

RAPPORT DE MISSION

ÉVALUATION DE 6 MOIS POST-EPIDEMIE DE POLIOVIRUS SAUVAGE (PVS)

&

REVUE RAPIDE DU SYSTEME DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AÏGUE (PFA)

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Juin 2012

SOMMAIRE DE LA MISSION

CONTEXTE

A la fin de l'année 2011, la transmission du PVS en RDC semblait être limitée aux provinces du Katanga et du Maniema. La date de début de la paralysie du dernier cas de PVS en RDC remonte au décembre 2011 dans la zone de santé (ZS) de Lusangi dans la province de Maniema. Jusqu'au 6 juin, aucun cas de PVS n'a été confirmé en RDC pendant 2012 ce qui soutient le progrès fait par le pays dans l'initiative d'éradication de la polio (IEP). Cependant, il faut continuer à poursuivre toutes les activités avec l'objectif d'améliorer l'immunité de la population et de renforcer la surveillance jusqu'à ce que le but d'éradication est réalisé.

Suite aux recommandations de l'IMB dans le cadre de l'IEP, une évaluation rapide de 6 mois post-épidémie de PVS et une évaluation rapide du système de surveillance de PFA ont été conduites du 17 mai au 06 juin 2012. Une mission conjointe de l'OMS/RDC, l'OMS/IST/AC, CDC-Atlanta, et de Gates Foundation s'est rendue à Kinshasa, République Démocratique du Congo à l'invitation du Ministère de la Santé pour la finalisation de la planification de la mission. Pour la mission sur le terrain, 4 équipés se sont repartis dans 12 ZS en 4 provinces de la RDC, notamment le Bas Congo, le Bandundu, l'Equateur, et le Katanga. Les cas de PVS les plus récentes se retrouvent en 3 provinces dans le pays :

- Province de Bandundu, ZS de Popokabaka, la date de début de la paralysie du dernier cas était le 29 septembre 2011
- Province de Bas Congo, ZS de Kimvula, la date de début de la paralysie du dernier cas était le 19 août 2011
- Province de Katanga, ZS de Kalemie, Ankoro, Nyunzu, Nyembe, la date de début de la paralysie du dernier cas était le 18 novembre 2011 à Nyunzu

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette mission était d'effectuer une évaluation de la riposte focalisée sur les derniers foyers de PVS dans le pays et faire une revue rapide du système de surveillance de PFA.

Le protocole pour l'évaluation de 6 mois post-épidémie contient aussi un aspect de revue rapide de la surveillance qui faisait un élément de la mission dans ces provinces. Par ailleurs, la mission a sélectionné la province d'Equateur pour une évaluation de la surveillance de PFA parce que cette province avait plusieurs ZS « silencieuse » qui n'avait pas notifié des cas de PFA depuis au moins une année en 2010-2011.

Ainsi, il était attendu de la mission :

- (i) de vérifier si toutes les étapes nécessaires ont été prises pour interrompre la transmission du PVS dans les dernières ZS qui ont connu des épidémies de PVS ;
- (ii) de s'assurer que la surveillance de la PFA est fonctionnelle, assez sensible, et bien distribuée géographiquement garantissant que tout cas suspect de polio sera identifié, notifié et prélevé à temps
- (iii) d'évaluer l'immunité, en termes de qualité des SIAs et vaccine de routine, de la population et son évolution depuis le début de l'épidémie
- (iv) d'appuyer le pays dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration l'immunité de la population
- (v) dans la deuxième phase de la mission d'investiguer des cas de VDPV2 en juin 2012

En effet, l'urgence d'une évaluation externe a été justifiées par :

1. la nécessité de évaluer les activités de riposte aux épidémies de PVS afin d'estimer si la chaîne de transmission dans ces foyers a été interrompue.
2. en vue d'absence de cas du PVS confirmé en 2012, d'évaluer la capacité du système de surveillance de PFA de détecter des cas au cas où ils se produisent
3. un intervalle de plusieurs années depuis la dernière revue du système de surveillance de PFA

L'équipe d'évaluation externe était composée de :

Dr. ALLEMAN Mary, du CDC Atlanta, USA
 Mlle CARCELEN Andrea, du CDC Atlanta, USA
 Mme GERBER Sue, du Fondation Gates; Seattle, USA
 Mme HATCHER Cynthia, du CDC Atlanta, USA
 Mlle HOFF Nicole, de l'UCLA, USA
 Dr. LUCE Richard, de l'OMS – équipe inter-pays pour l'Afrique centrale, Gabon
 Dr. PASI Omer, du CDC Atlanta, USA
 Mr. SAMBA Dhoud, du CDC Atlanta, USA

Les travaux de la mission, qui ont démarré le lundi 14 mai 2012, se sont déroulés dans un esprit de franche collaboration et de manière participative avec les interlocuteurs / cadres nationaux des ZS, personnel de l'OMS/RDC et les représentants des partenaires présents en RDC.

METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée dans le cadre de l'exécution des travaux de la mission a concerné :

- I) les préparatifs de la mission : l'élaboration des questionnaires, outils de collecte des données basés sur les guides de pour les revue de 6 mois post-épidémie de l'OMS/HQ ; les
- II) des rencontres avec les autorités locales, le personnel de BCZS, les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé (voir la liste des personnes rencontrées);
- III) des visites de terrain ; ainsi les équipes se sont rendues dans les provinces du Bas-Congo (ZS de Kimvula et Ngidinga), du Bandundu (ZS de Popokabaka, Boko, Kasongolunda), du Katanga (ZS de Kalemie, Ankoro, Nyumbe, et Nyunzu), de l'Equateur (ZS de Lukolela, Ntondo, et Iboko). La mission n'a pas pu visiter la province de Maniema à cause d'une insuffisance de personnel disponible pour la mission.
- IV) la préparation pour la mission a bénéficié d'une revue documentaire sur le système de surveillance de PFA en février 2012
- V) une restitution des résultats préliminaires en fin de mission. A cet effet la séance de restitution organisée a été présidée par le Directeur adjointe du PEV. Elle s'est déroulée le lundi 04 juin 2012 au bureau du PEV à Kinshasa.

PRINCIPAUX CONSTATS

Un résumé des constants principaux sont les suivants :

1. Tous les foyers d'épidémie de PVS en Bas Congo, Bandundu, et Katanga en 2011 ont été l'objet d'une riposte et investigation, mais en utilisant le plan riposte élaboré en 2006. L'absence, en 2012, de la persistance des cas de PVS confirmé dans les foyers touchés par des épidémies en 2011 est positif mais le progrès reste toujours fragile et exige la vigilance de la part de tous les acteurs et autorités impliqués dans l'IEP.
2. Toutes les campagnes de riposte ont eu lieu dans le délai de 28 jours après confirmation par laboratoire des cas de PVS. Cependant, la qualité des ripostes vaccinales (SIAs) était inadéquate selon les résultats du monitoring indépendant et la méthode d'évaluation de « LQAS ». En Kimvula (Bas Congo) et en Popokabaka (Bandundu) l'équipe des évaluateurs estime que la chaîne de la transmission du PVS en 2011 a été interrompue. Au Katanga (Kalemie, Nyemba, Ankoro et Nyunzu) les évaluateurs n'ont pas pu attester avec certitude que la chaîne de la transmission du PVS de 2010 /2011 a été interrompue

à cause des faiblesses dans le système de surveillance de PFA. Cependant, toutes les 4 zones de santé visitées n'ont pas eu des cas de PVS confirmés depuis plus de 6 mois.

3. Surveillance de PFA est fonctionnelle et existante dans les ZS évaluées mais le renforcement de la surveillance après les épidémies n'étaient pas évident dans toutes les ZS. La qualité de la surveillance de PFA reste variable et la présence des ZS peu performantes en surveillance contribue à l'incertitude concernant la circulation du PVS à présent.
4. Absence d'intégration des relais communautaires, des tradipraticiens, du secteur privé, des hôpitaux secondaires, et des populations spéciales dans le système de surveillance dans certaines ZS indique une proportion de la population qui n'est pas surveillée par le système de surveillance.
5. Une manque de formation formelle en matière de surveillance parmi le personnel impliqué dans le système de surveillance à tous les niveaux.
6. Difficultés de transport, communication, et logistique empêchent l'efficacité et le fonctionnement du système de surveillance de PFA

RECOMMANDATIONS

Les recommandations spécifiques sont :

1. Insister sur la systématisation de la surveillance à tous niveaux afin d'améliorer la performance du système
 - a. Diffuser et mettre en œuvre le guide opérationnelle de surveillance ainsi que les fiches techniques avec une formation ciblée à tous les niveaux le plus vite possible
 - b. Effectuer la recherche active et visites de supervision formative selon la planification et priorisation de tous les sites de notification. Assurer un bon mécanisme de vérification des visites (comme observé aux ZS visitées au Bandundu)
 - c. Intégration officielle et active des communautés, du secteur privé, des tradipraticiens, et des hôpitaux secondaires et des populations spéciales dans le réseau de surveillance
 - d. Conduire des évaluations de surveillance de PFA dans les provinces de Maniema et Orientale selon les recommandations de la revue documentaire de la surveillance (février 2012)
2. Développer un système d'archivage à tous les niveaux
 - a. Utiliser le retro-information écrit qui sert à documenter à long terme les activités
 - b. Créer un mécanisme qui puisse bénéficier les nouvelles personnes
3. Assurer la disponibilité des ressources au niveau opérationnel
 - a. Les fonds pour les activités de surveillance de PFA : la recherche active des cas de PFA, les investigations des cas de PFA, la collecte et l'acheminement des échantillons de selles, les examens de suivi à 60 jours, et les moyennes de transport et de communication
4. Mettre en œuvre le plan de renforcement de la chaîne de froid, logistique (UNICEF, 2011)
5. Selon la résolution de l'AMS (2006), les AVS de haute qualité doivent être conduites et les plans spécifiques pour chaque épidémie doivent être élaborés
6. L'urgence de l'IEP doit se sentir à tous les niveaux selon la résolution de l'AMS (2012) qui déclare la polio « une urgence globale de santé publique »

REMERCIEMENTS

La mission tient à remercier les autorités du Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo, qui ont, par leur disponibilité, permis et facilité la réalisation de ce travail. Elle remercie en particulier, Son Excellence le Ministre de la Santé Publique, le Directeur du PEV et tous les cadres nationaux dans les provinces du Katanga, Bas Congo, Bandundu, Equateur et les zones de santé ZS: Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Ankoro, Kimvula, Ngidinga, Popokabaka, Boko, Kasongolunda, Lukolela, Ntondo, et Iboko qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite des travaux de la mission. Elle remercie en particulier le Représentant de l'OMS en la RDC, le point focal PEV à l'OMS-RDC, le point focal pour la

surveillance à l'OMS-RDC et tout le personnel de l'OMS dans les sous-bureaux concerné pour leur appui.

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

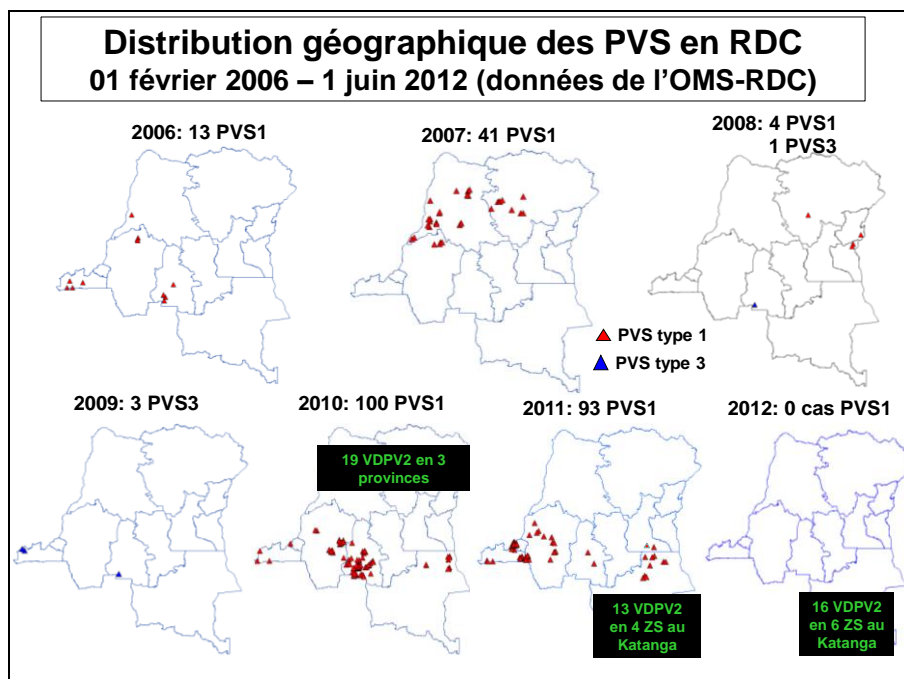
AS	Aire de Santé
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	Bureau Diocésain des œuvres Médicales
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CF	Chaîne de Froid
CNEV	Campagne Nationale pour l'éradication de la Variole
CS	Centre de Santé
DTC	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche
DTCP	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite
FED	Fonds Européen de Développement
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la Population
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HZ	Hôpital de Zone
IB	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	INFORMATION Education Communication
IEP	Initiative d'Eradication de la Poliomyélite
IIV	Initiative d'Indépendance Vaccinale
JLV	Journées Locales de Vaccination
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MCZ	Médecin Coordonnateur de Zone
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MONUC	Mission des Nations Unies pour le Congo Démocratique
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PCV	Pastille de contrôle du vaccin
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PDDS	Plan Directeur de Développement sanitaire
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Projet Santé Rurale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
USAID	Agence des Etats-Unies pour le Développement International
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
VAR	Vaccin antirougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique
ZS	Zone de Santé
LMTE	Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance

Évaluation de 6 mois post-épidémie de PVS et Revue Rapide du Système de la Surveillance de PFA

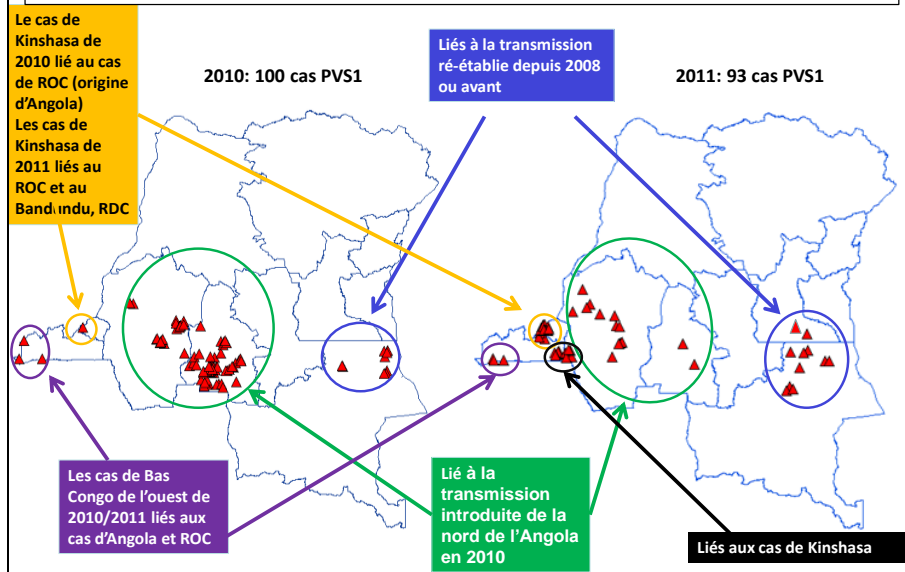
Kinshasa, République Démocratique
du Congo

27 juin 2012

Dr. Richard Luce; Dr. Mary Alleman; Dr. Omer Pasi; Mme Cynthia Hatcher; Mlle
Andrea Carcelen; Mlle Nicole Hoff; Mme Sue Gerber; Mr. Dhoud Samba



Les origines géographiques des épidémies de PVS1 en 2010/2011 (données de l'OMS-RDC et du CDC-Atlanta)



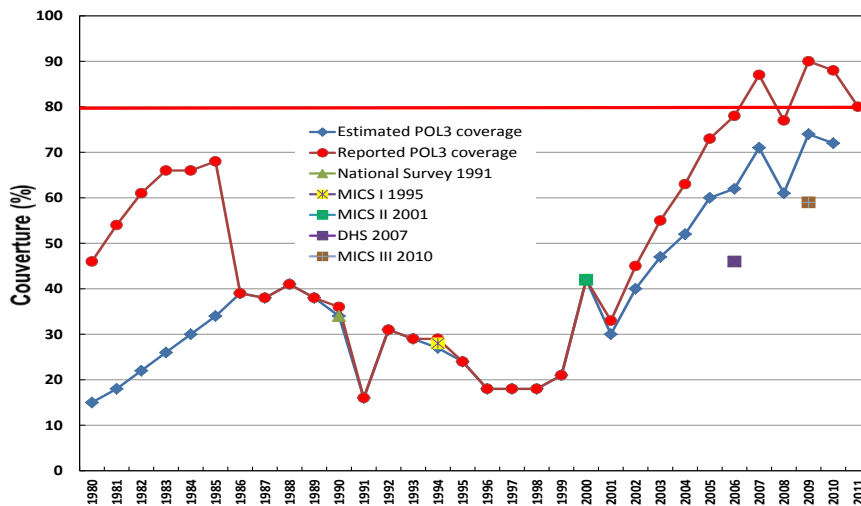
L'histoire récente de la transmission de la poliomyélite

- Aucun cas de PVS a été signalés en RDC entre 2001 et 2005.
- Après de nombreuses importations de l'Angola, le PVS a circulé dans les provinces/foyers différentes depuis 2006.
- 5 des 100 cas de PVS1 en 2010 étaient des individus \geq 15 ans.
- 27 des 93 cas de PVS1 en 2011 étaient des individus \geq 15 ans.

Situation épidémiologique de PVS, juin 2012

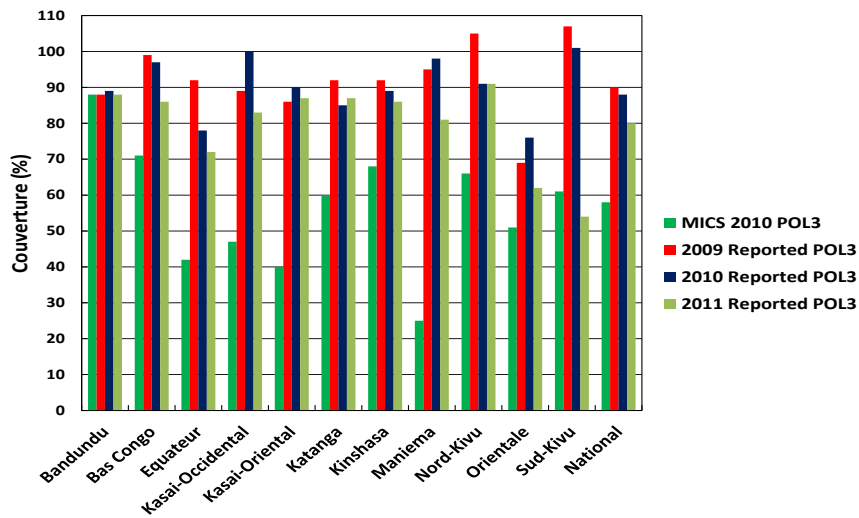
- A la fin de l'année 2011, la transmission du PVS en RDC semblait être limitée aux provinces du Katanga et du Maniema
- Le date de début de la paralysie du dernière cas de PVS en RDC remonte au décembre 2011
 - Lusangi ZS, Province du Maniema
- Aucun cas de PVS confirmé en 2012
- 29 cas de VDPV2 dans les ZS du province du Katanga depuis octobre 2011 (RDC SITREP 01 juin 2012)

La couverture nationale de VPO3, 1980-2011*



*Données: OMS-HQ, OMS-RDC, MOH-RDC, études DHS/MICS

La couverture de VPO3, par province, 2009-2011



Données: 2010 étude MICS et 2009-2011 MOH-RDC

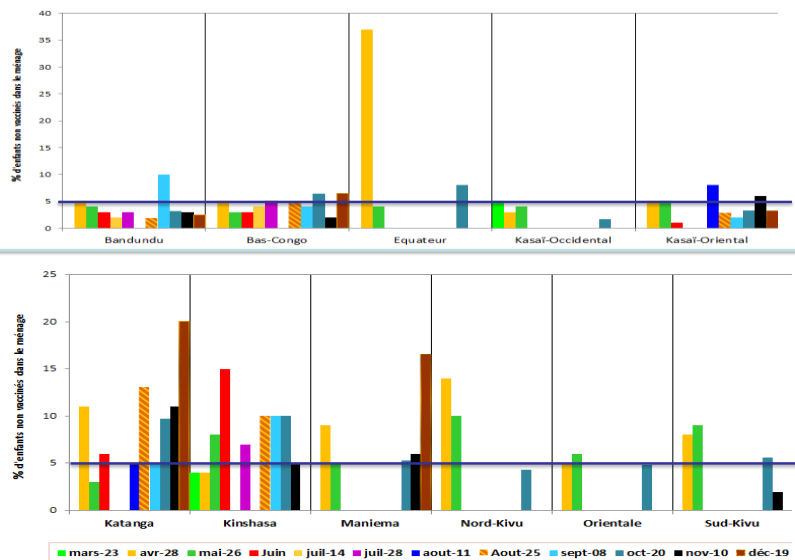
La vaccination de routine: VPO3

- Sur la base des estimations de l'OMS/UNICEF et les résultats de diverses enquêtes, la couverture nationale annuelle de VPO3 n'a jamais été >75%, sous-optimal pour l'immunité de la population contre la polio.
- L'enquête de 2010 MICS a estimé:
 - une couverture nationale de VPO3 à 59% en 2009.
 - une couverture de VPO3 dans les province de l'Equateur, du Kasai Occidental, du Kasai-Oriental, et du Maniema à <50%.
- Défis pour la vaccination de routine:
 - manque de financement pour l'achat des vaccins et des intrants et pour les coûts opérationnels.
 - fréquentes ruptures de stock des vaccins et des intrants.
 - les chiffres de population qui ne sont pas fiables rendent difficile les évaluations de la couverture et les tendances au fil du temps.

Les AVS avec le VPO

- En réponse aux cas de PVS1 de 2010/2011 et de VDPV2 de 2011/2012, de nombreuses AVS ont été menées avec les types différents de VPO en 2010-2012.
 - 3 et 1 JNV ont été menées, respectivement, en 2011 et 2012 (en date de 1 juin 2012).
 - Les AVS locales ont été menées à la frontière du Bas Congo/du Bandundu (12 AVS) et dans le nord de la province du Katanga (18 AVS) au cours de 2010-2012.
 - Les données du monitoring indépendant et le « Lot Quality Assurance Sampling » (LQAS) ont montré plus de 5% des enfants manqués pendant nombreuse AVS en 2011-2012, malgré une couverture administrative qui était souvent >95%.

% des enfants non-vaccinés pendant les AVS polio, par province, 2011 (données de l'OMS-RDC)



**Taux de PFA non-polio, par province, 2010 et 2011
(données en date du 10 février 2012), n=1,990 cas de PFA non-polio en 2010; et n=1,790 cas de PFA non-polio 2011**

2010					2011				
	PFA attendus <15 ans*	Cas de NP-PFA <15 ans notifiés	Population <15 ans	Taux NP-PFA (Cas de NP-PFA <15 ans/100,000 population <15 ans)		PFA attendus <15 ans*	Cas de NP-PFA <15 ans notifiés	Population <15 ans	Taux NP-PFA (Cas de NP-PFA <15 ans/100,000 population <15 ans)
Bandundu	70	218	3,475,141	6.27	Bandundu	73	127	3,648,363	3.48
Bas-Congo	32	70	1,597,496	4.38	Bas-Congo	32	80	1,576,453	5.07
Equateur	79	189	3,961,445	4.77	Equateur	82	212	4,080,288	5.20
Kasai-Occidental	66	229	3,312,540	6.91	Kasai-Occidental	68	145	3,411,916	4.25
Kasai-Oriental	84	277	4,194,165	6.60	Kasai-Oriental	86	236	4,319,990	5.46
Katanga	101	287	5,050,963	5.68	Katanga	104	295	5,202,491	5.67
Kinshasa	65	125	3,255,850	3.84	Kinshasa	67	118	3,353,525	3.52
Maniema	18	58	922,298	6.29	Maniema	19	51	949,967	5.37
Nord-Kivu	58	94	2,917,051	3.22	Nord-Kivu	60	74	3,004,562	2.46
Orientale	87	290	4,354,977	6.66	Orientale	90	320	4,485,626	7.13
Sud-Kivu	45	153	2,243,127	6.82	Sud-Kivu	48	133	2,395,134	5.55
National	706	1990	35,285,052	5.64	National	729	1791	36,428,317	4.92
*Basé sur 2 PFA attendus/100,000 population <15 ans dans un an					*Basé sur 2 PFA attendus/100,000 population <15 ans dans un an				
					**9 cas de PFA en attendant la classification finale en date de 10 février 2012 exclu				

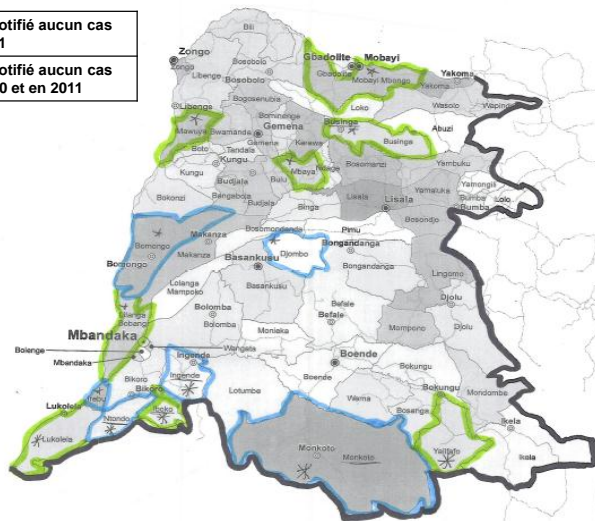
**Parmi tous les cas de PFA (n=2,194 en 2010; n=2,216 en 2011),
% pour lesquels les selles ont été jugé d'être adéquats (2 selles,
collecté ≤ 14 jours après le début de la paralysie et les selles reçu au
laboratoire en bon état), par province, 2010 et 2011**

2010						2011					
	No. de cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	No. de cas de PFA avec échantillons de selles inadéquats	No. de cas de PFA avec données inconnus	Cas de PFA total	% cas de PFA avec échantillons de selles adéquats		No. de cas de PFA avec échantillons de selles adéquats	No. de cas de PFA avec échantillons de selles inadéquats	No. de cas de PFA avec données inconnus	Cas de PFA total	% cas de PFA avec échantillons de selles adéquats
Bandundu	163	102	4	269	61.5%	Bandundu	142	55	0	197	72.1%
Bas-Congo	65	19	0	84	77.4%	Bas-Congo	100	39	0	139	71.9%
Equateur	137	59	1	197	69.9%	Equateur	180	50	0	230	78.3%
Kasai-Occidental	203	96	0	299	67.9%	Kasai-Occidental	124	37	0	161	77.0%
Kasai-Oriental	232	48	0	280	82.9%	Kasai-Oriental	222	33	0	255	87.1%
Katanga	198	112	0	310	63.9%	Katanga	241	97	0	338	71.3%
Kinshasa	108	29	0	137	78.8%	Kinshasa	213	50	0	263	81.0%
Maniema	51	16	0	67	76.1%	Maniema	43	13	0	56	76.8%
Nord-Kivu	66	29	0	95	69.5%	Nord-Kivu	70	18	0	88	79.5%
Orientale	269	32	0	301	89.4%	Orientale	308	34	1	343	90.1%
Sud-Kivu	114	41	0	155	73.5%	Sud-Kivu	116	30	0	146	79.5%
National	1606	585	5	2194	73.4%	National	1759	456	1	2216	79.4%

**Equateur: zones de santé qui n'ont notifié aucun cas de PFA en 2010 et en 2011
(toutes ont une population <15 ans de <100,000)**

ZS qui n'ont notifié aucun cas de PFA en 2011

ZS qui n'ont notifié aucun cas de PFA en 2010 et en 2011



Objectifs:

**Évaluation de 6 mois post-épidémie de
PVS
et
Revue rapide du système de la
surveillance de PFA**

Objectifs (1)

- **Évaluation 6 mois post-épidémie**
 - Vérifier si toutes les étapes nécessaires ont été prises pour interrompre la transmission du PVS
 - Évaluer l'immunité de la population et son évolution depuis le début de l'épidémie
 - AMS Résolution, 2006 (WHA59.1)
 - Nombre et qualité des AVS
 - Vaccination de routine
 - Évaluer la performance du système de la surveillance de PFA depuis le début de l'épidémie
 - Évaluer la probabilité que la transmission liée à l'épidémie a été interrompue
 - Évaluer la capacité de détecter une transmission du PVS (faible ou intense)
 - Évaluer la risque d'une transmission après l'introduction d'un niveau PVS
 - Appuyer le pays dans le cadre du renforcement de la surveillance et de l'amélioration l'immunité de la population

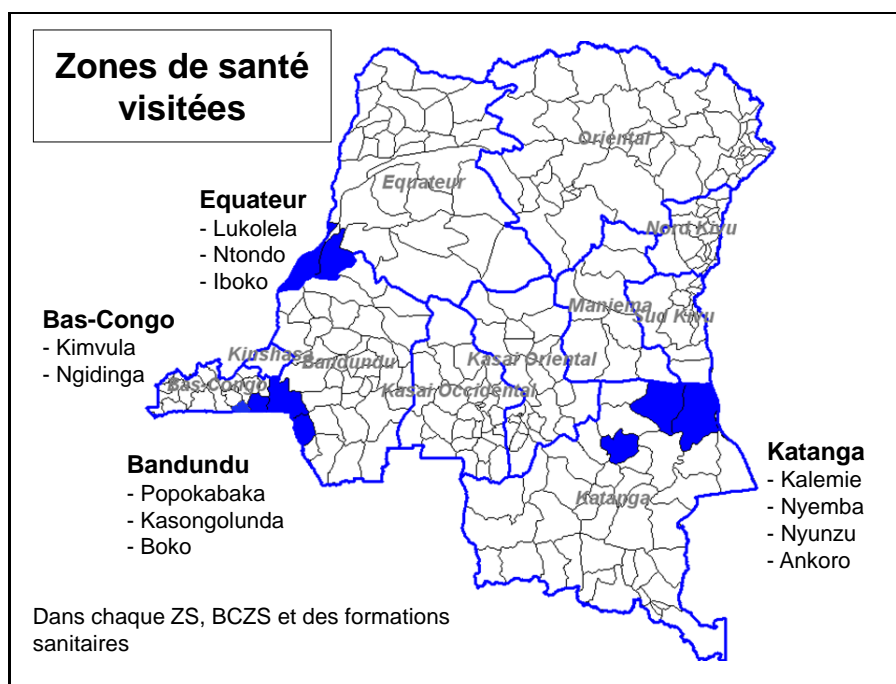
Objectifs (2)

- **Revue rapide du système de la surveillance**
 - S'assurer que la surveillance de la PFA est fonctionnelle, assez sensible, et bien distribuée géographiquement garantissant que tout cas suspect de polio sera identifié, notifié et prélevé à temps
- **Investigation des cas de VDPV2 prévu en juin 2012**

Méthodologie

Méthodologie

- **Évaluation 6 mois post-épidémie**
 - Bas Congo, Bandundu et Katanga: les Zones de santé (ZS) qui ont eu les cas de PVS1 en 2011 (et en plus les ZS voisines pour la revue de la surveillance)
 - Tenant compte des recommandations de l'IMB et utilisant le protocole/questionnaires de l'OMS-HQ
 - Évaluation de la riposte de l'épidémie
 - Immunité de la population (AVS, Routine)
 - Revue rapide du système de la surveillance de PFA
- **Revue de la surveillance**
 - Equateur
 - Profiter de la revue documentaire de la surveillance de PFA effectué en février 2012



Indicateurs de la performance de la surveillance de PFA dans par ZS (2011)

Province	Zone de santé	Population de <15 ans	% VPO3 (couverture admin)	Cas total de NPAPF <15 ans	Taux de NPAPF <15 ans	% cas PFA avec 2 selles dans ≤14 jour et en bonne état	% cas de AFP investigué en ≤48hr	% "inadéquates" avec suivi de ≥60 jour	% selles arrivant au lab <3 jours après envoi
Bandundu	Boko	89,107	80.8%	4	4.49	66.7%	83.3%	N/A	66.7%
Bandundu	Kasongolunda	66,799	50.3%	6	8.98	66.7%	100.0%	50.0%	0.0%
Bandundu	Popokabaka*	77,195	55.2%	6	7.77	36.8%	83.3%	0.0%	40.0%
Bas-congo	Kimvula*	33,016	90.4%	8	24.23	83.9%	86.2%	50.0%	57.1%
Bas-congo	Ngidinga	67,387	83.3%	5	7.42	83.3%	100.0%	0.0%	66.7%
Katanga	Ankoro*	105,171	72.8%	12	11.41	72.2%	100.0%	50.0%	25.0%
Katanga	Kalemie*	110,450	99.0%	9	8.15	66.7%	100.0%	100.0%	unknown
Katanga	Nyemba*	81,915	83.2%	7	8.55	28.6%	83.3%	50.0%	40.0%
Katanga	Nyunzu*	97,413	82.3%	9	9.24	75.0%	91.7%	66.7%	40.0%
Equateur	Iboko	62,364	52.6%						
Equateur	Lukolela	48,652	82.3%						
Equateur	Ntongo	24,544	62.9%						

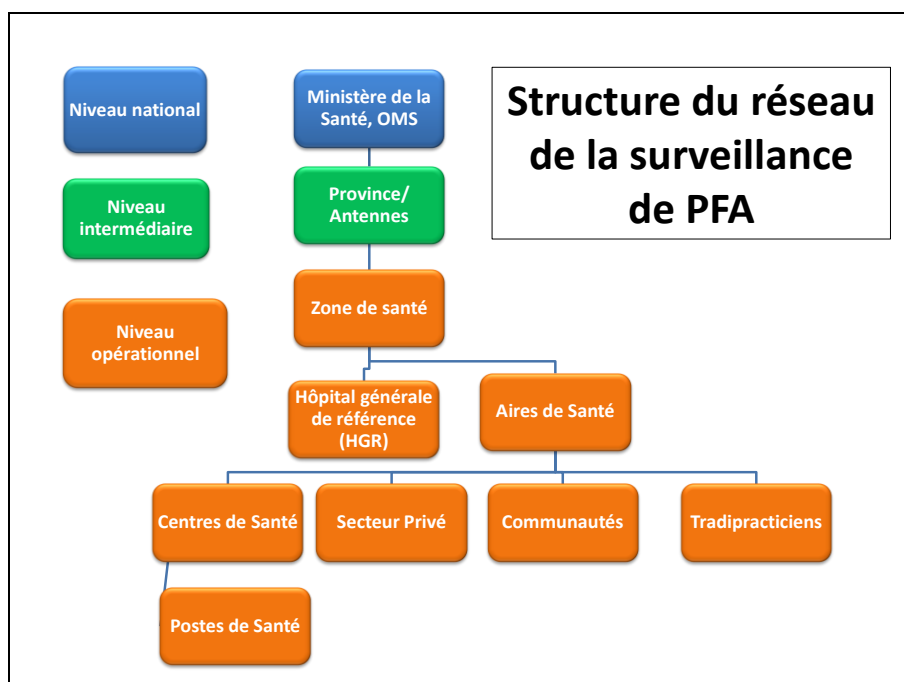
■ <1 (Taux PFA-NP), <50% (Autres indicateurs de la surveillance de PFA et couverture en vaccin VPO3)
■ 1.0-1.9 (Taux PFA-NP), 50-79% (Autres indicateurs de surveillance PFA et couverture en vaccin VPO3)
■ ≥ 2.0, (Taux PFA-NP), ≥80% (Autres indicateurs de surveillance PFA et couverture en vaccin VPO3)
 * ZS avec PVS en 2011
■ ZS sans cas de PFA notifié en 2011

Composition des équipes

- **Province du Bandundu**
 - Dr. Omer Pasi, CDC Atlanta
 - Andrea Carcelen, CDC Atlanta
 - Dr. Luc Kishabongo, Directeur du Bureau Sous-Régionale- Bandundu, OMS
 - Dr. Mbuyi, MPE PEV
- **Province du Katanga**
 - Dr. Mary Alleman, CDC Atlanta
 - Cynthia Hatcher, CDC Atlanta
 - Dr. Mukuta Juvenale, Directeur du Bureau Sous-Régionale-Kalemie, OMS
 - Dr. Guy Kalambay, Directeur du Bureau Sous-Régionale-Katanga, OMS
 - Dr. Blaise Kalenga, Médecin-chef d'Antenne Lubumbashi, PEV
 - Dr. Collard, Médecin-chef d'Antenne Kalemie, PEV
- **Province du Bas-Congo**
 - Sue Gerber, Gates Foundation
 - Dhoud Samba, CDC Atlanta
 - Dr. Berthe Nkuku, Directeur du Bureau Sous-Régionale-Bas Congo, OMS
 - Dr. Etienne Biaya, Bureau Provinciale-Matadi, B4
- **Province de l'Equateur**
 - Dr. Richard Luce, OMS-IST Afrique Centrale
 - Nicole Hoff, UCLA
 - Dr. Moise Desire Yapi, Directeur du Bureau Sous-Régionale-Equateur, OMS
 - Dr. Jacob Mosale Kondo, Chef de B4-Equateur, B4/DLM

Sources des données

- Données de 2010 - 2012 de la surveillance de PFA et des indicateurs calculés par ZS pour 2011 (source: OMS-RDC et la revue documentaire nationale de 2012 de la surveillance de PFA)
- Fiches de investigation des cas de PFA de 2011 et de 2012 (source: OMS-RDC et les ZS visitées)
- Rapports de l'investigation des cas de PVS confirmés 2011 (source: OMS-RDC)
- Rapports des examens de suivi des cas de PFA non-adéquats de 2011 et de 2012 (source: OMS-RDC et les ZS visitées)
- Données de la couverture des AVS, du monitoring indépendant, et de « LQAS » de 2010-2012 (source: MSP-RDC et OMS-RDC)
- Données de la vaccination de routine VPO3 par ZS de 2009-2011 (source: MSP-RDC).
- Données recueillies à partir des ZS, des hôpitaux, et des aires de santé en utilisant les questionnaires de cette revue.



Constats générales: Évaluation de 6 mois post-épidémie de PVS

Évaluation des ripostes des épidémies

Zone de santé	Date de début de la paralysie du premier cas	Date de la première AVS après le date de début de la paralysie du premier cas	# AVS après le date du début de la paralysie du premier cas	Date du jour estimé de l'infection du premier cas (~10 jours avant la paralysie)	Date de la première AVS après le date du jour estimé de l'infection du premier cas (~10 jours avant la paralysie)	# AVS après le date du jour estimé de l'infection du premier cas (~10 jours avant la paralysie)	Date la ZS a reçu les résultats des analyses du premier cas du labo (J0)	Date de la première AVS après le date la ZS a reçu les résultats des analyses du premier cas du labo	# AVS après le date la ZS a reçu les résultats des analyses du premier cas du labo (Cible >=3)
Popokabaka	2 mai 2011	26 mai 2011	11	22 avril 2011	28 avril 2011	12	9 juin 2011	25 juin 2011	10
Kimvula	1 avril 2011	28 avril 2011	12	22 mars 2011	28 avril 2011	12	25 mai 2011	26 mai 2011	11
Kalemie	20 juin 2010	19 août 2010	18	10 juin 2010	19 août 2010	18	3 août 2010	19 août 2010	18
Nyemba	8 sept 2010	23 sept 2010	17	29 août 2010	23 sept 2010	17	2 nov 2010	25 nov 2010	15
Ankoro	4 juin 2011	25 juin 2011	11	25 mai 2011	26 mai 2011	12	15 juillet 2011	11 août 2011	10
Nyunzu	25 sept 2011	20 oct 2011	7	15 sept 2011	20 oct 2011	7	25 oct 2011	10 nov 2011	6

Zone de santé	Date de début de la paralysie du dernier cas	Date de la première AVS après le date de début de la paralysie du dernier cas	# AVS après le date du début de la paralysie du dernier cas	Date du jour estimé de l'infection du dernier cas (~10 jours avant la paralysie)	Date de la première AVS après le date du jour estimé de l'infection du dernier cas (~10 jours avant la paralysie)	# AVS après le date du jour estimé de l'infection du dernier cas (~10 jours avant la paralysie)	Date la ZS a reçu les résultats des analyses du dernier cas du labo	Date de la première AVS après le date la ZS a reçu les résultats des analyses du dernier cas du labo	# AVS après le date la ZS a reçu les résultats des analyses du dernier cas du labo (Cible >=2)
Popokabaka	29 sept 2011	20 oct 2011	5	19 sept 2011	20 oct 2011	5	23 oct 2011	10 nov 2011	4
Kimvula	19 août 2011	25 août 2011	7	9 août 2011	25 août 2011	7	7 sept 2011	8 sept 2011	6
Kalemie	27 oct 2010	28 oct 2010	16	17 oct 2010	28 oct 2010	16	22 nov 2010	25 nov 2010	15
Nyemba	15 nov 2010	25 nov 2010	15	5 nov 2010	25 nov 2010	15	6 jan 2011	24 feb 2011	14
Ankoro	13 nov 2011	19 dec 2011	5	3 nov 2011	10 nov 2011	6	23 dec 2011	31 jan 2012	4
Nyunzu	18 nov 2011	19 dec 2011	5	8 nov 2011	10 nov 2011	6	23 dec 2011	31 jan 2012	4

Évaluation des ripostes des épidémies

ZS avec cas de PVS en 2010-2011	Total 2010	Total 2011	Cas total de l'épidémie	Début de paralysie du premier cas	Début de paralysie du dernier cas	Duration semaines (début premier – début dernier)	Date les ZS ont reçu les résultats des analyses du premier cas du labo: J0	Plan de riposte Cible: J14	Date de la première AVS après le jour estimé de l'infection du premier cas (~10 jours avant la paralysie) Cible: J28
Popokabaka	0	10	10	2-Mai-2011	29-Sep-2011	22	9-Juin-2011	Pas vu	28-Avril-2011
Kimvula	0	16	16	1-Apr-2011	19-Aout 2011	20	25-Mai-2011	Pas vu	28-Avril-2011
Kalemie	3	0	3	20-Juin-2010	27-Oct-2010	19	3-Aout-2010	Pas vu	19-Aout-2010
Nyemba	3	0	3	8-Sept-2010	15-Nov-2010	10	2-Nov-2010	Pas vu	23-Sept- 2010
Ankoro	0	5	5	4-Juin-2011	13-Nov-2011	24	15-Juil-2011	Pas vu	26-Mai- 2011
Nyunzu	0	3	3	25-Sept-2011	18-Nov-2011	8	25-Oct-2011	Pas vu	20-Oct- 2011

Qualité des AVS

ZS avec cas de PVS en 2010-2011	# AVS après le jour estimé de l'infection du premier cas (~10 jours avant la paralysie) Cible ≥ 3	Vaccins Utilisés	Couverture admin (min et max)	LQAS 2012 (Avril/Mai)	MI enfants manqués hors ménage (min et max)	# AVS après le jour estimé de l'infection du dernier cas (~10 jours avant la paralysie)
Popokabaka	12	7 (mOPV1), 3 (bOPV), 2 (tOPV)	98-132%	n/a	0-9.7%	5
Kimvula	12	7 (mOPV1), 3 (bOPV), 2 (tOPV)	93-105%	n/a	1.3-12%	7
Kalemie	18	9 (mOPV1), 7 (bOPV), 2 (tOPV)	94-133%	Echoué/ Echoué	2-36%	16
Nyemba	17	8 (mOPV1), 7 (bOPV), 2 (tOPV)	96-196%	Echoué/ Echoué	8-51%	15
Ankoro	12	6 (mOPV1), 4 (bOPV), 2 (tOPV)	80-111%	Echoué/ Avertissement	14-46%	6
Nyunzu	7	2 (mOPV1), 4 (bOPV), 1 (tOPV)	88-110%	Echoué/ Avertissement	9-45%	6

Parmi tous les cas de PFA notifiés en 2010/2011, les intervalles (collecte des selles et livraison vers le laboratoire), par province, 2010 et 2011

	Intervalle (jours) à partir du début de la paralysie à la collecte de la deuxième selles, ou le premier si un seul selles					Intervalle (jours) de la collecte de la deuxième selles, ou le premier si un seul, à l'expédition au laboratoire					Intervalle (jours) de l'expédition des selles à leur réception par le laboratoire				
	# PFA	Moyenne	Médiane	Min	Max	# PFA	Moyenne	Médiane	Min	Max	# PFA	Moyenne	Médiane	Min	Max
	2010					2010					2010				
Bandundu	267	10.7	8	0	116	265	5.7	4	0	31	265	3.8	3	0	26
Bas-Congo	84	9.3	6	2	91	83	3.3	3	0	16	83	2.8	2	0	12
Equateur	197	13.3	10	0	69	192	6.4	6	0	51	189	4.0	2	0	28
Katanga	310	14.5	9.5	1	138	305	7.8	6	0	47	305	3.6	2	0	46
National	2192	11.7	9	0	172	2175	5.9	4	0	79	2172	2.6	2	0	46
	2011					2011					2011				
Bandundu	197	10.5	8	2	50	152	5.2	3	0	52	152	5.7	5	0	26
Bas-Congo	139	11.7	8	2	58	129	4.0	3	0	15	129	3.5	2	0	22
Equateur	230	12.3	10	2	73	191	8.9	6	0	43	191	7.0	4	0	49
Katanga	338	13.7	10	1	87	245	6.4	5	0	34	245	5.4	4	0	33
National	2216	10.9	8	1	171	1889	5.5	3	0	81	1889	3.5	2	0	49

Parmi tous les cas de PFA notifiés en 2010/2011, les intervalles (analyses de laboratoire et la rapportage), par province, 2010 et 2011

	Intervalle (jours) à partir de la réception des selles par le laboratoire à la disponibilité des résultats de la culture finale					Intervalle (jours) à partir de la disponibilité des résultats de la culture finale à la réception du rapport par le district					Intervalle (jours) à partir du début de la paralysie à la disponibilité des résultats finals de la culture				
	# PFA	Moyenn	Médiane	Min	Max	# PFA	Moyenne	Médiane	Min	Max	# PFA	Moyenne	Médiane	Min	Max
	2010					2010					2010				
Bandundu	261	15.9	13	3	37	76	0.1	0	0	5	261	36.1	32	14	136
Bas-Congo	81	15.0	11	7	40	29	0.1	0	0	1	82	30.0	24	14	78
Equateur	194	16.9	12	8	161	73	0.7	0	0	33	194	40.4	35	17	208
Katanga	308	15.3	12	8	60	106	0.4	0	0	9	308	41.0	34	17	155
National	2155	15.2	12	0	161	713	0.8	0	0	91	2158	35.3	31	9	208
	2011					2011					2011				
Bandundu	197	11.9	11	1	25	194	0.2	0	0	29	197	32.4	31	12	76
Bas-Congo	138	11.1	11	5	25	138	0.2	0	0	6	139	30.2	28	12	74
Equateur	229	19.9	11	2	376	228	0.0	0	0	4	230	40.3	38	19	102
Katanga	333	18.3	11	2	379	331	0.2	0	0	16	336	37.4	34	16	108
National	2205	17.3	11	1	379	2196	0.1	0	0	29	902	32.1	30	7	191

Coordination des partenaires pendant les épidémies

- Téléconférence chaque semaine avec OMS/AFRO, HQ et IST-AC
- Plusieurs consultants internationaux ont appuyé à l'épidémie
 - Consultants STOP, CDC, WHO HQ
- L'impacte des consultants internationaux est reconnu par l'OMS au niveau nationale
 - A Popokabaka, c'est aussi évident que le consultant nationale a contribué au renforcement du système de la surveillance de PFA
- La distribution des fonds pour les activités de riposte n'était pas efficace
- Les équipes ont rencontré des autres partenaires sur le terrain pendant la mission
 - À Bandundu: Action Contre la Faim, MIMUSA
 - À l'Equateur et au Katanga: UNICEF

Constats générales: Revue rapide de la surveillance de PFA

Revue rapide de la surveillance

- Réseau de surveillance
 - Le secteur privé, les hôpitaux secondaires, les communautés et les tradipraticiens ne sont pas toujours intégré
 - Quelques sites de notification au Katanga ne sont pas fonctionnel à cause de l'insécurité
 - Rapports hebdomadaire de surveillance ne sont pas toujours effectués ni transmis régulièrement au niveau supérieure (ZS particulièrement en Equateur)

Revue rapide de la surveillance

- Détection/Notification des cas
 - La définition des cas PFA/rougeole n'était pas toujours maîtrisée au niveau des formations sanitaires (16% / 28%)
 - 7/32 formations sanitaires visitées ont eu des cas de PFA non-notifiés dans les registres
 - Cliniciens interrogés ont décidé de ne pas notifier un cas de PFA pour éviter de « faire du bruit »
 - 8/12 BCZS visités ont eu des cas de PFA tardifs (> 14 jours après le début de la paralysie)
 - Plusieurs cas de PFA ont été détectés pendant les AVS (ex. 42% des cas de PFA au District de Tanganika)
 - 2 cas de PFA prélevés ne sont jamais arrivés au labo (Popokabaka; date de début de paralysie 30/06/2011 et 15/06/2011)
 - Retro-information non-reçue au BCZS

Revue rapide de la surveillance

- La surveillance active des cas de PFA
 - Tous les sites de notification ne sont pas priorisés selon le guide de surveillance
 - Les visites ne sont pas toujours effectuées
 - Documentation des visites non-disponible
 - La recherche active est faible en Equateur
- Analyse des données de surveillance PFA
 - Analyse des données insuffisante au niveau des ZS
 - Amélioration des examens de suivi de ≥ 60 jours par rapport à 2010
 - Absence de cartographie des cas de PFA/PVS/compatible

Revue rapide de la surveillance

- Ressources pour la surveillance PFA
 - Financement pour la recherche active des cas de PFA n'est pas disponible dans plusieurs ZS visitées
 - Financement pour les examens de suivi à 60 jours inexistant
 - Moyens de déplacement, communication et les fournitures ne sont pas toujours disponibles
 - La quantité des boîtes isothermes est insuffisante et elles sont utilisées pour les vaccins et les selles
- Formation
 - Peu de personnel rencontré avait suivi une formation formelle en surveillance (sauf à Popokabaka)

Observations générales

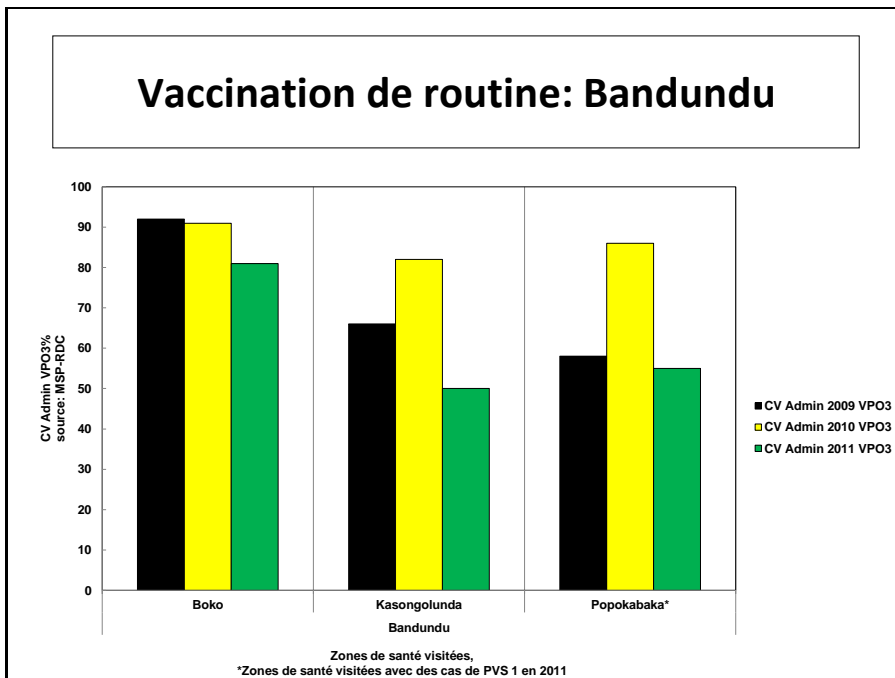
Observations générales

- Tous les foyers d'épidémie ont été l'objet d'une riposte
 - Utilisant le plan riposte élaboré en 2006
 - La qualité des ripostes vaccinales était inadéquate
 - Le renforcement de la surveillance n'était pas évident dans toutes les ZS
- Surveillance de PFA existante
 - Variabilité dans la qualité de surveillance à travers les ZS et formations sanitaire visitées
 - Manque de formation formelle en matière de surveillance

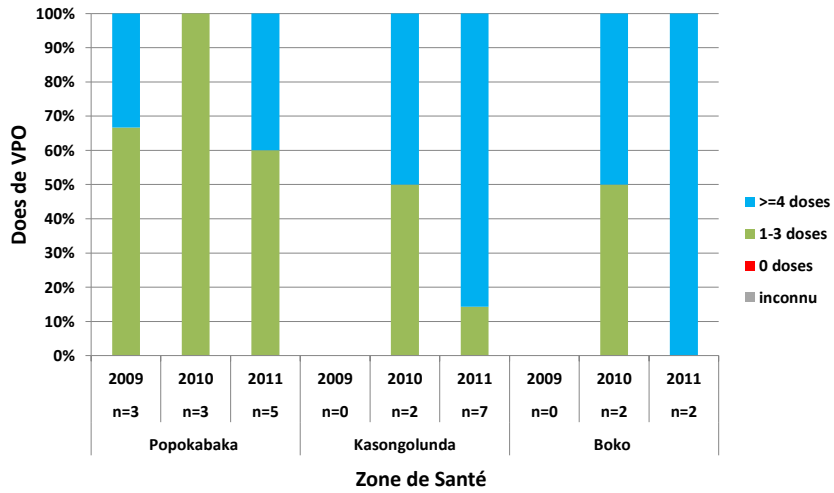
Constats par Province et ZS



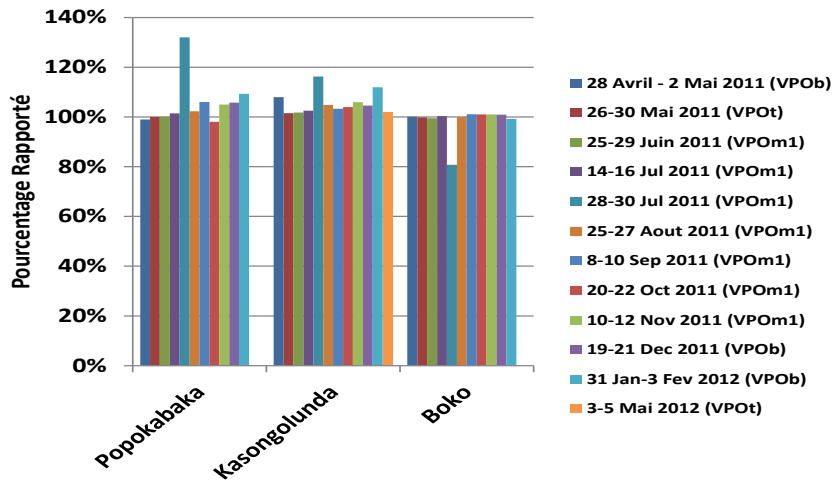
L'Immunité de la Population



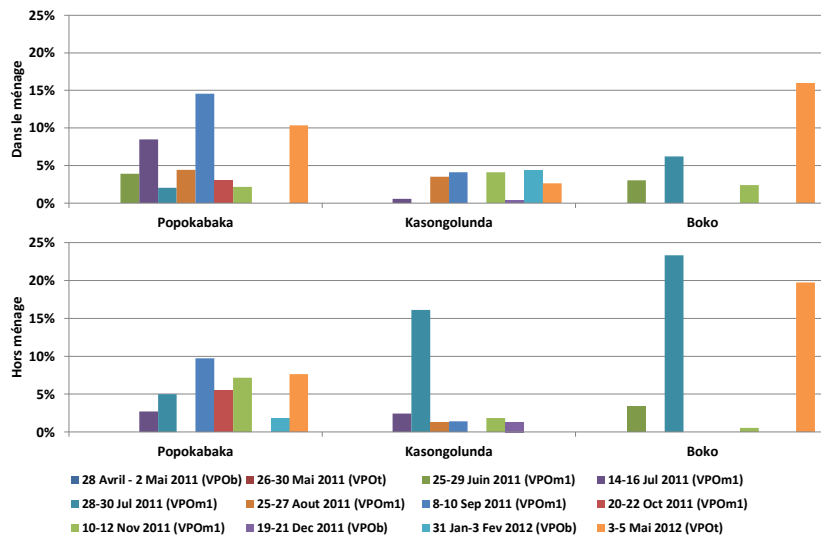
Statut vaccinal des cas de PFA non-polio, 6-59 mois, 2009-2011: Bandundu



Couverture administrative des AVS, 2011-2012: Bandundu

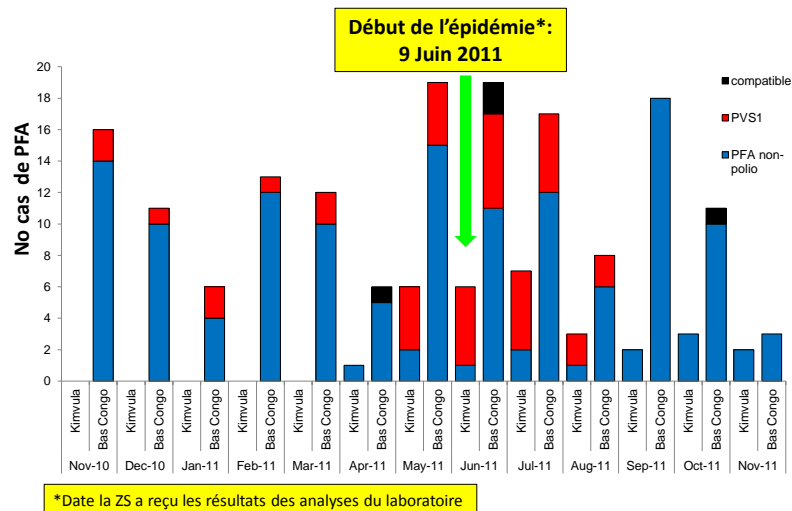


Analyse des données de monitoring indépendant, % enfants non-vaccinés : Bandundu, AVS 2011-2012



L'Épidémie de PVS

Notification au BCZS des cas de PFA 6 mois avant et après le début de l'épidémie: Bandundu



Revue Rapide de la Surveillance de PFA

Réseau de surveillance: Bandundu

BCZS (n=3)

- 3/3 ont une liste de sites de notification priorisée
- 2/3 ont les tradipraticiens impliqués dans le réseau de surveillance
- 1/3 secteur privé implique dans le réseau de surveillance
- Popokabaka a des listes des tradipraticiens dans tous les centres de santé
- Kasongolunda dit qu'il y a une liste des tradipraticiens au niveau BCZS fait pour le programme de VIH mais pas vu. Un guérisseur traditionnel au centre de santé Munganda est arrivé avec un cas de PFA pendant la visite de l'équipe
- 3/3 reçoivent les rapports hebdomadaires des sites de notification
- La formation sanitaire de Kissoma, qui appartient à Popokabaka, a accès difficile du BCZS. Elle est plus proche du BCZS de Kimvula

Réseau de surveillance: Bandundu

Hôpitaux (n=5)

- 5/5 ont un point focal de la surveillance de PFA
- 5/5 ont les services impliqués dans la surveillance de PFA
- 5/5 ont documentation des rapports hebdomadaires
- Les points focaux ne semblaient pas maîtriser leurs responsabilités (pas de termes de références), surtout à Boko et à Kasongolunda

CS/AS (n=5)

- 4/5 ont un point focal de surveillance de PFA
- 5/5 ont documentation des rapports hebdomadaires
- Popokabaka a des listes des tradipraticiens dans tous les centres de santé, même un qui venait d'arriver.
- Les points focaux ne semblaient pas maîtriser leurs responsabilités (Pas de termes de références), surtout à Boko et à Kasongolunda

Notification/Détection: Bandundu

- 2/10 formations sanitaires ont eu des cas de PFA non-notifiés dans les registres
 - Cliniciens avaient honte de ne pas avoir vu un de ce cas et on l'a prélevé immédiatement en Popokabaka
 - A Zhina, le médecin se souvient d'un cas de PFA qui est venu d'Angola mais n'a pas été notifiée
- 3/3 BCZS ont eu des cas de PFA tardifs (notifié >14 jours après le début de la paralysie)
 - Popokabaka: ~50% des cas de PFA étaient tardifs
- Plusieurs cas de PFA ont été détectés pendant les AVS, indicateur que les vaccinateurs sont bien formés

Notification/Détection: Bandundu

- Retro-information non-reçue au BCZS, sauf si le cas est PVS
 - Les selles de 2 cas de PFA prélevés ne sont jamais arrivés au labo (Popokabaka; date de début de paralysie 30/06/2011 et 15/06/2011) mais le BCZS croyait que c'était négatif
 - Le labo envoie les résultats des analyses au province, mais tous les classifications finales n'arrivent pas au BCZS, alors peut pas vérifier que les échantillons arrivent
 - 2 cas de PVS sont des personnes qui habitent en Angola et sont venus pour se faire soigner. RDC-BDD-POP-11-009 avait un cousin décès avec les mêmes symptômes.

Recherche active des cas: Bandundu

BCZS (n=3)

- 2/3 priorités la recherche selon le guide de surveillance PFA
- 0/3 ont un plan écrit pour la recherche active des cas mensuellement en 2012, mais tous disent que c'est suppose être dans le plan mensuel générale du travaille
- 3/3 ont documentation des recherches actives des cas dans les sites de notification en 2012 (fiches logistiques et signatures dans les registres)
- Certains sites de notification sont difficile à joindre par manque de réseau ou de radiophonie
- Quelques contacts limités (par le site) ont eu lieu en 2012 pour la surveillance active de PFA
- Les AS difficile d'accès ne sont pas visités régulièrement, même si le site de notification qualifie d'être de haute priorité (ZS Boko, surtout)

Recherche active des cas: Bandundu

Hôpitaux (n=5)

- Dans 5/5 hôpitaux la recherche active des cas a été fait dans au moins un registre en 2012 par les hôpitaux eux même ou par le BCZS
- 1/5 a un cas de PFA non-notifie vu dans les registres
- La plupart montrent la comptabilité dans les registres mais n'ont pas les rapports hebdomadaires envoyés au BCZS parce qu'ils ne gardent pas des copies

CS/AS (n=5)

- 5/5 ont documentation ou report verbale de conduire les recherches active des cas toutes les semaines, sauf un centre qui le fait une fois par mois
- Tous les sites ne mettent pas « 0 cas PFA » chaque fois
- Quelques personnes pensent que les relais communautaires ont besoin de récompense financière pour notifier des cas

Analyse des Données: Bandundu

- 1/3 ZS visitées (Popokabaka) conduit des analyses des données de surveillance PFA et utilise les résultats pour prendre action
 - La base des données au niveau centrale de l’OMS indique que Popokabaka n’a pas fait aucun visite de suivi de 60 jours, mais il y a des rapports au BCZS
- Le BCZS Boko manque d’expertise en matière d’analyse des données
- Tous les BCZS ont une carte avec tous les sites, mais pas avec les cas indiqués sur la carte.
- 0/3 BCZS ont la cartographie montrant des cas de PFA ou de PVS de 2011 ou 2012. Popokabaka et Boko affirment avoir perdu leurs cartes après des vents qui auraient tout laissé tomber
- 1/3 BCZS ont les lignes listes des cas de PFA de 2011/2012; Tous se réfèrent aux formulaires remplis
- 3/3 BCZS ont les formulaires remplis d’investigation des cas de PFA de 2011/2012

Ressources: Bandundu

- 2/3 BCZS ont reçu des fonds pour la surveillance active des cas de PFA en 2012
- 5/10 formations sanitaires ont reporté un manque de transport
 - La formation doit aller 10 heures par vélo pour arriver au BCZS
- 4/10 formations sanitaires ont reporté un manque de communication
- Tous les BCZS visités ont reporté des problèmes de chaine de froid
 - Seulement 8/25 et 3/20 CS ont des réfrigérateurs dans les ZS de Popokabaka et Boko, respectivement
 - 1/3 BCZS (Boko) a reporté le manque de boites isothermes

Formation/Connaissance: Bandundu

BCZS

- Définition de cas PFA élargi par le niveau provinciale après l'épidémie de Kikwit en 2012
- « Toute personne, enfant ou adulte qui marchait et qui subitement ne marche plus ou présente une faiblesse d'un ou des membres et/ou Toute personne présentant subitement une difficulté sévère de respirer sans antécédent connu d'asthme ou de maladie cardiaque. »
- Popokabaka avait les affiches avec la définition de cas dans toutes les formations sanitaires visitées, mais la ZS Boko n'avait presque aucune affiche dans ses formations sanitaires
 - A tous niveaux cette définition a causé du confusion
 - Tous les niveaux ont noté qu'ils ont besoin de formation

Formation/Connaissance: Bandundu

Hôpitaux (n=5)

- 1/5 hôpitaux reporte que tous les cliniciens ont reçu une formation quelconque sur la surveillance de PFA, 2/5 reporte que le point focal de surveillance a reçu une formation
- 2/5 hôpitaux ont donné la définition de cas correcte pour PFA et 1/5 pour la rougeole

CS/AS (n=5)

- 5/5 ont reporté avoir reçu une formation quelconque sur la surveillance PFA
- 5/5 ont donné la définition de cas correcte pour PFA et 2/5 pour la rougeole
- La définition des cas PFA n'était pas toujours maîtrisés au niveau des formation sanitaires
- 2 centres de sante avec des cliniciens qui ne savaient si les nourissants pouvaient être inclus parce qu'ils n'ont jamais marchaient

Collection des selles: Bandundu

- BCZS (n=3)
 - 3/3 comprennent bien le prélèvement et acheminement de selles
 - 3/3 ont les bocal pour faire les prélèvements de selles
- 7/10 formations sanitaires ont bien compris la collection des selles
 - La plupart des formations sanitaires ne font pas le prélèvement elles-mêmes mais appellent le BCZS

Conclusions

Conclusions: Bandundu

Province	Zone de Santé (sites visités)	Risque de transmission après une introduction du PVS	Capacité de détecter une transmission du PVS dans une circulation faible ou intense		PVS en 2010-2011	Interruption de la dernière chaîne de transmission (2010/2011)
			Faible	Intense		
Bandundu	Popokabaka	Intermédiaire	Oui	Oui	Oui	Oui
	Kasongolunda	Haut	Non	Oui	-	-
	Boko	Haut	Non	Non	-	-

Bandundu: Risque de transmission après une introduction du PVS

- **Points forts :**
 - 11 AVS ont été conduites depuis la début de la paralysie du premier cas de PVS
 - La zone de sante de Popo continue a être alerte après l' épidemie de 2011
- **Point faibles :**
 - Immunité de la population : immunisation de routine avec VPO3 en 2011 Popo 55%, Kasongolunda 50% and Boko 81% ; le statu vaccinal des cas de PFA-NP montre ~50% de couverture avec VPO3 entre 2010 et 2012.
 - Malgré le nombre des AVS conduits dans la zone visitée, l'immunité de la population reste très basse. Ceci pourrait être une indication de la mauvaise qualité des AVS.
 - La chaine de froid n'est pas souvent disponible dans les ZS visitées : 8/25 CS de Popo, 3/20 CS de Boko
 - La frontière entre la RDC et l'Angola reste très poreuse, au niveau des ZS de Popo et de Kasongolunda. Les services de vaccination sont presque non-existants du coté Angola (Maquela do Zombo, par exemple)

Le risque de transmission après une introduction reste très élevé dans les zones de santé de Boko et de Kasongolunda mais est intermédiaire dans Popokabaka.

Bandundu : Capacité de détecter une transmission du PVS

- **Points forts :**
 - La présence du consultant national OMS, à Popo, a mis en place un système robuste de surveillance active de PFA
 - L'implication des guérisseurs traditionnels dans les ZS Popo et Kasongolunda (Popo-listes disponibles au niveau de tous les CS visités, Kasongolunda-réunion mensuel entre le centre de sante et guérisseurs traditionnels)
 - Les visites de surveillance active sont bien respectées dans la ZS de Popo, un peu moins à Kasonglunda, et presque non existant à Boko
 - La sensibilisation des communautés à propos du PVS est très forte

Bandundu : Capacité de détecter une transmission du PVS

- **Points faibles :**

- Bien que dans le système de surveillance de PFA, les guérisseurs traditionnels et CS privés ne compte que comme faisant parti du CS.
- Un cas avec signes évoquant un PFA a été décelé par l'équipe de l'évaluation
- La définition des cas de PFA n'est pas toujours standard dans la majorité des formations sanitaires visitées.

La capacité de détecter une transmission (faible ou intense) reste très faible dans la ZS de Boko; et il y a toujours un certain risque de manquer une transmission faible dans la ZS de Kasongolunda

La ZS de Popokabaka a la capacité de détecter une transmission intense ou faible à cause de l'amélioration de la surveillance de PFA.

Bandundu: Est-ce que la dernière chaîne de transmission a été interrompue?

- **Points forts**

- 5 AVS ont été conduites depuis le début de la paralysie du dernier cas de PVS
- Sensibilisation de la communauté (écoles, églises, cas de PVS vu)
- Renforcement du système de la surveillance est très palpable dans la ZS de Popokabaka
- La présence du consultant national OMS à Popokabaka pour appuyer le BCZS

- **Points faible**

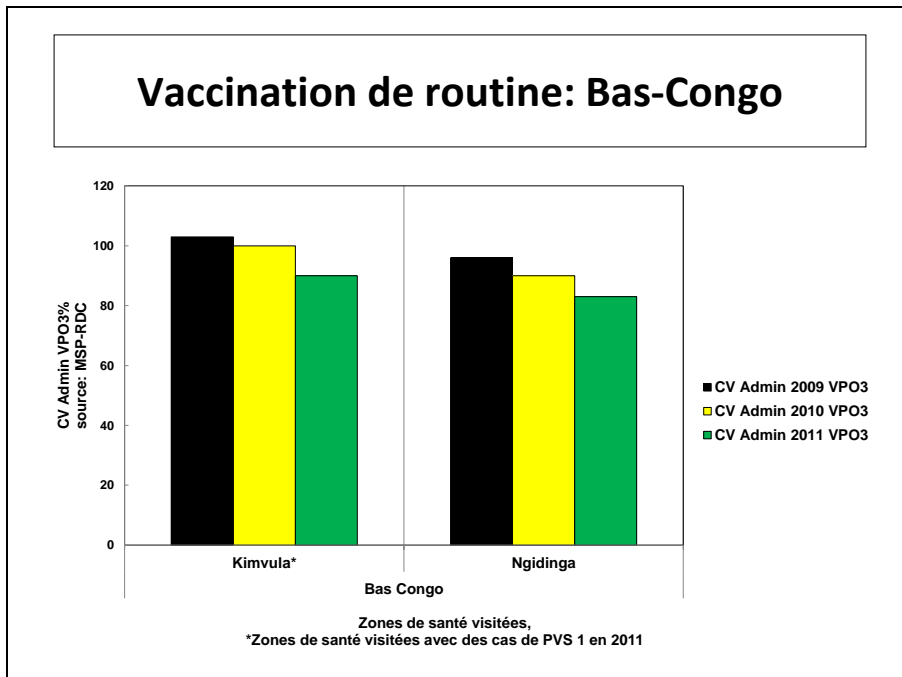
- La couverture de VPO3 reste basse
- Il reste à étendre le réseau de la surveillance active PFA aux cliniques privées et aux guérisseurs traditionnels

L'équipe estime que la chaîne de transmission de PVS qui a prévalu en 2011, à Popokabaka, a été interrompue. Cette interruption serait probablement survenue bien après le dernier cas officiellement reporté

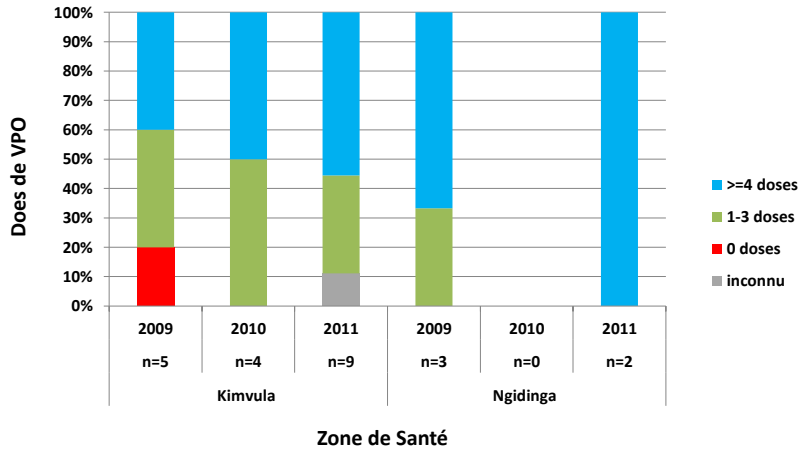


Bas-Congo

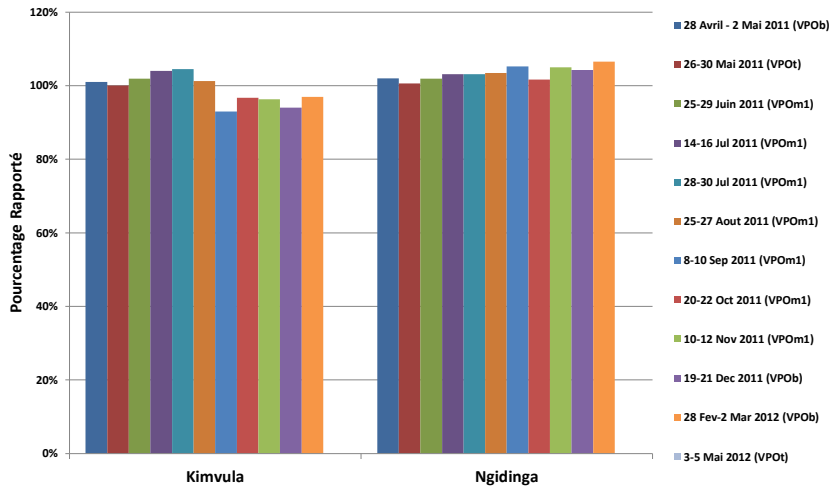
L'Immunité de la Population



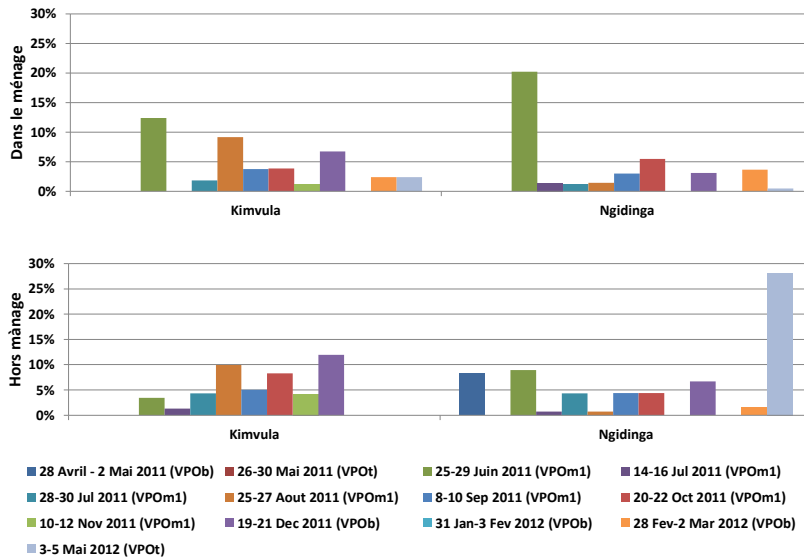
Statut vaccinal des cas de PFA non-polio, 6-59 mois, 2009-2011: Bas-Congo



Couverture administrative des AVS, 2011-2012: Bas Congo

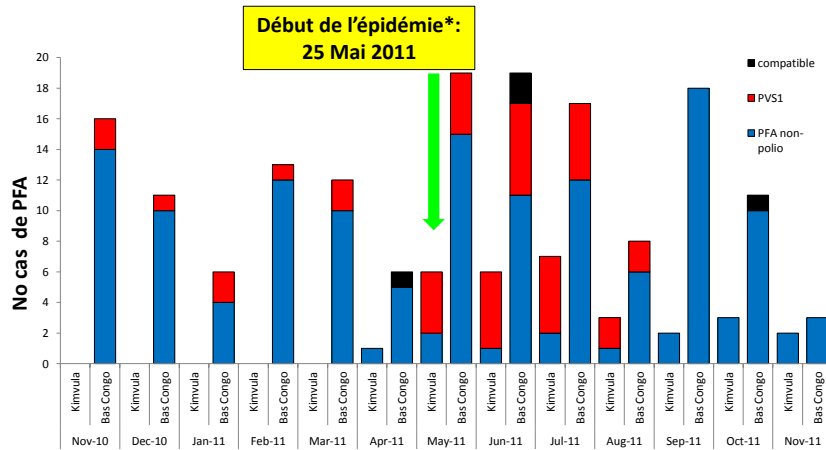


Analyse des données de monitoring indépendant, % enfants non-vaccinés : Bandundu, AVS 2011-2012



L'Épidémie de PVS

Notification au BCZS de PFA 6 mois avant et après le début de l'épidémie: Bas-Congo



*Date la ZS a reçu les résultats des analyses du laboratoire

Revue Rapide de la Surveillance de PFA

Réseau de surveillance: Bas Congo

BCZS (n=2)

- 2/2 ont une liste de sites priorisée pour la surveillance active
 - Une zone n'a pas priorisé de manière appropriée en fonction du risque selon le guide de la surveillance de PFA
- 0/2 inclus les guérisseurs traditionnels dans la surveillance active (bien que les meilleurs guérisseurs traditionnels ont été sensibilisés)
- 1/2 inclus la secteur privé dans la surveillance active
- 1/2 a fait une analyse approfondie des rapports et a étendu le réseau de surveillance

Réseau de surveillance: Bas Congo

BCZS (n=2)

- 2/2 ont des zones géographiques, surtout dans les coins nord-est de la province qui :
 - sont difficilement accessibles
 - ont une communication limitée par téléphone cellulaire ou appel radio
- 2/2 ont des systèmes de notification passive
 - Tous les centres de santé sont tenus de faire des rapports hebdomadairement
 - Kimvula a documenté et conservé tous les rapports hebdomadaires
 - Ngidinga ne disposait pas de preuve disponible des rapports hebdomadaires des centres de santé
 - La promptitude des rapports n'était pas enregistré dans les deux zones de santé

Réseau de surveillance: Bas Congo

Hôpitaux (n=2)

- 2/2 ont un point focal pour la surveillance
- Dans 2/2 des points focaux ont été formés dans le rapportage et les définitions des cas lors des réunions mensuelles des zones

CS/AS (n=4)

- 3/4 ont un point focal pour la surveillance
- 3/4 ont soumis des rapports de surveillance hebdomadaire
- 2/4 ont conservés les registres des rapports hebdomadaires
- Tous les centres de santé ont décrit une sensibilisation des populations par les volontaires et les dirigeants communautaires dans la surveillance mais ceci n'a pas été observé lors de la revue

Notification/Détection: Bas Congo

- 5/5 des points focaux et 2/2 des médecins interviewées ont fourni la définition correcte des cas de PFA et rougeole
- 0/2 hôpitaux a eu des cas de PFA non-notifiés dans les registres
- 2/2 BCZS ont eu des cas de PFA tardifs (notifié > 14 jours après le début de la paralysie)
 - Les examens de suivi n'ont pas été documentés

Recherche active des cas: Bas Congo

BCZS (n=2)

- 2/2 BCZS priorisés la recherche selon le guide de surveillance de PFA
 - Un BCZS seulement a priorisé la recherche conformément au guide de la surveillance de PFA
- 0/2 ont documenté des plans pour la recherche active des cas de PFA
- 1/2 a documenté la recherche active des cas de PFA en 2011 et 2012
- 0/2 fait la recherche active des cas de PFA hebdomadairement dans les sites à haute priorités selon le guide de la surveillance de PFA (même aux centres de santé proche du BCZS)

Recherche active des cas: Bas Congo

Hôpitaux (n=2)

- 2/2 hôpitaux ont documenté la recherche active des cas de PFA dans les registres des hôpitaux avec au moins une visite en 2012
- 0/2 a eu des cas de PFA ou rougeole non-notifiés dans les registres

CS/AS (n=4)

- 4/4 centres de santé disposaient de preuve de recherche active dans les registres du BCZS en 2011 et 2012, mais ces visites n'étaient pas effectuées selon la classification des sites prioritaires
- 0/4 ont eu des cas de PFA ou rougeole non-notifiés dans les registres

Analyses des données : Bas Congo

- 0/2 BCZS calcule systématiquement les indicateurs standardisés de la surveillance de PFA
- 0/2 BCZS utilise ou comprend les indicateurs standardisés de la surveillance de PFA
- 0/2 BCZS n'a pas effectuée la formation formelle dans les analyses des données de la surveillance de PFA pour les personnelles
- 1/2 avait une carte de taches ou d'activités pour l'année 2011
- 0/2 zones avait une liste linéaire (énumération) des cas de PFA
- 0/2 avait totalement rempli les fiches d'investigation des cas de PFA

Ressources: Bas Congo

- 2/2 BCZS ont reçu des fonds pour la surveillance mais ont estimé que les fonds étaient insuffisants pour les activités de surveillance active
- 2/2 BCZS ont des motos opérationnels pour la surveillance et pour d'autres activités; une zone disposait d'un véhicule
- 2/2 BCZS ont cité des insuffisances de carburant et les mauvaises conditions routières comme des facteurs limitant la surveillance active et la supervision formative
- 2/2 BCZS ont cité une manque d'équipement de chaîne de froid mais apprécient les réfrigérateurs solaires qui sont disponibles (voir rapport UNICEF chaîne froide)

Formation/Connaissance: Bas Congo

BCZS (n=2)

- 2/2 zones ont rapporté utiliser des réunions mensuelles pour mettre à jour les centres de santé et les points focaux des hôpitaux sur les définitions de cas et de suivi des cas
- 2/2 zones ont rapporté utiliser la formation en préparation pour les AVS afin de renforcer la compréhension des définitions de cas
- 0/2 zones a organisé une formation formelle dans la surveillance dan les deux dernières années

Collection des selles: Bas Congo

BCZS (n=2)

- 2/2 des zones ont des flacons de collecte des selles
 - une seule zone avait un kit complet de collecte de selles
- 2/2 ont les points focaux qui savent comment recueillir les échantillons, la chaîne du froid inverse et les processus d'expédition des échantillons au niveau national pour les cas de PFA et de rougeole.

Conclusions

Conclusions: Bas Congo

Province	Zone de Santé (sites visités)	Risque de transmission après une introduction du PVS	Capacité de détecter une transmission du PVS dans une circulation faible ou intense		PVS en 2010- 2011	Interruption de la dernière chaîne de transmission (2010/2011)
			Faible	Intense		
Bas-Congo	Kimvula	Bas	Oui	Oui	Oui	Oui
	Ngidinga	Intermédiaire /Bas	Non	Oui	-	-

Bas Congo: Risque d'une transmission après une introduction du PVS

• **Points forts :**

- 12 AVS ont été conduites depuis le début de la paralysie du premier cas de PVS
- 2 AVS ont été conduites en 2012
- La couverture administrative des AVS variait de 93% à plus de 100% à Kimvula et était de plus de 100% dans toutes les AVS à Ngidinga
- Les activités transfrontalières avec l'Angola continuent d'avoir un rang de priorité élevé à Kimvula
- Des mesures innovatrices ont été prises et continuent à Kimvula pour la vaccination de routine en utilisant la stratégie village par village (les résultats doivent être bien documentées)

Bas Congo: Risque d'une transmission après une introduction du PVS

- **Point faibles :**

- Kimvula et Ngidinga ont rapporté une couverture administrative de 90% et 83%, respectivement, pour le VPO3 en 2011 qui représente des réductions par rapport à 100% et 90% en 2010.
- Des séances de vaccination de routine conduites une fois par mois et une stratégie avancée limitée et faible peuvent empêcher les ZS d'augmenter la couverture vaccinale et peuvent aussi faciliter une hausse de susceptibilité chez les populations déjà difficilement accessibles.

Il y avait plusieurs AVS de moyennes qualité depuis le premier et depuis le dernier cas du PVS. La couverture vaccinale de VPO3 était systématiquement >80% depuis 2009. Présentement l'immunité de la population est jugé d'être suffisant pour une risque « bas » et « intermédiaire/bas », respectivement à Kimvula et à Ngidinga, d'une transmission après une introduction du PVS. Cependant, la couverture vaccinale de VPO3 a diminué depuis 2009 et le risque peut augmenter.

Bas Congo : Capacité de détecter la transmission

- **Points forts :**

- Les réunions hebdomadaires dirigé par le médecin chef de zone avec son équipe créent une sensibilisation et fournissent une occasion pour l'évaluation critique du système passive et active de la surveillance
- Des réunions mensuelles avec les points focaux des centres de santé sont une occasion d'examiner les données de surveillance et les mettre à jour et de former les points focaux
- Il est évident que la surveillance active est effectuée (mais pas systématiquement ou conformément au guide de surveillance)
- Des relais communautaires et des chef tradipraticiens ont été sensibilisé.
- Les activités actuelles des AVS ont permis de sensibiliser les communautés et les cas récents, chez les enfants comme chez les personnes > 15 ans, ont suscité des inquiétudes dans la communauté (ce qui peut diminuer avec le temps)

Bas Congo : Capacité de détecter la transmission

- **Points faibles :**

- Il n'existe pas de plan écrit pour la surveillance active dans les deux zones de santé
- La supervision formative n'est pas systématiquement réalisée
- L'analyse des données de la surveillance n'est pas bien documenté
- Il y'a moins de rigueur dans le système de surveillance à Ngidinga, où aucun cas de PVS n'a été rapporté et il y'a une inquiétude quant à la capacité du système de détecter un cas de PFA dans les zones qui sont très difficiles à atteindre

La capacité de détecter la transmission est précaire dans les 2 zones de santé visitées. Malgré ses faiblesses, Kimvula est juge d'être capable de détecter une transmission intense ou faible. Les faiblesses à Ngidinga nourrissent des inquiétudes quant à sa capacité de détecter une transmission faible.

Bas Congo: Est-ce que la dernière chaîne de transmission a été interrompue?

- **Points forts**

- Il y'a eu 7 AVS depuis le début de la paralysie du dernier cas à Kimvula
- La couverture administrative pour la vaccination de routine a restée supérieure à 80% pour les trois dernières années.
- Le système de la surveillance de PFA à Kimvula a été renforcé en 2011, y compris la recherche active des cas de PFA. Il reste capable de détecter la transmission du PVS si elle existe.

- **Points faible**

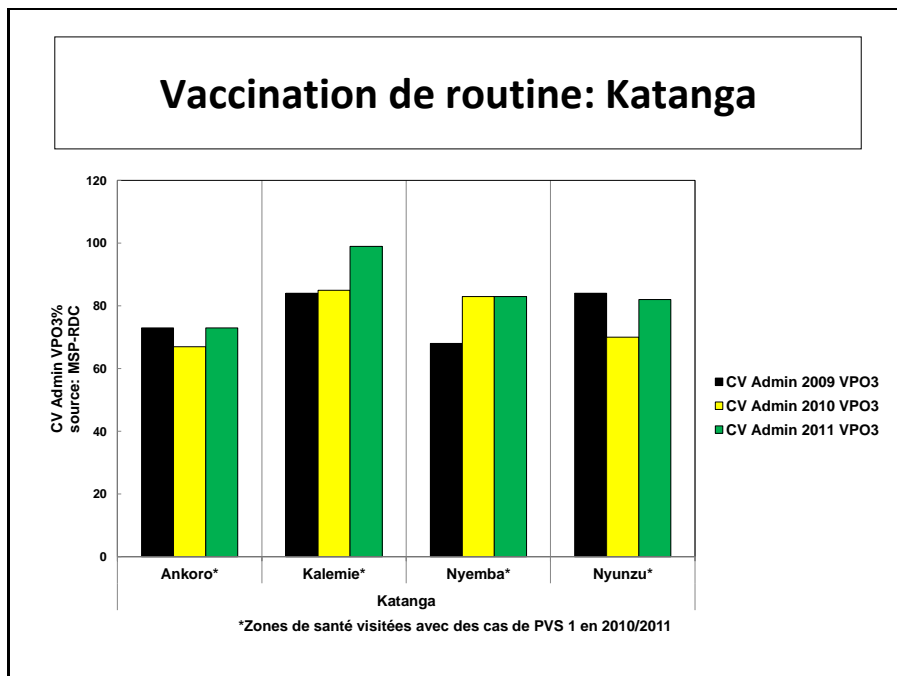
- La couverture vaccinale de VPO3 a diminué depuis 2009.

L'équipe estime que la chaîne de transmission de PVS qui a prévalu en 2011, à Kimvula, a été interrompue.

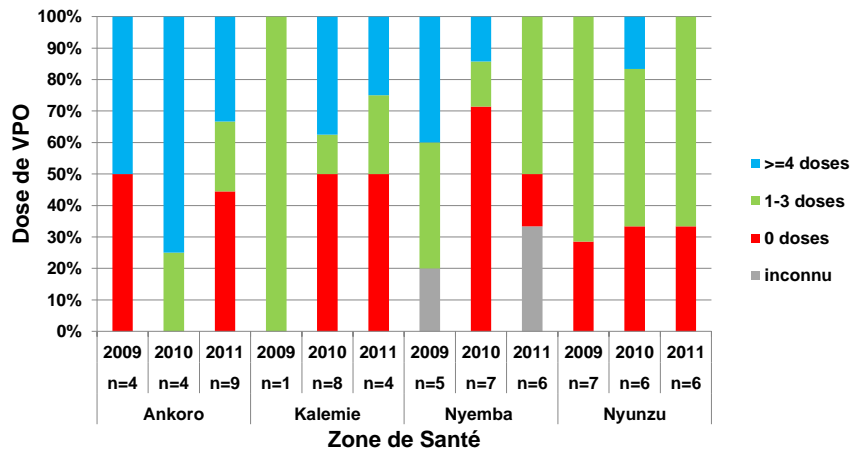


Katanga Province

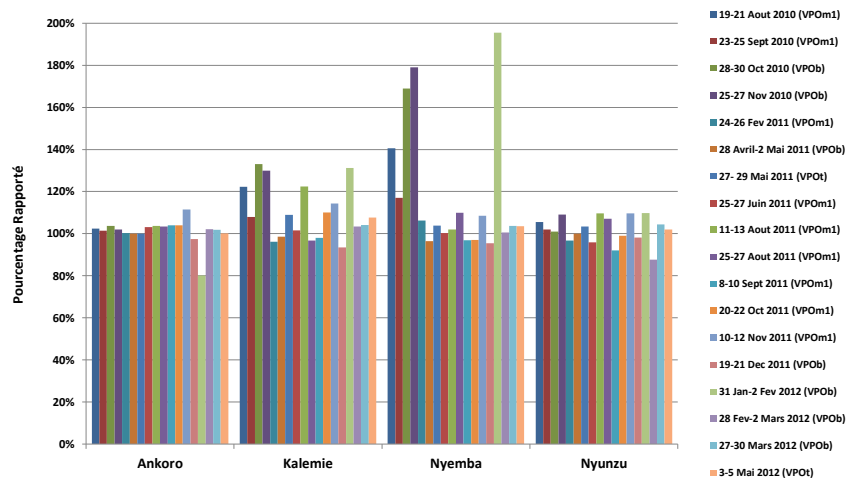
L'Immunité de la Population



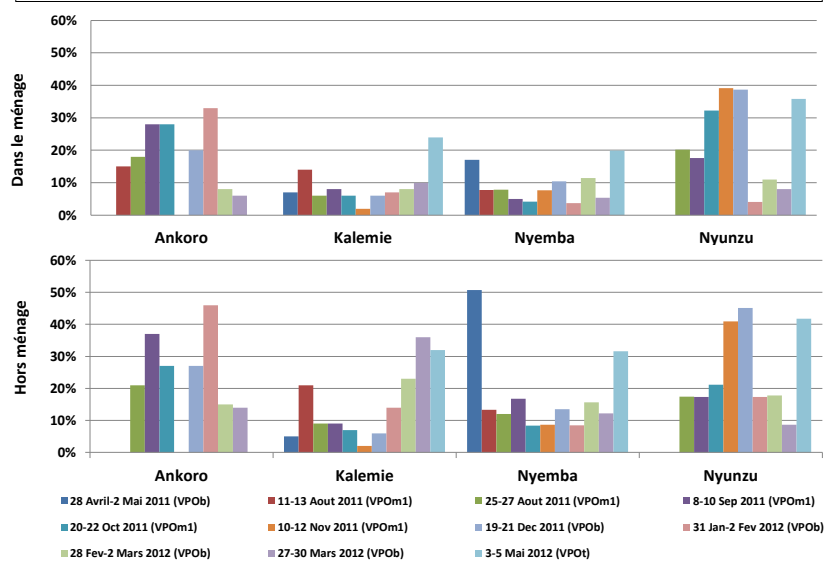
Statut vaccinal des cas de PFA non-polio 6-59 mois, 2009-2011: Katanga



Couverture Administrative des AVS 2010-2012 : Katanga



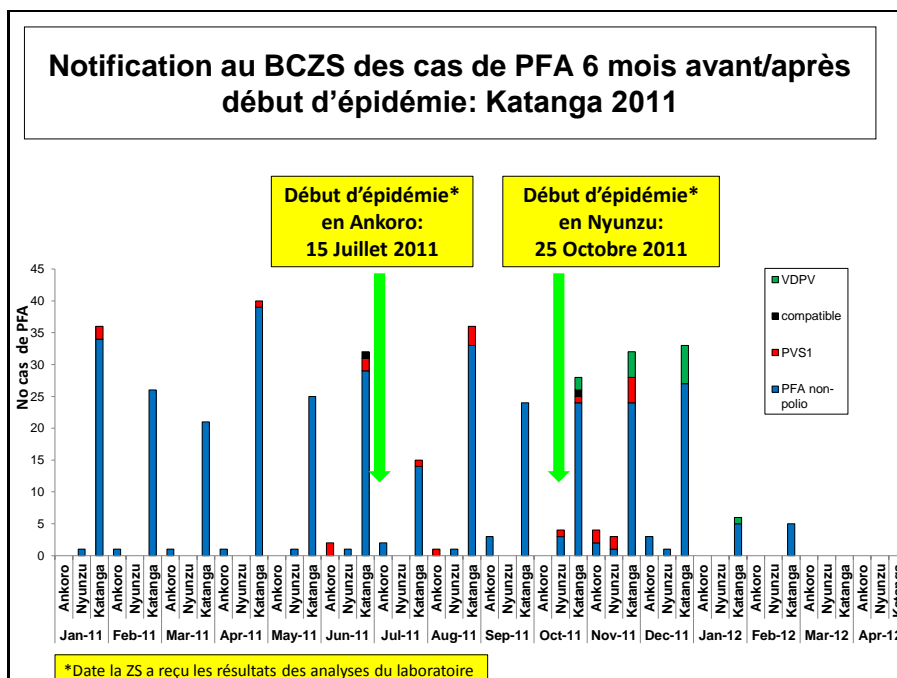
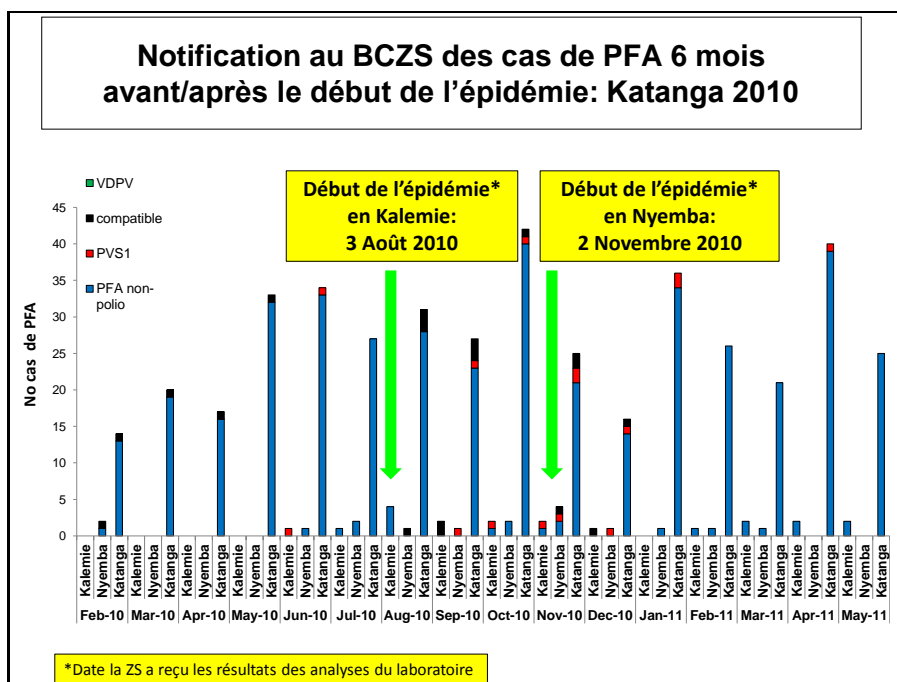
Analyse des données de monitoring indépendant, % enfants non-vaccinés: Katanga, AVS 2011-2012



Résultats LQAS AVS avril 2012 et mai 2012: Katanga

Zone de Santé	LQAS AVS avril 2012	LQAS AVS mai 2012
Ankoro	Echoué*	Avertissement**
Kalemie	Echoué*	Echoué‡
Nyemba	Echoué*	Echoué‡
Nyunzu	Echoué*	Avertissement**
<p>*Echoué: défini comme >19 enfants non vaccinés sur un échantillon de 60 (6 groupes de 10 enfants chacune), indique un échec pour atteindre le seuil de <40% des enfants non vaccinés (alpha = probabilité d'erreur de type 1 de ~ 0,16 à 0,23)</p> <p>**Avertissement: défini comme 18-40 enfants non vaccinés sur un échantillon de 120 (6 groupes de 20 enfants chacune), indique un échec pour atteindre le seuil de <20% des enfants non vaccinés (alpha = probabilité d'erreur de type 1 de ~0,16 à 0,28)</p> <p>‡Echoué: défini comme >40 enfants non vaccinés sur un échantillon de 120 (6 groupes de 20 enfants chacune), indique un échec pour atteindre le seuil de <40% des enfants non vaccinés (alpha = probabilité d'erreur de type 1 de ~ 0,14 à 0,24)</p>		

Les Epidémies de PVS



Revue Rapide de la Surveillance de PFA

Réseau de Surveillance: Katanga

BCZS (n=4)

- 4/4 ont une liste priorisée des sites de notification existantes.
 - La priorisation a été faite selon la proximité au BCZS, pas selon le plus haute risque pour la transmission du PVS et pas selon la surveillance de PFA faible.
- 1/4 BCZS a un réseau qui inclue des tradipraticiens, mais pas tous les tradipraticiens sont impliqués.
- 3/4 BCZS ont un réseau qui inclue le secteur privé, mais pas tous les secteurs privés sont impliqués.
- 3/4 BCZS ont dit qu'il y a des tradipraticiens ou structures sanitaires qui doivent être inclure dans le réseau
 - ex. dans la ZS de Kalemie, les tradipraticiens sont organisés dans une structure et le MCZ a eu un réunion avec leur coordinateur de renforcer leur participation dans la surveillance.

Réseau de Surveillance: Katanga

BCZS (n=4)

- Dans 100% des BCZS visitées, tous les AS, y compris le HGR, font partie du réseau de notification pour la surveillance de PFA.
 - Géographiquement, toutes les 4 ZS sont couvertes par les AS mais il y a des AS qui ne fonctionnent pas (ex. dans la ZS de Nyemba, les AS qui se trouvent à la frontière avec le Sud Kivu sont tout a fait non-fonctionnel).
- 4/4 BCZS ont un système en place pour le rapportage hebdomadaire des sites de notification au BCZS
 - 2/4 BCZS n'ont pas reçu des rapports de quelques sites de notification en 2012
 - Chaque BCZS (4/4) a eu au moins 3 cas de PFA notifiés en retard (> 14 jours après le début de la paralysie) en 2011.
 - Absence de « le report zéro » dans la ZS de Nyunzu.

Réseau de surveillance: Katanga

Hôpitaux (n=4)

- 3/4 ont un point focal pour la surveillance de PFA
- 4/4 ont des services impliqués dans la surveillance de PFA
- 3/4 a une système de notification hebdomadaire de la surveillance dans l'hôpital
 - La surveillance épidémiologique à l'HGR à Nyunzu est particulièrement mal organisé et faible.

CS/AS (n=3)

- 3/3 ont un point focal pour la surveillance
- 3/3 soumettent régulièrement les rapports hebdomadaires de la surveillance au BCZS
- 1/3 avait déjà intégré des tradipraticiens dans leur système formel de la surveillance de PFA.
- 3/3 ont rapporté d'avoir des contacts réguliers avec les communautés et pense que le système de communication déjà en place est suffisant pour le rapportage immédiat des cas de PFA.
- Tous les AS dépendent sur la surveillance au niveau communautaire mais les communautés ne sont pas toujours bien sensibilisé formellement dans le matière de la surveillance.

Notification/Détection: Katanga

- Personnel à 7/7 formation sanitaire (FS) a été formé en matière de surveillance. Ils connaissent la définition de cas de PFA concernant des enfants et ils le connaissent comme une maladie à notification immédiate.
 - Sont peu les personnels des hôpitaux et des AS qui connaissent que la surveillance de la PFA doit être effectuer chez les adultes aussi (2/7 FS).
- Dans 3/7 FS, l'équipe de la revue a trouvé des cas de PFA non-notifiés dans les registres.
- Chaque BCZS (4/4) a eu au moins 3 cas de PFA notifiés en retard (> 14 jours après le début de la paralysie) en 2011.
- 4/4 BCZS ont commencé en mi-2011 de faire systématiquement les examens de suivi pour tous les cas de PFA ; les résultats ont été bien documentés dans 4/4 BCZS mais ils ne sont pas toujours transmis au district.
- 4/4 BCZS ont eu des cas de PFA identifiés en 2011 au cours des AVS.
 - 42% des cas totale de PFA en 2011 du District de Tanganika
 - 44% des cas totale de PFA en 2011 de la ZS Ankoro; 60% des cas totale de PFA en 2011 de la ZS Nyemba
- Le retro-information du niveau supérieur n'est pas souvent reçu par les BCZS (4/4).

Recherche active des cas: Katanga

BCZS (n=4)

- 4/4 a un plan écrit pour les visites de recherche actives des cas de PFA en 2012, avec une fréquence concordant avec la priorisation des sites.
- 3/4 ont contacté tous leurs sites de notification au moins une fois en 2012 (par téléphone, phonie, email ou visite en personne).
 - Sites sans visites en personne étaient typiquement ceux qui sont le plus loin du BCZS
 - Autres raisons: inaccessibilité, insécurité (proximité au Sud Kivu)
- 2/4 n'ont pas reçu des ressources financiers pour la recherche active des cas en 2012.
- 4/4 ont documenté des visites de recherche actives des cas de PFA aux sites en 2012.

Recherche active des cas: Katanga

Hôpitaux (n=4)

- 4/4 hôpitaux ont au moins 1 registre (ex. consultation, pédiatriques, urgences) exploité dans le cadre de la recherche active des cas de PFA par le BCZS en 2011/2012.
 - La fréquence de la recherche active des cas varie d'une semaine à un mois.
 - Le service de kinésio-thérapie de la Clinique SNCC (ZS Kalemie) n'est pas prise en compte dans la recherche active des cas par le BCZS
- 3/4 hôpitaux ont documenté le rapportage hebdomadaire au BCZS.

CS/AS (n=3)

- 3/3 ont rapporté que les BCZS leur rendent visites dans le cadre de la recherche active des cas de PFA.
- 3/3 ont eu les visites du BCZS documentées dans les registres en 2011-2012 avec une fréquence variable (hebdomadaire, mensuel, chaque deux mois).
- 3/3 ont rapporté les opportunités ci-après qui ont été exploitées en 2011-2012 pour la recherche active des cas de PFA
 - Ex. les AVS polio, les soins et vaccination en stratégie avancée, les relais communautaires et les autres membres des communautés, et recherche active au près des malades qui viennent en consultation médicale au CS

Analyses des données: Katanga

- 0/4 BCZS calcule systématiquement les indicateurs standardisés de la surveillance de PFA
 - cependant, quelques analyses sont faites (ex. calculs des cas de PFA attendus par an, répartition géographique des cas de PFA/PVS, les âges de cas de PFA, etc.).
- L'utilisation et les significations des indicateurs standardisés de la surveillance de PFA ne sont pas bien comprises par les personnelles des ZS (pas compris dans 4/4).
- La formation formelle dans les analyses des données de la surveillance de PFA n'était pas effectuée pour les personnelles des ZS (pas effectuée dans 4/4).
- 3/4 BCZS ont les lignes listes des cas de PFA de 2011/2012; 2 parmi les 3 étaient au courant des classifications finales de tous les cas de PFA de 2011/2012.
- 4/4 BCZS ont les formulaires remplis d'investigation des cas de PFA de 2011/2012.
- 2/4 BCZS ont la cartographie montrant des cas de PFA ou de PVS de 2011 ou 2012.

Ressources: Katanga

- 2/4 BCZS ont reçu des ressources financiers pour la recherche active des cas en 2012
 - Mais, les fonds disponibles sont insuffisants, particulièrement pour les sites de notification les plus éloignés du BCZS.
- Les BCZS n'ont pas des ressources financières pour les examens de suivi.
- 3/4 BCZS et 2/3 AS ont rapportés des déficits en moyens de transport.
- 3/4 BCZS ont rapportés des problèmes de communication entre les CS/AS et le BCZS.
- 2/4 BCZS ont rapporté des déficits en équipement de chaîne de froid particulièrement parmi les sites de notification les plus éloignés.

Formation/Connaissance: Katanga

- Briefings concernant la surveillance de PFA ont été effectués dans plusieurs BCZS, AS, et hôpitaux en 2011 et 2012.
- Tous les niveaux enquêtés ont exprimé le besoin en formation formelle dans le surveillance de PFA et des autres maladies.
- L'équipe a noté une manque dans la compréhension des indicateurs standardisés de la surveillance de PFA chez les personnelles des BCZS (4/4).

Hôpitaux (n=4)

- 1/4 a une personne qui a reçu une formation formelle en surveillance de PFA dans les 5 dernières années.
- 4/4 ont des personnelles qui connaissent la définition d'un cas de PFA et d'un cas de rougeole.

CS/AS (n=3)

- 0/3 a une personne qui a reçu une formation formelle en surveillance de PFA dans les 5 dernières années.
- 3/3 ont des personnelle qui connaissent la définition d'un cas de PFA et d'un cas de rougeole.

Les collectes des selles: Katanga

- BCZS (n=4)
 - Les personnelles dans 4/4 BCZS bien comprennent les procédures du prélèvement et acheminement des selles.
 - 4/4 BCZS ont les kits de collecte des selles disponibles.
 - La plupart des prélèvements des BCZS visitées sont arrivées au labo national en bon état malgré le retard connu avec le prélèvement de plusieurs cas de PFA (>14 jours après le début de la paralysie).

Conclusions

Conclusions

Province	Zone de Santé (sites visités)	Risque de transmission après une introduction du PVS	Capacité de détecter transmission du PVS dans une circulation faible ou intense		PVS en 2010-2011	Interruption de la dernière chaîne de transmission (2010/2011)
			Faible	Intense		
Katanga	Kalemie	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Nyemba	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Nyunzu	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Ankoro	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu

Katanga: Kalemie et Nyemba, risque de transmission après une introduction du PVS

- **Points forts :**
 - 18 et 17 AVS ont été conduites à Kalemie et à Nyemba, respectivement, depuis le début de la paralysie des premières cas de PVS en 2010.
 - 15 et 14 AVS ont été conduites à Kalemie et à Nyemba, respectivement, depuis le début de la paralysie des dernières cas de PVS (Kalemie, octobre 2010; Nyemba, novembre 2010).
- **Point faibles :**
 - Vaccination de la population:
 - La couverture vaccinal administrative de routine de VPO3 en 2009/2010 pour Kalemie et en 2010/2011 pour Nyemba a dépassé juste 80%.
 - La plupart des cas de PFA-NP (de l'âge de 6-59 mois) notifiée dans les deux ZS en 2009 - 2011 avait reçu moins de 4 dose de VPO. Plusieurs avaient reçu aucun dose.
 - Les données de monitoring indépendant ont montré un nombre élevé des enfants non-vaccinés pendant la plupart des AVS en 2011/2012. Il y avait >10% et >20% enfants non-vaccinés (trouvés hors ménage), respectivement, dans 3 de 4 AVS conduites à Nyemba et à Kalemie en 2012.
 - Les données d'LQAS ont montré un nombre élevé des enfants non-vaccinés pendant les AVS d'avril et de mai 2012.

L'immunité de la population reste basse. Le risque de transmission après une introduction du PVS reste élevé dans Kalemie et Nyemba.

Katanga: Kalemie et Nyemba, capacité de détecter la transmission

- **Points forts :**
 - Le système de surveillance de PFA est fonctionnel et implique les personnels des BCZS, des hôpitaux généraux de référence, et des formations sanitaires qui connaissent la définition d'un cas de PFA et les processus pour la collecte des selles.
 - Les zones de Kalemie et de Nyemba ont en place un système de recherche active des cas de PFA et prennent l'occasion des AVS, les visites aux hôpitaux, les stratégies avancées de faire cette recherche.
- **Points faibles :**
 - Les sites de notification de haute priorité sont les plus proches au BCZS, pas ceux avec le plus haute risque pour la transmission du PVS ou avec la surveillance faible.
 - Les sites éloignés des BCZS ne sont pas visités régulièrement pour la recherche active des cas de PFA.
 - Les distances très longues entre les communautés et les formations sanitaires et le fait que les gens cherchent le soins chez les tradipraticiens avant de se présenter au système de la sante causant la notification tardives des cas de PFA.
 - Il y a une nécessité de renforcer la participation des postes de santé, du secteur privé, des communautés, et des tradipraticiens dans le système et ils doivent rapporter aux formations sanitaire régulièrement.
 - Quelques cas avec signes évoquant un PFA a été décelé par l'équipe de l'évaluation à Kalemie.

La capacité de détecter une transmission intense est forte dans les ZS de Kalemie et de Nyemba, mais il y a toujours un certain risque de manquer une transmission faible. Il faut accroître le réseau de surveillance ver les communautés.

Katanga: Kalemie et Nyemba, est-ce que la dernière chaine de transmission a été interrompue?

- **Points forts:**
 - 18 et 17 AVS ont été conduites à Kalemie et à Nyemba, respectivement, depuis le début de la paralysie des premières cas de PVS en 2010.
- **Points faibles:**
 - La vaccination de la population reste basse (Kalemie et Nyemba).
 - La surveillance active semble être très faible dans les régions le plus éloigne du BCZS (Kalemie et Nyemba)
 - La surveillance est non-existant dans les aires d'insécurité dans la ZS de Nyemba (ver Sud Kivu).
 - A Nyemba, la majorité des cas de PFA et à Kalemie quelques cas de PFA ont été prélevé >14 jours après le début de la paralysie.
 - En moyen 3 compatibles ont été détecté à Kalemie et à Nyemba avant et simultanément avec les cas de PVS confirmés. L'épidémie étaient probablement plus large que précédemment pensé.
 - Dans 2 FS à Kalemie, l'équipe de la revue a trouvé des cas de PFA non-notifiés de 2011/2012 dans les registres.

L'équipe ne peut pas attester avec certitude que la chaine de transmission de PVS qui a prévalue en 2010, à Kalemie et à Nyemba, a été interrompue.

Katanga: Ankoro et Nyunzu, risque de transmission après une introduction du PVS

- **Points forts :**
 - 11 et 7 AVS ont été conduites à Ankoro et à Nyunzu, respectivement, depuis le début de la paralysie des premiers cas de PVS en 2011.
 - 5 AVS ont été conduites à Ankoro et à Nyunzu depuis le début de la paralysie des derniers cas de PVS en 2011.
- **Point faibles :**
 - Vaccination de la population:
 - La couverture vaccinale administrative de routine avec VPO3 en 2009-2011 pour Ankoro n'a jamais dépassé 80%. Celles pour Nyunzu étaient 84%, 70%, et 82%, respectivement, pour les mêmes ans.
 - La plupart des cas de PFA-NP (de l'âge de 6-59 mois) notifiée dans la ZS de Nyunzu en 2009-2011 avait reçu moins de 4 dose de VPO; plusieurs avaient reçu aucun dose. A Ankoro, >40% des cas de PFA-NP avaient reçu 0 doses de VPO en 2009 et en 2011.
 - Les données de monitoring indépendant et d'LQAS ont montré un nombre élevé des enfants non-vaccinés pendant les AVS conduites en 2011/2012. Il y avait >20% et >40% enfants non-vaccinés (trouvés hors ménage) dans 5/7 et dans 3/9 des AVS conduites avec le monitoring indépendant à Ankoro et à Nyunzu, respectivement, en 2011/2012.

L'immunité de la population reste basse. Le risque de transmission après une introduction du PVS reste élevé à Ankoro et à Nyunzu.

Katanga: Ankoro et Nyunzu, capacité de détecter la transmission

- **Points forts :**
 - Le système de surveillance de PFA est bien fonctionnel à Ankoro et implique les personnels des BCZS, des hôpitaux généraux de référence, et des formations sanitaires qui connaissent la définition d'un cas de PFA et les processus pour la collecte des selles.
 - Les zones d'Ankoro et de Nyunzu ont en place un système de recherche active des cas de PFA et prennent l'occasion des AVS, des visites aux hôpitaux, des stratégies avancées de faire cette recherche.
- **Points faibles :**
 - Le système de surveillance à Nyunzu est en place mais tous les éléments ne fonctionnent pas très bien. Pour exemple, le système à l'HGR est pauvre et n'implique pas les services et les personnels clés. La rapportage des sites de notification est incomplète et tardive.
 - Les sites de notification de haute priorité sont les plus proches aux BCZS, pas ceux avec le plus haute risque pour la transmission du PVS ou avec la surveillance faible.
 - Les sites éloignés des BCZS ne sont pas visités régulièrement pour la recherche active.
 - Il y a une nécessité de renforcer la participation des postes de santé, du secteur privé, des communautés, et des tradipraticiens dans le système et ils doivent rapporter aux formations sanitaire régulièrement.

La capacité de détecter une transmission intense est forte dans les ZS d'Ankoro et de Nyunzu, mais il y a toujours un certain risque de manquer une transmission faible. Il faut accroître le réseau de surveillance vers les communautés.

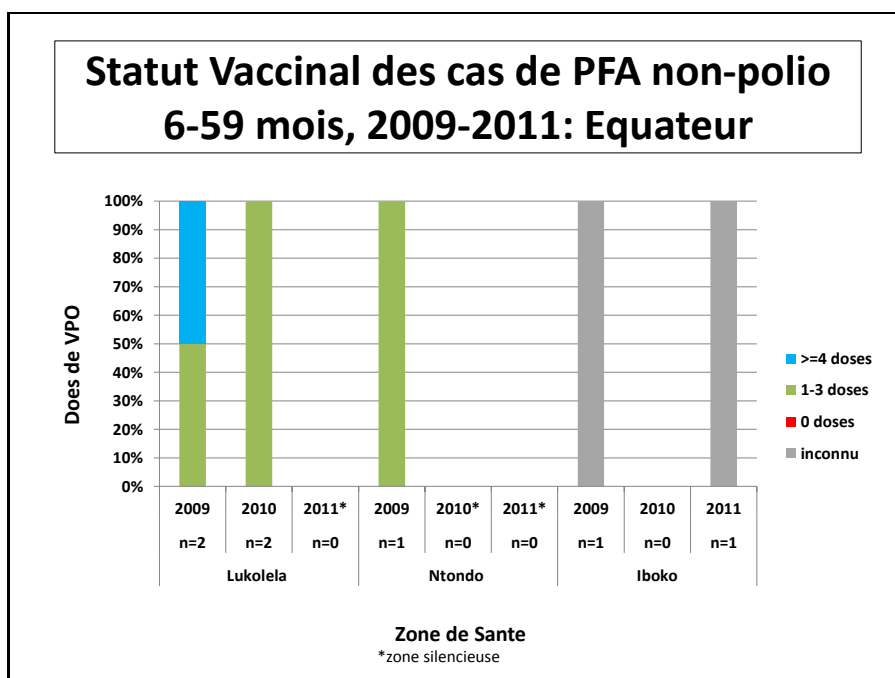
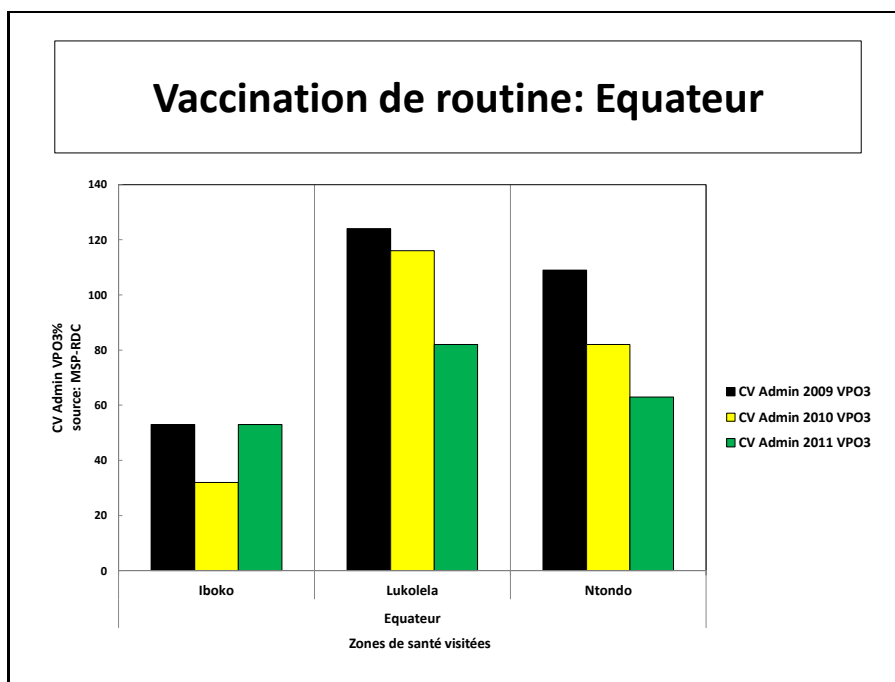
Katanga: Ankoro et Nyunzu, est-ce que la dernière chaîne de transmission a été interrompue?

- **Points forts:**
 - 5 AVS ont été conduites à Ankoro et à Nyunzu depuis le début de la paralysie des derniers cas de PVS en 2011.
- **Points faibles:**
 - L'immunité de la population reste basse (Ankoro et Nyunzu).
 - A Nyunzu, les données de monitoring indépendant des AVS de novembre et de décembre 2011 et de mai 2012 montrent les pourcentages des enfants non-vaccinés de >35% (dans le ménage et hors ménage), une performance beaucoup plus faibles que les autres ZS.
 - La surveillance active semble être très faible dans les régions le plus éloigné des BCZS (Ankoro et Nyunzu).
 - Le système de surveillance à Nyunzu a des faiblesses importants.
 - Il y avait un cas compatible notifiée à Nyunzu en aout 2010. C'est possible que l'épidémie a commence plus tôt que précédemment pensé et n'a pas été détecté.
 - Dans 1 FS à Ankoro, l'équipe de la revue a trouvé des cas de PFA non-notifiés dans les registres.
 - En outre, il y avait seulement 6 mois depuis les dernières cas de PVS, pas assez des temps pour s'assurer une absence de transmission.

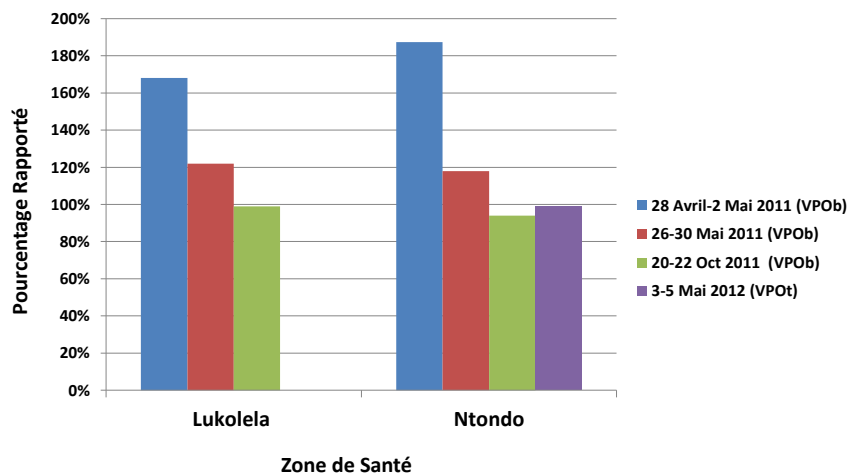
L'équipe ne peut pas attester avec certitude que la chaîne de transmission de PVS qui a prévalu en 2011, à Ankoro et à Nyunzu, a été interrompue.



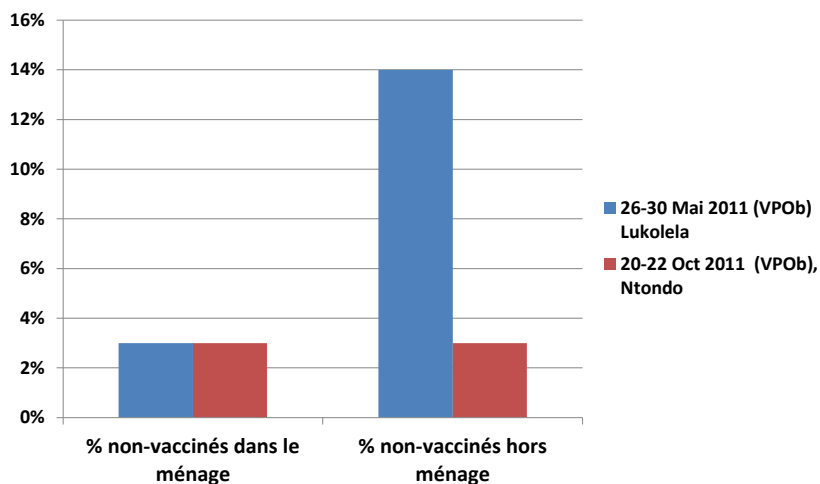
L'Immunité de la Population



Couverture administrative des AVS, 2011-2012: Equateur



Analyse des données de monitoring indépendant, % enfants non-vaccinés : Equateur, AVS 2011-2012



Revue Rapide de la Surveillance de PFA

Réseau de surveillance: Equateur

BCZS (n=3)

- 2/3 ont une liste priorisée des sites de notification existantes
 - La priorisation a été faite selon la proximité au BCZS, pas selon le plus haute risque pour la transmission du PVS et pas selon la surveillance de PFA faible.
- 0/3 inclue les tradipraticiens
- 0/3 inclue la secteur privé
- 1/3 ont dit qu'il y a des tradipraticiens ou structures sanitaires doivent être dans le réseau

Réseau de surveillance: Equateur

BCZS (n=3)

- Dans 3/3 ZS, géographiquement, toutes les ZS sont couvertes par les AS mais il y a des AS qui ne fonctionnent pas
 - ZS Lukolela a des habitants qui doivent marcher à pied 29 km à la poste de santé la plus proche
 - Plus de 60 ilots dans le fleuve Congo avec des populations très mobiles
 - Ntondo a plusieurs ZS avec accès difficile, accessible uniquement par pirogue ou à pieds
 - Iboko a marécages difficile à traverser avec un moto

Réseau de surveillance: Equateur

BCZS (n=3)

- 3/3 BCZS ont un système est en place pour le rapportage hebdomadaire des sites de notification au BCZS
 - Lukolela reçoit des rapport de 8-9/13 sites de notification régulièrement, mais pas chaque semaine
 - Iboko affiche leur liste de site priorisé – 6/16 CS ont transmis leur rapport chaque semaine en 2012

Réseau de surveillance: Equateur

Hôpitaux (n=3)

- 2/3 ont un point focal pour la surveillance
- 3/3 ont des services impliqués dans la surveillance
 - Peu de personnel ont jamais suivi une formation formelle– ils reçoivent des briefings, par MSF pour le cholera et autres maladies infectieuses
- 3/3 ont une système de notification hebdomadaire de surveillance dans l'hôpital
 - 0/3 ont eu des documents indiquant la transmission des rapports au BCZS

Réseau de surveillance: Equateur

CS/AS (n=7)

- 7/7 ont un point focal pour la surveillance
 - Mais le point focal a aussi plusieurs autres responsabilités
- 5/7 soumettent régulièrement les rapports hebdomadaires de surveillance dans l'hôpital
- 0/7 avaient déjà intégré des tradipraticiens dans leur système formel de la surveillance de PFA.
 - 3/7 ont des relation avec les TP – mais les TP n'étaient pas impliqué dans le system
- 7/7 ont rapporté d'avoir des contacts réguliers avec les communautés

Notification/Détection: Equateur

- La définition des cas PFA/rougeole n'était pas toujours maîtrisés au niveau des formation sanitaires (3/10)
- 2/10 formations sanitaires ont eu des cas de PFA non-notifiés dans les registres
 - Cliniciens interrogés ont décidé de ne pas notifier un cas de PFA pour éviter de « faire du bruit »
- 1/3 BCZS ont eu des cas de PFA tardifs (> 14 jours après le début de la paralysie) – seulement 2 ZS ont rapportés des cas
- Retro-information non-reçue au 3/3 BCZS

Recherche active des cas: Equateur

BCZS (n=3)

- 1/3 ZS avait priorisé une liste de sites de notification écrite
 - Absence d'un guide ou plan écrit pour la surveillance
- 0/3 ZS ont contacté tous leurs sites de notification au moins une fois en 2012
 - Absence d'un plan écrit pour les visites de suivi
- 1/3 ZS ont documenté des visites de recherche actif de cas aux sites en 2012
 - Manque de moyen de transport, communication, fonds pour la surveillance
 - Les évaluateurs n'ont pas pu visiter les AS les plus difficile à accéder dans le ZS à cause de contraintes de temps et le météo

Recherche active des cas: Equateur

Hôpitaux (n=3)

- 1/3 hôpital a au moins 1 registre exploité dans le cadre de la recherche active des cas par le BCZS (ex. consultation, pédiatriques, urgences) en 2011/2012.
 - Lukolela a un registre de PFA pour les années 2005-2007
- 1/3 avait des cas de PFA non-notifié dans leurs registres
 - 2 cas dans les registre avec diagnostic de « poliomyélites » et « paralysie »
 - Plusieurs cas de rougeole et MNT non-notifiés
- 1/3 avait des document indiquant transmission de données au BCZS

CS/AS (n=7)

- 0/7 ont rapporté que les BCZS leur rendent visites dans le cadre de la recherche active des cas de PFA

Analyses des données : Equateur

- 0/3 BCZS calculent systématiquement les indicateurs standardisés de la surveillance de PFA
- L'utilisation et les significations des indicateurs standardisés de la surveillance de PFA ne sont pas bien comprises par les personnels des ZS (pas bien compris dans 3/3 BCZS)
- Le personnel des ZS n'ont pas suivi une formation formelle dans les analyses des données de la surveillance de PFA (pas suivi une formation dans 3/3 BCZS)
- 0/3 BCZS ont la cartographie montrant des cas de PFA ou de PVS de 2011 ou 2012.

Ressources: Equateur

BCZS (n=3)

- 0/3 BCZS ont reçus des ressources financiers pour la recherche actif des cas en 2012
- 3/3 BCZS ont rapportés des déficits en moyens de transport
- 3/3 BCZS ont rapportés des problèmes de communication entre les CS/AS et le BCZS
- 1/3 BCZS ont rapporte des déficits en équipement de chaine de froide parmi les sites de notification les plus éloignés

Formation/Connaissance: Equateur

BCZS

- Les évaluateurs n'ont pas pu discuter avec personnelle de 2/3 ZS dans leur bureau, formation absente

Hôpitaux (HGR)

- 2/9 personnes qui a reçue une formation formelle en surveillance de la PFA dans les 5 dernières années.
- 2/2 connaissent la définition d'un cas de PFA et rougeole

CS/AS

- 2/14 personnes qui a reçues une formation formelle en surveillance de la PFA dans les 5 dernières années.
- 6/7 connaissent la définition d'un cas de PFA et de rougeole
 - Problème avec connaissance de tranche d'âge de polio
 - Personnelle ont décrit des PFA comme complication d'injection

Collection des selles: Equateur

BCZS

- 1/3 bien comprend les procédures du prélèvement et acheminement des selles
- 3/3 ont les kits de collecte des selles disponibles – mais ceux ne sont pas vu par l'équipe

Conclusions

Conclusions						
Province	Zone de Santé (sites visités)	Risque de transmission après une introduction du PVS	Capacité de détecter transmission du PVS dans une circulation faible ou intense		PVS en 2010-2011	Interruption de la dernière chaîne de transmission (2010/2011)
			Faible	Intense		
Equateur	Lukolela	Haut	Non	Oui	-	-
	Ntondo	Haut	Non	Oui	-	-
	Iboko	Haut	Non	Oui	-	-

Equateur: Risque de transmission après une introduction du PVS

- **Points forts :**
 - 3 AVS ont été conduites en 2011
 - 1 AVS en 2012
 - Couverture administrative supérieur à 90% sauf dans la ZS de Iboko pendant la AVS de 26-30 mai 2011

- **Point faibles :**
 - Les ZS visitées n'ont pas bénéficié des plusieurs AVS comme les autres provinces. La vaccination de routine avec VPO3 est moins de 60% en Iboko en 2009-2011
 - La couverture de VPO3 a diminué de plus de 100 % en 2009 à moins de 80% en 2011 à Ntondo
 - Les population spéciales (pêcheurs, pygmées) qui habitent dans les îlots du fleuve et les forêts sont difficile à intégrer dans le système de vaccination et surveillance

L'immunité de la population reste insuffisante et le risque de transmission après une introduction de PVS reste élevé dans les trois ZS visités

Equateur : Capacité de détecter la transmission

- **Points forts :**
 - Un système de surveillance est en place avec les formations sanitaires impliqués
 - Présence d'une équipe et Chef du Bureau 4/DPS d'Equateur motivé
 - Présence de personnel dans les hôpitaux et formation sanitaire motivés
 - La présence d'un consultant du programme de STOP, à Mbandaka, auparavant
- **Points faibles :**
 - Les aires de santé avec accès difficile et l'absence de moyen de transport indiquent que la recherche active des cas de PFA n'est pas possible régulièrement
 - 2 cas avec signes évoquant un PFA a été découverts par l'équipe de l'évaluation
 - Présence des cas de rougeole, TMN dans les registres dans l'hôpital qui n'était pas notifiés
 - La définition des cas n'est pas toujours maîtrisée dans les formations sanitaires plus périphériques

La capacité de détecter une transmission (faible ou intense) reste faible dans la ZS

Conclusions Générales

Conclusions						
Province	Zone de Santé (sites visités)	Risque de transmission après une introduction du PVS	Capacité de détecter transmission du PVS dans une circulation faible ou intense		PVS en 2010-2011	Interruption de la dernière chaîne de transmission (2010/2011)
			Faible	Intense		
Bandundu	Popokabaka	Intermediaire	Oui	Oui	Oui	Oui
	Kasongolunda	Haut	Non	Oui	-	-
	Boko	Haut	Non	Non	-	-
Bas-Congo	Kimvula	Bas	Oui	Oui	Oui	Oui
	Ngidinga	Intermediaire/ Bas	Non	Oui	-	-
Katanga	Kalemie	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Nyemba	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Nyunzu	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
	Ankoro	Haut	Non	Oui	Oui	Inconnu
Equateur	Lukolela	Haut	Non	Oui	-	-
	Ntondo	Haut	Non	Oui	-	-
	Iboko	Haut	Non	Oui	-	-

Conclusions Finales

- Malgré les nombreuses AVS conduites l'immunité de la population reste insuffisante
- Présence des ZS peu performantes en surveillance contribue à l'incertitude concernant la circulation du PVS à présent
- Surveillance n'est pas une activité de haute priorité dans plusieurs ZS
- Ressources inadéquates empêchent le fonctionnement et l'efficacité de la surveillance
 - Financement, transport, communication

Recommandations

Recommandations

- Insister sur la systématisation de la surveillance à tous niveaux afin d'améliorer la performance du système
 - Diffuser et mettre en œuvre le guide opérationnelle de surveillance ainsi que les fiches techniques avec une formation ciblée à tous les niveaux le plus vite possible
 - Effectuer la recherche active et visites de supervision formative selon la planification et priorisation de tous les sites de notification. Assurer un bon mécanisme de vérification des visites (comme observé aux ZS visitées au Bandundu)
 - Intégration officielle et active des communautés, du secteur privé, des tradipraticiens, des hôpitaux secondaires et des populations spéciales dans le réseau de surveillance
 - Conduire des évaluations de surveillance de PFA dans les provinces de Maniema et Orientale selon les recommandations de la revue documentaire de la surveillance (février 2012)

Recommandations

- Développer un système d'archivage
 - Utiliser le retro-information écrit qui sert à documenter à long terme les activités
 - Créer un mécanisme qui puisse bénéficier le nouveau personnel
- Assurer la disponibilité des ressources au niveau opérationnel
 - Les fonds pour les activités de surveillance de PFA : la recherche active des cas de PFA, les investigations des cas de PFA, la collecte et l'acheminement des échantillons de selles, les examens de suivi à 60 jours, et les moyennes de transport et de communication

Recommandations

- Mettre en œuvre le plan de renforcement de la chaîne de froide, logistique (UNICEF, 2011)
- Selon la résolution de l'AMS (2006), les AVS de haute qualité doivent être conduites et les plans spécifiques pour chaque épidémie doivent être élaborés
- L'urgence de l'IEP doit se sentir à tous les niveaux selon la résolution de l'AMS (2012) qui déclare la polio « une urgence globale de santé publique »

Limitations

Limitations

- Les évaluateurs n'ont rendu visite qu'à 12 ZS dans le pays et les constats ne soient pas nécessairement applicable aux toutes les ZS
- Insuffisance du temps pour une évaluation plus compréhensive couvrant plus de provinces, plus de ZS, et les aires de sante avec accès difficile

Remerciements

- Les provinces du Katanga, du Bas Congo, du Bandundu, et de l'Equateur
- Le district de Tanganika
- Les ZS: Kalemie, Nyemba, Nyunzu, Ankoro, Kimvula, Ngidinga, Popokabaka, Boko, Kasongolunda, Lukolela, Ntondo, Iboko
- Les AS qui ont participé à cette mission
- OMS-AFRO, OMS-IST Centrale, OMS-RDC Kinshasa et les sous-bureaux de l'OMS