier que les volontaires ont été formés, que les listes des tâches seront complètes à temps et que les problèmes sont en cours de résolution.

---

### **3. Mettre en route les stratégies destinées aux groupes spéciaux de population**

Les comités de district et les comités locaux des JNV devraient commencer à mettre en route les stratégies destinées aux groupes spéciaux de population (populations à haut risque et populations difficiles à atteindre) selon le plan établi.

### **4. Préparer le matériel nécessaire au niveau des postes de vaccination**

Le comité communautaire des JNV devrait rassembler tout le matériel indispensable pour le poste de vaccination (par exemple tables, chaises, haut-parleurs, banderoles).

### **5. Commencer l'action de mobilisation sociale au niveau local**

Le comité communautaire des JNV et les volontaires locaux devraient commencer à :

- faire du porte à porte
- distribuer du matériel de mobilisation sociale tel que des brochures, des tracts et des affiches
- annoncer les JNV à toutes les réunions communautaires, sociales, religieuses et politiques ainsi que dans les écoles.

### **6. Commencer à diffuser les annonces à la radio, à la télévision et dans la presse**

Le comité national de mobilisation sociale devrait commencer à diffuser les annonces dans la presse, à la radio et à la télévision.

### ***Une semaine avant les JNV***

#### **1. Effectuer des visites de supervision dans certains districts**

Le comité provincial de coordination devrait effectuer des visites de contrôle dans les districts où la logistique ou les activités de mobilisation sociale sont problématiques.

#### **2. Effectuer des visites de supervision auprès de certains coordonnateurs de poste**

Le comité de coordination du district devraient rendre visite aux coordonnateurs des postes de vaccination éprouvant des doutes, des problèmes particuliers ou des insuffisances.

#### **3. Intensifier la mobilisation sociale**

Les comités de mobilisation sociale aux niveaux national, provincial et du district et les comités communautaires des JNV devraient intensifier toutes les activités de mobilisation sociale.

#### **4. Effectuer des contrôles ponctuels pré-JNV pour évaluer le niveau de mobilisation sociale**

Afin d'évaluer l'efficacité des activités de mobilisation sociale, les membres des comités de mobilisation sociale au niveau du district, au niveau de la province ou national pourront effectuer de *simples* enquêtes à domicile ou encore des contrôles ponctuels dans les zones prioritaires ou à haut risque. Il s'agira d'effectuer des visites à domicile (par exemple un foyer sur cinq ou sur dix) pour demander aux parents s'ils ont entendu parler des JNV, s'ils connaissent les dates, à qui elles s'adressent et la position du poste de vaccination le plus proche. Les résultats de cette simple enquête ou de ces contrôles ponctuels devraient être immédiatement analysés sur place, de façon à pouvoir prendre de suite, les mesures correctrices nécessaires. On trouvera à l'annexe 17f des indications sur les méthodes à utiliser, ainsi qu'un questionnaire type.

---

### ***Un ou deux jours avant les JNV***

#### **1. Préparer les séances de vaccination**

- Le Comité communautaire des JNV devrait :
  - acheter la glace ou s'assurer qu'elle est en cours de congélation
  - réquisitionner les vaccins auprès du district
  - effectuer les derniers préparatifs pour le poste de vaccination.

#### **2. Résoudre les problèmes de dernière minute**

Les comités de coordination à tous les niveaux devraient être prêts à résoudre tous les problèmes ou difficultés de dernière minute.

#### **3. Préparer la cérémonie d'ouverture**

Le comité national de mobilisation sociale devrait faire les derniers préparatifs pour la cérémonie d'ouverture.

### ***Jour J***

#### **1. Veiller au bon déroulement de la cérémonie d'ouverture**

Le comité national de mobilisation sociale devrait assurer le bon déroulement de la cérémonie d'ouverture.

#### **2. Commencer la vaccination**

- Les volontaires et le coordonnateur du poste de vaccination devraient arriver tôt et commencer à installer le poste de vaccination.
- Les volontaires devraient commencer les vaccinations.
- Le coordonnateur du poste de vaccination devrait superviser toutes les activités et résoudre les problèmes éventuels.

#### **3. Insister sur les visites à domicile**

Les volontaires devraient faire des annonces dans la communauté et se rendre dans chaque foyer pour voir s'il y a des enfants à vacciner.

**C'est le petit «plus» qui fait toute la différence ! Les petits efforts supplémentaires qui sont faits au cours des JNV pour aller chercher les enfants à vacciner jusque chez eux sont souvent le meilleur moyen d'arriver à un taux de couverture vaccinale élevé et de toucher des enfants qui sont généralement difficiles à atteindre.**

#### **4. Associer les parents et les enfants à cette action**

Les parents et les enfants qui participent aux JNV devraient être encouragés à aller chercher les enfants à vacciner jusque chez eux pour les envoyer au poste de vaccination.

#### **5. Mettre en œuvre les stratégies pour les populations dispersées ou les groupes spéciaux de population**

Les comités de coordination et de mobilisation sociale au niveau du district devraient mettre en œuvre les stratégies prévues pour atteindre les populations dispersées, les communautés comptant moins de 200 enfants à vacciner et les groupes spéciaux de population. Ces stratégies peuvent comporter l'intervention d'équipes mobiles, l'ouverture de postes de vaccination supplémentaires, l'enrôlement de volontaires additionnels, des efforts accrus de mobilisation

---

sociale ou de propagande, des visites porte à porte ou une supervision intensifiée. Voir l'annexe 16. Noter que ces activités peuvent commencer plusieurs jours avant les JNV.

#### **6. Faire un bilan à mi-journée et réagir en conséquence**

A la mi-journée, lorsque les volontaires font une pause pour le déjeuner, le nombre total de doses de vaccin distribuées devrait être calculé. En divisant ce total par le chiffre de la population cible, on obtient le taux de couverture à la mi-journée. Idéalement, celui-ci devrait être largement supérieur à 40 %. Si tel n'est pas le cas, des stratégies supplémentaires ou intensifiées devraient être mises en oeuvre dans l'après-midi, par exemple de la propagande porte à porte. Il peut être nécessaire d'envoyer des équipes mobiles vacciner les gens jusque chez eux.

#### **7. Tenir la presse informée**

Les pays dotés d'une infrastructure de communication appropriée envoient souvent des rapports de situation aux médias à la mi-journée. Cela suppose que tous les postes de vaccination communiquent immédiatement leurs résultats à la mi-journée au district dont ils dépendent. Les districts devraient totaliser les résultats et les transmettre à la province qui, devrait à son tour, faire la somme des résultats des différents districts et communiquer les chiffres à un point focal au niveau central.

#### **8. Superviser et appuyer les activités au niveau des postes de vaccination ainsi que le travail des équipes**

Les membres des comités chargés de la logistique et de la mobilisation sociale à tous les niveaux devraient visiter plusieurs postes de vaccination pour observer le déroulement des JNV, superviser les opérations et apporter leur aide si nécessaire. Ils devraient avoir avec eux des stocks supplémentaires de vaccins, de formulaires et autres matériels. Les célébrités et officiels importants devraient être encouragés à faire des apparitions aux postes de vaccination pour attirer le public.

### ***Le lendemain des JNV***

#### **1. Rencontrer tous les coordonnateurs des postes de vaccination**

Le coordonnateur des JNV au niveau du district devrait tenir une réunion avec tous les coordonnateurs des différents postes de vaccination pour évaluer les résultats et discuter de la manière de les améliorer.

#### **2. Renvoyer les feuilles de pointage et les surplus de vaccins au district**

Les coordonnateurs des postes de vaccination devraient renvoyer au district toutes les feuilles de pointage, ainsi que les conteneurs et les vaccins restants. Si la capacité de stockage au froid est insuffisante au niveau du district, les vaccins devraient être renvoyés au niveau provincial.

#### **3. Nettoyer le site du poste de vaccination**

Les volontaires de JNV devraient nettoyer le site du poste de vaccination et assurer l'élimination hygiénique des seringues et aiguilles usagées (de préférence par incinération).

### ***Pendant la semaine suivant les JNV***

#### **1. Informer les centres de santé du nombre de cas qui leur sont référés**

Si l'on a décidé d'adopter une stratégie d'orientation-recours, le coordonnateur du poste de vaccination devrait informer les centres de santé du nombre de personnes qui leur ont été adressées au cours des JNV.



## 2. Calculer le taux de couverture vaccinale et le pourcentage de pertes de vaccins par district

Lorsqu'ils ont reçu toutes les feuilles de pointage, les coordonnateurs des JNV au niveau du district devraient estimer le taux de la couverture vaccinale réalisé dans leur district au cours des JNV ainsi que le nombre de doses de vaccin consommées et le nombre de doses renvoyées au district.

La couverture vaccinale peut être calculée en utilisant la formule suivante :

$$100 \% \times \frac{\text{Nombre d'enfants de la tranche d'âge cible vaccinés dans le district}}{\text{Nombre d'enfants appartenant à la tranche d'âge cible dans le district}}$$

**NB :**

Les calculs ne doivent pas tenir compte des enfants vaccinés en-dehors de la tranche d'âge cible.

Les pertes de vaccins peuvent être calculées en utilisant la formule suivante :

$$\text{Perte de vaccin} = 100 \% \times \frac{(\text{doses consommées} - \text{doses administrées})}{\text{Total des doses consommées}}$$

## 3. Communiquer les résultats à la province

Les coordonnateurs des JNV au niveau du district devraient communiquer à la province les données suivantes :

- couverture vaccinale réalisée au niveau du district
- numérateur et dénominateur utilisés pour le calcul du taux de couverture
- nombre de doses consommées
- nombre de doses rendues
- niveau auquel les doses ont été rendues (district ou province)
- pourcentage de perte de vaccins.

## 4. Rencontrer tous les coordonnateurs des JNV au niveau du district

Les coordonnateurs des JNV au niveau de la province devraient rencontrer tous les coordonnateurs du district faisant partie de leur circonscription administrative pour évaluer les résultats des JNV et étudier les moyens d'améliorer les performances à l'avenir.

## 5. Calculer le taux de couverture vaccinale et le pourcentage de pertes de vaccins par province

Les coordonnateurs des JNV au niveau de la province devraient totaliser les résultats communiqués par les districts pour estimer le pourcentage de perte de vaccins et le taux de couverture vaccinale réalisée dans leur province au cours des JNV.

Formule pour le taux de couverture vaccinale :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants appartenant à la tranche d'âge cible vaccinés dans la province}}{\text{Nombre total d'enfants de la tranche d'âge cible dans la province}} \times 100\%$$

**NB :** Les enfants vaccinés en dehors de la tranche d'âge cible ne doivent pas être compris dans les calculs.

## 6. Commencer les préparatifs pour la deuxième tournée de vaccination

S'il s'agit de la première tournée de vaccination, les préparatifs pour la deuxième journée devraient commencer immédiatement à tous les niveaux.

Sur la base des derniers chiffres communiqués, un nouveau coefficient de perte de vaccins devrait être calculé en utilisant l'une des formules suivantes :

Formule pour le coefficient de perte :

$$\text{coefficient de perte} = \frac{\text{total des doses consommées}}{\text{total des doses administrées}} \quad \text{ou} \quad 1 + \frac{(\text{perte})}{(1-\text{perte})}$$

**Exemple:** Si le pourcentage de perte était de 15 %,

$$\text{le coefficient de perte est égal à } 1 + \frac{(0,15)}{(1 - 0,15)} = 1,176 = 1,2$$

Pour calculer les besoins en vaccins pour la prochaine tournée de vaccination, on peut utiliser la même formule que la fois précédente (annexe 14b), mais en appliquant le nouveau coefficient de perte, au lieu de l'ancien coefficient de 1,3.

Dans le calcul des vaccins nécessaires pour la deuxième tournée de vaccination, il convient de tenir compte des quantités de vaccins qui restent au niveau de la province ou du district après la première tournée.

### *Pendant la deuxième semaine suivant les JNV*

#### 1. Communiquer les résultats au niveau central

Le coordonnateur des JNV au niveau de la province devrait communiquer au niveau central les données suivantes :

- couverture vaccinale réalisée au niveau de la province
- numérateurs et dénominateurs utilisés pour calculer cette couverture
- nombre de doses consommées
- nombre de doses rendues
- niveau auquel les doses ont été rendues (district ou province)
- pourcentage de vaccins perdus.

#### 2. Rencontrer tous les coordonnateurs des JNV au niveau de la province

Le coordonnateur national des JNV devrait tenir une réunion avec tous les coordonnateurs au niveau des provinces pour évaluer les résultats des JNV et discuter des moyens de les améliorer.

#### 3. Calculer, au niveau national, le taux de couverture réalisé au cours des JNV et le pourcentage de perte de vaccins

Le taux de couverture réalisé au niveau national peut être calculé en utilisant la formule suivante:

$$100 \% \times \frac{\text{Nombre d'enfants appartenant à la tranche d'âge cible vaccinés dans le pays}}{\text{Nombre d'enfants appartenant à la tranche d'âge cible dans le pays}}$$

---

### ***Au cours du mois suivant les JNV***

#### **1. Répondre aux questions concernant l'innocuité des vaccins et les manifestations indésirables**

Les coordonnateurs des JNV et le personnel du PEV à tous les niveaux devraient répondre immédiatement à tous les rapports, interrogations ou rumeurs concernant l'innocuité des vaccins ou les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI). Voir l'annexe 20 sur l'innocuité des vaccins et sur la manière de répondre aux rapports ou rumeurs concernant des manifestations indésirables.

#### **2. Calculer le coût**

Le coordonnateur des JNV devrait faire la somme de toutes les dépenses engagées pour organiser les JNV, ce qui aidera à calculer le coût des JNV futures.

#### **3. Organiser, si possible, une enquête sur la couverture vaccinale dans les zones où la transmission du virus persiste**

L'OMS ne recommande pas systématiquement la réalisation d'une enquête après chaque JNV. Dans les zones où la transmission du poliovirus persiste alors que le taux de couverture réalisé lors des JNV était élevé, il peut être nécessaire de réaliser une enquête par sondage en grappes pour en déterminer la cause.

Si une enquête est entreprise, elle doit estimer les taux de couverture et déterminer pourquoi des enfants appartenant au groupe cible sont passés au travers des mailles du filet au cours des JNV. Cette information est utile pour la tournée de JNV suivante.

---

## VII. Mise en oeuvre de la vaccination de ratissage

### Qu'est-ce que le «ratissage» ?

Le ratissage est l'administration par du porte à porte de deux doses de VPO, à intervalle de quatre à six semaines, dans les districts à «haut risque». Tous les enfants appartenant à une tranche d'âge donnée (généralement entre 0 et 59 mois) sont vaccinés au cours de l'opération, quel que soit leur statut vaccinal. Chaque tournée de vaccination doit être réalisée dans le temps le plus bref possible.

Les districts à «haut risque» sont ceux où le poliovirus continue à circuler ou risque de continuer à circuler. Ceci comprend les districts où des cas de poliomyélite sont survenus dans les 36 derniers mois et qui présentent :

- une couverture vaccinale faible
- des mouvements de population
- des zones urbaines ou périurbaines densément peuplées et de mauvaises conditions d'hygiène
- un faible accès aux soins de santé.

### A quel stade le ratissage doit-il être effectué ?

La stratégie du ratissage peut être utilisée lorsque la poliomyélite ne sévit plus à l'état endémique (c'est-à-dire dans tout le pays), mais est circonscrite à quelques foyers isolés. Cette stratégie est généralement utilisée pendant la saison où la transmission du virus est à son niveau le plus bas.

Exception : dans les pays où l'on estime que le poliovirus a été éliminé ou quasiment éliminé, la vaccination de ratissage peut avoir lieu immédiatement après qu'un cas de poliomyélite a été confirmé, quelle que soit la saison.

### Quel est le but du ratissage ?

La vaccination de ratissage est utilisée pour interrompre la transmission du poliovirus dans des foyers bien circonscrits. C'est le stade final avant l'élimination complète du poliovirus. Même après l'élimination complète du poliovirus, la vaccination de ratissage peut être maintenue pendant plusieurs années dans les zones où le virus est susceptible d'être importé.

### Prévision des besoins en vaccins pour la vaccination de ratissage

Les prévisions des besoins nationaux doivent tenir compte des vaccins destinés à la vaccination de ratissage (voir l'annexe 22).

---

## **La planification est la même que pour les JNV**

La planification de la vaccination de ratissage obéit aux mêmes principes que celle des JNV, à cela près que :

- l'essentiel de la planification détaillée est effectué au niveau du district lui-même
- la vaccination de ratissage est conduite essentiellement sur la base du porte à porte, tandis que, au cours des JNV, la majorité des enfants viennent se faire vacciner à des points fixes
- la vaccination de ratissage a lieu dans certaines zones à haut risque, tandis que les JNV se déroulent dans tout le pays.

### **Planification au niveau central**

- Il est essentiel de planifier soigneusement à l'avance la vaccination de ratissage. Bien qu'une grande partie de la planification détaillée se fasse au niveau du district, un coordonnateur national de la vaccination de ratissage doit être désigné et un comité national doit être établi. Le coordonnateur et les membres du comité doivent avoir l'expérience des JNV ou des campagnes de vaccination de masse. Le comité de coordination devrait déterminer :
  - les dates de chaque tournée de vaccination
  - la durée de chaque tournée (généralement de un à sept jours)
  - la tranche d'âge ciblée
  - les districts à couvrir par le ratissage
  - les quantités de vaccin nécessaires (voir l'annexe 22)
  - les responsabilités au niveau central, au niveau de la province et au niveau du district
  - les formulaires appropriés à utiliser (voir les annexes 23 et 24)
  - les ressources nécessaires (vaccins, transports, formulaires)
  - les brochures et affiches nécessaires.

### **Planification au niveau du district**

Dans les districts où l'on prévoit d'effectuer la vaccination de ratissage, un comité et un coordonnateur de district devraient être désignés. Le comité devrait être chargé de préparer et de conduire la vaccination de ratissage selon le plan national établi, en utilisant autant que possible le personnel de santé et des volontaires locaux. Pour aider à la planification, le comité devrait réunir les informations suivantes :

- une carte de la zone à couvrir
- un état des routes et du terrain
- les chiffres du dernier recensement
- le nombre estimatif de foyers concernés.

Sur la base des chiffres du dernier recensement, le comité devrait calculer la population cible et les besoins en vaccins (annexe 22) ainsi que les besoins en équipements de la chaîne du froid (annexes 14 a-14q).

- En tenant compte du nombre de foyers à visiter, du terrain, de la distance entre les habitations et de l'état des routes, le comité devrait :
  - déterminer le nombre moyen d'enfants à vacciner par jour

- déterminer le nombre de vaccinateurs (volontaires) nécessaires. Dans les zones urbaines, un vaccinateur peut généralement vacciner entre 50 et 100 enfants par jour. Dans les zones rurales, le nombre de vaccinateurs nécessaires varie en fonction du terrain et de la distance entre les habitations.
- déterminer le nombre des superviseurs nécessaires
- déterminer le nombre des véhicules ou autres moyens de transport (motos, bicyclettes ou animaux) nécessaires
- distribuer aux volontaires les fournitures nécessaires telles que crayons, craie pour marquer les maisons et feuilles de pointage (voir l'annexe 23)
- distribuer aux superviseurs les feuilles de statistiques à remplir (voir l'annexe 24)
- former les volontaires locaux
- trouver une source locale de glace et s'occuper la veille de faire préparer de grandes quantités de glace dont on aura besoin pour mettre dans les conteneurs le lendemain
- identifier qui va fournir des conteneurs ou des bouteilles thermos en nombre suffisant
- veiller à ce que les vaccins soient constamment maintenus au froid
- mettre au point une stratégie de vaccination porte à porte comprenant :
  - la coordination et la supervision des vaccinateurs
  - comment indiquer les maisons des enfants qui ont déjà été vaccinés
  - que faire s'il n'y a personne à la maison au moment de la visite.

Pour atteindre certaines populations cibles, la vaccination de ratissage peut avoir lieu le soir ou durant le week-end. Au cours des visites à domicile, on s'emploiera activement à rechercher les cas de PFA survenus au cours des 24 derniers mois. Ces cas devront être notés sur la feuille de statistiques (annexe 24).

En raison de la fatigue possible des vaccinateurs et des problèmes logistiques qu'ils peuvent rencontrer dans les zones montagneuses, un grand nombre de vaccinateurs devrait être déployé dans ces zones pour leur permettre de couvrir rapidement le maximum de terrain tôt le matin et de redescendre ensuite au fur et à mesure de la matinée pour n'avoir plus à s'occuper que des zones moins montagneuses l'après-midi. Dans les climats très chauds, de l'eau de boisson doit être prévue pour les vaccinateurs.

### **Supervision par le district**

On prévoit idéalement, un superviseur pour 10 à 15 vaccinateurs, ce qui peut poser des problèmes logistiques ou de coût dans certaines zones rurales. En ce cas, il est essentiel que les vaccinateurs soient fiables et fortement motivés. Le rôle du superviseur est de s'assurer que :

- toutes les zones et tous les foyers sont visités
- tous les enfants faisant partie du groupe cible sont vaccinés
- les vaccins sont conservés et administrés correctement
- les vaccinateurs travaillent de manière coordonnée
- les progrès et problèmes sont signalés au fur et à mesure au coordonnateur du district et au comité de coordination.

Pour être efficace, le superviseur doit aller de maison en maison avec les vaccinateurs et bien connaître les zones à couvrir.

## Mobilisation sociale

Le comité chargé de la vaccination de ratissage au niveau du district doit mobiliser les communautés intéressées pour qu'elles soutiennent la stratégie en fournissant des volontaires locaux ainsi que les ressources nécessaires, notamment des équipements de la chaîne du froid pour congeler les accumulateurs de froid ou stocker les vaccins. Le comité devrait informer la communauté des dates et des heures de vaccination, ainsi que des groupes d'âge cible. Les dirigeants communautaires locaux devraient être mobilisés pour promouvoir la vaccination de ratissage, les annoncer dans toutes les réunions publiques et encourager la communauté à y participer.

Le comité national chargé de la vaccination de ratissage devrait imaginer des messages clés pour cette stratégie, tels que :

«Les enfants de ce district sont exposés à la poliomyélite, une maladie qui peut les tuer ou les rendre infirmes pour la vie».

«Pour être protégés contre la poliomyélite, tous les enfants de 0 à 59 mois doivent recevoir une dose de vaccin antipoliomyélitique oral, quel que soit leur statut vaccinal antérieur».

«Un vaccinateur viendra vous rendre visite le (date) à (heure). Essayez d'être chez vous avec vos enfants afin qu'ils puissent être vaccinés».

## Résumer et évaluer

Après la vaccination de ratissage, le comité national devrait tenir une réunion avec les coordonnateurs au niveau des districts pour compiler et évaluer les résultats (voir l'annexe 24). Si la couverture a été faible dans certains districts, il faut s'efforcer d'en déterminer les causes afin que des améliorations puissent être apportées au cours de la prochaine vaccination de ratissage.

### Principaux problèmes rencontrés au cours de la vaccination de ratissage

- manque de glace
- manque de moyens de transport adéquats
- mauvaise connaissance de la zone par le(s) superviseur(s)
- mauvaise communication avec la communauté sur la nécessité de la vaccination de ratissage
- nombre insuffisant de vaccinateurs
- manque de fournitures, y compris les vaccins
- mauvais choix de la date
- mauvaises conditions météorologiques et manque de vêtements de protection pour les volontaires
- mauvaise formation du personnel (vaccinateurs/superviseurs)
- mauvaise répartition du personnel
- manque de décentralisation de la planification des opérations
- budget insuffisant
- soutien communautaire insuffisant et manque de volontaires.

---

# Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Global poliomyelitis eradication by the year 2000. WHO/EPI/GEN/96.03.
2. De Quadros CA, Andrus J, Olive JM, Guerra de Macedo C. Polio eradication from the western hemisphere. *Ann Rev Public Health* 1992; 13: 239-52.
3. De Quadros CA, Andrus JK, Olive JM, Da C, et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10:222-9.
4. Pan American Health Organization. Expanded Programme on Immunization. *Polio eradication field guide*. 1988, Washington D.C. Technical Paper No. 6.
5. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. *Manual for health workers on poliomyelitis eradication*. 1989, Alexandrie, Egypte.
6. Organisation mondiale de la Santé. Améliorer les systèmes de surveillance courante des maladies infectieuses (y compris les maladies cibles du PEV) : Guide à l'intention des directeurs de Programmes nationaux. WHO/EPI/TRAM/93.01.
7. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Guidelines for evaluating surveillance systems. 1988; 37[S5]:1-17.
8. Organisation mondiale de la Santé. Répondre à une flambée épidémique suspectée de polio : enquête sur les cas, surveillance et contrôle. Liste des tâches du responsable. WHO/EPI/POL.91.03
9. Organisation mondiale de la Santé. Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. Guide à l'intention des cliniciens. WHO/EPI/POL/93.02.
10. Organisation mondiale de la Santé. Meeting of a working group to review certification of the global eradication of poliomyelitis. WHO/EPI/GEN/95.06.
11. Organisation mondiale de la Santé. The immunological basis for immunization. Poliomyelitis. WHO/EPI/GEN/93.16
12. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance des manifestations post vaccinales indésirables : guide pratique à l'intention des directeurs des programmes de vaccination. 1993. WHO/EPI/TRAM/93.02 Rev. 1.
13. Organisation mondiale de la Santé. Comment administrer les suppléments en vitamine A : guide à l'intention des agents de santé. 1993. WHO/EPI/TRAM/93.06.
14. Organisation mondiale de la Santé. Using immunization contacts as the gateway to eliminating vitamin A deficiency. WHO/EPI/GEN/94.09 Rev. 1.



- 
15. Organisation mondiale de la Santé. EPI for the 1990s. 1992. WHO/EPI/GEN/92.02.
  16. Organisation mondiale de la Santé. Revised plan of action for neonatal tetanus elimination. 1994. WHO/EPI/GEN/94.04 (in revision 1997).
  17. Organisation mondiale de la Santé. Using surveillance data and outbreak investigations to strengthen measles immunization programmes. WHO/EPI/GEN/96.02.
  18. Organisation mondiale de la Santé. Expanded Programme on Immunization. Update 7 April 1996: Using World Health Day 1996 to immunize against the threat of urban measles.
  19. Organisation mondiale de la Santé. Une approche intégrée pour une couverture vaccinale élevée, la lutte contre la rougeole, l'élimination du tétanos néonatal, l'éradication de la poliomyélite. Une notion nouvelle : l'approche fondée sur la notion de haut risque. 1993. WHO/EPI/GEN/93.21.
  20. Organisation mondiale de la Santé. Occasions manquées de vaccination. Analyse d'études effectuées dans des pays en développement et des pays industrialisés. 1992. WHO/EPI/GEN/92.08.
  21. Organisation mondiale de la Santé. Directives pour la prévention des déformations dues à la poliomyélite. 1991. WHO/EPI/POLIO/RHB/91.01.
  22. Organisation mondiale de la Santé/UNICEF. Fiches signalétiques d'articles. Onzième édition, 1997.
  23. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour le Pacifique occidental. Poliomyelitis eradication initiative: Issues to consider in incorporating other antigens into national immunization days. 1994. WPR/EPI/EPI/I/94.11 b).
  24. Hull HF, Ward NA, Hull BP, Milstien JB, de Quadros C. Paralytic poliomyelitis: seasoned strategies, disappearing disease. 1994. *The Lancet*. 343:1331-37.
  25. Andrus JK, Strebel PM, De Quadros CA, Olivé JM. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-91. *Bull. Wld. Hlth Org.* 1995, 73(1):33-40.
  26. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour le Pacifique occidental. Operational lessons from evaluations. 1994. WPR/EPI/94.11.
  27. Organisation mondiale de la Santé. Aspects logistiques des activités supplémentaires de vaccination. 1993. WPR/EPI/RPT/1/93.14.
  28. Organisation mondiale de la Santé. Expanded Programme on Immunization: Immunization Policy. WHO/EPI/GEN/95.03 Rev. 1.
  29. Organisation mondiale de la Santé. Expanded Programme on Immunization, Burma. *WER* 1977.52:145-146.
  30. Organisation mondiale de la Santé. Survey for residual paralysis - Egypt. *WER* 1977.52:269-271.
  31. Organisation mondiale de la Santé. Expanded Programme on Immunization. Poliomyelitis in Indonesia. *WER* 1979.54:177-178.

- 
32. Organisation mondiale de la Santé. Expanded Programme on Immunization - Philippines. *WER* 1978.53:144-146.
  33. Esteves K. Safety of oral poliomyelitis vaccine: results of a WHO enquiry. *Bull. Wld Hlth Org.* 1988.66:739-746.
  34. Strebel PM, Sutter RW, Cochi SL et al. Epidemiology of poliomyelitis in the USA one decade after the last reported case of indigenous wild virus-associated disease. *Clinical Infectious Diseases* 1992.14:568-579.
  35. Begg NT, Chamberland R, Roebuck M. Paralytic poliomyelitis in England and Wales, 1970-84. *Epidem. Inf.* 1987.99:97-106.
  36. Galazka AM, Lauer BA, Henderson RH, Keja J. Indications and contraindications for vaccines used in the Expanded Programme on Immunization. *Bull. Wld Hlth Org.* 1984.62(3):357-366.
  37. Institute of Medicine. *Adverse events associated with childhood vaccines. Evidence bearing on causality*, 1994. National Academy Press, Washington DC.
  38. Shaw FE, Graham DJ, Guess HA et al. Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination: experience of the first three years. *Am. J. Epidemiol.* 1988.127:337-352.
  39. CDC. Inactivated Japanese Encephalitis Virus Vaccine. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1993.42(rr-1):8-15.
  40. Kitaoka M. Follow-up on use of vaccine in children in Japan. In: McDHammon W, Kitaoka M, Downs WG, eds. *Immunization for Japanese encephalitis*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1972:275-277.
  41. Programme mondial de lutte contre le SIDA, et Programme élargi de Vaccination: Joint WHO/UNICEF statement on early immunization for HIV-infected children. *WER* 1989.64:48-49.

---

# Annexe 1 :

## Définitions

**Carte de répartition des cas:** Il s'agit d'une carte situant chaque cas d'une maladie en fonction d'une donnée géographique pertinente pour une investigation de l'événement, comme le lieu de vie, de travail ou bien le lieu où le sujet est tombé malade.

**Complétude des notifications:** C'est la proportion des rapports attendus qui sont actuellement parvenus ( se calcule généralement en «% de complétude à une certaine date»).

**Déclaration hebdomadaire:** Les maladies à déclaration hebdomadaire sont généralement celles qui nécessitent une riposte rapide sans cependant présenter le même caractère d'urgence que celles figurant sur la liste des maladies à déclaration immédiate.

**Déclaration immédiate:** Elle concerne les maladies qui doivent être déclarées immédiatement ou dans les heures suivant leur découverte. Ce sont les maladies qui constituent des urgences de santé publique et nécessitent une action immédiate, (en général, le choléra, la méningite cérébro spinale, la fièvre jaune, la peste et les fièvres hémorragiques).

**Déclaration mensuelle:** Les maladies à déclaration mensuelle sont d'une manière générale, toutes les maladies importantes sur le plan de la santé publique.

**Déclaration négative:** Lorsque aucun cas n'est détecté, une déclaration négative, c'est à dire le report du chiffre zéro, doit être envoyée par toutes les unités chargées de la notification. Une déclaration négative est souvent demandée pour les maladies figurant sur les listes d'affections à déclaration hebdomadaire ou mensuelle.

**Grappe:** Il s'agit de la survenue d'un nombre inhabituel de cas dans un groupe de personnes, dans un lieu ou dans une période.

**Maladie à déclaration obligatoire:** C'est une maladie, dont une loi ou un décret ministériel rend la déclaration aux autorités obligatoire.

**Périodicité:** Elle correspond à la réapparition régulière d'un excès de cas. La périodicité peut être annuelle, mensuelle ou hebdomadaire.

**Ponctualité des notifications:** C'est la proportion des rapports attendus, reçus avant une date limite.

**Rétro-information:** Il s'agit du renvoi régulier de l'information analysée et des rapports de surveillance vers tous les niveaux du système de surveillance afin d'informer tous les acteurs des tendances et performances.

**Sensibilité:** La sensibilité est la capacité d'une méthode donnée de détecter une maladie ou une épidémie ou toute autre variation des tendances épidémiologiques. Elle s'exprime par la

---

proportion de personnes atteintes de la maladie qui sont effectivement classées comme telles par un test de dépistage ou qui répondent à la définition de cas.

**Spécificité:** Elle s'exprime par la proportion de personnes non atteintes de la maladie qui sont effectivement classées comme telles par un test de dépistage ou qui ne répondent pas à la définition de cas.

**Surveillance active:** Comme son nom l'indique, la surveillance active consiste à *aller chercher* l'information. Un responsable de la santé rendra visite ou téléphonera à certains établissements ou services de santé pour rechercher les cas.

**Surveillance passive:** La surveillance passive consiste à recevoir les données communiquées par des points de déclaration désignés sans aller activement les chercher.

**Surveillance de routine:** La surveillance de routine consiste en un recueil continu de données sur certaines maladies, comprenant habituellement le nombre de cas par district et par mois. Elle comprend parfois les maladies par groupe d'âge et par statut vaccinal.

**Surveillance sentinelle:** La surveillance sentinelle consiste en un recueil continu de données sur certaines maladies à partir d'un nombre limité de points de déclaration. Bien que ces données ne soient pas représentatives de l'ensemble du pays, elles permettent de dégager des tendances et de surveiller les maladies les plus graves. La surveillance sentinelle permet souvent d'obtenir des données plus détaillées que la surveillance de routine.

**Surveillance à partir des structures de santé:** C'est une surveillance où le point de départ de la déclaration est un patient présentant une maladie ou une pathologie particulières qui se présente dans une structure sanitaire (hôpital ou centre de santé).

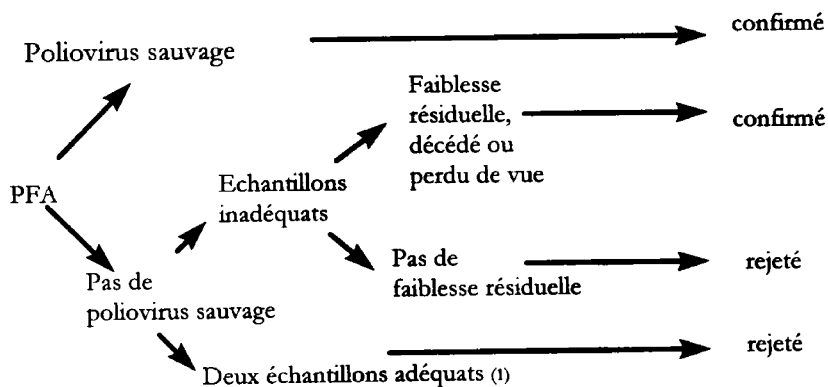
**Surveillance fondée sur le cas individuel:** Elle consiste à surveiller une maladie en recueillant des données spécifiques sur chaque cas et à établir un registre (par exemple les précisions à reporter sur chaque cas de PFA).

**Surveillance communautaire:** Le point de départ est l'apparition dans la communauté d'une maladie qui doit être reportée par un agent communautaire ou activement recherchée par des enquêteurs. Ce système est particulièrement utile durant une épidémie et lorsqu'une définition clinique du cas peut être employée.

**Surveillance de l'information totalisée:** C'est la surveillance d'une maladie ou d'une pathologie en recueillant une information résumée sur le total des cas (par exemple, en pratique générale, les cliniciens sont tenus de déclarer le nombre total de cas d'une maladie spécifique vus au cours d'une période donnée).

## Annexe 2 : Schéma de classification clinique

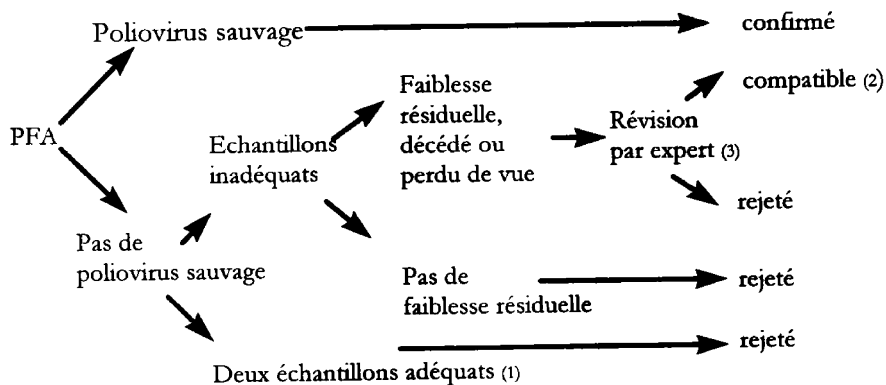
### Annexe 2a : Schéma de classification clinique



Adopter le schéma de classification virologique lorsque :

- le taux de PFA non poliomyélitique est  $\geq 1/100\ 000$  enfants de moins de 15 ans
- deux échantillons adéquats de selles sont prélevés dans  $\geq 60\ %$  des cas de PFA
- tous les échantillons sont traités dans un laboratoire accrédité par l'OMS

### Annexe 2b : Schéma de classification virologique



- (1) Deux échantillons adéquats = 2 échantillons provenant du cas, recueillis à au moins 24 heures d'intervalles et dans les 14 jours suivant le début de la paralysie; chaque échantillon doit être d'un volume suffisant (8-10 g) et arriver au laboratoire dans de bonnes conditions. Bonnes conditions = pas de dessiccation, pas de coulures, documentation adéquate et évidence du maintien de la chaîne du froid rétrograde.
- (2) Les cas "compatibles" représentent un défaut de la surveillance et doivent être recherchés pour les regrouper en fonction du lieu et de la date.
- (3) Les cas nécessitant une révision par expert et ensuite classés en "rejeté" ou "compatible", doivent être listés en utilisant l'annexe 2d.

**Annexe 2c : Feuille de codage pour le registre des cas de PFA et le registre des échantillons de selles qui doivent être reliés par un numéro d'identification (souvent appelé numéro EPID)**

<b>Variables (cas de PFA)</b>	<b>Nom</b>	<b>Attributs</b>	<b>Codes</b>
Numéro EPID	IDCODE	alpha numérique 12 caractères	
Nom du district	DISTRICT	alpha numérique 20 caractères	
Nom de la province	PROVINCE	alpha numérique 20 caractères	
Date de naissance	DOB	date (jj/mm/aa)	
Date de début de la paralysie	DONSET	date (jj/mm/aa)	
Date de la notification	DNOT	date (jj/mm/aa)	
Date de l'enquête	DOI	date (jj/mm/aa)	
Nombre total de doses de vaccins polio reçues	DOSES	numérique 2 caractères	99 = inconnu
Fièvre au début de la paralysie	FEVER	numérique 1 caractère	1 = oui 2 = non 9 = inconnu
Progression de la paralysie en 4 jours	PROGRESS	numérique 1 caractère	1 = oui 2 = non 9 = inconnu
Paralysie asymétrique	ASYM	numérique 1 caractère	1 = oui 2 = non 9 = inconnu
Date du suivi	DFUP	date (jj/mm/aa)	
Observation du suivi	FUP	numérique 1 caractère	1 = faiblesse résiduelle 2 = pas de faiblesse résiduelle 3 = perdu de vue 4 = décédé avant la visite de suivi
Classification	CLASS	numérique 1 caractère	1 = confirmé 2 = compatible 3 = rejeté 4 = associé au vaccin

## Annexe 2c (suite)

Variables (échantillons)	Nom	Attributs	Codes
Numéro EPID	IDCODE	alphanumérique 12 caractères	
Numéro de l'échantillon	SPECNO	numérique 1 caractère	1 = échantillon n°1 2 = échantillon n°2
Date du début de la paralysie	DONSETL	date (jj/mm/aa)	
Date de la dernière vaccination par VPO	DLOPV	date (jj/mm/aa)	
Date de collecte des selles	DSTCOLL	date (jj/mm/aa)	
Date d'envoi des selles au laboratoire	DSTSEND	date (jj/mm/aa)	
Date de réception des selles au laboratoire	DSTLAB	date (jj/mm/aa)	
Etat des selles	STCOND	numérique 1 caractère	1 = bon 2 = mauvais 3 = inconnu
Date d'envoi des résultats définitifs de la culture du laboratoire au PEV	DCRES	date (jj/mm/aa)	
Date d'envoi du résultat de la différentiation intra-typique du laboratoire au PEV	DIREs	date (jj/mm/aa)	
Poliovirus type 1	P1	numérique 1 caractère	1 = oui, sauvage 2 = oui, vaccinal 3 = oui, en attente de la différenciation intra-typique 4 = oui, les deux (sauvage/vaccinal) 5 = non 6 = pas d'échantillon étudié
type 2	P2	numérique 1 caractère	
type 3	P3	numérique 1 caractère	
Présence d'entérovirus non poliomyélitique	ENTERO	numérique 1 caractère	1 = oui 2 = non 3 = pas d'échantillon étudié

# Annexe 2d : Registre des cas nécessitant une révision d'expert d'après le schéma de classification virologique

Pays: \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#	No EPID	Age	Date début	Résultats de l'investigation du cas de PFA					Echantillons de selles			Cas compatibles en grappe		Diagnostic Clinique probable	Com expert (compatible /rejeté)	
				Doses de VPO	Raison Comp	Fièvre début	Para asym	Para max <4 jours	Autres raison	#	#	ENP (o/n) & typing	Localisation initiale			Grappe (o/n) et result de l'enquête
	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															
	11															
	12															
	13															
	14															
	15															
	16															
	17															
	18															

Notes :

**Résultats de l'investigation du cas de PFA** : raison comp = raison pour laquelle le cas est classé en compatible (échantillon inadéquat et faiblesse résiduelle, décédé, perdu de vue), para asym = paralysie asymétrique, para max <4 j = paralysie maximale dans les 4 jours après son début, autres = suivi complémentaire, recherche de cas dans la zone, résultats de l'EMCG, etc

**Cas compatibles en grappe** : par exemple, 2 cas ou plus dans le même district ou dans 2 districts limitrophes dans une période de 2 mois enquête sur la grappe. Recherche d'autres cas dans la zone, couverture vaccinale VPO3 de routine, date du dernier isolement de poliovirus sauvage dans la zone, etc



# Annexe 3: Formulaire

## Annexe 3a :

Complétude des rapports mensuels par district													
(mettre une croix dans la case correspondant au mois pour lequel le rapport a été reçu)													
Nom du district	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Total des relevés reçus (x)													
Total attendu (y)													
% de complétude													
(x/y * 100 %)													

Ponctualité des rapports mensuels par district													
(mettre une croix dans la case correspondante si le rapport a été fait «en temps voulu» sur la base des critères établis)													
Nom du district	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
Total des relevés reçus (x)													
Total attendu (y)													
% de relevés reçus en temps													
voulu (x/y * 100 %)													

### Appendice 3b : Formulaire d'investigation du cas de paralysie flasque aiguë

Partie I : Enquête immédiate									
<b>IDENTIFICATION</b>									
N° EPID	Date de l'enquête :		Jour	Mois	Année	Pays :			
Nom du patient :						Sexe :	M	F	
Adresse :		Village/commune : _____							
		District : _____							
Etat/province/division administrative									
Nom du père :			Nom de la mère :						
Date de naissance du patient :			Si la date de naissance est inconnue, préciser l'âge en mois :						
<b>NOTIFICATION</b>									
Date à laquelle le cas a été déclaré pour la première fois à un service de santé publique :						Jour	Mois	Année	
Date d'admission à l'hôpital, (le cas échéant)						Jour	Mois	Année	
Nom de l'hôpital :									
Numéro du dossier hospitalier, (le cas échéant)									
Diagnostic clinique à l'hôpital :									
Diagnostic posé par (nom) :									
<b>HISTOIRE CLINIQUE et SYMPTOMATOLOGIE</b>									
Date de début de la paralysie :						Jour	Mois	Année	
Si le patient est décédé, date du décès :						Jour	Mois	Année	
Le patient avait-il présenté une paralysie, des attaques ou d'autres troubles neurologiques auparavant						OUI	NON	Non-Précisé	
La paralysie était-elle aiguë ? (c'est-à-dire a-t-elle progressé rapidement)						OUI	NON	NP	
La paralysie est-elle flasque ? (muscles mous)						OUI	NON	NP	
<b>Si la paralysie n'est ni aiguë ni flasque, arrêter l'investigation.</b>									
Préciser le diagnostic s'il est connu									
<b>Si la paralysie est flasque et aiguë, continuez l'enquête</b>									
Le patient avait-il de la fièvre au moment où la paralysie est apparue? (par exemple l'enfant se plaignait-il d'avoir chaud)						OUI	NON	NP	
La paralysie est-elle asymétrique ? (c'est-à-dire non identique des deux côtés)						OUI	NON	NP	
Combien de jours entre le début de la paralysie et la forme complète ?						jours		NP	
Localisation de la paralysie :		Jambe gauche	OUI	NON	NP				
		Jambe droite	OUI	NON	NP				
		Bras gauche	OUI	NON	NP				
		Bras droit	OUI	NON	NP				
		Muscles respiratoires	OUI	NON	NP				
		Muscles du cou	OUI	NON	NP				
		Muscles de la face	OUI	NON	NP				
		Autres : spécifier							
siège de la paralysie aux membres >	proximal	distal	les deux	aucun des deux	NP				
siège de la paralysie aux membres <	proximal	distal	les deux	aucun des deux	NP				
Y-a-t-il eu des troubles de la sensibilité ?						OUI	NON	NP	
Le patient a-t-il voyagé plus de 10 km autour de son domicile dans les 28 jours précédents le début de la paralysie ?						OUI	NON	NP	

Si oui, à quelle dates ?			
Du: jour _____ mois _____ année _____		Au: jour _____ mois _____ année _____	
si oui, où ?			
pays ?		districts ? villages ?	
Y a-t-il eu d'autres cas connus de paralysie dans la communauté du patient dans les 60 jours ayant précédé le début de la paralysie chez le patient ?		OUI	NON NP
<b>ANTECEDENTS VACCINAUX</b>			
Le patient avait-il un carnet de vaccination qui a pu être consulté au cours de l'enquête ?		OUI	NON NP
Nombre de doses de VOP reçues au cours de vaccinations de routine :		dose	NP
Nombre de doses supplémentaires de VPO reçues au cours des campagnes		dose	NP
Date à laquelle le patient a reçu la dernière dose de VPO		Jour	Mois Année
<b>PRELEVEMENTS D'ECHANTILLONS DE SELLES</b>			
Date du premier prélèvement d'échantillons de selles		Jour	Mois Année
Date du deuxième prélèvement d'échantillons de selles		Jour	Mois Année
Nom de l'enquêteur :		Signature	
<b>MERCI POUR VOTRE COOPERATION !!!</b> Prière d'envoyer ce formulaire au responsable du PEV et de conserver une copie personnelle. Rappelez-vous qu'un examen de suivi doit être organisé au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie, et, svp, utilisez la partie II de ce formulaire			

## PARTIE II : Examen de suivi à 60 jours

N° EPID :	Date de l'examen de suivi :	Jour	Mois	Année			
Nom du patient :					Sexe	M	F
Adresse :		Village/Commune:					
District :		Province :					
Un examen de suivi a-t-il été pratiqué à 60 jours ?					OUI	NON	
Si non, pourquoi ?		décédé					
		perdu de vue					
		autre					
Date de l'examen :				Jour	Mois	Année	
Résultat de l'examen (indiquer surtout si le patient a une faiblesse résiduelle)				faiblesse résiduelle	pas de faiblesse résiduelle	NP	
Nom de l'enquêteur en caractères d'imprimerie :				Signature de l'enquêteur :			
				No de téléphone :			
Adresse de l'enquêteur :							
<b>Merci de votre coopération !! Prière d'envoyer ce formulaire au responsable du PEV et de conserver une copie.</b>							

## PARTIE III : Classification finale des cas (à remplir par le Comité d'experts)

N° EPID	Jour	Mois	Année	Date de la classification finale:	Jour	Mois	Année
Nom du patient :							
Adresse :		Village/Commune					
District :		Province					
Classification finale du cas ? (ne cocher qu'une seule case)							<input type="checkbox"/> confirmée <input type="checkbox"/> rejetée <input type="checkbox"/> compatible
Sur la base de quels critères ? (cocher toutes les réponses pertinentes)				Poliovirus sauvage			<input type="checkbox"/>
				Pas de poliovirus sauvage isolé sur un échantillon adéquat			<input type="checkbox"/>
				Echantillon de selles inadéquat			<input type="checkbox"/>
				Absence d'échantillon de selles			<input type="checkbox"/>
				Faiblesse résiduelle après 60 jours			<input type="checkbox"/>
				Pas de faiblesse résiduelle à 60 jours			<input type="checkbox"/>
				Décès après maladie compatible			<input type="checkbox"/>
				Perdu de vue et maladie compatible			<input type="checkbox"/>
Diagnostic final, si le cas a été rejeté ?							
Commentaires							
Signature du Président du Comité d'experts :							
<b>Merci d'envoyer ce formulaire dûment complété au responsable du PEV et de conserver une copie.</b>							

Pays	Année
------	-------

[illegible]

- (1) Nombre de doses de VPO reçues en vaccination de routine, d'après le carnet de vaccination ou les déclarations du patient
- (2) Nombres de doses de VPO reçues lors des vaccinations supplémentaires
- (3) Dates : jour/mois/année.
- (4) Date de naissance. Si elle n'est pas connue, indiquer l'âge en mois.
- (5) Date du début de la paralysie.
- (6) Date de la déclaration.
- (7) Date de l'enquête.
- (8) Date du premier prélèvement de selles.
- (9) Date du deuxième prélèvement de selles
- (10) Date de l'examen clinique de suivi.
- (11) Présence de fièvre au début de la paralysie : O=Oui, N=Non, NP=non précisé
- (12) Progression rapide de la paralysie : O=Oui, N=Non, NP=non précisé
- (13) Paralysie asymétrique : O=Oui, N=Non, NP=non précisé
- (14) Résultats du suivi à 60 jours : D = décédé, P = perdu de vue, N = pas de paralysie résiduelle, R = paralysie résiduelle.
- (15) Poliovirus isolé : 1=oui, sauvage, 2=oui, vaccinal, 3=oui, différenciation intra-typique en cours, 4=mixte, sauvage / vaccin, 5=non retrouvé, 6=non effectué
- (16) Présence d'entérovirus : 1=oui, 2=non, 3=non effectué
- (17) Classification finale : P = confirmée, R = rejeté, C = polio compatible.

## Appendice 3d : Formulaire de surveillance active hebdomadaire

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Nom de l'enquêteur				
Nom de l'établissement visité				
Date de la visite				
Type d'établissement (hôpital, centre de réadaptation, dispensaire)				
Chef du service de pédiatrie interrogé (signature)				
Recherches effectuées sur les dossiers des patients hospitalisés en pédiatrie (oui/non)				
Recherches effectuées sur les dossiers des consultations externes pédiatriques (oui/non)				
Chef du service de neurologie interrogé (signature)				
Recherches effectuées sur les dossiers des patients hospitalisés en neurologie (oui/non)				
Recherches effectuées sur les dossiers des consultations externes en neurologie (oui/non)				
Service d'archives médicales visité (signature)				
Recherches effectuées sur les dossiers des patients hospitalisés (oui/non)				
Recherches effectuées sur les dossiers des consultations externes (oui/non)				
Chef du service de physiothérapie interrogé (signature)				
Recherches effectuées sur les dossiers de physiothérapie (oui/non)				
Autres services visités, préciser :				
Consultation des dossiers (oui/non)				
Nombre total de cas de PFA recensés*				
Nombre total de cas non déclarés**				
* Nombre de cas depuis «la dernière visite de la surveillance active».				
** Noter les noms, adresses et autres informations pertinentes pour pouvoir enquêter sur les cas non déclarés. Essayer de déterminer pourquoi ils n'ont pas été déclarés et s'efforcer de résoudre le problème.				

**Annexe 3e : Formulaire de demande et de résultat d'examens de laboratoire**  
(à joindre aux échantillons de selles lors de leur envoi au laboratoire)

Ce formulaire doit accompagner les échantillons au laboratoire. La partie 1 est à remplir par la personne qui adresse les échantillons.			
<b>PARTIE 1</b>			
Nom du patient (en entier)		N° EPID	
Adresse :		Village/ville :	
District :		Province :	
Date de naissance du patient * :		Jour	Mois
Date de début de la paralysie :			
Date de prélèvement du premier échantillon de selles :			
Date de prélèvement du deuxième échantillon de selles :			
Date d'envoi de l'échantillon de selles**:			
Date d'administration de la dernière dose de VPO :			
Diagnostic clinique à l'hôpital :			
Nom de la personne à qui les résultats de l'examen de laboratoire doivent être envoyés :			
Adresse complète :			
Numéro de téléphone :		Télécopie :	

\* Si la date de naissance n'est pas connue, indiquer si possible l'année et si possible le mois de naissance

\*\* Si les deux échantillons sont envoyés des jours différents, remplir un formulaire de demande séparé pour chacun des deux échantillons

La partie 2 ci-dessous doit être complétée par un virologue au laboratoire.  
Une copie dûment remplie doit être envoyée au responsable du PEV et à celui qui a envoyé les prélèvements. Une copie sera gardée par le laboratoire.

## PARTIE 2

Date de reception du premier échantillon				jour	mois	année
Date de reception du deuxième échantillon						
Etat* du premier échantillon à son arrivée au laboratoire (entourer la réponse)				bon	mauvais	inconnu
Etat* du deuxième échantillon à son arrivée au laboratoire (entourer la réponse)				bon	mauvais	inconnu
<b>Résultats - 1er échantillon</b>				jour	mois	année
Date d'envoi des résultats du laboratoire au PEV						
Polio type 1 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT***	mixte**	non	non effectué
Polio type 2 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT***	mixte**	non	non effectué
Polio type 3 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT***	mixte**	non	non effectué
présence d'entérovirus non poliomyélitique				oui	non	non effectué
<b>Résultats - 2ème échantillon</b>				jour	mois	année
Date d'envoi des résultats du laboratoire au PEV						
Polio type 1 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT	mixte**	non	non effectué
Polio type 2 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT	mixte**	non	non effectué
Polio type 3 isolé	oui, sauvage	oui, vaccinal	oui, attente DIT	mixte**	non	non effectué
présence d'entérovirus non poliomyélitique :				oui	non	non effectué
Nom du virologue :						
Signature :						

\* L'échantillon en bon état est un échantillon de volume adéquat, qui n'a pas coulé, n'est pas desséché et pour lequel un indicateur de température ou la présence de glace apporte la preuve que la chaîne du froid a été maintenue de la périphérie jusqu'au niveau central.

\*\* Mixte signifie qu'un virus sauvage et un virus de type vaccinal (de type Sabin) ont été isolés.

\*\*\*DIT = Differentiation intra-typique.



## Annexe 4 : Comment attribuer un numéro EPID

- Chaque pays devrait établir une technique standard pour l'attribution des numéros EPID aux cas de PFA et aux échantillons correspondant, ainsi ces données pourraient être couplées. Ce qui suit est un exemple d'une façon d'attribuer ces numéros :
- les trois premiers caractères correspondent au code officiel du pays en lettres. On trouvera à la page suivante une liste de tous les codes de pays ;
- les quatrième, cinquième et sixième caractères indiquent le code de la province (ou de l'État) où le cas résidait au début de la paralysie,
- les septième, huitième et neuvième caractères indiquent le code du district (ou du canton) où le cas résidait au début de la paralysie;
- le code du district est suivi de deux chiffres qui précisent l'année du début de la paralysie
- les trois chiffres suivant l'année correspondent au numéro du cas.

code pays	code province	code district	année	numéro du cas
XXX	XXX	XXX	96	001

### Exemple de numéros EPID : CAM - PUR - KAN - 95 - 004

Il s'agit d'un numéro EPID pour le quatrième cas enregistré en 1995 dans le district de Kandieng de la province de Pursat au Royaume du Cambodge.

**NB :** Il peut arriver qu'un échantillon de selles provenant d'un sujet atteint de PFA arrive au laboratoire sans que le cas ait été notifié au service de surveillance ou au PEV. Le laboratoire le saura du fait qu'aucun numéro EPID ne lui aura été attribué. Dans cette hypothèse, le laboratoire doit immédiatement informer le PEV de ce cas pour (1) vérifier si l'échantillon doit être mis en culture, (2) lui assigner un numéro EPID et (3) qu'une enquête soit faite.

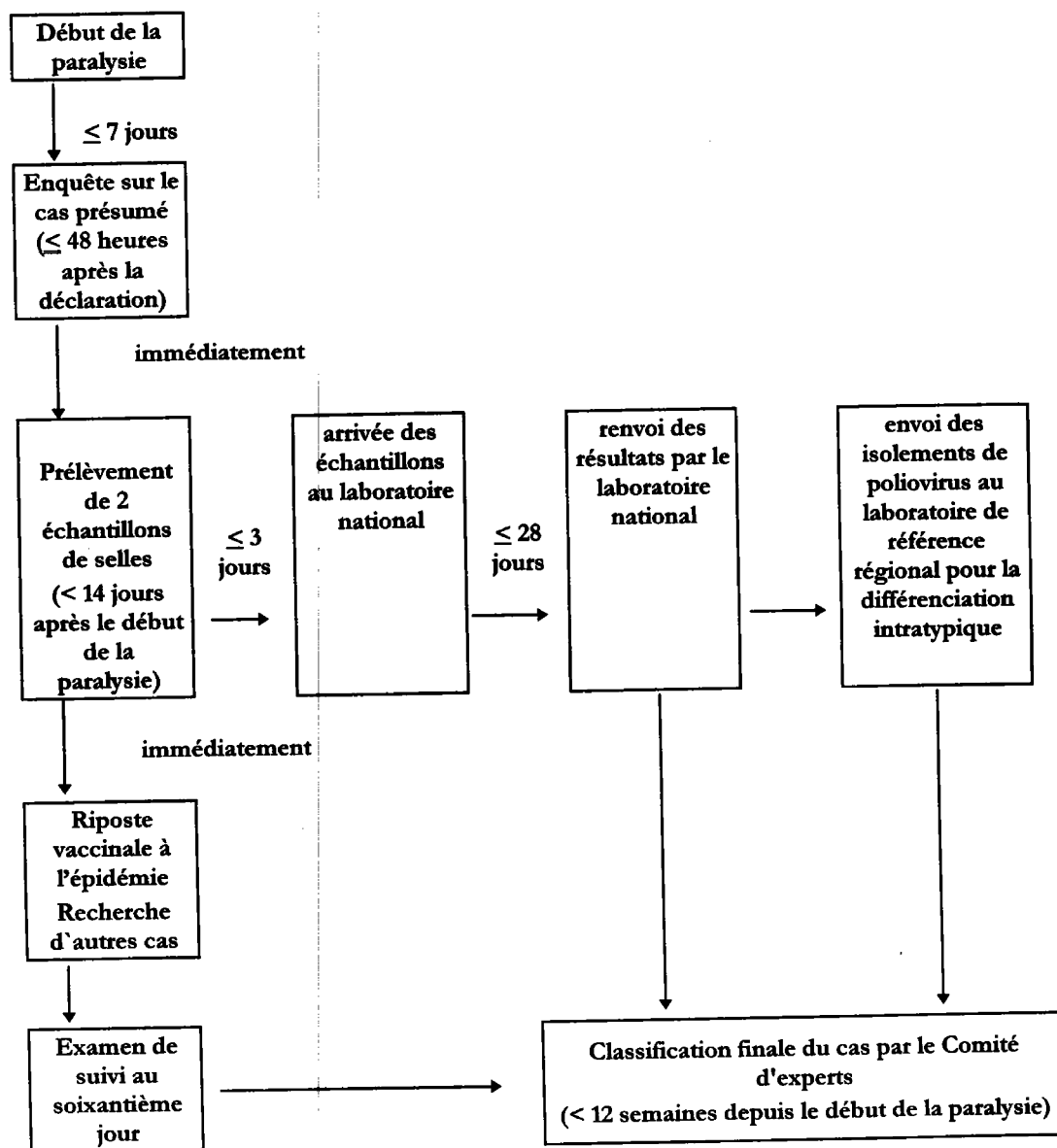
### Annexe 4a : Codes de pays pour l'attribution des numéros EPID

AFRIQUE		AMERIQUES		MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPEs		ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE
Afrique du Sud	SOA	Anguilla	ANU	Afghanistan	AFG	Allemagne	DEU	Bangladesh	BAN	Australie	AUS
Algérie	ALG	Antigua-et-Barbuda	ANI	Arabie saoudite	SAA	Albanie	ALB	Bhoutan	BHU	Bélarus	BLA
Angola	ANG	Antilles néerlandaises	NEA	Barhaïn	BAA	Arménie	ARM	Inde	IND	Brunei Darussalam	BRU
Bénin	BEN	Argentine	ARG	Chypre	CYP	Autriche	AUS	Indonésie	INO	Cambodge	CAM
Botswana	BOT	Bahamas	BAH	Djibouti	DJI	Azerbaïdjan	AZE	Maldives	MAV	Chine	CHN
Burkina Faso	BFA	Barbade	BAR	Egypte	EGY	Bélarus	BYE	Mongolie	MOG	Corée (République de)	KOR
Burundi	BUU	Belize	BLZ	Emirats arabes unis	UAE	Belgique	BEL	Myanmar	MMR	Fidji	FIJ
Cameroun	CAE	Bermudes	BER	Iran	IRA	Bosnie-Herzégovine	BOS	Népal	NEP	Guam	GUM
Cap-Vert	CAV	Bolivie	BOL	Iraq	IRQ	Bulgarie	BUL	République populaire démocratique de Corée	KRD	Hong Kong	HOK
Comores	COM	Brésil	BRA	Jordanie	JOR	Croatie	HRV	Sri Lanka	SRL	Iles Cook	COK
Congo	CNG	Canada	CAN	Koweït	KUW	Danemark	DEN	Thaïlande	THA	Iles Marshall	MSI
Côte d'Ivoire	IVC	Chili	CHI	Liban	LEB	Espagne	SPA			Iles N. Mariannes	NMI
Erythrée	ERI	Colombie	COL	Libye	LIY	Estonie	EST			Iles Salomon	SOL
Ethiopie	ETH	Costa Rica	COR	Maroc	MOR	Finlande	FIN			Japon	JPN
Gabon	GAB	Cuba	CUB	Oman	OMA	France	FRA			Kiribati	KIR
Gambie	GAM	El Salvador	ELS	Pakistan	PAK	Géorgie	GEO			Laos	LAO
Ghana	GHA	Equateur	ECU	Palestine	PAL	Grèce	GRE			Macao	MAC
Guinée	GUI	Etats-Unis	USA	Qatar	QAT	Hongrie	HUN			Malaisie	MAA
Guinée-Bissau	GUB	Grenade	GRA	Somalie	SOM	Irlande	IRE			Micronésie	MIC
Guinée équatoriale	EQG	Guadeloupe	GUA	Soudan	SUD	Islande	ICE			Nouvelle Calédonie	NEC
Kenya	KEN	Guatemala	GUT	Syrie	SYR	Israël	ISR			Nouvelle-Zélande	NEZ
Lesotho	LES	Guyana	GUY	Tunisie	TUN	Italie	ITA			Nioué	NIU
Libéria	LIB	Guyane française	FRG	Yémen	YEM	Kazakhstan	KAZ			Papouasie	PNG
Madagascar	MAD	Haiti	HAI			Kirghizistan	KGZ			Nouvelle-Guinée	
Malawi	MAL	Honduras	HON			Lettonie	LVA			Philippines	PHL
Mali	MAI	Ile Cayman	CAY			Lituanie	LTU			Polynésie française	FRP
Mauritanie	MAU	Iles Vierges américaines	VUS			Luxembourg	LUX			Samoa	SMA
Maurice	MAS	Iles Vierges britanniques	VIB			Macédoine	MAC			Samoa américaines	AMS
										Singapour	SIN

AFRIQUE		AMERIQUES		MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPEs		ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE	PAYS	CODE
Mozam- bique	MOZ	Jamaïque	JAM			Malte	MAT			Viet Nam	VTN
Namibie	NAM	Martinique	MAR			Moldavie	MOL			Tokelau	TOK
Niger	NIG	Mexique	MEX			Monaco	MON			Tonga	TON
Nigeria	NIE	Montserrat	MOT			Norvège	NOR			Tuvalu	TUV
Ouganda	UGA	Nicaragua	NIC			Ouzbékistan	UZB			Vanuatu	VAN
République centrafricaine	CAF	Panama	PAN			Pays Bas	NET			Wallis/ Futuna	WAF
Réunion	REU	Paraguay	PAR			Pologne	POL				
Rwanda	RWA	Pérou	PER			Portugal	POR				
Ste-Hélène	SAH	Porto Rico	PUR			République tchèque	CZE				
Sao Tomé	STP	République dominicaine	DOMS			Roumanie	ROM				
Sénégal	SEN	St-Christ- Névis	SCN			Royaume-Uni	UNK				
Seychelles	SEY	Ste-Lucie	SAL			Russie	RUS				
Sierra Leone	SIL	St-Vincent	SAV			San Marin	SMR				
Swaziland	SWZ	Suriname	SUR			Slovaquie	SLV				
Tanzanie	TAN	Trinité-et- Tobago	TRT			Slovénie	SVN				
Tchad	CHA	Turk & Caïcos	TCA			Suède	SWE				
Togo	TOG	Uruguay	URU			Suisse	SWI				
Zaire	ZAI	Venezuela	VEN			Tadjikistan	TJK				
Zambie	ZAM					Turquie	TUR				
Zimbabwe	ZIM					Turkménistan	TKM				
						Ukraine	UKR				
						Yougoslavie	YUG				

# Annexe 5:

## Organigramme de l'investigation du cas, des prélèvements d'échantillons de selles et de la riposte vaccinale à l'épidémie



---

# Annexe 6 :

## Investigation des cas et riposte vaccinale à une épidémie

### Tout préparer à l'avance

Les personnes chargées l'investigation des cas doivent préparer à l'avance tout le matériel nécessaire de façon à pouvoir réagir immédiatement lorsqu'un cas de PFA leur est signalé. Le matériel à tenir prêt est le suivant :

- glacière
- accumulateurs de froid *congelés*
- formulaire de demande et de résultat d'examen de laboratoire
- marqueur indélébile (pour remplir les formulaires et étiqueter les récipients)
- étiquettes pour les récipients
- récipients étanches à couvercle vissé pour les échantillons
- matériau absorbant
- sachets en matière plastique
- dispositif de contrôle de la température (s'il l'on en possède un)
- vaccin antipoliomyélitique oral

Se souvenir que les accumulateurs de froid doivent être conservés au congélateur pour être prêts à l'usage.

### Lorsqu'un cas de PFA est signalé, entreprendre immédiatement une enquête

Tout cas de PFA qui est signalé constitue une urgence de santé publique et doit faire l'objet, dans les 48 heures, d'une **enquête** menée par un enquêteur **qualifié** et **désigné**.

La personne chargée de l'enquête doit commencer par prendre contact avec les autorités sanitaires locales pour les informer de l'enquête entreprise dans leur circonscription administrative. Elle doit ensuite se rendre auprès de l'agent de santé qui a signalé le cas et étudier les registres hospitaliers et médicaux, puis visiter le patient et la famille. Si le patient est décédé, l'enquête demeure nécessaire. L'investigateur pensera à remercier toutes les personnes qui ont aidé à identifier et à signaler le cas.

### Prélever immédiatement des échantillons de selles

S'il ne s'est pas écoulé plus de six semaines depuis le début de la paralysie, prélever deux échantillons de selles à 24 à 48 heures d'intervalle chez le patient (voir l'annexe 7).

### Rechercher les autres cas

Dans la communauté où habite le sujet atteint de PFA, rencontrer les principaux acteurs tels que les agents de santé, les guérisseurs traditionnels, les chefs communautaires ou religieux et les

---

enseignants pour savoir si d'autres enfants ont été atteints de paralysie. Faire du porte à porte dans le voisinage immédiat du patient pour chercher s'il y a d'autres cas.

### **Entreprendre une action limitée de riposte vaccinale à l'épidémie (RVE)**

Une action limitée de riposte vaccinale à l'épidémie doit être entreprise immédiatement, mais seulement après prélèvement des échantillons de selles. En effet, si la RVE a lieu avant les prélèvements, les selles peuvent être contaminées par du virus vaccinal, ce qui rend plus difficile la détermination de la cause de la paralysie.

La riposte vaccinale à l'épidémie consiste à administrer par du porte à porte *une dose* de VPO à tous les enfants âgés de 0 à 59 mois qui vivent dans le même village que le patient ou dans son voisinage. Le nombre de doses de VPO administrées doit être inférieur à 500 doses, quelle que soit la taille de la communauté.

On se cantonnera à *une* seule tournée de vaccination et à moins de 500 doses, car l'efficacité de cette procédure pour interrompre la transmission du virus est limitée. Toutefois, la riposte vaccinale à l'épidémie présente d'autres avantages, comme de relever la couverture vaccinale dans le secteur pour d'autres types de poliovirus, de sensibiliser le public et de permettre la recherche d'autres cas. On peut aussi programmer une opération de vaccination de ratissage dans la zone intéressée au cours de la saison de faible transmission du poliovirus.

Les personnes chargées des enquêtes sur les cas et de la riposte vaccinale à l'épidémie devraient savoir *à l'avance* comment se procurer rapidement et *aisément* des vaccins pour l'opération de vaccination. *Elles doivent éviter de puiser dans le stock local de vaccins destinés aux vaccinations de routine.*

### **Rechercher d'autres cas – parler avec les parents et les responsables communautaires**

Au cours des activités de riposte à la flambée épidémique, les enquêteurs demanderont aux parents s'ils connaissent d'autres cas. Les visites à domicile faites au cours de la RVE peuvent aussi être mises à profit pour informer les parents et les responsables communautaires de l'importance de la vaccination et de l'IEP.

**NB :** S'il s'est écoulé plus de trois mois depuis l'apparition de la paralysie chez le sujet intéressé, on doit renoncer à entreprendre une riposte vaccinale à l'épidémie. Toutefois, le cas devra tout de même faire l'objet d'une enquête.

### **Faciliter l'accès aux services de rééducation**

Les personnes chargées de l'enquête sur le cas devraient informer les parents des avantages d'une rééducation précoce pour leur enfant et les encourager à utiliser si possible ce type de services. Les enquêteurs devraient donc connaître *à l'avance* les établissements proposant des services de rééducation dans le pays et les conditions d'accès à ces services.

Si l'enfant ne peut pas avoir accès à des services spécialisés de rééducation, montrer aux parents comment faire eux-mêmes un travail de rééducation avec l'enfant à la maison (se référer au document WHO/EPI/POLIO/RHB/91.01 «Directives pour la prévention des déformations dues à la poliomyélite»).

### **Faire un examen de suivi à 60 jours**

Environ 60 jours (huit à neuf semaines) après le début de la paralysie, tous les patients survivants doivent être à nouveau examinés pour rechercher une paralysie résiduelle. La présence d'une telle paralysie à ce stade est une preuve supplémentaire que la cause de la paralysie est bien le poliovirus.

---

Pour procéder à cet examen de suivi, l'enquêteur devra :

- vérifier avec les parents que les informations figurant sur le formulaire d'enquête sur le cas sont bien exactes
- demander aux parents si la paralysie a évolué
- observer comment l'enfant fait bouger ses membres ou les parties de son corps qui étaient paralysées (rechercher les zones d'amyotrophie et, si possible, regarder l'enfant marcher)
- vérifier que la paralysie est flasque (muscles mous)
- vérifier que la sensibilité est normale
- remplir la partie II de l'annexe 3b et envoyer le formulaire au PEV en suivant la procédure localement établie.

### **Classer le cas dans les 12 semaines suivant le début de la paralysie**

Dans les 12 semaines suivant le début de la paralysie, tous les cas suspects doivent être classés en cas de poliomyélite confirmés, cas compatibles, ou encore écartés (c'est-à-dire non reconnus comme cas de poliomyélite) par le comité d'experts. Voir les tableaux de classification des cas à l'annexe 2. Compléter la partie III de l'annexe 3b et envoyer le formulaire au PEV.

---

## **Annexe 7:**

# **Prélèvement et envoi des échantillons de selles et notification des résultats**

### **Quand recueillir des échantillons de selles chez un sujet atteint de PFA**

Les échantillons fécaux doivent être recueillis dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie pour avoir le plus de chances possibles d'isoler le virus. Essayer de prélever le premier échantillon au moment de l'investigation du cas. Si le patient n'est pas prêt, laisser un récipient, une glacière et des accumulateurs de froid congelés à la famille pour qu'elle se charge de prélever ultérieurement les selles du patient. Indiquer l'heure et le lieu où vous viendrez recueillir un deuxième échantillon 24 à 48 heures après le premier.

### **Comment recueillir un échantillon de selles**

#### ***Méthode préférentielle***

1. Employez un récipient muni d'un couvercle à vis. Sortir le récipient de la glacière et la refermer.
2. Si possible, prélevez un échantillon de selles fraîches directement sur les langes de l'enfant ou essayer d'obtenir que celui-ci défèque sur une feuille de papier.
3. Recueillez un volume de selles de la grosseur d'environ deux ongles de pouce d'adulte (huit grammes). Ce volume permettra de faire si nécessaire deux analyses.
4. En utilisant un morceau de papier ou une spatule, passez le spécimen dans un récipient propre, étanche et fermé par un couvercle à vis.
5. Inscrivez sur le côté du récipient (*et non sur le couvercle*) le nom du patient, le numéro d'identification du cas (numéro EPID) et la date à laquelle l'échantillon a été recueilli. Utilisez un marqueur indélébile pour étiqueter les porte-échantillons.

#### ***Méthode accessoire***

Si les selles ne peuvent être recueillies facilement, ce qui peut être le cas pour les patients ambulatoires ou lors d'enquêtes sur le terrain, la canule rectale offre une alternative, mais la méthode préconisée ci-dessus est loin d'être préférable.

Le désavantage de la canule rectale est que le petit volume de selles recueilli ne permet pas de garder un échantillon de contrôle au laboratoire. Il a été aussi démontré lors d'une étude qu'on obtient un taux inférieur d'isolation de virus à partir des échantillons recueillis de cette manière.

La canule rectale doit être utilisée comme suit :



1. Devissez le couvercle de l'étui et vérifiez la canule. L'extrémité arrondie avec de petits trous sur les côtés est celle qui doit être insérée dans le rectum.
2. Couchez l'enfant sur le dos et lui relever doucement les jambes pour exposer l'anus.
3. Retirez la canule de son étui et insérez-la doucement dans le rectum *sans en presser les parois*.
4. Insérez la canule sur plus de la moitié de sa longueur.
5. Pressez les parois de la canule pour empêcher que les matières fécales qu'elle contient ne soient pas à nouveau aspirées dans le rectum et retirez la canule du rectum.
6. Si en retirant la canule, on constate qu'elle ne contient pas de matières fécales, on peut essayer de répéter l'opération *une seule fois*. N'utilisez pas la canule plus de deux fois de suite.
7. Remettez la canule dans son étui et revissez le couvercle.
8. Si l'utilisation de la canule rectale stimule la défécation, recueillez un autre échantillon de selles en plus de celui qui a déjà été prélevé à l'aide de la canule.
9. Lavez-vous les mains.

### **Envoyez les échantillons en maintenant la chaîne du froid rétrograde jusqu'au laboratoire**

Une fois les échantillons prélevés, ils doivent être immédiatement placés dans un réfrigérateur ou dans une glacière entre des accumulateurs de froid pour être expédiés à 4-8 °C. Essayez de faire en sorte que les échantillons arrivent au laboratoire dans les 72 heures qui suivent leur prélèvement. Si cela n'est pas possible, les échantillons doivent d'abord être congelés (à - 20 °C) et envoyés congelés, de préférence avec de la neige carbonique ou des accumulateurs de froid également à - 20 °C. Ce procédé consistant à garder les échantillons au froid ou congelés s'appelle «chaîne du froid rétrograde». Si la chaîne du froid rétrograde n'est pas correctement maintenue en permanence au cours du transport, les poliovirus présents dans l'échantillon de selles ne survivront pas.

### **Ne mélangez pas les glacières**

Évitez de stocker les échantillons dans des réfrigérateurs ou des glacières qui sont utilisés pour les vaccins ou d'autres médicaments. Si cela est inévitable, emballez les échantillons dans des sachets en matière plastique et veillez à les séparer soigneusement des vaccins ou autres produits biologiques. De même, une glacière ou un porte-échantillons séparés doivent être utilisés pour le transport des échantillons et être soigneusement étiquetés à cette fin. N'utilisez pas les porte-vaccins (destinés aux vaccins) pour transporter des échantillons de selles. Si l'on craint une contamination, les réfrigérateurs, les glacières, les porte-vaccins et les accumulateurs de froid peuvent être désinfectés avec une solution javellisée au 1/10.

### **Remplissez le formulaire de demande d'examen de laboratoire**

Remplissez pour chaque cas le formulaire de demande d'analyse de laboratoire (voir le formulaire type à l'annexe 3e). Attribuez un numéro EPID à chaque cas (voir l'annexe 4 pour l'attribution des numéros EPID).

### **Expédiez les échantillons**

Lorsque les dispositions ont été prises pour le transport, enveloppez les porte-échantillons dans un matériau absorbant, enfermez-les dans un sac en matière plastique scellé et placez-les dans une glacière (conçue pour le transport des échantillons) avec des accumulateurs de froid. Si l'on utilise les glacières jaunes en polyuréthane de type jetable, faire attention à ne pas endommager le couvercle qui est fragile. On peut finir de remplir la glacière avec du papier journal pour empêcher les récipients de bouger et on peut glisser entre eux un dispositif de contrôle de la température. Fermez le couvercle mais ne le scellez pas avant que toutes les

---

formalités d'expédition aient été accomplies (la glacière sera probablement réouverte à l'aéroport si elle est expédiée par avion). Placez les formulaires de laboratoire dans une enveloppe, emballez-les dans un sac en matière plastique séparé et glissez-les dans la glacière pour l'expédition. Ne vous en servez pas pour envelopper les échantillons.

***Envoyez les échantillons par les moyens de transport les plus rapides et les plus directs.***

Rappelez-vous que les échantillons doivent arriver au laboratoire dans les 72 heures suivant leur prélèvement ou doivent être congelés à - 20 °C et envoyés congelés.

**Informez à l'avance le laboratoire qui doit recevoir les échantillons de selles**

Il est *très important* d'informer le laboratoire de la date et de l'heure auxquelles les échantillons arriveront. Veillez à ce qu'il y ait quelqu'un sur place pour en prendre livraison.

**Si les échantillons sont expédiés par avion, étudiez la procédure à l'avance**

Si les échantillons voyagent par avion, informez-vous des horaires des lignes aériennes et prenez contact avec les transporteurs **préalablement**, de manière à connaître à l'avance toutes les conditions d'expédition et à pouvoir choisir le vol le plus direct. Si le laboratoire de référence n'est pas situé dans le pays, vérifiez quelle est la réglementation pour envoyer des échantillons biologiques sur des vols internationaux. De nombreuses compagnies aériennes exigent le paiement comptant des frais de transport. Il est donc nécessaire de vérifier à l'avance le coût de l'expédition, les conditions de paiement et de prendre les dispositions nécessaires. Dans certains pays, des accords de crédit peuvent être conclus avec les compagnies aériennes.

Emmenez la glacière à l'aéroport au minimum trois heures avant le départ du vol. Munissez-vous de ruban adhésif pour sceller le couvercle après inspection par les douanes. Amenez une ancienne facture de transport aérien (si l'on en a une) ou une lettre officielle de l'OMS autorisant l'envoi des échantillons. Montrez la facture précédente aux douaniers et demandez leur de répéter la même procédure. Veillez à garder une copie de la facture de l'envoi actuel. Demandez à quelqu'un de venir prendre livraison des échantillons à l'aéroport. Faites en sorte qu'ils n'arrivent pas un jour férié ou pendant le week-end.

Désignez une personne responsable de chaque étape de l'expédition et faites un coup d'essai pour tenter de résoudre tous les problèmes imprévus.

**Procédez au traitement des échantillons**

Le laboratoire doit tenir des registres précis des échantillons reçus **en utilisant les numéros EPID**, afin que les données épidémiologiques (du système de surveillance) et les résultats des examens de laboratoire puissent être mis en relation pour chaque cas grâce à ce numéro.

**Communiquez les résultats des analyses de laboratoire**

Les laboratoires doivent essayer de maintenir un «rythme de rotation» de 28 jours au maximum pour le traitement des échantillons, c'est-à-dire que les résultats finaux des analyses doivent être notifiés au responsable du PEV dans les 28 jours suivant la date de réception des échantillons au laboratoire. Le responsable du PEV doit ensuite communiquer ces résultats à l'OMS sur une base mensuelle ou trimestrielle. On veillera à envoyer rapidement les résultats des analyses de laboratoire à l'agent de santé ou à l'établissement qui a signalé le cas.

**Organisez des réunions mensuelles**

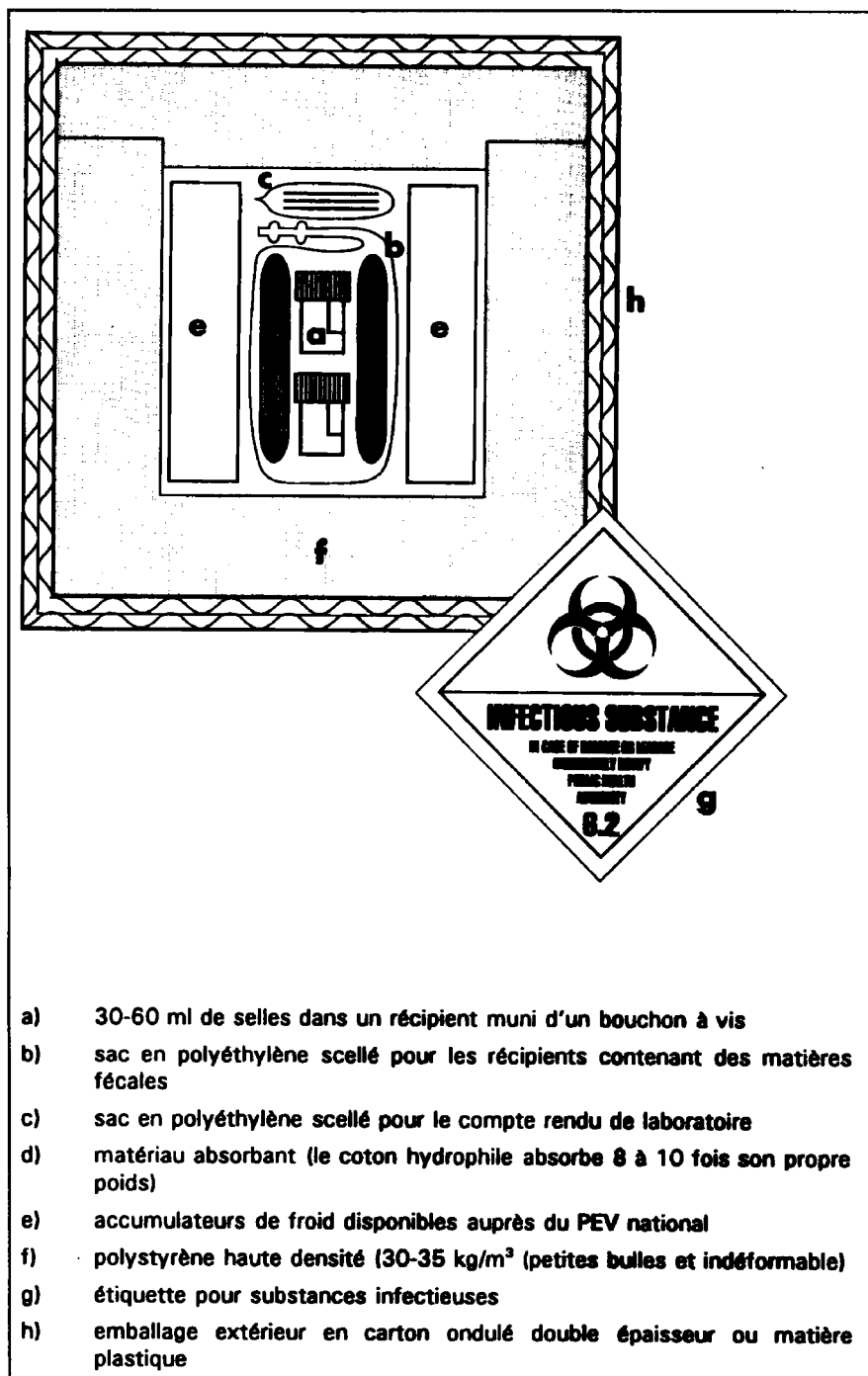
Tous les problèmes surgissant dans les rapports entre le laboratoire, le PEV et l'unité d'épidémiologie doivent être discutés lors de réunions mensuelles organisées par le responsable du PEV.

## Envoyez les isoléments de virus pour la différenciation intratypique

La différenciation intratypique est effectuée dans les laboratoires de référence régionaux pour distinguer le poliovirus sauvage du virus de type vaccinal.

Les isoléments de virus doivent être envoyés au laboratoire de référence pour différenciation intratypique lorsque la transmission du poliovirus est circonscrite à un foyer bien défini et que la surveillance des PFA est bien établie. Cet examen n'est pas nécessaire lorsque la poliomyélite sévit à l'état endémique dans un pays.

### Emballages improvisés pour l'expédition de prélèvements



---

# Annexe 8:

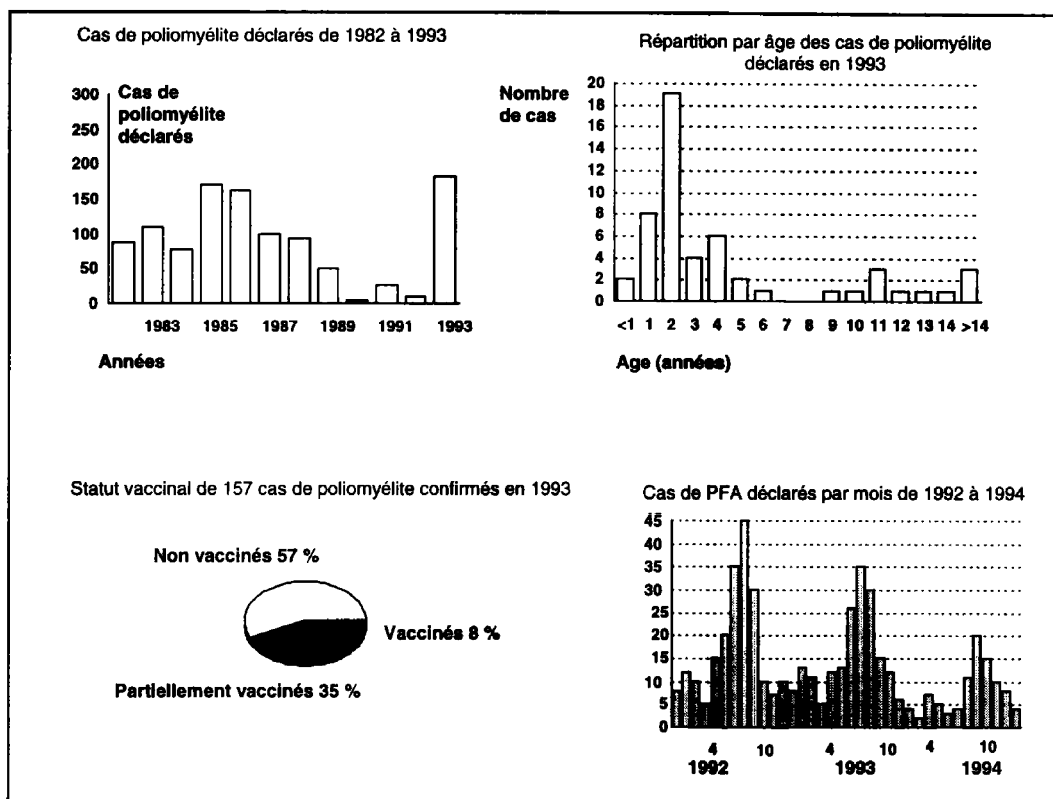
## Les étapes dans la mise en place de la surveillance de la PFA

### Comment mettre en place une surveillance de la PFA

1. Rencontrer les directeurs des hôpitaux et des centres de rééducation pour :
  - leur expliquer le système de la déclaration immédiate et mensuelle, y compris les déclarations négatives
  - leur expliquer que la déclaration d'un cas de PFA entraînera l'investigation du cas, le prélèvement d'échantillons de selles et une riposte vaccinale à l'épidémie.
  - leur présenter le personnel du Ministère de la Santé qui effectuera les enquêtes sur les cas et le prélèvement des échantillons de selles
  - leur présenter le personnel du Ministère de la Santé qui visitera l'hôpital chaque semaine pour assurer la surveillance active
  - désigner un point focal à l'hôpital pour centraliser la déclaration des PFA
  - obtenir la coopération du directeur pour informer le personnel hospitalier sur l'IEP et définir les rôles respectifs (par des annonces, des affiches, des réunions, etc.) ; présenter l'Initiative d'Eradication de la Poliomyélite à la prochaine réunion de l'équipe hospitalière
  - rencontrer les pédiatres, les neurologues et les autres agents de santé susceptibles de voir des cas de poliomyélite
  - rencontrer les principaux responsables du service des archives hospitalières
  - présenter les formulaires de déclaration.
2. Rencontrer le responsable du point focal à l'hôpital pour expliquer en détail tout le processus de déclaration et ses responsabilités.
3. Présenter l'IEP au cours des réunions du personnel et des réunions professionnelles. Envoyer à toute l'équipe des avis écrits et officiels sur l'obligation de déclarer tous les cas de PFA.
4. Remettre au responsable du point focal à l'hôpital les formulaires de déclaration appropriés.
5. Commencer la surveillance !
  - le responsable du point focal dans chaque l'hôpital doit commencer à envoyer des rapports mensuels (y compris les déclarations négatives) et les déclarations immédiates de tout cas de PFA
  - le personnel du Ministère de la Santé doit commencer à assurer la surveillance active hebdomadaire (voir la définition à l'annexe 1)
  - les enquêteurs doivent commencer l'investigation, le prélèvement des échantillons de selles et la mise en route de la riposte vaccinale à l'épidémie dès qu'un cas est signalé.

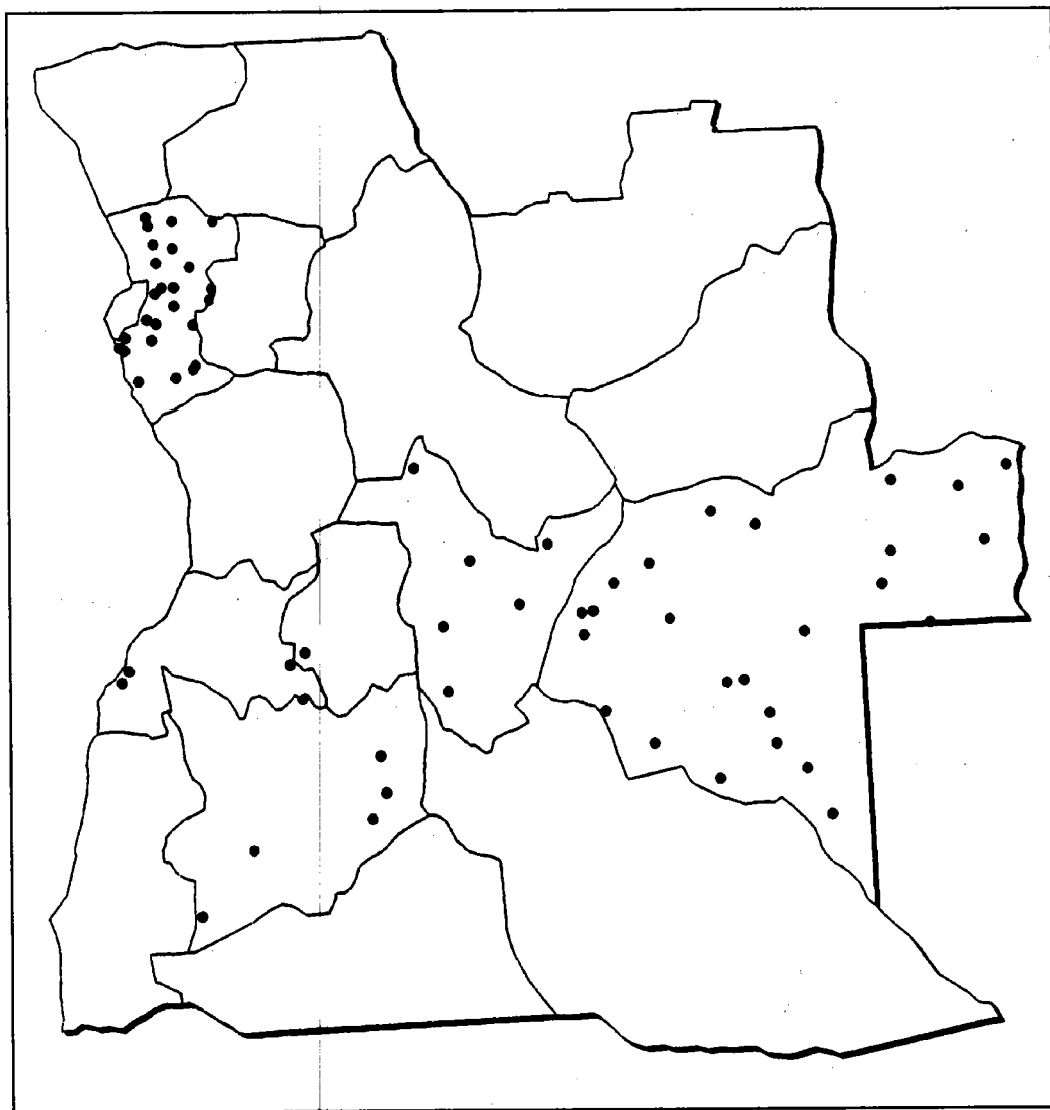
## Annexe 9:

# Modèles de graphiques



---

## Annexe 10 : Exemple de carte de répartition géographique des cas confirmés de poliomyélite



1 point = 1 cas

---

# Annexe 11:

## Dix indicateurs de performance de la surveillance de la maladie et de l'activité de laboratoire

### 1. Taux de PFA non poliomyélitique chez les enfants < 15 ans (cible $\geq 1/100\ 000$ )

Taux de PFA

non poliomyélitique = 
$$\frac{\text{Nombre de cas de PFA non poliomyélitique déclarés < 15 ans}}{\text{Nombre total d'enfants < 15 ans}}$$

Le taux de PFA non poliomyélitique est un indicateur de la «sensibilité» de la surveillance. Si le taux est  $\leq 1/100\ 000$  enfants < 15 ans, il est alors probable que le système de surveillance laisse échapper des cas de PFA.

### 2. Complétude de la déclaration mensuelle (cible $\geq 90\ %$ )

Pourcentage de

complétude = 
$$\frac{\text{Nombre de rapports mensuels reçus}}{\text{Nombre de rapports mensuels attendus}} \times 100\ %$$

### 3. Ponctualité de la déclaration mensuelle (cible $\geq 80\ %$ )

Pourcentage de

ponctualité = 
$$\frac{\text{Nombre de rapports reçus avant une date limite précisée}}{\text{Nombre de rapports mensuels attendus}} \times 100\ %$$

### 4. Nombre de cas de PFA déclarés ayant fait l'objet d'une enquête $\leq 48$ heures après la déclaration (cible $\geq 80\ %$ )

### 5. Nombre de cas de PFA déclarés pour lesquels on a recueilli deux échantillons de selles $\leq 14$ jours après le début de la paralysie (cible $\geq 80\ %$ )

### 6. Nombre de cas de PFA déclarés ayant bénéficié d'un examen de suivi au moins 6 jours après le début de la paralysie pour vérifier la présence d'une paralysie résiduelle ou une faiblesse (cible $\geq 80\ %$ )

### 7. Echantillons arrivant au laboratoire national $\leq 3$ jours après leur expédition (cible $\geq 80\ %$ )

### 8. Echantillons arrivant au laboratoire en «bon état» (cible $> 80\ %$ )

«Bon état» signifie :

- il y a de la glace dans le récipient d'expédition à l'arrivée ou bien le dispositif de contrôle de la température affiche une température  $< 8^{\circ}\text{C}$
- le volume de l'échantillon est adéquat ( $> 8$  grammes)

- 
- il n'y a pas de déperdition ni de dessiccation
  - les informations appropriées (formulaire de demande et de résultat de laboratoire) sont incluses.

**9. Echantillons traités avec un rythme de rotation  $\leq 28$  jours (cible  $\geq 80$  %)**

Le temps de rotation est le nombre de jours qui s'écoulent entre la date de réception et la date de remise des résultats.

**10. Echantillons de selles dans lesquels on a isolé des entérovirus non poliomyélitiques (cible  $\geq 10$  %)**

C'est un indicateur de qualité de la chaîne du froid rétrograde et de la capacité du laboratoire à effectuer les isollements de routine d'entérovirus.



---

# Annexe 12 : Caractères d'un système de surveillance efficace

## Complétude

Un système de surveillance efficace est complet. C'est-à-dire qu'il reçoit et traite tous les rapports attendus de toutes les unités déclarantes.

## Ponctualité

Un système de surveillance efficace doit fournir les informations aux dates prévues.

## Utilité

Un système de surveillance efficace collecte les informations utiles pour suivre les tendances d'une maladie, déceler les épidémies, estimer l'importance d'une maladie, stimuler la recherche susceptible de conduire à des mesures de lutte ou de prévention, identifier les facteurs de risque, évaluer l'efficacité des mesures de lutte ou promouvoir des pratiques cliniques améliorées.

## Représentativité

Un système de surveillance efficace décrit avec précision la fréquence d'une maladie, sa répartition géographique et la population touchée.

## Simplicité et rendement

Les systèmes de surveillance qui collectent trop d'informations ou submergent les agents de santé sous un flot de formulaires inutiles ou compliqués ne sont pas efficaces. Les données obtenues sont de mauvaise qualité, sont incomplètes, ne sont pas communiquées en temps utile et ne servent pas à grand-chose.

A l'inverse, lorsqu'un système de surveillance collecte une somme raisonnable de données simples qui sont utiles pour prendre des décisions et surveiller les progrès, ce système devient plus efficace et plus acceptable par tous les intéressés.

## Souplesse

Un système de surveillance souple s'adapte à l'évolution des besoins ou des conditions de fonctionnement sans un accroissement substantiel de la dotation en personnel, des délais ou des coûts.

## Organisation hiérarchique

Dans un système bien organisé de surveillance d'une maladie, les données suivent une voie hiérarchique, de la périphérie jusqu'au niveau le plus central. De cette manière, les responsables de la santé à chaque niveau reçoivent les données concernant la zone qui relève de leur autorité, données qu'ils peuvent analyser et utiliser pour lancer des actions locales de lutte contre la maladie.

Pour plus de détails sur l'évaluation de la qualité des systèmes de surveillance, on peut se reporter à : Morbidity and Mortality Weekly Report. Guidelines for evaluating surveillance systems, 1988 : 37[S5]1-17.

---

# Annexe 13:

## Autres interventions et stratégies d'orientation-recours mises en œuvre à l'occasion des JNV

### 1. Considérations générales

Le premier objectif d'une JNV est d'atteindre un taux élevé de couverture vaccinale par le VPO pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage. Toutefois, les JNV offrent une excellente occasion d'administrer d'autres vaccins et de programmer d'autres interventions (comme : vaccination contre la rougeole, administration d'AT, de vitamine A et/ou d'iode).

**La programmation d'autres interventions à l'occasion des JNV ne doit pas compromettre le premier objectif des JNV à savoir l'éradication de la poliomyélite.**

Certains pays ont pour politique d'organiser des campagnes de «rattrapage» visant à toucher les enfants dont les vaccinations ne sont pas à jour. D'autres organisent des campagnes périodiques dans le cadre de leur programme de vaccination de routine.

**La stratégie des JNV a pour but d'administrer des doses SUPPLÉMENTAIRES de VPO pour aboutir à l'éradication de la maladie et NON à réaliser une vaccination de routine.**

Il convient d'examiner soigneusement tous les aspects opérationnels et épidémiologiques avant de décider de programmer des interventions additionnelles à l'occasion des JNV. Ainsi, par exemple, il est démontré que l'administration ciblée d'AT aux populations à haut risque est plus efficace pour éliminer le tétanos neonatal qu'une administration non sélective.

Par ailleurs, la programmation simultanée au cours des JNV de plusieurs interventions faisant intervenir des stratégies différentes et s'adressant à des groupes cibles différents peut aboutir à submerger la logistique, les volontaires et les agents de santé, entraînant des contre-performances pour chacune des actions programmées. Dans la plupart des cas, on a intérêt à opter pour la simplicité au cours des premières tournées de vaccination, en administrant uniquement le VPO, quitte à ajouter progressivement des interventions supplémentaires au cours des JNV suivantes lorsque les agents de santé, les volontaires et les comités des JNV à tous les niveaux ont acquis l'expérience et obtiennent une **forte couverture par le VPO**. Ces interventions doivent être appropriées sur le plan opérationnel et épidémiologique.

Les principes de la planification de JNV offrant différentes interventions sont identiques à ceux d'une vaccination unique par le VPO. Toutefois, les facteurs suivants doivent être soigneusement pris en considération :

- une préparation excellente et précoce est encore plus essentielle ;
- les groupes cibles (aussi bien du point de vue de l'âge que de la répartition géographique) pour chaque intervention doivent être clairement définis ;

- davantage de vaccins (ainsi que de la vitamine A ou de l'iode le cas échéant) doivent être commandés à l'avance et distribués ;
- davantage d'espace de stockage dans les équipements de la chaîne du froid doit être prévu à tous les niveaux ;
- un stock suffisant de seringues et aiguilles jetables ou autobloquantes doit être distribué à chaque poste et chaque équipe de vaccination ;
- les agents de santé doivent être convenablement formés et supervisés pour assurer la sécurité des pratiques d'injection et prévenir les accidents dus aux piqûres d'aiguilles ;
- plus de volontaires et d'agents de santé qualifiés sont nécessaires ;
- les besoins en matière de supervision et de formation sont accrus ;
- la mobilisation sociale est plus complexe et nécessite davantage d'efforts.

## **2. Recommandations générales**

### ***Désigner des agents de santé pour s'occuper des populations cibles***

Aux niveaux national, provincial et du district, un agent de santé devrait être désigné responsable des populations cibles auxquelles on administrera un complément antigénique, ceci pour assurer une attention particulière à la planification et à la logistique de ces interventions additionnelles.

### ***Collaborer avec le programme de vaccination de routine***

Le coordonnateur national des JNV devrait travailler en collaboration étroite avec le responsable du PEV pour permettre aux JNV de venir renforcer le programme de vaccination de routine. Ils devraient notamment se concerter pour :

- assurer la cohérence entre la stratégie des JNV et le programmes de vaccination de routine;
- compléter la formation des agents si nécessaire ;
- distribuer, redistribuer ou réparer les équipements de la chaîne du froid ;
- assurer la sécurité des injections ;
- assurer une formation de recyclage pour les responsables de la logistique et de la supervision ou utiliser efficacement les acquis.

### ***Utiliser de préférence des seringues autobloquantes***

Si les vaccins proposés doivent être administrés sous forme injectable, l'OMS recommande d'utiliser des seringues autobloquantes pour les JNV. Si cela n'est pas possible pour des considérations de coût, des seringues jetables peuvent être utilisées sous contrôle rigoureux (et en prévoyant des incinérateurs pour en assurer l'évacuation hygiénique).

**Si l'on ne dispose pas de quantités suffisantes de seringues jetables ou autobloquantes pouvant être distribuées dans de bonnes conditions, il faut s'abstenir de faire des injections au cours des JNV.**

### ***Ne pas recapuchonner les aiguilles***

C'est généralement en essayant de recapuchonner les aiguilles usagées que les agents de santé se blessent. Pour réduire ce risque, il faut renoncer à recapuchonner les aiguilles après usage. Celles-ci doivent être laissées en l'état et placées immédiatement dans un conteneur destiné à cet effet pour être détruites par incinération, de préférence dans une boîte à incinération.

### 3. Considérations spécifiques

#### **Rougeole :**

Les JNV fournissent une excellente occasion de vacciner contre la rougeole les enfants qui sont passés au travers des mailles du filet lors des vaccinations de routine ou ceux qui n'ont pas présenté de séroconversion à la suite d'une précédente vaccination antirougeoleuse. Le fait de proposer le vaccin contre la rougeole au cours des JNV peut aussi rendre la campagne plus attrayante pour le public si la rougeole est perçue comme plus dangereuse pour les enfants que la poliomyélite.

Si l'on propose le vaccin contre la rougeole au cours des JNV, la priorité doit être accordée :

- à la vaccination par une *première* dose de vaccin antirougeoleux des enfants qui n'ont pas encore été vaccinés ;
- à la vaccination des enfants particulièrement exposés à la rougeole, comme ceux vivant dans des zones urbaines densément peuplées.

En fonction des considérations de coût, de l'impact sur le contrôle de la maladie et des impératifs logistiques, on pourra décider d'administrer le vaccin antirougeoleux au cours des JNV soit dans des zones géographiques bien définies, soit au contraire de manière non sélective.

Au cours des JNV, la tranche d'âge cible pour la vaccination antirougeoleuse dépendra de l'âge auquel les enfants sont les plus touchés par la rougeole dans la population considérée. Dans les pays en développement, la rougeole frappe surtout les nourrissons et les jeunes enfants. Au cours des JNV, le vaccin antirougeoleux sera donc généralement administré à tous les enfants âgés de 9 à 23 mois. Si un fort pourcentage de cas de rougeole survient chez les enfants de moins de neuf mois, la limite d'âge inférieure pourra être abaissée à six mois. Dans les pays ayant des programmes efficaces de vaccination antirougeoleuse, la rougeole touche généralement les enfants les plus âgés et les jeunes adultes. En ce cas, le groupe d'âge cible peut être étendu pour comprendre les enfants plus âgés.

Au cours des JNV, le vaccin antirougeoleux est généralement administré à tous les enfants appartenant au groupe cible défini quel que soit leur statut vaccinal antérieur. Cela permet de résoudre le problème de l'oubli du carnet de vaccination et des longues files d'attente pour vérifier ce carnet aux postes de vaccination. Le vaccin antirougeoleux ne doit être proposé qu'à une seule des deux tournées de vaccination des JNV. Si une deuxième tournée de vaccination par le vaccin antirougeoleux est nécessaire, cette tournée doit être organisée quatre à six mois plus tard.

Des stratégies spéciales sont nécessaires pour atteindre les enfants non immunisés ou insuffisamment immunisés faisant partie du groupe cible pour la vaccination antirougeoleuse, notamment dans les zones urbaines. Le choix des méthodes dépendra des raisons pour lesquelles ces enfants sont difficiles à atteindre. La mise en œuvre de stratégies spéciales pour atteindre ces populations au cours des JNV peut prendre plusieurs jours. Voir à l'annexe 16 une présentation des stratégies de vaccination destinées aux populations à haut risque ou difficiles à atteindre.

La vaccination antirougeoleuse nécessite le maintien de la chaîne du froid, la présence d'agents de santé qualifiés pour pratiquer des injections sous-cutanées et un stock suffisant de seringues et d'aiguilles. Il n'y a aucune contre-indication à l'administration de ce vaccin.

**Formule pour le calcul du nombre de flacons de vaccins antirougeoleux :**

**nombre de flacons de vaccins antirougeoleux = (population cible x 1,3) / taille du flacon**

### **Anatoxine tétanique (AT) :**

L'administration d'AT, si elle est prévue au cours des JNV, doit être proposée aux femmes âgées de 15 à 44 ans et uniquement dans les *districts à haut risque*. Il s'agit de districts urbains et ruraux présentant l'une quelconque des caractéristiques suivantes :

- un taux de tétanos neonatal déclaré > 1 pour 1000 naissances vivantes
- un taux de couverture par 2 doses ou plus d'AT ou un pourcentage d'enfants protégés contre le tétanos neonatal < 80 %
- un manque de fiabilité des données (déclarations incomplètes, absence de déclaration ou mauvaises conditions d'accès aux services de soins).

Voir à l'annexe 16 une présentation des stratégies pour la vaccination des populations à haut risque.

La mise en œuvre des stratégies spéciales pour atteindre ces populations peut nécessiter plusieurs jours.

L'administration d'AT lors des JNV nécessitera un effort de mobilisation sociale plus complexe du fait que cette vaccination s'adresse à un groupe cible différent. Les femmes doivent être invitées à l'avance à se munir de leur carnet de vaccination lors des JNV.

Pour éviter d'administrer inutilement des doses d'AT, chaque femme doit être examinée sur la base du carnet de vaccination ou de son histoire vaccinale, afin de connaître le nombre de doses déjà reçues (tableau1).

Les femmes qui ont déjà reçu cinq doses d'AT à intervalles appropriés n'ont pas besoin d'être de nouveau vaccinées. Les femmes sans carnet de vaccination à qui l'on administre de l'AT au cours des JNV devraient recevoir une carte de vaccination où toutes les doses d'AT seront inscrites. L'AT peut être administrée à tous les stades de la grossesse sans aucune contre-indication.

<b>Tableau 1. : Intervalle minimum à respecter entre les différentes doses d'anatoxine tétanique (AT) et durée de la protection conférée.</b>		
<b>Dose d'AT</b>	<b>Quand administrer l'AT <sup>1</sup></b>	<b>Durée de la protection</b>
(AT1)	Au premier contact ou dès que possible	Pas de protection
(AT2)	Au moins quatre semaines après AT1	3 ans <sup>2</sup>
(AT3)	Au moins six mois après AT2	5 ans
(AT4)	Au moins un an après AT3	10 ans
(AT5)	Au moins un an après AT4	Pendant toute la durée de la période fertile (au moins 30 ans)

<sup>1</sup> Il n'y a pas d'intervalle maximum entre les différentes doses d'AT.

<sup>2</sup> La protection commence 15 jours après la date d'administration de la dose.

Il faut veiller à ne pas congeler l'AT, car cela risque de réduire son efficacité.

La programmation de l'administration d'AT au cours des JNV nécessitera un stock et une distribution supplémentaire et adéquate de seringues et d'aiguilles ainsi qu'une chaîne du froid. Il faut prévoir aussi un plus grand nombre d'agents de santé qualifiés capables de pratiquer correctement des injections intramusculaires. En général, on compte que trois agents de santé

peuvent vacciner approximativement 150 femmes par jour à un point fixe. Un volontaire sera chargé de remplir les feuilles de pointage et les carnets de vaccination, un autre volontaire ou un agent de santé sera chargé de remplir les seringues et un agent de santé qualifié administrera l'AT.

Des efforts de mobilisation sociale devront être déployés pour faire taire rapidement toute rumeur selon laquelle l'AT serait une injection anticonceptionnelle déguisée. On peut aider à dissiper ces rumeurs en administrant l'AT à une célébrité ou à une personnalité importante de sexe féminin lors de la cérémonie d'ouverture ou en représentant la scène sur des affiches ou dans des brochures. Dans certaines régions, il arrive que les hommes demandent aussi à être vaccinés. Leur donner satisfaction peut, dans certaines communautés, contribuer à faire cesser les rumeurs tout en évitant le gaspillage du vaccin.

Pour calculer les besoins en AT pour les JNV, on peut tabler initialement sur un coefficient de perte de 1,3. Ce coefficient de perte peut ensuite être ajusté en tenant compte des pertes effectives constatées au cours des tournées de vaccination précédentes.

**Formule pour le calcul du nombre total de flacons d'AT nécessaire :**

**Nombre de flacons d'AT = (population totale x 22 % x 1,3)/taille du flacon**

#### **Vitamine A :**

L'OMS recommande l'administration de suppléments en vitamine A aux enfants à partir de 6 mois dans les régions du monde carencées en vitamine A. Du fait que la vitamine A se prend par voie orale et ne nécessite pas d'équipements de chaîne du froid, son administration est l'intervention complémentaire la plus simple à mettre en oeuvre au cours des JNV.

Le groupe d'âge cible pour l'administration de vitamine au cours des JNV est compris entre 6 et 59 mois (Tableau 2). Toutefois, un enfant qui a déjà reçu un supplément en vitamine A au cours des quatre mois précédant les JNV ne doit pas en recevoir de nouveau.

<b>Tableau 2. Schéma d'administration de la vitamine A au cours des JNV.</b>		
<b>Age</b>	<b>Dose</b>	<b>Fréquence</b>
6-11 mois	100 000 UI (30 mg)	1 fois tous les 4 à 6 mois
12-59 mois	200 000 UI (60 mg)	1 fois tous les 4 à 6 mois

La vitamine A se présente sous forme de capsules ou sous forme liquide. L'administration sous forme liquide nécessite un flacon doseur (coût unitaire : US \$2). Si l'on utilise des capsules au cours des JNV, il faut les ouvrir et administrer la vitamine A en exprimant le contenu sur la langue de l'enfant pour éliminer tout risque d'asphyxie due à la capsule.

**Pour éliminer tout risque d'asphyxie, ne pas donner de capsules entières de vitamine A aux enfants au cours des JNV. Ouvrir la capsule et exprimer son contenu dans la bouche de l'enfant.**

La vitamine A doit être conservée à l'abri du soleil et ne doit pas être congelée.

Pour éviter toute confusion, seules des capsules à 100 000 UI doivent être distribuées au cours des JNV. Les enfants âgés de 6 à 11 mois recevront le contenu d'une capsule, les enfants de 12 à 59 mois recevront le contenu de deux capsules.

Il n'y a pas de contre-indication à l'administration de vitamine A. Dans de rares cas, on observe des céphalées, une perte d'appétit, des vomissements ou un gonflement de la fontanelle le jour suivant l'administration du supplément en vitamine A. Ces symptômes sont modérés et passagers et ne nécessitent aucun traitement.

Pour calculer les besoins en vitamine A pour les JNV, il convient d'appliquer un coefficient de perte de 1,1.

**Formule pour le calcul des besoins en vitamine A :**

**Nombre de capsules à 100 000 UI pour les enfants de 12 à 59 mois = nombre d'enfants du groupe cible (12-59 mois) x 1,1 x 2**

**Nombre de capsules à 100 000 UI pour les enfants de 6 à 11 mois = nombre d'enfants du groupe cible (6-11 mois) x 1,1**

Pour plus de détails, on peut se référer au document WHO/EPI/TRAM/93.06. «Comment administrer les suppléments en vitamine A : Guide à l'intention des agents de santé».

### ***Stratégies d'orientation-recours au cours des JNV***

Au cours de la première tournée de vaccination, on peut demander aux femmes et aux enfants d'apporter leurs carnets de vaccination lors de la tournée suivante. Au cours de celle-ci, les carnets pourront être vérifiés pour savoir quels sont les femmes ou les enfants à vacciner. Cela implique la présence au poste de vaccination d'une personne convenablement formée à la lecture et à l'interprétation correcte du carnet de vaccination. Un formulaire d'orientation-recours (voir l'annexe 19b) sera alors rempli et remis aux personnes qui doivent aller se faire vacciner, en leur expliquant où elles doivent se rendre et à quelle date.

Chaque cas adressé aux services de santé devra être inscrit sur la feuille de pointage (annexe 19a). Au cours de la semaine suivant les JNV, les centres de santé les plus proches devront être informés du nombre de femmes et d'enfants qui leur sont envoyés pour chaque vaccin, afin que le personnel de santé puisse se préparer.

Si une stratégie d'orientation-recours est mise en oeuvre au cours des JNV, cela ne doit pas se faire au détriment de l'objectif premier des JNV qui est d'éradiquer la poliomyélite. Il est donc important d'éviter que se forment de longues files de gens attendant que leur carte de vaccination soit vérifiée pour se faire vacciner. Ces longues files d'attente décourageront le public de participer aux futures JNV.

**S'il y a de trop longues files d'attente, abandonner la stratégie d'orientation-recours.**

En incluant une stratégie d'orientation-recours dans les JNV, on peut renforcer les programmes de vaccination de routine si les services chargés des vaccinations de routine sont **informés** du nombre de personnes qui leur sont adressées et s'ils sont **prêts** à faire face à une augmentation soudaine de leur fréquentation après les JNV.

**Les centres de santé devraient être informés du nombre de cas qui leur sont envoyés et pour quels antigènes.**

---

# Annexe 14:

## Logistique et exigences de la chaîne du froid pour les JNV

**Sur le plan logistique, l'organisation de Journées Nationales de Vaccination nécessite de :**

- calculer toutes les ressources nécessaires, y compris en vaccins
- déterminer quand et comment l'on pourra se procurer ces ressources, les stocker et les distribuer.

Les ressources à prévoir dans la planification sont les suivantes :

- quantité de vaccins nécessaires, capacité de stockage et système de distribution
- autres fournitures, y compris seringues et aiguilles (le cas échéant), formulaires d'enregistrement, formulaires de notification et matériel pédagogique
- personnel
- transports
- matériel de mobilisation sociale.

**Une bonne planification logistique des JNV a pour but d'assurer que, pour chaque tournée de vaccination, le poste ou l'équipe de vaccination dispose de :**

- trois ou quatre agents
- un porte-vaccin (ou une bouteille thermos)
- un kilo de glace ou quatre accumulateurs de froid congelés par jour
- 12 à 18 flacons (à raison de 20 doses par flacon) de VPO, en fonction de la fréquentation attendue
- trois feuilles de pointage pour enregistrer les vaccinations
- une banderole pour signaler le poste de vaccination
- des affiches indiquant la date de la prochaine tournée de vaccination dans le cadre des JNV et de la prochaine session de vaccination de routine dans le cadre du PEV
- un moyen de transport pour se rendre au poste de vaccination.

Pour calculer les ressources nécessaires à chaque niveau, du niveau national à l'échelon du district, on peut utiliser des tableaux récapitulatifs. La présente section du guide vise à donner aux responsables du PEV, aux coordonnateurs des JNV et aux comités logistiques pour les JNV des indications sur la manière de planifier les JNV sur le plan logistique et de calculer et d'enregistrer les ressources nécessaires à l'aide de tableaux descriptifs (annexes 14o, 14p et 14q).



## **Annexe 14a : Calculer la taille de la population cible**

**Pour évaluer les ressources nécessaires, l'étape la plus importante est de déterminer la taille de la population cible.**

Au cours des JNV, on recommande d'administrer le VPO à tous les enfants de moins de cinq ans (0-59 mois).

Il n'y a pas de formule unique pour calculer la taille de la population cible : les méthodes varient selon le pays et selon les données dont on dispose. Quelle que soit la méthode adoptée, elle doit être simple à utiliser et doit être la même pour toutes les subdivisions administratives du pays.

### **Méthode n° 1 :**

**Population cible = population totale dans la circonscription administrative x pourcentage de la population appartenant à la tranche d'âge visée**

Par exemple, pour le pays X où les enfants de moins de cinq ans représentent 17 % de la population totale et où la population totale est estimée à dix millions d'habitants, le calcul est le suivant :

$$10\,000\,000 \times 0,17 = 1\,700\,000 \text{ enfants de moins de cinq ans}$$

**Les meilleures sources pour évaluer la population totale sont généralement les données du dernier recensement ou les projections démographiques, si elles existent.**

**Si l'on ne possède pas de chiffres récents ou si ces chiffres ne sont pas considérés comme fiables, on peut les augmenter d'un certain pourcentage pour se ménager une marge d'erreur.**

**Si pour une circonscription administrative donnée, on possède des chiffres de population différents, il faut toujours utiliser le chiffre le plus élevé.**

Dans la plupart des pays en développement, les enfants de 0 à 59 mois représentent entre 15 et 20 % de la population totale alors que dans les pays industrialisés, ils sont proportionnellement moins nombreux. Le pourcentage que l'on utilisera dépendra des données disponibles, comme les chiffres du dernier recensement, les projections démographiques ou le taux de natalité.

### **Méthode n° 2 :**

**Population cible de moins de cinq ans = nombre annuel de naissances vivantes dans la population x 5**

Si le nombre de naissances vivantes déclarées apparaît sous-évalué ou peu fiable, on peut l'augmenter d'un certain pourcentage pour que les ressources prévues soient suffisantes.

#### **Pour mémoire :**

La méthode choisie pour calculer la population cible doit être :

- simple à utiliser
- celle officiellement préconisée par les autorités nationales pour toutes les subdivisions administratives

**En cas de doute, toujours surestimer la population cible plutôt que le contraire.**

## Annexe 14b : Calculer les besoins en vaccins

### ***Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)***

Pour calculer les besoins en VPO pour les JNV, on peut utiliser la formule suivante :

**Nombre de doses de VPO = population cible x 2 tournées de vaccination x coefficient de perte**

Si l'on organise une JNV pour la première fois, il faut calculer les besoins en vaccins en appliquant un coefficient de perte/réserve de 1,3 (ce qui correspond approximativement à une marge de 25 % pour les pertes et le stock de réserve), pour être assuré de disposer d'une quantité adéquate de vaccins. Pour les tournées de vaccination suivantes, ce coefficient de perte pourra être ajusté (généralement à la baisse) en se fondant sur l'expérience des tournées précédentes.

Les flacons les plus petits utilisés pour les JNV devraient contenir au moins 20 doses de vaccin. Pour estimer le nombre de flacons nécessaires, diviser le nombre de doses nécessaires par 20 et arrondir au chiffre supérieur.

#### **Exemples de calculs des besoins en VPO selon la méthode utilisée pour calculer la population cible :**

##### **Exemple n°1 :**

Population totale de la province/district : 123 233

Population cible (0-59 mois) : 17 % de la population totale

Coefficient de perte de VPO = 1,3

Nombre de tournées de vaccination = 2

Taille des flacons : flacons de 20 doses

$123\,233 \times 0,17 \times 1,3 \times 2 = 54\,469$  doses de VPO (deux tournées de vaccination)

$54\,469 / 20 = 2723,45$  ; on a besoin de 2724 flacons

##### **Exemple n°2 :**

Nombre total annuel de naissances vivantes dans le district = 367

Tranche d'âge ciblée : 0-59 mois (0-5 ans)

Coefficient de perte de VPO = 1,3

Nombre de tournées de vaccination = 2

Taille des flacons : flacons de 20 doses

$367 \times 5 \times 1,3 \times 2 = 4771$  doses de VPO pour deux tournées de vaccination

$4771 / 20 = 238,55$  ; on a besoin de 239 flacons

### ***Autres vaccins et vitamine A***

Si l'on a décidé de profiter des JNV pour proposer, dans certaines zones, une supplémentation en vitamine A, une vaccination antirougeoleuse ou l'AT, la formule utilisée pour calculer les besoins en produits correspondants est la même que celle employée pour le VPO, à savoir :

**Nombre de doses = population cible x nombre de tournées de vaccination x coefficient de perte**

On recommande d'appliquer un coefficient de perte de 1,3 pour le vaccin antirougeoleux et l'AT et de 1,1 pour les capsules de vitamine A.

## Annexe 14c : Calculer la capacité nécessaire de la chaîne du froid

Les règles générales pour le calcul de la capacité nécessaire au stockage au froid du vaccin sont les suivantes :

- la capacité requise de la chaîne du froid pour une tournée de vaccination au cours des JNV
- est de l'ordre de 20 à 25 litres pour une population totale de 100 000 habitants
- il faut un volume de stockage de 1 litre pour 1000 doses de VPO
- il faut un volume de stockage de 1 litre pour 500 doses d'autres vaccins
- au niveau le plus périphérique, la capacité de stockage disponible est généralement suffisante
- le manque de capacité de stockage pose surtout des problèmes au niveau régional, provincial ou du district
- des solutions temporaires consistant par exemple à utiliser des glacières pour le stockage des vaccins doivent être trouvées pour les JNV dans les zones où l'on manque de réfrigérateurs et de congélateurs.

Les deux étapes suivantes permettent de vérifier que la capacité de stockage est suffisante pour les JNV:

### ***1. Calculer la capacité totale de stockage disponible dans la chaîne du froid***

Dresser un inventaire de tous les équipements de la chaîne du froid disponibles et en état de marche. Se référer ensuite au tableau de l'annexe 14n intitulé «Capacité des équipements de la chaîne du froid pour le stockage des vaccins». A l'aide de ce tableau, déterminer le volume total de stockage au froid correspondant aux équipements disponibles.

### ***2. Soustraire le volume nécessaire pour la vaccination de routine***

Pour calculer le volume de stockage disponible pour les JNV, il faut soustraire du volume total disponible l'espace nécessaire pour les services de vaccination de routine.

#### **Exemple :**

**Etape 1.** Une province donnée possède un SIBIR V240 GE dont la capacité de stockage des vaccins est de 98 litres (30 dans le congélateur et 68 dans le corps du réfrigérateur).

**Etape 2.** Si le congélateur est totalement rempli d'accumulateurs de froid et que le corps du réfrigérateur est à moitié plein de vaccins destinés aux activités de vaccination de routine du PEV, l'espace disponible pour les JNV est d'environ 34 litres. En conséquence, la quantité maximale de VPO qui peut être stockée dans ce réfrigérateur pour les JNV est de 34 000 doses.

C'est généralement au niveau intermédiaire – province et district – que l'on manque de capacité de stockage pour garder les vaccins au froid. Lorsque ce type de problème se pose, on peut avoir recours à l'une des solutions suivantes :

- «emprunter» temporairement le volume de stockage au froid disponible dans le secteur privé et les ONG

- calculer stratégiquement la date de livraison des vaccins (par exemple livrer les vaccins pour les JNV à un moment où il n'y a pas eu de livraison récente de vaccins pour la vaccination de routine, ce qui laisse temporairement plus d'espace pour les vaccins destinés aux JNV)
- accélérer la rotation, c'est-à-dire que les vaccins livrés à un niveau où l'on ne dispose pas d'un volume de stockage suffisant seront immédiatement transférés à un niveau plus périphérique où il existe une capacité de stockage adéquate (par exemple si la province ne dispose pas d'une capacité de stockage suffisante, les vaccins arrivant à ce niveau pourront être immédiatement transférés jusqu'au district).

#### **Annexe 14d : Calculer les besoins en seringues et aiguilles**

Si l'on administre des produits injectables au cours des JNV, il est préférable d'utiliser des blocs seringues/aiguilles autobloquants. La deuxième solution consiste à employer des seringues et des aiguilles jetables. L'utilisation de seringues et d'aiguilles réutilisables au cours des JNV n'est pas recommandée.

Si des produits injectables doivent être administrés au cours des JNV, des seringues et aiguilles autobloquantes doivent être :

- prévues en nombre suffisant
- distribuées de manière adéquate
- utilisées correctement par des agents de santé qualifiés
- éliminées totalement par une méthode sans risque

Pour calculer les besoins en seringues et aiguilles pour chaque antigène, on utilisera la formule suivante :

**Besoins en seringues/aiguilles = population cible x nombre de tournées de vaccination x coefficient de perte.**

Les besoins totaux sont calculés en ajoutant les chiffres trouvés pour l'administration de chaque antigène.

**Les postes de vaccination administrant les vaccins injectables doivent être équipés d'un nombre suffisant de boîtes d'incinération pour détruire les seringues et aiguilles (au moins un incinérateur pour 100 seringues/aiguilles).**

#### **Annexe 14e : Calculer les besoins en porte-vaccins**

- Chaque poste de vaccination ou équipe de vaccinateurs a besoin d'un porte-vaccins ou d'une bouteille thermos.
- Il faut prévoir un kilogramme de glace ou quatre accumulateurs de froid par jour pour chaque porte-vaccins ou bouteille thermos.

L'expérience a montré que, compte tenu du grand nombre de postes de vaccination ou d'équipes de vaccinateurs qui doivent être déployés pour les JNV, on est souvent amené à utiliser des bouteilles thermos ou des petites glacières prêtées par des particuliers. Bien que ces

conteneurs ne soient pas aussi bien isolés que les porte-vaccins, ils conviennent parfaitement pour les JNV.

Il est important de s'assurer que les porte-vaccins, thermos ou glacières seront disponibles la veille des JNV, le jour même et le jour suivant. Il est aussi prudent de prévoir une ou deux bouteilles thermos ou glacières de réserve.

#### **Annexe 14f : Calculer les besoins en accumulateurs de froid ou en glace**

Au cours des JNV, chaque poste de vaccination ou équipe de vaccinateurs aura besoin de quatre accumulateurs de froid congelés ou d'un kilo de glace par jour. Il faut compter en plus des jours de vaccination proprement dits, une journée pour la livraison des vaccins aux postes de vaccination et une journée pour le retour au district des vaccins inutilisés.

Il n'est souvent pas possible d'utiliser des accumulateurs de froid pendant les JNV, car il faut quatre accumulateurs de froid par porte-vaccins, plus un jeu de réserve en train de recongeler au congélateur.

**Formule** pour le calcul des besoins en accumulateurs de froid :

**Nombre total d'accumulateurs de froid nécessaires** = nombre de postes ou d'équipes x 4 accumulateurs de froid x 2 (jeu de remplacement)

**Formule** pour le calcul des besoins en glace :

**Besoins en glace pour deux tournées de vaccination** = nombre de postes ou d'équipes x nombre de jours par tournée x 2 x 1 kilo de glace

**Bien avant les JNV, trouvez les sources d'approvisionnement en glace et informez les fabricants de glace des quantités qui seront nécessaires.**

#### **Annexe 14g : Calculer le nombre de postes de vaccination nécessaires**

D'une manière générale, il faut prévoir une moyenne d'un poste de vaccination ou d'une équipe de vaccinateurs pour 200 à 250 enfants de moins de cinq ans.

Dans les zones où il est prévu de proposer d'autres antigènes en plus du VPO, il faut prévoir en moyenne un poste de vaccination ou une équipe pour 150 enfants de moins de cinq ans.

Des postes supplémentaires doivent être prévus dans les zones à haut risque ou difficiles à atteindre.

**Formule** pour le calcul du nombre de postes de vaccination :

**Nombre total de postes de vaccination** = (Population cible/250) + postes supplémentaires pour les populations spéciales ou dispersées

#### **Annexe 14h : Calculer les besoins en personnel**

Idéalement, chaque poste ou équipe de vaccination devrait être composé d'au moins quatre personnes, mais on peut au besoin se contenter de trois. Au moins une personne dans l'équipe doit être un agent de santé qualifié, les autres peuvent être des volontaires locaux.

**Formule** pour le calcul des besoins en personnel :

**Nombre d'agents requis** = nombre de postes de vaccination ou d'équipes x 4

Si l'on prévoit de proposer d'autres antigènes que le VPO, les besoins en personnel (notamment en personnel qualifié) seront accrus. Chaque poste ou équipe de vaccination devra alors être composé d'au moins cinq personnes, dont au moins deux agents de santé qualifiés.

#### **Annexe 14i : Calculer les besoins en matériel de mobilisation sociale**

Les besoins en matériel de mobilisation sociale sont très divers (banderoles, affiches, tracts, guides pour les médias et T-shirts). Il faut tenir compte de la distribution de ce matériel dans la planification logistique. On trouvera à l'annexe 18 davantage d'indications sur les activités de mobilisation sociale pour les JNV ainsi qu'un tableau pour le calcul des besoins de correspondants.

#### **Annexe 14j : Transport**

Il faut prévoir des moyens de transport aussi bien pour la préparation des JNV que pour la distribution du matériel et pour les journées de vaccination elles-mêmes.

Il n'y a pas de formule simple pour calculer les besoins en matière de transport, car la situation est très variable d'un pays à l'autre, et d'une région à l'autre à l'intérieur d'un même pays.

**Il est très improbable que le secteur de la santé puisse à lui seul couvrir tous les besoins en matière de transport pour les JNV.** Il faut donc rechercher d'autres moyens de transport, y compris auprès des services gouvernementaux non sanitaires, des ONG et du secteur privé. Ne pas oublier de prévoir un budget pour l'achat de carburant.

#### **Annexe 14k : Distribution des ressources**

Chaque niveau doit s'occuper d'organiser la distribution des ressources au niveau inférieur, et en dernier lieu jusqu'aux postes de vaccination.

Un plan écrit sous forme de tableau doit être établi à l'échelon national et provincial et incorporé dans les tableaux logistiques au niveau des districts.

**Le plan de distribution doit comprendre :**

- **un calendrier de distribution**
- **un inventaire des moyens de transport nécessaires pour la distribution**

**Les fournitures, y compris les formulaires d'enregistrement et de notification, le matériel de mobilisation sociale et le matériel pédagogique, devraient être distribuées longtemps avant les JNV**

**N.B.**

- **les vaccins ne devraient pas être livrés aux districts plus de quatre semaines avant les JNV**
- **les vaccins ne devraient pas être distribués aux postes de vaccination plus de un à deux jours avant les JNV.**

---

### **Annexe14l : Populations spéciales**

Les populations spéciales sont les populations à haut risque ou celles qui sont difficiles à atteindre, notamment les citadins pauvres, les populations mobiles, les minorités ethniques et les populations habitant des zones reculées.

**Des effort supplémentaires, notamment au niveau de la planification, sont nécessaires pour atteindre les groupes spéciaux de population lors des JNV, en particulier :**

- **des efforts plus intenses de mobilisation sociale (en particulier en milieu urbain)**
- **une formation supplémentaire des volontaires**
- **des moyens de transport supplémentaires (en particulier pour les zones reculées)**
- **du personnel supplémentaire**
- **des moyens de supervision supplémentaires.**

Davantage de détails sur les stratégies applicables aux populations spéciales sont fournis à l'annexe 16.

### **Annexe 14m : Retour des stocks non utilisés**

A la suite de la première et de la deuxième tournées de vaccination, les fournitures restantes, et en particulier les vaccins, doivent être retournés au district ou à la province, et ce afin de permettre au personnel :

- d'assurer de bonnes conditions de stockage pour les vaccins inemployés
- de compter les vaccins et fournitures restants
- de calculer le taux de perte de vaccins
- d'ajuster les quantités pour la prochaine tournée de vaccination et d'organiser au besoin des distributions supplémentaires
- de pouvoir transférer les vaccins d'une zone à une autre si l'on en manque pour la prochaine tournée de vaccination.

Un plan spécifique doit être établi pour le retour des fournitures restantes.

## **Résumé**

*Un excellent soutien logistique planifié suffisamment à l'avance est essentiel pour le succès des JNV.*

**Les étapes principales pour assurer une bonne logistique sont :**

- **Commander les vaccins suffisamment à l'avance (au moins six mois avant les JNV).**
- **Estimer le mieux possible la taille de la population cible. En cas de doute, la surestimer.**
- **Utiliser des tableaux pour calculer les besoins au niveau national et au niveau de chaque province et de chaque district sur la base de la population cible estimée.**
- **Etablir un plan écrit de la distribution des fournitures, détaillant où et quand le matériel sera livré aux échelons plus périphériques ou réquisitionné par lesdits échelons.**
- **Accorder une attention particulière à la planification logistique pour les groupes spéciaux de population et pour les zones où l'on prévoit d'administrer plusieurs antigènes. Désigner à l'échelon national et dans chaque province et district une personne responsable de la supervision des stratégies spéciales.**
- **Après les JNV, s'assurer que les vaccins restants sont rendus au district ou à la province afin que l'on puisse faire une estimation exacte des besoins pour les prochaines tournées de vaccination.**



**Annexe 14n :  
Capacité des équipements de la chaîne du froid pour le stockage des vaccins**

Descriptif	Fabricant	Modèle	Capacité (l)	
			Réfrig.	Congél.
<b>RÉFRIGÉRATEURS A ABSORPTION :</b>				
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, à absorption	Electrolux	RCW 42 EG (P)	24	
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, à absorption	Electrolux	RCW 42 EK (P)	24	-
Réfrigérateur et congélateur, à absorption	Sibir	V 240 KE	68	30
Réfrigérateur et congélateur, à absorption	Sibir	V 240 GE	68	30
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, à compression	Sun Frost	RFVB	30	0
<b>RÉFRIGÉRATEURS SOLAIRES :</b>				
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Electrolux	RCW 422 DC	14 *	- *
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	BP Solar	VR 50	38	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Polar Products	RR-2	80	20
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	FNMA	FNMA 75	27	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Solar Energie-Tech	KT 180-24	56	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Sun Frost	RFV-4	15	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Norcoast Refrig.	SSE.60	25	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Dulas Engineering	Dulas VC-150	56	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Unitechnica Mobil	Tropic	30	0
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, solaire PV	Naps Norway	CFS 49 IS	30	0
Réfrigérateur solaire thermique pour vaccin et congélateur à briquettes	Comess Soudure		38	0
<b>RÉFRIGÉRATEURS A COMPRESSION :</b>				
Réfrigérateur à gaine réfrigérante, à compression	Electrolux	TCW 1151	200 *	- *
Congélateur, à compression	Vestfrost A/S	SB 300	0	188
Réfrigérateur et congélateur à briquettes, à compression	Electrolux	RCW 42 AC	12	12
Réfrigérateur et congélateur, à compression	Polar Products	E-3	30	13
Réfrigérateur à gaine réfrigérante, à compression	Vestfrost A/S	MK 142	84	-
Réfrigérateur à gaine réfrigérante et congélateur à briquettes, à compression	Electrolux	TCW 1990	60	1
Congélateur horizontal, faible puissance, à compression	Electrolux	TC 883 T	0	229
Réfrigérateur ou congélateur à gaine réfrigérante, à compression	LEC Refrigeration	VC139	180 *	- *
Réfrigérateur à gaine réfrigérante, à compression	Vestfrost A/S	MK 202	129	0
Réfrigérateur à gaine réfrigérante, à compression	Vestfrost A/S	MK 302	204	0
Congélateur, faible puissance, à compression	Caravell Group	364-109	0	256
Réfrigérateur à gaine réfrigérante, à compression	Vestfrost A/S	MK/MF 4010	40	0
Congélateur, faible puissance, à compression	Vestfrost A/S	SB 202	0	190

\* La capacité est celle du réfrigérateur ou bien celle du congélateur (mais pas les deux simultanément).

PV = photovoltaïque

### Appendice 14n (suite)

Descriptif	Fabricant	Modèle	Capacité de stockage (l)
<b>GLACIÈRES/PORTE-VACCINS</b>			
Glacière à longue autonomie	Electrolux	RCW 25.991.1510.01	20,7
Glacière à courte autonomie	Hinardi Djajahardja	CB/INO/B3/90	16,2
Glacière à courte autonomie	Hinardi Djajahardja	CB/INO/C2/90	6,5
Porte-vaccins	The Thermos Company	3504/UN	1,8
Porte-vaccins	Polyfoam Chemical Company	EPI/PF/1.5	1,4
Glacière à courte autonomie	Hinardi Djajahardja	CB/INO/D1/90	4
Glacière à longue autonomie	Zamrock Fibreglass Corporation		9,75
Glacière à courte autonomie	Igloo Corporation	2417 x 31,72 quart.legend	20
Emballage pour vaccin, classe A	Savopak Oy		25,2
Emballage pour vaccin, classe B	Valscius	Thermal Pack	110
Emballage pour vaccin, classe A	Samatech	Sarnacel 2.0532.20	16,2
Porte-vaccins	Beijing Light Industrial Products	IA	1,3
Porte-vaccins «pour la journée»	Beijing Light Industrial Products	II	0,4
Glacière	Polyfoam Chemical Corporation	2	11,5
Glacière à longue autonomie	Savopak Oy	KR 48	20,9
Emballage pour vaccin, classe A	Normco Incorporated	TC 291	32
Porte-vaccins	Polyfoam Chemical Corporation		3,4
Porte-vaccins	Quattro Elle Spa		3,0
<b>GLACIÈRES/PORTE-VACCINS</b>			
Porte-vaccins «pour la journée»	Electrolux	RCW 2	0,6
Emballage pour vaccin, classe B	Transcare Packaging	49 x 44 x 44	49,0
Porte-vaccins «pour la journée»	True Pack Ltd	TP.001	0,528
Glacière à courte autonomie	Blow Kings	55	8,6
Emballage pour vaccin, classe A	True Pack Ltd	True Pack 1200	12,5
Emballage pour vaccin, classe A	True Pack Ltd	True Pack 2400	24,3
Glacière à longue autonomie	Electrolux	RCW 12 (992 7701 01)	8,9
Porte-vaccins	Polyfoam Chemical Corporation	0,7 litre	0,7
Glacière à longue autonomie	Polyfoam Chemical Corporation	3	23,2
Porte-vaccins	Inalsa Ltd	IVC-3	1,6
Porte-vaccins «pour la journée»	Inalsa Ltd	IVC-4	0,85
Petit porte-vaccins	Blow Kings	VDC-24	0,9
Glacière	Electrolux	RCW 6	4,4
Porte-vaccins	Polyfoam Chemical Corporation	Backpack Model	1,6
Glacière pour vaccin	Inalsa Ltd	ICB-7	25,6
Petite glacière à courte autonomie	Igloo Corporation	Tag Along 24, 168-901	4,4
Porte-vaccins «pour la journée», 10	Igloo Corporation	x 12	1,8
Glacière	Inalsa Ltd	88-901 x 8	5
Glacière à longue autonomie	Blow Kings	ICB-5	20
Porte-vaccins 1,3 litre	Blow Kings	CB/20/5U	1,4
Glacière à courte autonomie	Blow Kings	VC/42/MOD/2	7,2
Porte-vaccins	Losani S.A.	CB/5/2A	0,7
Glacière à courte autonomie	Polyfoam Packers Corporation	390	9,2
Porte-vaccins (couleur bleue)	Nylex Corporation Ltd	Steel Belted Sample Manager	1,5
Glacière à longue autonomie	Coleman Company Inc		15

## Annexe 14o : Tableau récapitulatif de la logistique pour le niveau central

[illegible]

**Annexe 14p : Tableau récapitulatif de la logistique pour le niveau de la province**

[illegible]

**Annexe 14p (suite)**

**Annexe 14p : Tableau récapitulatif de la logistique pour le niveau de la province**

[illegible]

**Annexe 14q : Tableau récapitulatif de la logistique pour le niveau du district**

[illegible]

---

# Annexe 15:

## Etablir un budget pour les JNV

Les principales rubriques à inclure dans le calcul du budget des JNV sont généralement les suivantes :

### **Frais administratifs :**

- Communication
- Fournitures de bureau
- Photocopies / imprimerie

### **Chaîne du froid**

- Glacières/porte-vaccins
- Accumulateurs de froid / glace

### **Personnel**

- Salaire du personnel recruté spécialement pour les JNV (le cas échéant)
- Repas/incitations diverses pour les volontaires
- Indemnités journalières pour supervision et participation aux séances de planification

### **Matériel pour le poste de vaccination**

- Marqueurs, stylos, banderoles

### **Mobilisation sociale**

- Mise au point et impression du guide destiné aux médias
- Mise au point et impression des brochures, affiches et tracts
- Confection des banderoles
- Annonces officielles dans les journaux, à la radio et à la télévision
- Cérémonie d'ouverture
- Haut-parleurs
- Articles publicitaires pour les enfants participant aux JNV (par exemple, ballons)

### **Formation**

- Indemnités journalières pour la formation au niveau de la province
- Indemnités journalières pour la formation au niveau du district
- Matériel pour la formation (affiches, marqueurs, etc.)

- 
- Mise au point/impression d'un guide
  - Impression des formulaires logistiques, des listes de contrôle et de pointage, des formulaires d'orientation-recours

### **Transport**

- Pour la planification / formation
- Pour les supervisions
- Pour la distribution de fournitures
- Pour la mobilisation sociale

### **Vaccins (et éventuellement d'autres interventions)**

- VPO
- Autres interventions comme vitamine A et autres antigènes (le cas échéant)
- Seringues/aiguilles (le cas échéant)
- Dispositifs d'élimination des seringues/aiguilles (le cas échéant)



---

## Annexe 16:

# Stratégies pour les groupes spéciaux de population

**L'une des clefs du succès des JNV est de parvenir à toucher les groupes spéciaux de population qui passent souvent au travers des vaccinations systématiques.**

Les groupes spéciaux de population sont les populations qui sont considérées comme «à haut risque» pour certaines maladies ou difficiles à atteindre pour la vaccination, à savoir :

- les populations ayant un faible taux de couverture vaccinale ;
- les populations vivant dans des zones de troubles civils ;
- les populations ayant un taux de morbidité supérieur à la moyenne nationale ;
- les zones densément peuplées ou périurbaines ;
- les zones où les conditions d'hygiène sont mauvaises
- les populations dont l'accès aux soins de santé est faible;
- les travailleurs migrants et autres populations mobiles ;
- les réfugiés et personnes déplacées ;
- les marginaux ou les groupes minoritaires ;
- les populations clairsemées ou vivant dans des zones reculées.

**Un responsable de la santé ou un sous-comité devrait être désigné au niveau national et aux niveaux de la province et du district pour planifier et superviser les stratégies supplémentaires destinées aux groupes spéciaux de population.**

**Comprendre pourquoi :** Pour bien choisir les stratégies destinées à atteindre les groupes spéciaux de population, il faut commencer par comprendre pourquoi ces populations sont à haut risque ou difficiles à atteindre. Des stratégies innovantes et appropriées doivent ensuite être élaborées, soigneusement planifiées et mises en oeuvre pour ces populations.

**Utiliser des voies non conventionnelles :** Les populations spéciales sont souvent des populations marginalisées n'ayant qu'un accès limité aux services de santé structurés et qui ont une attitude de rejet vis-à-vis des structures officielles. Pour les atteindre, il est souvent nécessaire de travailler avec les secteurs non conventionnels ainsi qu'avec les dirigeants ou groupements locaux.

**Se servir d'une carte :** Pour mettre en oeuvre une stratégie spéciale, il faut utiliser une carte détaillée de la zone.

---

**Commencer tôt et poursuivre les efforts après coup :** Les stratégies spéciales nécessitent souvent davantage de temps, d'efforts et de personnel. Prévoir de mettre en oeuvre les stratégies spéciales quelques semaines avant les JNV et les poursuivre quelques semaines après.

**Assurer des activités locales de mobilisation sociale :** Ne pas compter uniquement sur les activités de mobilisation sociale organisées à l'échelon national. Les activités locales de mobilisation sociale ont une importance cruciale.

**Faire des contrôles ponctuels :** Avant les JNV, les superviseurs devraient faire des contrôles ponctuels dans les zones à haut risque pour vérifier que les mères sont au courant des JNV.

**Affecter les meilleurs superviseurs dans les zones les plus difficiles :** Superviser de près les activités destinées aux groupes spéciaux de population. Envoyer les meilleurs superviseurs dans les zones les plus difficiles.

**Assurer une supervision continue au cours des JNV :** Une supervision active devrait être assurée non seulement avant les JNV, mais aussi pendant.

**Proposer d'autres antigènes ou de la vitamine A :** Etudier la possibilité de proposer d'autres vaccinations ou des suppléments en vitamine A aux groupes spéciaux de population si cela ne risque pas de compromettre le succès des JNV ou de poser des problèmes de logistique.

## **POUR LES POPULATIONS VIVANT DANS DES ZONES REÇULÉES :**

- veiller à prévoir un soutien logistique renforcé
- fixer les dates auxquelles les équipes de vaccinateurs se rendront dans la zone et S'Y TENIR.

<b>Tenez vos promesses !!!</b>
--------------------------------

## **DANS LES ZONES URBAINES «A HAUT RISQUE» :**

- donner une attention spéciale et prévoir des ressources supplémentaires pour la mobilisation sociale
- faire des contrôles ponctuels avant les JNV pour s'assurer que les mères sont au courant des JNV
- installer des postes de vaccination supplémentaires à des endroits stratégiques (visibles et commodes)
- superviser activement le déroulement des journées de vaccination elles-mêmes
- prévoir un mécanisme pour pouvoir redistribuer rapidement les fournitures et redéployer le personnel au cours des JNV si les files d'attente sont trop longues
- poursuivre les activités de mobilisation sociale le jour-même.

### **Les stratégies spéciales peuvent consister par exemple à :**

- négocier des «journées de trêve» ou des «corridors de sécurité»
- associer les dirigeants des groupes spéciaux de population à la planification, à la mobilisation sociale et au déroulement des JNV
- essayer de comprendre et de surmonter les obstacles qui empêchent les populations spéciales d'amener leurs enfants se faire vacciner (ces obstacles peuvent être d'ordre culturel, éducatif, logistique, politique ou religieux)

- veiller à ce qu'au moins un des volontaires travaillant au poste de vaccination ou dans l'équipe de vaccinateurs appartienne au groupe minoritaire et parle sa langue
- veiller à ce que tous les volontaires soient recrutés localement
- faire davantage de propagande porte à porte pendant et durant les JNV
- veiller à ce que les visites à domicile soient faites par des volontaires locaux appartenant au même groupe spécial de population
- utiliser des équipes mobiles pour la vaccination porte à porte pendant les JNV
- utiliser des «postes de vaccination mobiles» pendant les JNV (les équipes mobiles de vaccinateurs installeront un poste de vaccination à un point fixe pendant quelques heures, puis le réinstalleront à un autre endroit pour quelques heures, et ainsi de suite)
- installer des postes de vaccination supplémentaires dans des endroits bien visibles et/ou particulièrement commodes
- installer des postes de vaccination supplémentaires à des endroits stratégiques tels que les arrêts de train ou d'autobus ou les points d'embarquement et de débarquement sur les grands cours d'eau pour atteindre les populations de passage
- autoriser les responsables des services de transport à envoyer aux postes de vaccination toutes les personnes se déplaçant en bateau, autobus ou train pendant les JNV
- affecter des volontaires locaux supplémentaires et particulièrement motivés dans les zones abritant des populations spéciales
- intensifier les efforts locaux de mobilisation sociale (par exemple, faire davantage de propagande porte à porte, associer davantage les dirigeants locaux ou faire des efforts particuliers pour dissiper les fausses rumeurs)
- dénombrer la population cible dans certaines zones urbaines à haut risque (uniquement si cela ne risque pas d'effrayer les gens).
- Si au moins 40 % de la population cible n'a pas été vaccinée à la mi-journée au cours des JNV, réaliser de façon intensive les visites à domicile pour aller chercher les enfants et les amener au poste de vaccination, ou les vacciner chez eux.

**S'attendre à des problèmes !! Ne pas s'affoler !!**

---

# Annexe 17:

## Monitorage et supervision

### **A partir du niveau central :**

Les superviseurs du comité national de coordination devront effectuer des visites de contrôle cinq semaines avant les JNV dans toutes les provinces et trois semaines avant dans les provinces rencontrant des difficultés particulières ou dans celles où la préparation logistique ou les activités de mobilisation sociale laissent à désirer.

### **A partir du niveau provincial :**

De même, les superviseurs du comité provincial de coordination devraient faire des visites de contrôle trois semaines avant les JNV dans tous les districts et une semaine avant dans certains districts particuliers.

### **A partir du district :**

Les superviseurs du comité de coordination du district devraient rendre visite, deux semaines avant les JNV, à tous les coordonnateurs des postes de vaccination ou des équipes mobiles de vaccinateurs, et une semaine avant à certains coordinateurs de postes de vaccination particuliers.

### **A tous les niveaux :**

Des supervisions supplémentaires devront être effectuées depuis le niveau central, provincial ou du district si la situation l'exige.

**Au cours des JNV, les superviseurs de tous niveaux devront systématiquement rendre visite aux postes de vaccination et aux équipes de vaccinateurs pour effectuer des contrôles, aider et résoudre les problèmes éventuels.**

### **Au cours de chaque visite de supervision, le superviseur devra :**

- remplir la fiche de supervision par pointage ;
- vérifier que les formulaires logistiques ont été complétés et qu'il n'y a pas de changement ;
- vérifier que la liste des tâches est prête à temps ;
- s'enquérir des stratégies prévues pour les groupes de population spéciaux, des préparatifs à effectuer pour réaliser ces stratégies et des problèmes ou questions éventuelles qui se posent à ce sujet ;
- vérifier que l'on dispose des moyens de transport nécessaires pour la supervision, les activités de mobilisation sociale et le transport des vaccins ;
- recenser les problèmes éventuels et travailler avec les membres des comités des JNV et la communauté locale pour les résoudre ;

- répondre à toutes les questions.

**Des supervision plus intensives, effectuées par les meilleurs superviseurs, devront être prévues pour les populations particulièrement exposées ou difficiles à atteindre, notamment dans les zones urbaines.**

**Pour être efficaces, les superviseurs :**

- doivent comprendre et être associés à la planification des JNV ;
- doivent savoir remplir les listes de tâches et formulaires logistiques ;
- doivent comprendre comment le personnel a été formé à tous les niveaux ;
- doivent disposer d'un moyen de transport ;
- doivent amener avec eux, lors de leurs visites, des fournitures de base supplémentaires telles que des formulaires, du matériel de mobilisation sociale, des guides, le cas échéant, des vaccins, ainsi que de l'argent pour les activités imprévues ;
- doivent être minutieux ;
- doivent être systématiques ;
- doivent être familiarisés avec la zone à contrôler ;
- doivent utiliser la fiche de supervision par pointage pour travailler de manière minutieuse et systématique (voir à l'annexe 17e un modèle de fiche de supervision) ;
- doivent être *fiables* ;
- doivent être serviables ;
- doivent motiver et encourager le personnel local.

**Contrôle ponctuel pré-JNV (visites à domicile)**

Dans les zones à haut risque et pour les populations difficiles à atteindre, notamment dans les zones urbaines, il est souvent utile de faire une petite enquête avant les JNV (voir à l'annexe 17f un exemple de fiche d'enquête). Cette enquête consistera à se rendre dans plusieurs foyers dans un quartier à haut risque 2 à 5 jours avant les JNV pour vérifier que les parents sont au courant des JNV, qu'ils savent à quelle date elles auront lieu, qui doit se faire vacciner et à quel endroit.

Si l'enquête révèle que les efforts de mobilisation sociale sont insuffisants ou inadéquats, ils doivent être immédiatement intensifiés ou modifiés pendant les derniers jours précédant les JNV.

Les résultats de l'enquête pré-JNV sont aussi utiles pour planifier la tournée de vaccination suivante, car ils fournissent des renseignements sur la manière dont les parents ont eu connaissance des JNV.

### Annexe 17a : Liste de tâches pour les JNV – Au niveau central

Objectif	Dated'exécutionre commandée	Date d'exécution effective
Etablir un comité national de coordination	8 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité national de mobilisation sociale	8 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité scientifique	8 mois avant les JNV	___/___/___
Afficher le calendrier d'activités	8 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point les tableaux logistiques (annexes 14m-o)	8 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir les listes de tâches (annexe 17a-d)	8 mois avant les JNV	___/___/___
Rencontrer les responsables de la santé au niveau de la province	7 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un plan de mobilisation sociale (annexe 18)	7 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point et tester sur le terrain le guide des JNV	6 mois avant les JNV	___/___/___
Calculer le coût des activités de mobilisation sociale et les quantités de matériel nécessaires (annexe 18a)	6 mois avant les JNV	___/___/___
Recalculer un budget plus précis (annexe 15)	5 mois avant les JNV	___/___/___
Imprimer le guide des JNV (annexe 19)	5 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point un guide à l'intention des médias (annexe 18 b)	5 mois avant les JNV	___/___/___
Distribuer les guides des JNV aux provinces	4 mois avant les JNV	___/___/___
Imprimer le guide à l'intention des médias	4 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point le matériel promotionnel	4 mois avant les JNV	___/___/___
Confirmer la participation de personnalités importantes aux JNV, notamment à la cérémonie d'ouverture	4 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point et imprimer les fiches de supervision par pointage (annexe 17e)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Elaborer et imprimer les feuilles de pointage et les formulaires d'orientation-recours (annexe 19a&b)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Préparer la formation sur la manière de gérer un poste de vaccination ou une équipe de vaccinateurs (annexe 19)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Distribuer le guide destiné aux médias	3 mois avant les JNV	___/___/___
Confectionner les banderoles à accrocher dans la rue et sur les postes de vaccination	3 mois avant les JNV	___/___/___
Préparer le plan d'évaluation des JNV (annexe 21)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Assurer la formation au niveau de la province	8 semaines avant les JNV	___/___/___
Préparer la cérémonie d'ouverture	7 semaines avant les JNV	___/___/___
Vérifier que l'on dispose des moyens de transport nécessaires pour la supervision, la mobilisation sociale et le transport des vaccins	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Finir de remplir les tableaux logistiques et s'assurer que tous les calculs coïncident	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision dans les provinces	5 semaines avant les JNV	___/___/___

**Annexe 17a : Liste de tâches pour les JNV Au niveau central (suite)**

Objectif	Date d'exécution commandée	Date d'exécution effective
Transférer les vaccins du niveau central vers les provinces	4 semaines avant les JNV	___/___/___
Vérifier que toutes les annonces sont prêtes pour les médias	4 semaines avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision dans certaines provinces	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Confirmer les modalités de la cérémonie d'ouverture	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Diffuser les articles de presse et les annonces à la radio et à la télévision	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Intensifier toutes les activités de mobilisation sociale	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Effectuer si possible une enquête pré-JNV	2-4 jours avant les JNV	___/___/___
Préparer le lieu de la cérémonie d'ouverture	1-2 jours avant les JNV	___/___/___
Préparer les équipes de supervision pour les JNV	1-2 jours avant les JNV	___/___/___
Conduire la cérémonie d'ouverture	Jour J	___/___/___
Visiter, superviser les postes et les équipes de vaccination	Jour J	___/___/___
Faire des annonces à la mi-journée	Jour J	___/___/___
Commencer à préparer la deuxième tournée de vaccination (le cas échéant)	1 <sup>re</sup> semaine après les JNV	___/___/___
Calculer le taux de couverture vaccinale et les pertes en vaccins	2 <sup>e</sup> semaine après les JNV	___/___/___
Rencontrer tous les coordonnateurs des JNV pour les provinces	2 <sup>e</sup> semaine après les JNV	___/___/___
Calculer les dépenses	Mois suivant les JNV	___/___/___
Effectuer si approprié une enquête de couverture vaccinale	Mois suivant les JNV	___/___/___

### Annexe 17b : Liste de tâches pour les JNV – Au niveau de la province

Objectif	Date d'exécution recommandée	Date d'exécution effective
Rencontrer les responsables au niveau central	7 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité de coordination au niveau de la province	7 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité de mobilisation sociale au niveau de la province	7 mois avant les JNV	___/___/___
Préparer une réunion avec les responsables de la santé au niveau du district	7 mois avant les JNV	___/___/___
Tenir une réunion avec les responsables de la santé au niveau du district	6 mois avant les JNV	___/___/___
Rencontrer à nouveau les responsables de la santé au niveau du district et compléter les formulaires logistiques	5 mois avant les JNV	___/___/___
Distribuer le guide des JNV aux districts	4 mois avant les JNV	___/___/___
Mettre au point le matériel promotionnel	4 mois avant les JNV	___/___/___
Confectionner les banderoles pour les postes de vaccination et les rues (le cas échéant)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Suivre la formation sur la gestion des postes de vaccination	8 semaines avant les JNV	___/___/___
Préparer la formation à l'échelon des districts	7 semaines avant les JNV	___/___/___
Inviter les responsables au niveau des districts à y participer	7 semaines avant les JNV	___/___/___
Former les responsables au niveau des districts	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Vérifier que l'on dispose des moyens de transport nécessaires pour la mobilisation sociale, la supervision et le transport des vaccins	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Finir de compléter les tableaux logistiques et vérifier qu'ils coïncident	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Transférer les vaccins, les feuilles de pointage, les formulaires d'orientation-recours et le matériel de mobilisation sociale du niveau central vers la province	4 semaines avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision dans les districts	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Transférer les vaccins, les feuilles de pointage, les formulaires d'orientation-recours et le matériel de promotion sociale de la province vers les districts	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision dans certains districts	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Intensifier toutes les activités de mobilisation sociale	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Effectuer un contrôle ponctuel pré-JNV	2-4 jours avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision pour assister les postes ou les équipes de vaccination	Jour J	___/___/___
Faire un pointage à la mi-journée pour la province et envoyer les résultats au niveau central	Jour J	___/___/___
Tenir une réunion avec les coordinateurs des JNV au niveau des districts	Première semaine après les JNV	___/___/___
Estimer la couverture vaccinale et les pertes en vaccins	Première semaine après les JNV	___/___/___
Communiquer les résultats au niveau central	Deuxième semaine après les JNV	___/___/___
Participer à la réunion des coordonnateurs provinciaux des JNV au niveau central	Deuxième semaine après les JNV	___/___/___
Répondre à tous les rapports/rumeurs concernant d'éventuelles conséquences indésirables	Mois suivant les JNV	___/___/___
Préparer la deuxième tournée de vaccination (le cas échéant)	Mois suivant les JNV	___/___/___



### Annexe 17c : Liste de tâches pour les JNV– Au niveau du district

Objectif	Dated'exécutionre commandée	Date d'exécution effective
Préparer le matériel pour la réunion au niveau de la province : chiffres du dernier recensement, cartes, listes des communautés, inventaire des équipements de la chaîne du froid disponibles dans le district	7 mois avant les JNV	___/___/___
Participer à la réunion au niveau de la province	6 mois avant les JNV	___/___/___
Commencer à remplir les formulaires logistiques	6 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité de coordination des JNV	6 mois avant les JNV	___/___/___
Etablir un comité de mobilisation sociale pour les JNV	6 mois avant les JNV	___/___/___
Rencontrer les responsables au niveau des provinces pour compléter les formulaires logistiques	5 mois avant les JNV	___/___/___
Rencontrer les coordonnateurs des postes de vaccination	3 mois avant les JNV	___/___/___
Distribuer le calendrier d'activités et la liste des tâches	3 mois avant les JNV	___/___/___
Distribuer les guides des JNV aux coordonnateurs des postes de vaccination	3 mois avant les JNV	___/___/___
Vérifier l'exactitude des calculs au niveau du district	3 mois avant les JNV	___/___/___
Définir les stratégies pour les populations spéciales ou clairsemées	3 mois avant les JNV	___/___/___
Confectionner les banderoles pour les postes de vaccination et les rues (le cas échéant)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Finir de mettre au point les stratégies pour les populations clairsemées et spéciales	8 semaines avant les JNV	___/___/___
Assister à la session de formation	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Vérifier que l'on dispose des moyens de transport nécessaires pour la mobilisation sociale, la supervision et le transport des vaccins	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Finir de préparer les formulaires logistiques	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Inviter les coordonnateurs des postes de vaccination à la session de formation	5 semaines avant les JNV	___/___/___
Assurer la formation des coordonnateurs des postes de vaccination	4 semaines avant les JNV	___/___/___
Transporter les vaccins, les formulaires et le matériel de mobilisation sociale de la province aux districts	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Faire des visites de supervision auprès des coordonnateurs de postes de vaccination	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Commencer à mettre en oeuvre les stratégies pour les populations spéciales	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Commencer la mobilisation sociale	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Rendre visite à certains coordonnateurs de postes de vaccination	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Intensifier les activités de mobilisation sociale	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Effectuer si possible un contrôle ponctuel pré-JNV	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Mettre en oeuvre les stratégies pour les populations spéciales	Jour J	___/___/___
Calculer la couverture vaccinale à la mi-journée pour le district et communiquer les résultats à la province	Jour J	___/___/___
Faire des visites de supervision pour assister les postes et équipes de vaccination	Jour J	___/___/___
Rencontrer tous les coordonnateurs de postes de vaccination du district	Le lendemain des JNV	___/___/___
Estimer la couverture vaccinale et les pertes en vaccins au niveau du district	Première semaine après les JNV	___/___/___
Assister à la réunion au niveau de la province	Première semaine après les JNV	___/___/___
Communiquer les résultats à la province	Première semaine après les JNV	___/___/___
Répondre à tous les rapports/rumeurs concernant des conséquences indésirables	Première semaine après les JNV	___/___/___
Préparer la deuxième tournée de vaccination (le cas échéant)	Première semaine après les JNV	___/___/___

**Annexe 17d: Liste de tâches pour les JNV – pour le coordonnateur du poste ou de l'équipe de vaccination**

Objectif	Date d'exécution recommandée	Date d'exécution effective
Assister à la réunion au niveau du district	3 mois avant les JNV	___/___/___
Confectionner des banderoles pour accrocher dans les rues et sur le poste de vaccination (le cas échéant)	3 mois avant les JNV	___/___/___
Créer un comité communautaire des JNV	8 semaines avant les JNV	___/___/___
Recruter des volontaires locaux	8 semaines avant les JNV	___/___/___
Trouver des moyens de transfert des vaccins du district jusqu'au poste ou à l'équipe de vaccination	6 semaines avant les JNV	___/___/___
Suivre la formation au niveau du district	4 semaines avant les JNV	___/___/___
Former des volontaires, assigner les tâches	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Rencontrer les membres du comité communautaire des JNV	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Trouver chez des particuliers une glacière par poste ou par équipe de vaccination (plus au moins une de réserve)	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Trouver une source de glace (ou de briquettes congelées) et des fonds pour payer cette glace	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Confirmer les moyens de transfert pour les vaccins et les formulaires	3 semaines avant les JNV	___/___/___
Commencer les activités de mobilisation sociale (accrocher les banderoles, distribuer les brochures, annoncer les JNV lors de réunions, commencer à faire des visites à domicile)	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Commencer à mettre en oeuvre les stratégies pour les populations spéciales (le cas échéant)	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Rassembler/préparer le matériel pour le poste de vaccination	2 semaines avant les JNV	___/___/___
Intensifier les activités de mobilisation sociale	1 semaine avant les JNV	___/___/___
Acheter de la glace	1-2 jours avant les JNV	___/___/___
Transférer les vaccins, les feuilles de pointage, les formulaires d'orientation-recours du district jusqu'au poste ou à l'équipe de vaccination	1-2 jours avant les JNV	___/___/___
Préparer le poste de vaccination	1-2 jours avant les JNV	___/___/___
Commencer à vacciner !	Jour J	___/___/___
Mettre en oeuvre les stratégies pour les populations spéciales (le cas échéant)	Jour J	___/___/___
Calculer la couverture vaccinale à la mi-journée et communiquer les résultats au district	Jour J	___/___/___
Faire du porte à porte	Jour J	___/___/___
Nettoyer l'emplacement du poste de vaccination	Le lendemain des JNV	___/___/___
Faire le total des feuilles de pointage	Le lendemain des JNV	___/___/___
Assister à la réunion de tous les coordonnateurs de postes de vaccination du district	Le lendemain des JNV	___/___/___
Rendre les feuilles de pointage remplies et les fournitures inutilisées au district	Le lendemain des JNV	___/___/___
Informers les centres de santé du nombre de personnes qui leur ont été adressées (si l'on a choisi une stratégie d'orientation-recours)	Première semaine après les JNV	___/___/___
Commencer à préparer la deuxième tournée de vaccination (le cas échéant)	Première semaine après les JNV	___/___/___

### Annexe 17e : Fiche de supervision par pointage

Date de la visite :				Lieu de la visite :		
	jour	mois	année			
Niveau (entourer la mention correspondante) :	Province		District		Poste de vaccination	
Nom du coordonnateur des JNV (à l'échelon visité) :						
<b>LOGISTIQUE</b>						
Y a-t-il un comité de coordination des JNV ?				OUI		NON
La liste de tâches est-elle à jour ?				OUI		NON
Le formulaire logistique est-il rempli ?				OUI		NON
Faut-il se procurer des équipements supplémentaires de la chaîne du froid à un niveau supérieur ?				OUI		NON
Dans l'affirmative, spécifier leur type et leur nombre			Type		Nombre :	
			Réfrigérateur			
			Glacière			
			Porte-vaccin			
			Accumulateurs de froid			
Autres, préciser :						
La disponibilité des moyens de transport nécessaires pour prendre livraison des vaccins est-elle confirmée ?				OUI		NON
Si oui, quels moyens :	Voiture	Moto	Vélo	Animal	A pied	Autres
La disponibilité des moyens de transport nécessaires pour les visites de contrôle est-elle confirmée ?				OUI		NON
La disponibilité des moyens de transport nécessaires pour les équipes mobiles est-elles confirmées (le cas échéant) ?			OUI		NON	Sans objet
Quantité totale de glace nécessaire à ce niveau pour une journée de vaccination :				kilos		
A-t-on trouvé une source locale de glace ?				OUI		NON
Coût total de la glace ?				Coût		
Source de financement pour la glace ? (Entourer la mention correspondante)	Locale	District	Province	Centrale	Secteur privé	Autres
Quelle est la population cible	1 poste pour _____ personnes par poste de vaccination ?					
Une formation a-t-elle été assurée à ce niveau ?				OUI		NON
Les responsables à ce niveau ont-ils formé leurs homologues à l'échelon inférieur ?				OUI		NON
A-t-on distribué suffisamment de guides des JNV ?				OUI		NON

### Annexe 17e : Fiche de supervision par pointage (suite)





PROMOTION SOCIALE		
Y a-t-il un comité de la promotion sociale ?	OUI	NON
Les stratégies locales de promotion sociale sont-elles adéquates ?	OUI	NON
Y a-t-il des populations spéciales ?	OUI	NON
Dans l'affirmative, les stratégies spéciales pour les populations à haut risque ou difficiles à atteindre sont-elles adéquates et appropriées ?	OUI	NON
Les stratégies ont-elles été mises en oeuvre conformément au plan établi ?	OUI	NON
A-t-on distribué des brochures, des affiches et d'autres matériels promotionnels à ce niveau ?	OUI	NON
Poser à cinq agents de santé à ce niveau les deux questions suivantes :		
Quelles sont les dates des JNV ?	nombre de réponses correctes _____ sur 5	
Quel est le groupe d'âge cible pour les JNV ?	nombre de réponses correctes _____ sur 5	
Poser à cinq membres du public les trois questions suivantes :		
Quelles sont les dates des JNV ?	nombre de réponses correctes _____ sur 5	
Quel est le groupe d'âge cible pour les JNV ?	nombre de réponses correctes _____ sur 5	
Quels sont les vaccins administrés au cours des JNV ?	nombre de réponses correctes _____ sur 5	
Problèmes mis en évidence au cours de la visite :		
Lignes d'action recommandées pour résoudre les problèmes qui subsistent (préciser QUI, QUOI, QUAND, OU) :		
Nom du superviseur :		
Signature du superviseur :		

### Annexe 17 f : Contrôle ponctuel avant les JNV (ou visites à domicile)

Les superviseurs peuvent utiliser le questionnaire suivant pour effectuer un contrôle ponctuel. Ce type d'enquête leur permet d'aller vérifier directement dans la communauté si les efforts de mobilisation sociale ont été efficaces, notamment pour les populations à haut risque ou difficiles à atteindre. L'enquête doit avoir lieu 2 à 5 jours avant les JNV pour avoir le temps de rectifier la stratégie, si nécessaire.

Nombre de personnes vivant au foyer :		Nombre d'enfants de moins de cinq ans vivant au foyer :		
<b>FREQUENTATION DE PRECEDENTES JNV (le cas échéant)</b>				
Tous les enfants appartenant au groupe d'âge ciblé ont-ils participé aux deux tournées de vaccination des précédentes JNV ? (entourez la mention correspondante) Note : NP = NON PRECISE	Enfant 1	OUI	NON	NP
	Enfant 2	OUI	NON	NP
	Enfant 3	OUI	NON	NP
	Enfant 4	OUI	NON	NP
	Enfant 5	OUI	NON	NP
Si un enfant appartenant au groupe d'âge ciblé n'a pas participé, pourquoi ?  (Cocher toutes les réponses applicables)	Pas le temps			
	Ne savait pas que c'était nécessaire			
	Poste de vaccination trop éloigné			
	Trop de monde			
	N'aime pas les vaccinations			
	A peur des vaccinations			
	Pas important			
	L'enfant n'était pas avec les parents			
	Ne sait pas			
	Pas de réponse			
<b>CONNAISSANCE DES PROCHAINES JNV</b>				
A quelles dates auront-elles lieu ? (Cocher toutes les réponses applicables)	Première date des JNV connue			
	Deuxième date des JNV connue			
	Aucune date connue			
A quel groupe d'âge les JNV s'adressent-elles ? (Ne cochez qu'une seule réponse)	Enfants 0-59 mois			
	Enfants (âges non connus ou erronés)			
	Ne sait pas			
Comment la mère de famille a-t-elle eu connaissance des JNV 1994 ?  (Cocher toutes les réponses applicables)	Agent de santé ou volontaire			
	Radio			
	Télévision			
	Annonce au micro			
	Affiche/banderole			
	Voisinage			
Autre				
La mère de famille se souvient-elle avoir eu récemment la visite de quelqu'un qui lui a parlé des JNV ?			OUI	NON

**Annexe 17 g : Aide-mémoire pour l'observation pendant les JNV par des observateurs indépendants (Révisée mars 1998)**

Date de la visite :		Observateur :	
Province :		District :	
Poste de santé :		Coordinateur du poste :	
<b>LOGISTIQUE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>COMMENTAIRES</b>
Y-a-t-il suffisamment de vaccins ?			
Le flacon ouvert est-il conservé dans un récipient avec de la glace ?			
Une glacière avec un couvercle est-elle utilisée ?			
Y-a-t-il suffisamment de glace dans la glacière ?			
Flacons de vaccin ont une pastille de contrôle du vaccin (PCV) =1 ou 2*?			
Dans la main du vaccinateur, PCV=1 or 2*?			
Les feuilles de pointage sont-elles utilisées correctement ?			
Y-a-t-il suffisamment de personnel au poste de santé (au moins quatre) ?			
L'équipement nécessaire au poste de santé est-il disponible (tables, chaises, abri de protection) ?			
<b>QUALITÉ DES SERVICES</b>			
Le poste de santé est-il localisé de façon adaptée ?			
La circulation se fait-elle à sens unique dans le poste de santé ?			
Y-a-il une longue file d'attente ou un goulot d'étranglement ?			
Met-on les parents à l'aise ?			
Y-a-t-il assez d'espace ?			
Les gouttes de VPO sont-elles données correctement ?			
<b>MOBILISATION SOCIALE</b>			
Les banderoles / drapeaux sont-ils en place pour indiquer le poste de santé ?			
Y-a-t-il des volontaires pour faire les visites à domicile ?			
Les parents sont-ils informés de la prochaine tournée des JVN ?			
Les parents sont-ils informés que les vaccinations de routine sont encore nécessaires ?			
Les parents ou les enfants reçoivent-ils des cadeaux de motivation ?			
Les parents/enfants sont-ils sollicités pour aller chercher d'autres parents/enfants ?			
* Interprétation des pastilles de contrôle du vaccin (PCV)		    PCV =1    PCV=2    PCV=3    PCV=4	
Autres commentaires/observations :			

### Annexe 17h : Résumé des coûts des JNV

ZONE		COUT	TOTAL PARTIEL	% DU COUT TOTAL
<b>Personnel</b>	Salaires du personnel			
	Indemnités journalières du personnel			
	Incitations pour les volontaires			
	Nourriture			
<b>Frais administratifs</b>	Papier, carnets			
	Stylos/crayons, gommes, taille-crayons, règles, craies			
	Atelier	Voyage, par jour		
		Logement		
		Nourriture		
		Divers		
<b>Matériel</b>	Divers			
	Glacière			
	Glace			
	Accumulateurs de froid			
	Sachets en matière plastique			
	Elastiques			
	Vaccins			
	Récipients pour les vaccins			
	Divers			
<b>Frais de transport</b>	Véhicules			
	Carburant			
	Salaire et indemnités journalières des chauffeurs			
	Entretien			
	Divers			
<b>Mobilisation sociale</b>	Annonces à la radio			
	Annonces à la télévision			
	Communiqués de presse			
	Affiches			
	Tracts			
	Activités sociales de propagande			
	Logo JNV			
	Activités promotionnelles			
<b>Divers</b>				

---

# Annexe 18:

## Mobilisation sociale pour les JNV

Un plan de mobilisation sociale décrivant les activités et les tâches spécifiques à accomplir, avec les dates et les personnes responsables, doit être établi environ sept mois avant les JNV.

Tous les coûts doivent être estimés six mois à l'avance pour être intégrés au calcul précis du budget global cinq mois avant les JNV.

Le plan de mobilisation sociale doit comprendre les activités suivantes :

### **Demander conseil**

Rencontrez les agences (comme l'UNICEF) et les personnes ou groupes qui ont une expérience de la mobilisation sociale dans votre pays. Demandez-leur conseil et aide.

### **Elaborer des messages clefs**

Le comité national de mobilisation sociale doit élaborer des messages simples pour la mobilisation sociale dans une langue (des langues) comprise(s) par l'ensemble de la population :

- «La poliomyélite est une maladie dangereuse qui peut tuer les enfants ou les rendre infirmes à vie.»
- «La poliomyélite peut être évitée facilement grâce à une vaccination sans danger : quelques gouttes de vaccin dans la bouche suffisent !
- «Pour éradiquer la poliomyélite de..... NOM DU PAYS ....., des journées nationales de vaccination seront organisées le ..... DATE DE LA PREMIÈRE TOURNÉE DE VACCINATION ..... et le..... DATE DE LA DEUXIÈME TOURNÉE DE VACCINATION .....»
- «Lors de chaque tournée de vaccination, tous les enfants de zéro à 59 mois doivent se rendre au poste de vaccination le plus proche pour y recevoir une dose de vaccin anti-poliomyélique oral : cette dose est une dose *supplémentaire* de vaccin que chaque enfant doit recevoir même s'il est complètement vacciné.»

### **Obtenir la participation de personnes et de groupes clefs**

Les comités de mobilisation sociale à l'échelon national, provincial et du district devraient prendre contact à leur niveau avec les personnes/groupements/responsables ministériels suivants et les inviter à participer aux activités promotionnelles spécifiques :

- dirigeants ;
- célébrités ;
- partis politiques ;
- groupements féminins ;



- ONG ;
- ministères des communications, de l'éducation, des transports et de la protection maternelle et infantile ;
- ministère de la défense. Dans certains pays, l'armée peut assurer des transports et fournir du personnel, tandis que dans d'autres, il est préférable que les militaires ne participent pas aux JNV. Néanmoins, dans tous les pays, le ministère de la défense doit être dûment informé de l'organisation des JNV.
- industrie privée. Dans plusieurs pays, le secteur privé a offert des moyens de transport, des repas, des T-shirts, des casquettes, des ballons et des banderoles. De grandes chaînes de restauration ont aussi mis leurs locaux à la disposition pour servir de postes de vaccination.

Lors de la prise de contact initiale avec des personnes ou des groupements clefs, leur suggérer des manières *précises* de participer, telles que :

- promouvoir les JNV lors de réunions ou d'événements culturels et sportifs importants ;
- promouvoir les JNV sur une affiche par un personnage public clef ;
- donner des entretiens aux médias ;
- administrer les premières gouttes de vaccin au cours des JNV ;
- prendre la parole à la cérémonie d'ouverture ou y assister ;
- faire une apparition à plusieurs postes de vaccination ;
- fournir des moyens de transport pour les activités promotionnelles.

Dans certains pays, des accords écrits précisant le type et la durée de la participation prévus sont signés entre le MSP et les organisations ou industries participant aux JNV. Cela permet d'éviter les malentendus, ou les fausses promesses et les attentes déçues de part et d'autre.

### **Distribuer le matériel promotionnel écrit ou graphique**

Les affiches, les brochures, les tracts et les banderoles pour les rues et les postes de vaccination doivent être dessinés, préparés, commandés et distribués. En outre, un plan de distribution précisera clairement qui distribuera ce matériel, où et à quelles dates.

### **Distribuer un guide aux médias**

Mettre au point et imprimer un guide simple ou une plaquette à l'intention des médias comprenant un minimum d'informations clefs concernant les JNV. Voir à l'annexe 18b les rubriques à faire figurer dans ce guide.

### **Bien utiliser les médias**

Mettre au point des stratégies pour la radio, la télévision et la presse. Travailler en collaboration étroite avec les responsables des médias pour arrêter les dates, l'heure, la fréquence et le contenu des annonces officielles diffusées à la radio, à la télévision et dans la presse. Communiquer des informations à la presse *au cours* des JNV.

### **Faire une cérémonie d'ouverture**

La cérémonie d'ouverture des JNV est un événement très important et très médiatique, car le chef de l'Etat et d'autres personnalités et figures publiques de premier plan y participent, et la presse est présente. Il est donc essentiel que la cérémonie d'ouverture soit organisée suffisamment à l'avance et parfaitement conduite par le comité national de mobilisation sociale.

---

Au cours de la cérémonie, des personnalités prendront la parole, le chef de l'Etat ou d'autres hauts fonctionnaires administreront les premières gouttes de vaccin, et tous les groupes participants seront remerciés. Les médias doivent être présents pour retransmettre l'événement.

**S'y prendre suffisamment à l'avance pour obtenir la participation de personnalités importantes aux JNV.**

### **Assurer une coordination avec les provinces et les districts**

Il est important que le comité national de mobilisation sociale communique et collabore avec ses homologues à l'échelon de la province et du district pour éviter les doubles emplois et la confusion. Les comités devraient se mettre d'accord sur le matériel ou les activités à prévoir à chaque niveau. Les responsables à l'échelon local ne devraient *pas* se reposer entièrement sur le niveau central pour la mobilisation sociale. Il devrait toujours y avoir des activités *locales* de mobilisation sociale.

### **Encourager la participation communautaire**

Le comité de mobilisation sociale à l'échelon du district devrait trouver des moyens de faire participer la communauté à la promotion des JNV. Dans de nombreux pays, ce sont les communautés qui fourniront les banderoles à accrocher dans les rues et sur les postes de vaccination et assureront les repas pour les agents de santé et les transports pour aller chercher les vaccins et rendre les doses inemployées. Les communautés locales peuvent aussi fournir des volontaires pour aider à préparer ou à tenir le poste de vaccination, y tenir une permanence ou faire du porte à porte avant et pendant les JNV. Les parents et les enfants qui viennent aux postes de vaccination peuvent aussi participer en allant chercher d'autres enfants à vacciner dans la communauté.

## Annexe 18a : Exemple de tableau pour les besoins en matériel promotionnel

[illegible]

## Annexe 18b : Guide à l'intention des médias

Le guide ou la plaquette à l'intention des médias devrait contenir les informations suivantes

- les informations générales sur l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ;
- le sens du mot «éradication»;
- une explication simple de la pathologie causée par le poliovirus ;
- la situation actuelle de la maladie dans le pays ;
- en quoi consistent les JNV ;
- les objectifs des JNV ;
- les messages clefs pour les JNV :
  - «la poliomyélite est une maladie dangereuse qui peut tuer les enfants ou les rendre infirmes à vie.»
  - «la poliomyélite peut-être évitée facilement grâce à une vaccination sans danger : quelques gouttes de vaccin dans la bouche suffisent !
  - «Pour éradiquer la poliomyélite de..... NOM DU PAYS ....., des journées nationales de vaccination seront organisées le ..... DATE DE LA PREMIÈRE TOURNÉE DE VACCINATION ..... et le..... DATE DE LA DEUXIÈME TOURNÉE DE VACCINATION .....»
  - «Lors de chaque tournée de vaccination, tous les enfants de 0 à 59 mois doivent se rendre au poste de vaccination le plus proche pour y recevoir une dose de VPO : cette dose est une dose **supplémentaire** que chaque enfant doit recevoir même s'il est complètement vacciné .»
- et mentionner les faits suivants :
  - même les enfants dont les vaccinations sont à jour ou qui sont totalement vaccinés doivent recevoir le VPO ;
  - il n'y a pas de raison de ne pas recevoir le VPO - même les enfants malades doivent recevoir une dose de VPO au cours des JNV ;
  - les doses de VPO reçues au cours des JNV sont considérées comme des doses supplémentaires et les enfants doivent continuer à recevoir toutes les vaccinations systématiques ;
  - la dose de VPO reçue au cours des JNV ne remplace **pas** la vaccination systématique ;
  - les collaborateurs et supporters des JNV.

**N.B. :** Certains ministères de la santé ont mis au point un guide général à l'intention des médias pour toutes les activités sanitaires se déroulant au cours de l'année.

---

# Annexe 19:

## Exemple de guide des JNV

Le guide des JNV est destiné aux coordonnateurs au niveau des districts et des postes de vaccination et doit comprendre les rubriques suivantes :

- objectif des JNV
- date et lieu des JNV
- calendrier d'activités pour la planification et la mise en oeuvre des JNV
- définition d'une stratégie
- calcul de la population cible
- calcul des quantités de vaccins nécessaires
- calcul du nombre de postes de vaccination
- activités de mobilisation sociale
  - messages clés
  - activités locales de mobilisation sociale
- formation à la préparation et à la gestion d'un poste de vaccination
- description des rôles
  - du coordonnateur
  - des responsables du tri
  - des vaccinateurs
  - des responsables de l'enregistrement (pointage)
- diagramme d'un poste de vaccination efficace
- caractéristiques d'un poste de vaccination efficace
- autres informations pertinentes
- feuilles de pointage
- formulaires d'orientation-recours
- liste de tâches

---

On trouvera ci-après un exemple de guide des JNV plus spécialement destiné au personnel au niveau du district et aux coordonnateurs des postes de vaccination. Il peut être adapté à la situation spécifique de chaque pays.

### **En quoi consistent les Journées Nationales de Vaccination ?**

«Les journées nationales de vaccination» ou JNV sont des journées au cours desquelles tout enfant de moins de cinq ans résidant au/en [PAYS] reçoit DEUX doses *supplémentaires* de VPO à quatre à six semaines d'intervalle, quel que soit son statut vaccinal antérieur. Au cours des JNV, il est particulièrement important de vacciner les enfants qui échappent aux vaccinations systématiques.

### **Quel est le but des JNV ?**

Le but des JNV est d'éradiquer la poliomyélite.

### **Quand les JNV auront-elles lieu ?**

Les JNV auront lieu le (date de la première tournée de vaccination) et le (date de la deuxième tournée de vaccination).

### **Où les JNV auront-elles lieu ?**

Des postes de vaccination seront installés dans tout le pays. Dans certaines zones, des stratégies spéciales seront mises en oeuvre pour vacciner les enfants. Ces zones sont les zones «à haut risque» et celles où vivent des populations clairsemées ou difficiles à atteindre.

Au cours des deux semaines précédant les JNV, la communauté sera informée du lieu et de l'heure à laquelle elle doit se rendre pour se faire vacciner. Les JNV seront annoncées par des messages diffusés à la radio, à la télévision et dans les journaux et par des banderoles, des affiches, des visites à domicile et lors de réunions communautaires.

### **Calcul de la population cible**

La population cible est constituée par tous les enfants âgés de 0 à 59 mois qui vivent dans la zone d'intérêt.

Pour calculer cette population cible, on peut utiliser l'une des deux formules suivantes :

[N.B. : Ne faire figurer que l'une de ces deux formules dans le guide.]

#### **Formule 1 :**

**population cible = population totale de la zone x pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois**

[Note : Dans la plupart des pays en développement, les enfants de 0 à 59 mois représentent entre 15 et 20 % de la population totale.]

#### **Formule 2 :**

**population cible = nombre total de naissances par an x 5**

[Note : Si les chiffres de recensement ne sont pas fiables, penser à les augmenter de 10 à 15 %. Il est toujours préférable de surestimer la population cible pour éviter de se trouver à court de vaccins au cours des JNV.]

---

## Calcul des quantités de vaccin nécessaires

La première fois que l'on organise des JNV, il faut calculer les quantités de vaccin en appliquant un coefficient de 1,3 pour les pertes/réserves (ce qui correspond à une perte / réserve d'environ 25 %) pour s'assurer qu'il y aura assez de vaccin et avoir un peu de stock en réserve.

Par la suite, on peut calculer le coefficient de pertes véritables en se fondant sur les chiffres de la tournée de vaccination précédente. Les pertes effectives sont généralement très inférieures à 25 %.

### Formule :

**nombre total de doses de vaccin nécessaires pour une tournée de vaccination = population cible x 1,3**

**nombre de flacons nécessaires pour une tournée = doses de vaccin / nombre de doses par flacon**

(Toujours arrondir ce chiffre à l'unité supérieure)

## Definition de stratégies

Des postes de vaccination sont en général installés dans tout le pays pour les JNV. Toutefois, il faut prévoir des stratégies spéciales pour :

- les communautés comptant moins de 200 enfants appartenant à la tranche d'âge cible
- les zones à population dispersée
- les communautés difficiles à atteindre pour la vaccination pour une raison quelconque
- les communautés fortement exposées au risque de poliomyélite pour une raison quelconque

Les stratégies spéciales doivent être choisies en tenant compte des raisons pour lesquelles une population donnée est difficile à atteindre ou fortement exposée. Les raisons peuvent être d'ordre culturel, éducatif, logistique, politique ou religieux. Ces stratégies spéciales peuvent consister à faire appel à des équipes mobiles, à vacciner par du porte à porte, à prévoir des postes de vaccination supplémentaires, des superviseurs supplémentaires, ou des volontaires locaux supplémentaires, à intensifier la mobilisation sociale et les visites à domicile et à accroître la participation des dirigeants locaux des populations spéciales.

## Calcul du nombre de postes de vaccination nécessaires

Il faut compter un poste pour 200 à 250 enfants appartenant à la tranche d'âge cible. Des postes supplémentaires doivent être prévus pour les populations spéciales.

### Formule :

**nombre total de postes nécessaires = (postes supplémentaires pour les populations spéciales) + (population cible / 250)**

## Mobilisation sociale

### *Messages clefs*

Toutes les activités de mobilisation sociale à tous les niveaux doivent utiliser les mêmes messages clefs pour annoncer les JNV, en expliquer l'objectif, dire à quelle population elles s'adressent et indiquer la date et le lieu où les enfants peuvent se faire vacciner. Ces messages clefs doivent être simples et clairs et formulés dans une langue (des langues) que la population générale peut facilement comprendre.

---

Suggestion de messages clefs pour les JNV :

- «La poliomyélite est une maladie dangereuse qui peut tuer les enfants ou les rendre infirmes à vie».
- «La poliomyélite peut être évitée facilement grâce à une vaccination sans danger : quelques gouttes de vaccin dans la bouche suffisent »
- «Pour éradiquer la poliomyélite en/au [NOM DU PAYS], des journées nationales de vaccination seront organisées le [DATE DE LA PREMIÈRE TOURNÉE DE VACCINATION] et le [DATE DE LA DEUXIÈME TOURNÉE DE VACCINATION]».
- «Lors de chaque tournée de vaccination, tous les enfants de 0 à 59 mois doivent se rendre au poste de vaccination le plus proche pour y recevoir une dose de vaccin antipoliomyélitique oral : cette dose est une dose *supplémentaire* que chaque enfant doit recevoir même s'il est complètement vacciné.»

### ***Activités locales de mobilisation sociale***

La planification des activités de mobilisation sociale dans le district et les communautés devra commencer deux mois avant les JNV. Des activités intensives de mobilisation sociale devront être lancées deux semaines avant les JNV. Ces activités consistent à :

- faire des visites à domicile
- annoncer les JNV à toutes les réunions communautaires
- mobiliser les dirigeants pour qu'ils convainquent la population de participer aux JNV
- accrocher des affiches et des banderoles dans la communauté
- distribuer des brochures dans tous les foyers.

<p><b>D'une manière générale, la mobilisation sociale doit être plus intense dans les zones urbaines que dans les zones rurales.</b></p>
--

### **Formation à la préparation et à la gestion d'un poste de vaccination**

Six semaines avant les JNV, les responsables au niveau de la province doivent apprendre au personnel au niveau du district à préparer et à gérer un poste de vaccination. Quatre semaines avant les JNV, les responsables du district doivent former à leur tour les coordonnateurs des postes de vaccination. Au moins trois volontaires par poste doivent être recrutés un à deux mois avant les JNV. Trois semaines avant les JNV, les coordonnateurs des postes de vaccination doivent former les volontaires. La formation doit porter systématiquement sur :

- les objectifs des JNV
- les dates des JNV
- les groupes d'âge cibles
- le calendrier des activités
- les listes de tâches
- la logistique au niveau du district et au niveau du poste de vaccination
- la mobilisation sociale au niveau du district et au niveau du poste de vaccination
- la manière de confectionner des banderoles (si elles doivent être fabriquées à ce niveau)
- la manière de préparer et de gérer un poste de vaccination



- la manière de conserver les vaccins
- la manière d'administrer les gouttes de vaccin dans la bouche des enfants
- la manière de remplir les feuilles de pointage
- la manière de remplir les formulaires d'orientation-recours
- la manière d'enseigner toutes ces tâches au niveau plus périphérique
- un exercice sous forme de jeu de rôles sur la manière de gérer le poste de vaccination, y compris l'installation du poste, le tri des enfants à vacciner, l'administration des gouttes de vaccin et la manière de remplir les formulaires d'orientation-recours et les feuilles de pointage
- la préparation d'un cours au niveau du district, qui comprend la préparation de matériel pédagogique, un exercice pratique d'enseignement sous forme de jeu de rôles.

### **Comment gérer un poste de vaccination**

Tout le personnel travaillant au poste de vaccination devra amener le jour des JNV un stylo, un pique-nique, des vêtements adaptés au temps et une bouteille thermos (s'ils en possèdent une).

Un agent de santé sera désigné comme **coordonnateur** du poste de vaccination et sera responsable de toutes les activités s'y déroulant. Le coordonnateur devra assigner clairement des tâches aux volontaires. Au moins un volontaire sera chargé du **tri** pour vérifier que l'âge des enfants est correct, compris entre 0 et 59 mois, un autre au moins sera chargé d'**administrer les vaccins** et un autre **s'occupera de l'enregistrement et de l'orientation-recours** (si une stratégie d'orientation-recours est adoptée). D'autres volontaires feront des visites à domicile avant les JNV et le jour même pour trouver les enfants à vacciner et les envoyer ou les emmener au poste de vaccination.

#### ***Rôle du coordonnateur (agent de santé) :***

- superviser les volontaires
- assurer une bonne circulation du public au poste de vaccination
- maintenir l'ordre autour du poste de vaccination
- répondre aux questions des gens qui attendent
- mobiliser des volontaires pour aller chercher les enfants à vacciner chez eux
- mobiliser les personnes qui sont venues au poste de vaccination pour aller chercher d'autres enfants à vacciner
- mettre en oeuvre les stratégies spécifiques prévues pour les populations spéciales.

#### ***Rôle des responsables du tri (volontaires) :***

- Accueillir les parents et les enfants
- vérifier que les enfants appartiennent à la tranche d'âge ciblée.

**Note 1 :** Il arrive parfois que les parents ne connaissent pas l'âge ou la date de naissance de l'enfant. En ce cas, utiliser d'autres façons d'estimer l'âge de l'enfant. Par exemple, il peut y avoir des événements historiques importants qui coïncident avec la naissance de l'enfant et dont les parents se souviennent. Dans certains pays, un animal est symboliquement rattaché à chaque année et les parents peuvent savoir sous le signe de quel animal l'enfant est né. Inclure ces instructions dans le guide des JNV.

---

**Note 2 :** Il n'est généralement pas recommandé d'enregistrer les noms des enfants avant ou pendant les JNV, car cela prend souvent beaucoup de temps, présente peu d'intérêt, risque de créer des files d'attente et peut être ressenti comme une menace dans certains contextes.

***Rôle des vaccinateurs (volontaires) :***

- Veiller à ce que les vaccins soient conservés dans une bouteille thermos ou dans un porte-vaccin avec de la glace
- administrer le vaccin.

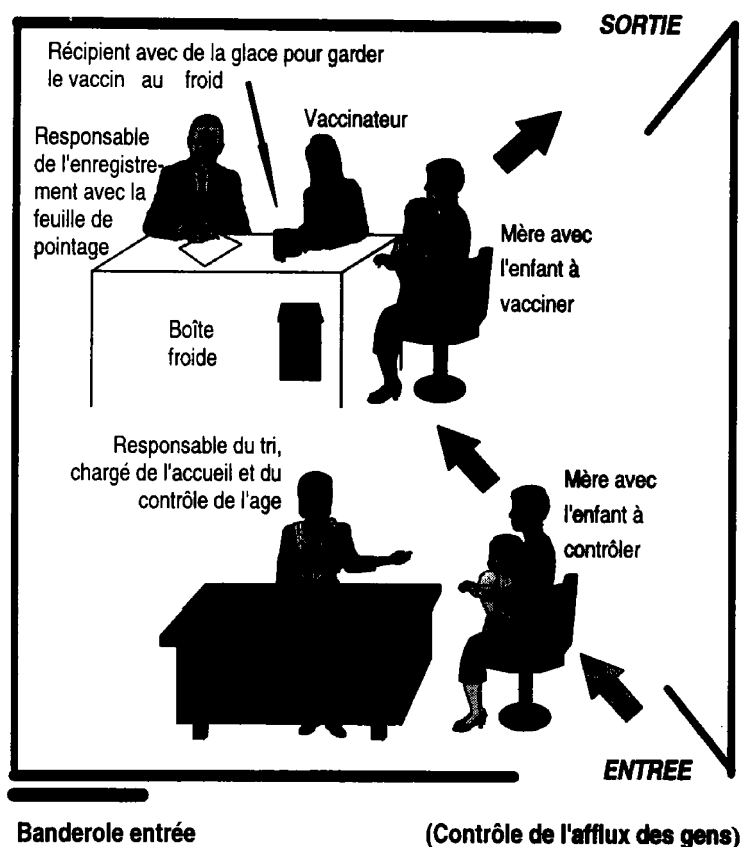
**Comment administrer les gouttes de VPO :**

- L'enfant doit être tenu fermement par la mère ou par l'agent de santé. Les enfants de moins de deux ans peuvent être positionnés et maintenus sur le dos.
- Ouvrir la bouche de l'enfant en lui pressant doucement les joues.
- Introduire deux gouttes de vaccin antipoliomyélitique dans la bouche de l'enfant.
- Si l'enfant crache le vaccin, lui administrer une nouvelle dose.
- Si le compte-gouttes est entré en contact avec la bouche de l'enfant, le remplacer avant d'administrer la dose suivante à un autre enfant.

***Rôle des responsables de l'enregistrement (volontaires) :***

- Enregistrer sur la feuille de pointage chaque dose de vaccin administrée aux enfants (ne pas consigner ces doses sur les carnets de vaccination des enfants au cours des JNV car cela prend trop de temps).
- **Pendant la première tournée de vaccination :** Si l'on a décidé d'appliquer une stratégie d'orientation-recours au cours des JNV ou si d'autres vaccins doivent être administrés, rappeler à la mère qu'elle doit amener son carnet de vaccination et celui de son enfant lors de la prochaine tournée de vaccination. Lui remettre une brochure (s'il en existe une) et donner à l'enfant un ballon ou une autre récompense (si cela est prévu).
- **Pendant la deuxième tournée de vaccination :** Si l'on a adopté une stratégie d'orientation-recours, vérifier le carnet de vaccination de l'enfant et de la mère. Adresser tous les enfants ou les mères faisant partie du groupe cible au centre de santé le plus proche avec une fiche d'orientation-recours. Noter sur la feuille de pointage le nombre de femmes et d'enfants adressés au centre de santé.

## Diagramme d'un poste de vaccination



### Caractéristiques d'un poste de vaccination fonctionnel

#### *Circulation efficace au travers du poste :*

Concevoir le poste de vaccination pour une circulation efficace évitant les goulots d'étranglement, les attroupements excessifs, les attentes et la confusion. Ceci implique :

- une planification d'un nombre correct d'enfants d'âge cible par poste, c'est-à-dire approximativement 250
- une répartition équilibrée des postes dans la communauté
- un espace suffisant dans le poste de vaccination
- un nombre approprié de volontaires pour aider à la bonne marche du poste
- un bon contrôle des foules
- la vaccination sur le principe «premier arrivé, premier servi»

Prévoir pour chaque poste de vaccination une entrée et une sortie et imposer un **sens unique de circulation** pour éviter aux enfants d'avoir à revenir sur leurs pas après avoir été vaccinés (ce qui est toujours source de confusion et très désagréable pour les parents et les enfants).

---

### ***Une seule file d'attente pour tous les services***

Si d'autres vaccins (ou de la vitamine A) doivent être administrés en plus du VPO, ils doivent être administrés en une seule fois. Autrement dit, les parents ne doivent pas être obligés de faire la queue plusieurs fois pour les différents vaccins.

**Se souvenir** que, s'il y a des délais d'attente excessifs, de la confusion ou une trop grande foule au poste de vaccination, les parents ne reviendront probablement pas à la séance suivante de JNV. Veiller à ce que leur visite au poste de vaccination se déroule le plus agréablement et le plus efficacement possible.

### ***Distribuer des petits cadeaux d'incitation aux clients et aux volontaires***

Prévoir de petits cadeaux d'incitation tels que des T-shirts, des casquettes ou des stylos spéciaux pour les volontaires, des ballons pour les enfants qui ont été vaccinés et de simples brochures concernant la polio ou d'autres maladies évitables par la vaccination pour les mères. Dans certains pays, un prix ou une récompense officielle sont attribués aux districts et aux provinces qui ont réalisé la meilleure couverture vaccinale au cours des JNV.

### **Autres points à rappeler :**

Il n'y a pas de contre-indication à la vaccination antipoliomyélitique. Même les enfants qui ont la diarrhée, qui toussent, qui ont de la fièvre ou qui souffrent de malnutrition ou d'une autre affection peuvent recevoir le VPO.

Les doses de VPO reçues au cours des JNV sont considérées comme des doses *supplémentaires*. Elles ne sont pas comptées comme une des doses d'OPV à recevoir dans le cadre de la vaccination systématique.

Tous les enfants doivent continuer à recevoir leurs vaccinations systématiques normales.

Les doses de VPO sont administrées en principe à quatre semaines d'intervalle. Au cours des JNV, les agents de santé ou les volontaires peuvent se trouver en présence d'un enfant qui a reçu une dose de VPO il y a moins de quatre semaines. Ces enfants doivent tout de même être vaccinés au cours des JNV. Tous les enfants qui devaient se faire vacciner dans les quatre semaines suivant les JNV doivent maintenir leur rendez-vous.

**Note :** Le guide doit aussi proposer des modèles de feuilles de pointage nécessaires. Choisir à l'annexe 19a un modèle de feuille de pointage pouvant être adapté à la situation du pays.

Annexe 19 a : Feuilles de pointage pour les JNV (seulement pour le VPO)

Annexe 19a : Feuille de pointage pour les JNV (VPO seulement)

District : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Equipe/Poste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin	Doses administrées aux enfants de la tranche d'âge cible	Total	Doses administrées en dehors de la tranche d'âge cible	Total
VPO				

**Flacons de VPO:**      Nombre de flacons de VPO reçus : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO utilisés : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO rendus : \_\_\_\_\_

Coordonnateur du poste (signature) : \_\_\_\_\_ Coordonnateur du district (signature) : \_\_\_\_\_

Annexe 19 a : Feuilles de pointage pour les JNV (pour le VPO et l'orientation)

District : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Equipe/Poste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin	Doses administrées aux enfants appartenant à la tranche d'âge cible	Total	Doses administrées en dehors de la tranche d'âge cible	Total
VPO				
orientée pour : Nombre de personnes orientées vers le centre de santé				
BCG				Total des personnes orientées
DTC				
VPO				
Rougeole				
AT				

Flacons de VPO :      Nombre de flacons de VPO reçus : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO utilisés : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO rendus : \_\_\_\_\_

Coordonnateur du poste de vaccination (signature) : \_\_\_\_\_ Coordonnateur du district (signature) : \_\_\_\_\_

**Annexe 19a : Feuilles de pointage pour les JNV  
(pour le VPO, l'orientation et la vitamine A)**

District : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Equipe/Poste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin	Doses administrées dans la tranche d'âge cible	Total	Doses administrées en dehors de la tranche d'âge cible	Total
VPO				
Vitamine A				
orientée pour :	Nombre de personnes orientées vers le centre de santé			Total des personnes orientées
BCG				
DTC				
VPO				
Rougeole				
AT				

**Flacons de VPO :**      Nombre de flacons de VPO reçus : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO utilisés : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO rendus : \_\_\_\_\_

**Nombre de capsules de vitamine A :**      reçues : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules utilisées : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules rendues : \_\_\_\_\_

**Coordonnateur du poste de santé (signature) :** \_\_\_\_\_ **Coordonnateur du district (signature) :** \_\_\_\_\_

**Annexe 19a : Feuilles de pointage pour les JNV  
(pour le VPO, l'orientation, la vitamine A et la rougeole)**

District : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Equipe/Poste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin	Doses administrées dans la tranche d'âge cible	Total	Doses administrées en dehors de la tranche d'âge cible	Total
VPO				
Vitamine A				
Rougeole 1 <sup>re</sup> dose				
Rougeole 2 <sup>ème</sup> dose				
orientée pour :	Nombre de personnes orientées vers le centre de santé			Total des personnes orientées
BCG				
DTC				
VPO				
Vaccin Anti-Rougeoleux				
AT				

Flacons de VPO :      Nombre de flacons de VPO reçus : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO utilisés : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO rendus : \_\_\_\_\_  
 Nombre de capsules de vitamine A :      reçues : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules utilisées : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules rendues : \_\_\_\_\_  
 Nombre de flacons de vaccin anti-rougeoleux      reçus : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons utilisés : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons rendus : \_\_\_\_\_  
 Coordonnateur du poste de santé (signature) : \_\_\_\_\_ Coordonnateur du district (signature) : \_\_\_\_\_



**Annexe 19a : Feuilles de pointage pour les JNV**  
**(pour Ile VPO, l'orientation, la vitamine A, la rougeole et l'AT)**

District : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Equipe/Poste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vaccin	Doses administrées dans la tranche d'âge cible	Total	Doses administrées en dehors de la tranche d'âge cible	Total
VPO				
Vitamine A				
Rougeole 1 <sup>re</sup> dose				
Rougeole rappel				
AT1				
AT2				
AT rappel				
orientée pour :	Nombre de personnes orientées vers le centre de santé			Total des personnes orientées
BCG				
DTC				
VPO				
Vaccin Anti-Rougeoleux				
AT				

**Flacons de VPO :**      Nombre de flacons de VPO reçus : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO utilisés : \_\_\_\_\_ Nombre de flacons de VPO rendus : \_\_\_\_\_

**Nombre de capsules de vitamine A :**      reçues : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules utilisées : \_\_\_\_\_      Nombre de capsules rendues : \_\_\_\_\_

**Nombre de flacons de vaccin anti-rougeoleux :**      reçus : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons utilisés : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons rendus : \_\_\_\_\_

**Nombre de flacons d'AT :**      reçus : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons utilisés : \_\_\_\_\_      Nombre de flacons rendus : \_\_\_\_\_

Coordonnateur du poste de santé (signature) : \_\_\_\_\_ Coordonnateur du district (signature) : \_\_\_\_\_

### Annexe 19b : Formulaire d'orientation-recours pour les JNV

Date : jour _____ mois _____ année _____
Nom de la mère : _____
Nom de la personne adressée au centre de santé : _____
Vaccin à administrer : BCG VPO DTC HBV rougeole AT
Adressé par : _____ (Nom du poste de vaccination)
Adressé à : _____ (Nom du centre de santé)
_____

#### ***Notes sur l'orientation-recours à l'occasion des JNV :***

Au cours de la première tournée de vaccination des JNV, on peut demander aux femmes et aux enfants d'apporter avec eux leur carnet de vaccination la fois suivante. Lors de cette seconde tournée, les carnets de vaccination peuvent être vérifiés pour repérer les femmes et les enfants qui devraient se faire vacciner. Un formulaire d'orientation-recours sera alors rempli et remis aux personnes qui doivent aller se faire vacciner, en leur expliquant où elles doivent se rendre et à quel moment.

Chaque personne envoyée au centre de santé doit être notée sur la feuille de pointage. Au cours de la semaine suivant les JNV, il est important d'informer le centre de santé du nombre de femmes et d'enfants qui leur sont adressés pour chaque vaccin afin que le personnel de santé puisse se tenir prêt.

Si la vérification des carnets de vaccination entraîne des temps d'attente trop longs lors des JNV, la stratégie d'orientation-recours doit être abandonnée.

---

# Annexe 20:

## Sécurité des vaccins

Le but de la vaccination est de protéger les individus et le public contre les maladies évitables par la vaccination. Bien que les vaccins modernes soient sûrs, aucune vaccination n'est absolument sans danger. La plupart des réactions postvaccinales sont modérées et passagères, mais dans de rares cas, des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) graves peuvent être observées.

Les réactions indésirables aux vaccins peuvent être consécutives à :

### 1. Des erreurs programmatiques, c'est à dire à des erreurs dans la manipulation, la reconstitution et l'administration du vaccin

Il s'agit là de la cause la plus fréquente des MAPI. Parmi les exemples de ce type d'incident, on peut citer l'utilisation de seringues ou d'aiguilles contaminées, la reconstitution du vaccin avec une substance autre que le solvant normal (par exemple insuline ou myorelaxant), l'administration d'une dose excessive dans le cas du BCG, l'administration d'AT, de Td ou de DTC qui ont été congelés ou mal mélangés ou encore l'injection du vaccin à un site anatomique mal choisi.

### 2. La nature du vaccin ou une réaction individuelle au vaccin

Parmi les exemples de MAPI ou de réactions individuelles aux vaccins, on peut citer : les lymphadénites consécutives à l'administration au BCG, les poussées de fièvre ou les convulsions fébriles consécutives au vaccin anti-rougeoleux ou au vaccin anticoquelucheux à germes entiers et la paralysie consécutive à l'administration de VPO. Le tableau 1 indique la fréquence des MAPI pour différents vaccins.

### 3. Une coïncidence

Un incident médical qui se produit immédiatement après une vaccination peut être une pure coïncidence. Il n'y a alors aucun lien entre la vaccination et l'incident qui y fait suite. On peut parfois avoir l'impression que les pathologies sont plus fréquentes à la suite d'une vaccination parce que les parents sont alors plus attentifs à la maladie et plus à l'affût des symptômes.

### 4. Une cause inconnue

En poursuivant les recherches, on peut espérer rattacher les causes inconnues à l'une ou l'autre des trois catégories précédentes.

Tout incident médical qui se produit après une vaccination et dont on pense qu'il a été occasionné par elle s'appelle «une manifestation postvaccinale indésirable» (ou MAPI). On peut rattacher cette manifestation indésirable à un vaccin spécifique s'il y a une accumulation inhabituelle d'incidents médicaux chez les personnes vaccinées dans un court laps de temps suivant la vaccination, ou si cet incident se produit chez les vaccinés avec une fréquence

---

sensiblement plus élevée que chez les sujets appartenant à un groupe d'âge similaire qui n'ont pas été vaccinés récemment.

La plupart des MAPI sont modérées et passagères, les plus fréquentes étant un épisode fébrile et une inflammation locale au point d'injection survenant à la suite de la vaccination par le DTC. Les MAPI graves sont extrêmement rares : ce sont des manifestations qui entraînent la mort ou nécessitent l'hospitalisation du sujet. Une «MAPI modérée» est définie simplement comme une réaction non grave. L'incidence des MAPI graves est bien moindre que celle des complications causées par la maladie elle-même.

Les MAPI peuvent saper un programme de vaccination en faisant perdre confiance aux parents et à la communauté dans les avantages de la vaccination. Il est donc important, dans le cadre des programmes de vaccination, de suivre de près toutes les MAPI et de prendre des mesures appropriées pour corriger toute erreur programmatique. Pour plus de détails, on peut se référer à la publication WHO/EPI/TRAM/93.2Rev1 «Surveillance des manifestations postvaccinales indésirables : Guide pratique à l'intention des directeurs des programmes de vaccination.»

### **Sécurité du VPO et son utilisation durant les JNV**

Dans le cadre de l'IEP, on utilise actuellement le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPO) en tant que partie intégrante de la stratégie visant à éliminer totalement la poliomyélite dans le monde. Des doutes ont de nouveau été exprimés concernant l'innocuité du VPO pour deux raisons. Premièrement, les enfants reçoivent des doses multiples de VPO dans le cadre de la vaccination systématique et des JNV. Deuxièmement, à mesure que les cas de poliomyélite deviennent plus rares dans les pays qui s'approchent de l'éradication, les manifestations indésirables associées à ce vaccin deviennent moins acceptables.

Le VPO est un vaccin sûr et efficace qui n'a pas de contre-indication. La seule manifestation indésirable connue associée à l'administration de VPO est la «poliomyélitique paralytique associée au vaccin» (PPAV).

Une étude effectuée dans huit pays en collaboration avec l'OMS a permis d'établir que le nombre de cas de PPAV était de 1 cas pour 3,3 millions de doses de VPO distribuées ou administrées. Ce résultat est corroboré par d'autres études. Le risque semble être le plus élevé après la première dose de VPO (1 cas sur 700 000 premières doses de VPO administrées contre 1 cas sur 6,9 millions pour les doses suivantes). Il ressort des données pour la Région des Amériques que les doses supplémentaires de VPO administrées au cours des JNV ne font pas augmenter le risque de PPAV.

### **Points clefs de communication avec le public concernant le VPO**

1. Le VPO est un vaccin sûr et efficace qui n'a pas de contre-indication. Tous les enfants peuvent être vaccinés même s'ils ont de la fièvre, s'ils toussent, s'ils ont la diarrhée ou s'ils souffrent de malnutrition ou de toute autre affection.
2. Après trois doses de VPO, 85 % environ des enfants sont protégés contre le décès, les paralysies ou les infirmités causés par l'infection à poliovirus.
3. La plupart des enfants vaccinés par trois doses de VPO ne transmettront pas le poliovirus sauvage aux autres personnes non protégées.
4. Il est beaucoup plus dangereux de ne pas se faire vacciner. En l'absence de vaccination, entre un et cinq enfants exposés sur 1000 seront paralysés ou resteront infirmes dans les pays où le poliovirus continue à circuler.

5. Bien que le VPO soit sûr et efficace, il y a un risque très faible que la vaccination par le VPO cause une paralysie chez un enfant ayant reçu le vaccin ou chez un enfant en contact avec un enfant récemment vacciné (par le VPO). Le risque est de l'ordre de un pour 3,3 millions de doses de VPO administrées. Les doses supplémentaires de VPO administrées lors des JNV ne font pas augmenter ce risque.

## **Exemples de questions et de réponses pour un point de presse**

### **Les vaccins de l'enfance sont-ils sûrs ?**

Les vaccins actuellement disponibles sont très sûrs et efficaces pour prévenir des maladies dangereuses.

### **Des effets secondaires peuvent-ils parfois se produire ?**

Il est normal que certains enfants récemment vaccinés présentent des réactions légères telles qu'une rougeur, une sensibilité ou un gonflement au point d'injection ou encore une fièvre modérée pendant la semaine suivant la vaccination.

Les effets secondaires graves consécutifs aux vaccinations sont extrêmement rares.

Les enfants courent beaucoup plus de risque d'avoir des complications graves à la suite d'une maladie s'ils ne sont pas protégés par la vaccination que de présenter une MAPI grave. En d'autres termes, il est très dangereux de ne pas se faire vacciner et les avantages de la vaccination sont bien supérieurs aux risques limités d'effets secondaires graves.

### **Qu'en est-il du VPO ? Est-il sûr ?**

Le VPO est un vaccin très sûr et efficace pour tous les enfants. En fait, après avoir reçu trois doses de VPO, la plupart des enfants sont protégés contre les décès ou infirmités permanentes causées par la poliomyélite.

### **Pourquoi les enfants doivent-ils recevoir le vaccin antipoliomyélitique au cours des JNV même s'ils sont déjà complètement vaccinés ? Cela n'est-il pas dangereux ?**

Notre pays participe à une initiative mondiale visant à éliminer définitivement la poliomyélite dans le monde. Pour réaliser cet objectif, tous les enfants doivent être vaccinés dans le cadre de la vaccination systématique et recevoir des gouttes de vaccin antipoliomyélitique oral au cours des Journées Nationales de Vaccination (désignées par JNV). Lorsque *tous* les enfants reçoivent des gouttes de vaccin antipoliomyélitique en même temps, la circulation du poliovirus est interrompue, ce qui permet d'éliminer le poliovirus de la communauté. Des JNV correctement menées permettent d'éradiquer la poliomyélite.

Au cours des JNV, les enfants qui ne sont pas complètement vaccinés seront protégés contre la poliomyélite après avoir reçu au moins trois doses de VPO. Les enfants complètement vaccinés qui reçoivent des doses supplémentaires de vaccin antipoliomyélitique au cours des JNV en profitent également car cela renforce leur immunité et leur confère une protection supplémentaire.

### **Nous avons entendu dire qu'un enfant pouvait être paralysé après avoir été vacciné par le VPO. Est-ce vrai ?**

Bien que le VPO soit sûr et efficace, dans des cas extrêmement rares une paralysie peut survenir chez un enfant récemment vacciné par le VPO ou chez un enfant qui a été en contact avec un enfant récemment vacciné (par le VPO). Ce risque est très faible, puisqu'il est de l'ordre de 1 pour 3,3 millions de doses de VPO administrées. Le risque de paralysie associée au vaccin décroît au fur et à mesure des doses reçues. Votre enfant a au moins 100 fois plus de risque de contracter la poliomyélite s'il n'est pas vacciné que de risque d'être paralysé à la suite de la vaccination.

## Annexe 20 a : Effets secondaires connus associés aux vaccins du PEV

VACCIN	CONTRE-INDICATIONS	COMPLICATIONS	FREQUENCE DES COMPLICATIONS	COMMENTAIRES
BCG	Infection symptomatique à VIH	Infection généralisée consécutive au BCG	<0,1/100 000 vaccinés	Associée à des anomalies graves de l'immunité cellulaire
		Ostéite consécutive au BCG	<0,1-30/100 000 vaccinés	Idem
		Adénite supprimée	100-4300/100 000 vaccinés	Liée à la souche de BCG, à la dose, à l'âge de l'enfant, à la méthode de vaccination, à l'habileté du vaccinateur
DTC (avec composante anti-coquelucheuse à germes entiers)	Les maladies neurologiques évolutives ou les antécédents de réactions graves à l'administration d'une dose de DTC constituent une contre-indication à la vaccination anti-coquelucheuse. La vaccination contre la diphtérie et le tétanos sera poursuivie après élimination de la composante anti-coquelucheuse.	Lésion neurologique chronique Décès Encéphalopathie aiguë Convulsions Choc réactionnel anaphylactique	0,2-0,6/100 000 doses administrées 0,2/100 000 doses administrées 0,1-3,0/100 000 doses administrées 0,3-90,0/100 000 doses administrées 0,5-40,0/100 000 doses administrées	La question de savoir si les troubles neurologiques sont liés au vaccin anti-coquelucheuse ou sont une pure coïncidence reste controversée  Les enfants atteints de troubles neurologiques sous-jacents sont davantage susceptibles de présenter une encéphalopathie à la suite de l'administration du DTC
Vaccin anti-hépatite B - recombinant - dérivé du plasma		Réaction anaphylactique SGB	1/900 000 doses de vaccin administrées	
	Antécédent de réaction post-vaccinale grave	Réaction allergique grave	0,5/100 000 vaccinés 1-104/10 000 vaccinés	
		Episode neurologique	1-2,3/1 000 000 vaccinés	

# Annexe 20 a : Effets secondaires connus associés aux vaccins du PEV (suite)

VACCIN	CONTRE-INDICATIONS	COMPLICATIONS	FREQUENCE DES COMPLICATIONS	COMMENTAIRES
Vaccin anti-rougeoleux		Encéphalopathie (y compris leuco-encéphalite sclérosante subaiguë)	0,5-1,0/1 000 000 vaccinés	
		Réaction anaphylactique	Pas de données fiables sur l'incidence	
		Convulsions fébriles	0,02-190/100 000 vaccinés	
		Décès	0,2-3,0/1 000 000 vaccinés	
Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO)		Poliomyélite paralytique post-vaccinale (PPAV)	1 cas/3,3 millions de doses distribuées ou administrées 1 cas/700 000 premières doses distribuées 1 cas/6,9 millions de doses suivantes distribuées	
		Névrite brachiale	0,5-1 cas/100 000 vaccinés	
Anatoxine tétanique (AT)				

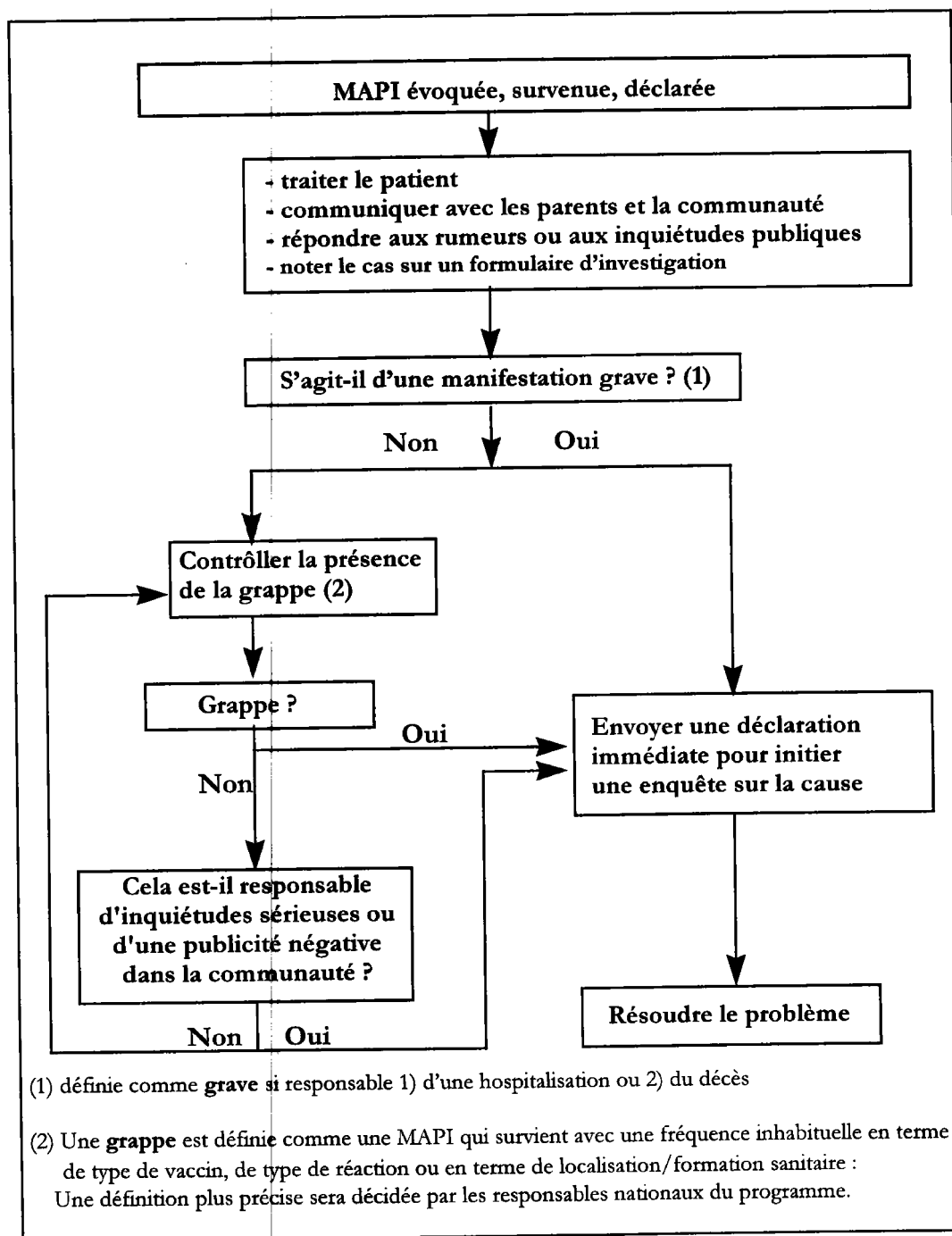
**VIH** : Les personnes atteintes d'une infection asymptomatique à VIH doivent être vaccinées conformément au calendrier national recommandé. Les personnes atteintes d'une infection symptomatique à VIH (SIDA) ne doivent pas recevoir le BCG, mais doivent recevoir tous les autres vaccins du PEV.

**Malnutrition** : La malnutrition est une *indication* de la vaccination.

**Troubles mineurs** : Une fièvre modérée, une infection respiratoire légère, une diarrhée ou tout autre trouble mineur **Ne constituer pas des contre-indications** à la vaccination.

**Grossesse** : Il ne faut pas utiliser de vaccin vivant chez la femme enceinte. L'anatoxine tétanique est un vaccin sûr pour les femmes enceintes.

**Annexe 20b : Conduite à tenir par les agents de santé au niveau périphérique face aux Manifestations Postvaccinales Indésirables (MAPI)**





---

# Annexe 21:

## Monitorage et évaluation des JNV

Le monitorage et l'évaluation des JNV sont importantes pour :

- Recenser les problèmes spécifiques qui se posent au niveau de la planification ou de la mise en oeuvre des JNV de manière à pouvoir améliorer la tournée de vaccination suivante.
- Identifier les groupes de population qui n'ont pas une couverture vaccinale suffisante et qui sont exposés à la transmission du poliovirus.
- Estimer, en fonction du succès de la campagne, les chances de parvenir à interrompre la transmission du poliovirus.

### 1. Evaluation du processus

Après chaque tournée de vaccination, les superviseurs et les coordonnateurs à tous les niveaux doivent procéder à une évaluation qualitative des préparatifs et du déroulement des JNV. Les comités des JNV et les coordonnateurs et superviseurs à chaque niveau doivent se réunir pour discuter des résultats de leur évaluation qui doivent servir à améliorer les tournées de vaccination suivantes.

**Evaluation des préparatifs :** La fiche de supervision figurant à l'annexe 17e donne un exemple des informations à réunir pour juger de la qualité des préparatifs. Cette fiche de supervision doit être établie par le comité de coordination national bien avant les JNV (par exemple, trois mois à l'avance) de manière à pouvoir effectuer des visites de supervision à tous les niveaux avant les JNV en utilisant cette fiche.

**Evaluation du déroulement :** Pour réaliser une évaluation qualitative du déroulement des JNV, les superviseurs doivent se rendre pendant les JNV, dans plusieurs postes de vaccination situés dans différents districts et provinces afin d'évaluer si les directives sont suivies, si la logistique et la chaîne du froid sont adéquates, si la mobilisation sociale est suffisante, si les stratégies spéciales qui sont appliquées sont efficaces et afin de juger de l'efficacité, de la qualité des services aux postes de vaccination et de l'exactitude de l'enregistrement. Voir à l'annexe 17g un modèle d'aide-mémoire.

### 2. Couverture vaccinale

#### *Méthode administrative :*

En utilisant les informations fournies par les feuilles de pointage, une estimation administrative de la couverture vaccinale doit être effectuée pour chaque district et chaque province en appliquant la formule suivante :

$$\begin{array}{l} \text{Estimation administrative} \\ \text{de la couverture vaccinale} \end{array} = \frac{\text{Doses administrées au groupe d'âge cible}}{\text{Population appartenant au groupe d'âge cible}}$$

Ces données peuvent mettre en évidence des zones à faible couverture vaccinale, que l'on devra cibler pour des efforts particuliers lors des tournées de vaccination suivantes. Pour arriver à une estimation précise en utilisant cette formule, il faut que le nombre estimatif d'enfants

appartenant au groupe cible (dénominateur) pour chaque zone ait été établi de manière fiable à l'échelon national avant le début des JNV. Les responsables doivent accorder une attention particulière aux zones faisant apparaître une couverture vaccinale supérieure à 100 %. Un tel résultat peut s'expliquer soit par le fait que la population cible a été sous-estimée (par exemple, il y a eu des migrations d'enfants venus d'autres régions), soit par le fait que des enfants plus âgés que ceux appartenant au groupe d'âge cible ont été vaccinés et inclus dans le numérateur.

Des estimations de la couverture vaccinale doivent être effectuées aussi bien au niveau national que pour chaque province et pour chaque district. Pour les circonscriptions administratives plus petites que le district, on se contentera de notifier au niveau central le nombre de doses distribuées.

Chaque coordonnateur provincial des JNV doit faire part au coordonnateur national des JNV :

- des estimations de la couverture vaccinale pour sa province
- des chiffres (numérateurs et dénominateurs) utilisés pour calculer cette couverture
- du nombre de doses consommées et du nombre de doses restantes
- du lieu où les doses de vaccin restantes ont été renvoyées.

**Enquêtes :** Des enquêtes spéciales ne sont pas systématiquement recommandées après les JNV. Cependant, elles peuvent être utiles dans les zones où persiste la transmission en dépit d'une couverture vaccinale estimée élevée. Les objectifs de toutes les enquêtes suivant les JNV devraient être 1) d'estimer le taux de couverture vaccinale obtenu dans le groupe d'âge cible, 2) de déterminer les raisons pour lesquelles les enfants n'ont pas été vaccinés. Cette dernière question sera utile pour la planification des tournées futures de JNV.

### 3. Coût

Le coordonnateur national des JNV doit surveiller les dépenses et en tenir une comptabilité précise pendant tout le processus de planification et de mise en oeuvre des journées de vaccination. Comme ils le font pour les autres informations, les coordonnateurs des JNV aux niveaux du district et de la province doivent également communiquer le détail des dépenses au niveau central. Ces dépenses peuvent comprendre notamment les dépenses afférentes à la mobilisation sociale, au transport, aux équipements de la chaîne du froid, à l'achat de glace, aux différentes incitations et aux indemnités journalières. Voir à l'annexe 17h un modèle de formulaire pour consigner les coûts.

### 4. Incidence

**La meilleure façon de mesurer l'impact des JNV est de surveiller l'incidence de la poliomyélite au fil du temps en mettant en place une surveillance de la PFA de bonne qualité.**

Les cas de poliomyélite qui surviennent après les JNV doivent être analysés, en se posant les questions suivantes :

- les cas de poliomyélite sont-ils survenus chez des enfants non vaccinés ou mal vaccinés qui ont échappés à la vaccination systématique ?
- les cas de poliomyélite sont-ils survenus chez des enfants non vaccinés ou mal vaccinés qui ont échappés aux JNV ?
- les cas de poliomyélite sont-ils regroupés suivant une logique particulière, âge, région géographique, groupe de population (migrants, minorités ethniques ou citadins pauvres) ?

---

## **Annexe 22:**

# **Calcul de la population cible et des besoins en vaccins pour la vaccination de ratissage**

On peut utiliser l'une des deux formules suivantes pour évaluer les besoins en vaccins pour le ratissage :

**nombre de doses de VPO = population des districts à haut risque x pourcentage de la population appartenant au groupe d'âge cible x coefficient de pertes x 2 tournées de vaccination.**

**nombre de doses de VPO = nombre de naissances vivantes dans les districts à haut risque x 5 années x 1,3 de coefficient de pertes x 2 tournées de vaccination**

### **Exemple 1 :**

**Population de l'ensemble des districts à haut risque = 892 356**

**Pourcentage de la population appartenant à la tranche d'âge de 0-59 mois = 19 %**

**Coefficient de pertes = 1,3**

**Nombre de tournées de vaccination = 2**

**Taille du flacon : 20 doses**

**$892\,356 \times 0,19 \times 1,3 \times 2 = 440\,824$  doses de vaccin nécessaires**

**$440\,824 \text{ doses} / 20 = 22\,041$  flacons nécessaires**

### **Exemple 2 :**

**Nombre de naissances vivantes dans l'ensemble des districts à haut risque = 353 654**

**Population cible : 0-59 mois (0-5 ans)**

**Coefficient de pertes = 1,3**

**Nombre de tournées de vaccination = 2**

**Taille du flacon : 10 doses**

**$353\,654 \times 5 \times 1,3 \times 2 = 4\,597\,502$  doses nécessaires**

**$4\,597\,502 \text{ doses} / 10 = 459\,750,2 = 459\,751$  flacons nécessaires**

**Pour calculer les autres besoins, se référer à l'annexe 14.**

# Annexe 23 : Feuille de pointage pour la vaccination de ratissage

Village/Section:		District:		Date: _____ jour _____ année	
Vaccinateurs (noms):					
Population cible:					
Nombre total de foyers:					
Foyers visités qui étaient ouverts:					
Total					
Foyers visités qui étaient fermés:					
Total					
Doses de VPO administrées (au groupe d'âge cible uniquement):					
Total					
Doses de VPO administrées en dehors du groupe d'âge cible:					
Total					
Cas de PFA dans les 24 derniers mois:					
Nom du cas	Age	Nom de la mère	Nom du père	Adresse détaillée	
Flacons utilisés:				Flacons retournés au district:	
Superviseur (signature):				Date	

## Annexe 24 : Formulaire pour vaccination de ratissage

Village/Section		District		
Province		Pays		
Date de la vaccination de ratissage	du (jour/mois/année)	au (jour/mois/année)		
Coordonateur de la vaccination de ratissage au niveau du district				
Superviseur				
<b>Couverture vaccinale réalisée grâce au ratissage</b>				
Population cible :				
Nombre d'enfants vaccinés dans la population cible :				
100 % x Population cible vaccinée / population cible				%
<b>Nombre total de foyers :</b>				
Nombre total de foyers visités avec succès :				
Nombre total de foyers visités sans succès :				
(Sans succès = quelqu'un vit effectivement à cette adresse, mais il n'y avait personne à la maison au moment de la visite)				
<b>Recherche active des cas de PFA</b>				
Au cours des visites à domicile, rechercher toutes les personnes qui présentent ou ont présenté une PFA au cours des 24 derniers mois. Noter leur nom, leur âge, le nom de leurs parents et leur adresse détaillée.				
Nom	Age	Nom de la mère	Nom du père	Adresse détaillée

## Annexe 25 : Résumé de vaccination de ratissage

[illegible]

\* N'indiquer que le nombre de personnes vaccinées dans le groupe d'âge cible.

## Annexe 26 : Similitudes et différences entre les JNV, les vaccinations de riposte à une poussée épidémique et les vaccinations de ratissage

### Comparaison entre les vaccinations de ratissage et les vaccinations de riposte à une poussée épidémique

Comme les vaccinations de riposte à une poussée épidémique, les vaccinations de ratissage consistent à aller vacciner à domicile par le VPO tous les enfants âgés de zéro à 59 mois, quel que soit leur statut vaccinal antérieur. Toutefois, il y a un certain nombre de différences entre les deux type d'opérations :

Vaccinations de ratissage	Vaccinations de riposte à une poussée épidémique
Vaccination extensive	Limitée à moins de 500 doses
Deux tournées de vaccination	Une seule tournée de vaccination
Entreprise pendant la saison de faible transmission *	Entreprise chaque fois qu'il y a un cas probable de poliomyélite, quelle que soit la saison de transmission
Entreprise lorsque la transmission est circonscrite à un foyer bien défini	Entreprise chaque fois qu'il y a un cas probable de poliomyélite.

\* **Exception** : Dans les pays qui ont éliminé ou presque éliminé la poliomyélite, la vaccination extensive de ratissage est souvent conduite immédiatement après qu'un cas de poliomyélite ait été détecté, quelle que soit la saison.

### Comparaison entre les vaccinations de ratissage et les JNV

Les vaccinations de ratissage consistent comme les JNV à organiser deux tournées de vaccination extensives à quatre à six semaines d'intervalle, pendant la saison de faible transmission du poliovirus. Toutefois, il y a quelques différences importantes entre les deux :

Vaccinations de ratissage	JNV
Organisée lorsque la transmission de la poliomyélite est circonscrite à un foyer bien défini	Organisées lorsque la poliomyélite est répandue ou endémique
Organisée dans les foyers de transmission du poliovirus	Organisées à l'échelon national ou sur une base géographique aussi large que possible
Conduite principalement sur la base de la vaccination à domicile.	Se déroulent principalement à des endroits fixes (bien que la stratégie de vaccination à domicile ou des postes de vaccination itinérants soit souvent utilisée pour des groupes spéciaux de population).