

Organisation mondiale de la Santé

**GROUPE TECHNIQUE CONSULTATIF POUR  
L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE  
DANS LE BASSIN DU LAC TCHAD**

Rapport de la première réunion du Groupe technique consultatif pour  
l'éradication de la poliomyélite dans le bassin du lac Tchad

---

22-23 novembre 2017

N'Djamena, Tchad

---

## Table des matières

Liste des acronymes.....	3
<b>I. Résumé d'orientation</b> .....	4
<b>II. Preamble</b> .....	5
<b>III. Constats et conclusions</b> .....	7
1. Constats et conclusions générales.....	7
2. Conclusions spécifiques aux objectifs de la réunion .....	8
<b>IV. Recommandations</b> .....	10
1. Coordination par la Task Team du bassin du lac Tchad.....	10
3. Recommandations transversales pour tous les pays du bassin du lac Tchad .....	12
4. Recommandations par pays .....	15
Annexe 1 : Liste des participants .....	
Annexe 2 : Rapports de synthèse des pays.....	

## Liste des acronymes

AVADAR	Détection « auto-visuelle » et notification de la PFA
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PFA	Paralysie flasque aiguë
PVCD	Poliovirus circulant dérivé
PVD	Poliovirus dérivé
PVS	Poliovirus sauvage
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm2	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
C4D	Communication pour le Développement
SBC	Surveillance à Base Communautaire
TTCLT	Task Team de la Coordination du Lac Tchad
LGA	Zone de gouvernement local (unité administrative au niveau du district au Nigeria)
LQAs	Enquête d'évaluation de la qualité du lot
OBRA	Évaluation de la réponse à une flambée
RI	Vaccination de Routine
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaire
SOP	Procédure d'Opération Standard
GTC	Groupe Technique Consultatif
GEGE	Groupe d'éradication et de gestion des épidémies de l'IMEP

## I. Résumé d'orientation

Après près de deux années sans détecter de virus de la poliomyélite au Nigéria, l'on a à nouveau identifié le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans l'État du Borno en 2016 (quatre cas, date d'apparition la plus récente : 21 août 2016) ; le poliovirus circulant dérivé de type 2 (PVCD2) a également été signalé en mars et en novembre 2016 dans les États du Borno et de Sokoto, respectivement.

D'intenses activités de riposte aux flambées épidémiques, y compris des mesures visant à combler les principales lacunes de la qualité de la surveillance et de la vaccination, ont été organisées au Nigéria, ainsi que dans trois autres pays riverains du lac Tchad (Niger, Tchad, Cameroun) et en République centrafricaine.

Le Groupe technique consultatif pour l'éradication de la poliomyélite dans le bassin du lac Tchad a été créé afin d'orienter la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite dans la sous-région et de prodiguer des conseils techniques aux cinq pays du bassin du lac Tchad. Ce groupe s'est réuni pour la première fois les 22 et 23 novembre 2017 à N'Djamena (Tchad).

Selon le Groupe, les principaux défis qui restent à relever au Nigéria sont le manque d'accès et, par conséquent, l'incapacité à mettre en œuvre une vaccination et une surveillance de grande qualité dans de nombreuses localités de l'État du Borno et dans des localités voisines d'autres pays du bassin du lac Tchad, y compris dans les îles du lac Tchad.

Le Groupe technique consultatif a approuvé la principale conclusion du deuxième cycle d'évaluations de la riposte à l'épidémie récemment organisé dans les pays du bassin du lac Tchad, à savoir que l'on ne peut pas encore exclure avec certitude la persistance de la circulation non détectée du poliovirus dans l'ensemble de la sous-région du lac Tchad.

Le Groupe a noté que l'on trouvait encore dans certaines formations sanitaires des flacons de VPOt et de VPOm2 qui, s'ils étaient utilisés, pourraient faciliter l'émergence du poliovirus circulant dérivé de type 2 dans un environnement à très forte sensibilité à l'infection par le poliovirus.

Le Groupe est préoccupé par le manque persistant de plans et autres stratégies de communication fondés sur des données factuelles, en particulier pour les populations spéciales et difficiles d'accès.

Le Groupe a également noté que, sous la direction de la Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad, tous les pays du bassin du lac Tchad mettent en œuvre des mesures supplémentaires pour accroître la sensibilité de la surveillance, par exemple moyennant l'intensification de la surveillance environnementale et le dépistage des personnes en bonne santé (y compris les adultes) à leur sortie des zones inaccessibles, et pour améliorer la surveillance communautaire.

En plus des activités de vaccination supplémentaires, des mesures spéciales sont appliquées pour renforcer l'immunité contre la poliomyélite, notamment la création de postes de vaccination permanents aux principaux points de passage vers les zones inaccessibles, l'organisation rapide de campagnes de vaccination de ratissage lorsque des occasions se présentent et l'amélioration des stratégies de communication afin d'atteindre les populations spéciales et à haut risque.

Malgré les progrès accomplis, les principales préoccupations du Groupe technique consultatif étaient le déficit chronique de la qualité de la surveillance au niveau infranational, les niveaux d'immunité encore insuffisants parmi les populations des zones à haut risque, la persistance du transfert tardif des fonds et la pénurie de financement national pour les interventions contre la poliomyélite. Le Groupe a relevé que, dans l'ensemble, l'engagement des gouvernements dans la

riposte contre la poliomyélite reste insuffisant et que le sentiment de l'urgence de cette riposte est inexistant dans tous les pays du bassin du lac Tchad.

Le Groupe technique consultatif a formulé les recommandations transversales suivantes :

- La Task Team de la coordination et les équipes de pays du bassin du lac Tchad doivent se focaliser davantage sur l'amélioration des activités relatives à la poliomyélite dans les 48 districts les plus à risque identifiés ;
- Chaque pays du bassin du lac Tchad doit accorder la plus haute priorité à l'atteinte de ses îles au niveau du lac Tchad et au lancement d'activités d'éradication de la poliomyélite sur ces îles ;
- Tous les pays du bassin du lac Tchad doivent accorder la priorité à la mise en œuvre des points d'action convenus en ce qui concerne la coordination transfrontalière des activités d'éradication de la poliomyélite ;
- Chacun des pays du bassin du lac Tchad doit adopter les recommandations qui lui ont été spécifiquement adressées en matière de communication et de mobilisation sociale par les équipes ayant récemment effectué le deuxième cycle d'évaluation de la riposte aux épidémies ;
- Les pays du bassin du lac Tchad doivent adopter un programme d'activités de vaccination supplémentaires pour l'année 2018, tel que proposé par le calendrier des activités de vaccination supplémentaires établi par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ;
- L'IMEP devrait entreprendre un plaidoyer direct auprès des responsables au plus haut niveau des pays du bassin du lac Tchad (à savoir les ministres de la Santé et les chefs d'État) afin d'obtenir l'engagement politique nécessaire à l'application du programme à tous les niveaux.

## II. Préambule

Après près de deux années sans détecter le moindre cas de circulation du virus de la poliomyélite au Nigéria, le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) a de nouveau été notifié dans l'État du Borno en 2016 (quatre cas, la date d'apparition la plus récente étant le 21 août 2016) ; le poliovirus circulant dérivé de type 2 (PVCD2) a également été signalé dans les États du Borno et de Sokoto.

D'intenses activités de riposte aux flambées épidémiques, en particulier des mesures visant à combler les principales lacunes de la qualité de la surveillance et de la vaccination, ont été organisées au Nigéria, ainsi que dans trois autres pays riverains du lac Tchad (Niger, Tchad, Cameroun) et en République centrafricaine.

À la suite de la riposte à l'épidémie amorcée en août 2016, une Équipe spéciale de coordination du bassin du lac Tchad a été créée et installée au sein du bureau de l'OMS à N'Djamena (Tchad). Sept activités de vaccination supplémentaire contre le VPOb et deux contre le VPOM2 ont été organisées entre août 2016 et avril 2017.

En avril 2017, un nouveau coordonnateur a été désigné pour le bassin du lac Tchad. L'accent n'était plus mis sur les activités de vaccination supplémentaires, mais plutôt sur les interventions spéciales

susceptibles de renforcer l'immunité et d'améliorer la surveillance, en s'appuyant sur une analyse approfondie des données de la surveillance, des activités de vaccination supplémentaires et d'autres données, en particulier dans les 48 districts les plus à risque des pays du bassin du lac Tchad.

Le Groupe technique consultatif a été créé afin d'examiner la situation de la riposte aux épidémies, d'évaluer l'efficacité de la riposte et de fournir des recommandations afin d'améliorer les interventions, le cas échéant. Les membres du Groupe technique consultatif sont des experts indépendants des domaines de la santé publique, de l'épidémiologie, de la lutte contre les maladies, de la communication et de la gestion des vaccins.

La première réunion du Groupe s'est tenu les 22 et 23 novembre 2017 à N'Djamena (Tchad), sous la présidence du Dr Jean-Marc Olivé. Des représentants du Tchad, de la République centrafricaine, du Cameroun, du Niger et du Nigéria ont pris part aux travaux, ainsi que des membres du personnel de l'OMS, de l'UNICEF, du Rotary et de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Les objectifs de cette première rencontre étaient les suivants :

- 1 Évaluer la sensibilité de la surveillance de la PFA dans les pays du bassin du lac Tchad et formuler des recommandations en vue de renforcer la capacité de détection de la transmission du poliovirus sauvage et du poliovirus dérivé.
- 2 Analyser les informations relatives à la vaccination systématique, aux activités de vaccination supplémentaires et aux activités de renforcement de l'immunité afin d'évaluer le niveau d'immunité des enfants dans les pays du bassin du lac Tchad et de formuler des recommandations visant à améliorer cette immunité.
- 3 Évaluer les risques d'épidémie suite à l'importation du poliovirus sauvage ou à l'émergence du poliovirus circulant dérivé, tout comme le niveau de préparation à la riposte aux épidémies et les stratégies d'atténuation des risques, puis formuler des recommandations.
- 4 Évaluer les stratégies de communication utilisées par les pays du bassin du lac Tchad et formuler des recommandations pour les améliorer.

### III. Constats et conclusions

#### 1. Constats et conclusions générales

- Le Groupe technique consultatif a examiné les résultats du deuxième cycle d'évaluation de la riposte aux épidémies récemment mené par les pays du bassin du lac Tchad et prend note des principales constatations et conclusions des évaluations de la riposte aux épidémies, qui aideront grandement les pays du bassin du lac Tchad à se concentrer sur les difficultés qui demeurent dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre poliomyélite.
  - Le Groupe technique consultatif approuve tout particulièrement la conclusion essentielle tirée par toutes les équipes chargées de l'évaluation de la riposte aux épidémies, à savoir que les lacunes qui demeurent dans la qualité de la surveillance et des activités de vaccination supplémentaires *ne permettent d'exclure de manière certaine la persistance de la transmission du poliovirus dans aucun des pays du bassin du lac Tchad*, et qu'il subsiste des risques considérables de transmission et de propagation du poliovirus sauvage et de poliovirus circulants dérivés non détectés.

- Le Groupe a trouvé encourageants les efforts consentis par la Task Team de la coordination depuis la mi-2017 pour améliorer la qualité et la coordination des activités de lutte contre la poliomyélite dans la sous-région du bassin du lac Tchad, notamment les nouvelles interventions visant à atteindre les populations à haut risque telles que :
  - la création de postes de vaccination permanents aux principaux points de passage vers les zones inaccessibles ;
  - l'organisation rapide de campagnes de vaccination de ratissage lorsque des occasions se présentent ou lorsque des zones deviennent accessibles ;
  - l'initiative de cartographie par la technologie des systèmes d'information pour améliorer la microplanification préalable aux activités de vaccination supplémentaire, ainsi que les efforts menés pour établir une cartographie et des données de référence concernant les villages et les populations vivant dans les îles du lac Tchad ;
  - l'utilisation de stratégies novatrices pour améliorer l'établissement des rapports ou la surveillance communautaire, telles que le système AVADAR (au Nigéria, au Tchad, au Niger et au Cameroun) ;
  - le renforcement de la surveillance environnementale ;
  - le dépistage des personnes en bonne santé (adultes compris) lorsqu'elles sortent des zones inaccessibles ; et
  - le renforcement des progrès accomplis dans l'utilisation de nouveaux outils et stratégies de communication pour atteindre les populations spéciales et à haut risque.
- Malgré les progrès accomplis, le Groupe technique consultatif demeure gravement préoccupé par :
  - le manque d'un sentiment d'urgence de la part des responsables sanitaires et politiques de tous les pays du bassin du lac Tchad par rapport aux activités relatives à la poliomyélite, y compris le manque d'engagement visible et de supervision du gouvernement en ce qui concerne les efforts d'éradication de la poliomyélite ;
  - le fait qu'aucun des pays concernés n'a commencé à mettre en œuvre les activités de vaccination supplémentaires et la surveillance de la PFA sur ses îles du lac Tchad ;
  - les lacunes persistantes dans la qualité de la surveillance au niveau infranational, en raison de l'inaccessibilité des programmes ou de leur faible performance ;
  - les données probantes tirées des évaluations effectuées à la suite des activités de vaccination supplémentaires et le lien établi entre le VPO et des cas de PFA non-poliomyélique, qui montrent que les activités de vaccination supplémentaires et la vaccination systématique ne portent pas encore l'immunité de la population aux niveaux requis ; et
  - la persistance de graves retards dans le transfert des fonds nécessaires au niveau opérationnel, couplée au manque de financement national pour les activités de riposte contre la poliomyélite dans les pays du bassin du lac Tchad.
- Des progrès encourageants ont été accomplis dans la gestion des vaccins pendant les activités de vaccination supplémentaire au VPOm2. Toutefois, plusieurs défis restent à relever dans ce domaine d'activité, notamment :

- des difficultés à notifier les ruptures de stock de vaccins de routine, en particulier dans les districts à haut risque et à accès limité ;
- la disparition d'une certaine quantité de VPOm2 depuis les activités de vaccination supplémentaire, et le fait que l'on trouve encore du VPOt sur le terrain dans quelques pays tel que la République centrafricaine et le Nigéria, près de deux ans après le remplacement du VPOt par le VPOb ; par conséquent, il faut saisir les occasions qui se présentent pour le retrait du VPOt éventuel.

## 2. Conclusions spécifiques aux objectifs de la réunion

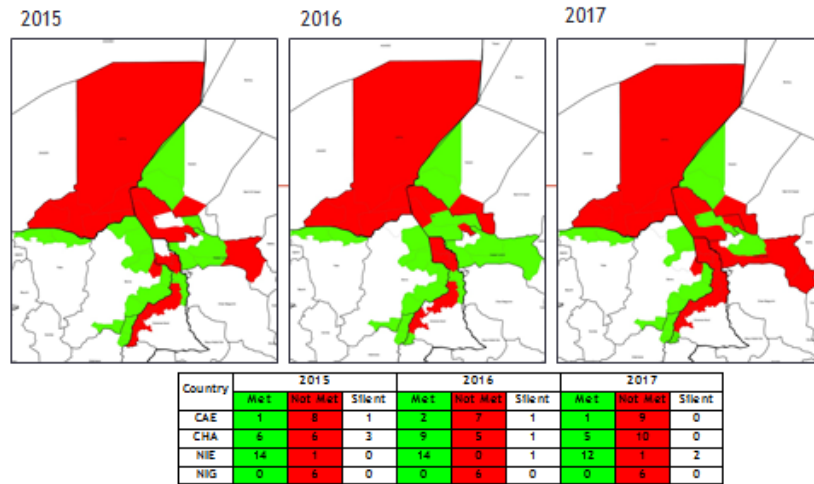
**Objectif 1 :** *examiner la sensibilité de la surveillance de la PFA dans les pays du bassin du lac Tchad et formuler des recommandations pour renforcer la capacité des pays à détecter la transmission du poliovirus sauvage et du poliovirus dérivé.*

- Des efforts ont commencé dans tous les pays afin de mettre en œuvre des stratégies de surveillance dans les zones difficiles d'accès et inaccessibles et auprès des populations à haut risque (à savoir l'utilisation accrue de la surveillance communautaire, notamment grâce au système AVADAR).
- Cependant, bien que les indicateurs de la surveillance globale de la PFA aient été atteints ou dépassés aux plans national et régional ou étatique, de graves lacunes subsistent en matière de surveillance au niveau infranational dans tous les pays du bassin du lac Tchad. Ces lacunes procèdent à la fois de l'inaccessibilité des programmes et de leurs piètres performances.
- La qualité, l'exhaustivité et l'opportunité des visites de surveillance active ne sont pas suffisamment contrôlées ni documentées, notamment en ce qui concerne les zones et les populations à haut risque.
- De nombreuses ONG et organisations à assise communautaire sont actives dans les pays du bassin du lac Tchad, y compris dans les zones difficiles d'accès et les zones de conflit, mais ces groupes ne sont pas encore suffisamment utilisés pour soutenir les activités de vaccination et de surveillance au niveau communautaire.
- Le Groupe technique consultatif est préoccupé par la forte proportion d'échantillons de selles en provenance du Cameroun, du Tchad et du Niger qui parviennent au laboratoire en mauvais état.

**Figure 1 : Les 46 districts du LC ayant atteint les deux indicateurs de surveillance, 2015-2017**



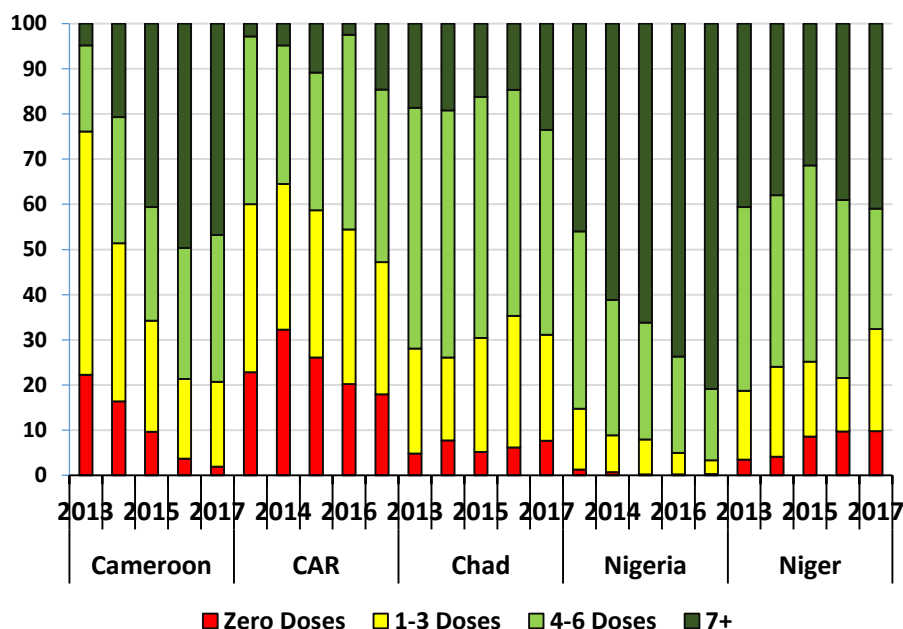
**46 priority districts : Meeting Both Surveillance Indicators**



**Objectif 2 :** analyser les informations relatives à la vaccination systématique, aux activités de vaccination supplémentaire et aux activités de renforcement de l'immunité afin d'estimer et de décrire les niveaux de sensibilité et les lacunes en matière d'immunité chez les enfants des pays du bassin du lac Tchad, et formuler des recommandations pour améliorer l'immunité.

- Tous les pays du bassin du lac Tchad ont commencé à utiliser des approches et des stratégies innovatrices pour cibler et vacciner les populations à haut risque, en particulier dans les zones difficiles d'accès, à accès limité et en conflit.
- Bien que des stratégies spéciales pour l'identification et la vaccination des enfants aient été lancées dans tous les pays du bassin du lac Tchad, ces efforts ont débuté plus tardivement en République centrafricaine et au Niger que dans les autres pays.
- Le Groupe technique consultatif demeure très préoccupé par les données factuelles tirées de l'analyse de statut vaccinal des cas de PFA non PFA non-poliomyélitique.
- Des activités de vaccination supplémentaire synchronisées au VPOb ont été programmées dans tous les cinq pays du bassin du lac Tchad pour les périodes du 2 au 4 mars et du 6 au 8 avril 2018.

**Figure 2 : Statut vaccinal des cas PFA non Polio, 6-59 mois, 2013 -2017 (Semaine 41)**



**Objectif 3 :** *évaluer les risques d'épidémie suite à l'importation du poliovirus sauvage ou à l'émergence du poliovirus circulant dérivé dans les pays du bassin du lac Tchad, le niveau de préparation de ces pays pour la riposte aux épidémies, ainsi que l'état actuel des stratégies d'atténuation des risques, et formuler des recommandations.*

- Le Groupe technique consultatif note qu'il subsiste des risques considérables de transmission et de prolifération du poliovirus sauvage et du poliovirus circulant dérivé non détectés dans tous les pays, comme l'indiquent les constatations et principales conclusions établies par toutes les équipes du deuxième cycle d'évaluation de la riposte aux épidémies à propos des lacunes persistantes dans la qualité de la surveillance et des activités de vaccination supplémentaires.
- En ce qui concerne le niveau de préparation de la riposte aux épidémies, tous les pays du bassin du lac Tchad participent déjà à la riposte aux épidémies. Par conséquent, le Groupe technique consultatif n'a pas effectué d'évaluation spécifique distincte du niveau de préparation à la riposte aux épidémies, en plus de son examen détaillé de l'état des activités de surveillance et de vaccination.

**Objectif 4 :** *évaluer les stratégies de communication et de gestion des vaccins utilisées par les pays du bassin du lac Tchad et proposer des recommandations pour les améliorer.*

- Le Groupe technique consultatif est préoccupé par le manque persistant de plans et de stratégies de communication fondés sur des données factuelles, en particulier pour orienter le travail de communication ciblant les populations spéciales et difficiles d'accès.
- Toutefois, le Groupe technique consultatif reconnaît les ajustements qui ont été apportés aux composantes « communication » et « mobilisation sociale » de la riposte aux épidémies des pays du bassin du lac Tchad et appuie les efforts de la Task Team de la coordination pour fournir des orientations opérationnelles afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des activités de communication et de mobilisation sociale.
- Bien que, dans l'ensemble, des progrès aient été accomplis dans la gestion des vaccins, le Groupe technique consultatif est préoccupé par la non-notification des ruptures de stocks des vaccins destinés à la vaccination systématique, par les informations sur la disparition

d'une quantité de VPOM2 depuis les activités de vaccination supplémentaires, ainsi que par le fait que l'on retrouve encore des flacons de VPOT dans certaines formations sanitaires.

## **IV. Recommandations**

### **1. Task Team de la coordination**

- Pour pouvoir progresser au cours des six prochains mois, la Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad *doit concentrer ses efforts sur les zones les plus à risque identifiées* : 33 districts à haut risque au Cameroun, au Tchad et au Niger, tout comme les régions sanitaires 2 et 3 en République centrafricaine et 15 collectivités locales au Nigéria.
  - Ces efforts doivent s'appuyer sur les données reflétant les performances de la mise en œuvre de la stratégie au niveau administratif le plus bas.
- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad doit d'urgence prêter son concours aux pays du bassin du lac Tchad dans *l'organisation d'activités de vaccination supplémentaires, le plus rapidement possible, dans toutes leurs îles du lac Tchad* ; cela est particulièrement important pour le Tchad, dont les îles au niveau du lac Tchad sont accessibles.
- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad doit effectuer un suivi systématique auprès des pays afin de s'assurer de la mise en œuvre intégrale et rapide *des points d'action relatifs à la coordination transfrontalière* des activités de riposte aux épidémies de poliomyélite qui ont été approuvées par tous les pays du bassin du lac Tchad à la mi-2017.
- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad doit suivre étroitement les progrès des pays dans l'atteinte des étapes principales et le respect des délais convenus pour la Phase III de la riposte aux épidémies dans les pays du bassin du lac Tchad, y compris les téléconférences de coordination bihebdomadaires des pays du bassin du lac Tchad.

### **2. Coordination au niveau de l'IMEP**

- Il convient de rechercher pour les principaux responsables de l'IMEP des possibilités d'entreprendre un plaidoyer direct auprès des plus hauts responsables sanitaires et politiques des pays du bassin du lac Tchad (c'est-à-dire les ministres de la Santé et les chefs d'État), afin de leur rappeler l'urgence de mener des activités de grande qualité contre la poliomyélite.
- Pour s'assurer de ce que toutes les doses restantes de vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOM2) soient détectées et détruites, le Siège de l'OMS doit envoyer une correspondance directe exprimant cette demande à tous les ministres de la Santé des pays du bassin du lac Tchad où le VPOM2 était utilisé.
- Le Siège de l'OMS, en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et les équipes de pays, doit prendre l'attache des sièges mondiaux des entreprises de

courrier rapide impliquées dans le transport de échantillons de selles dans les pays du bassin du lac Tchad afin de discuter et de résoudre avec elles les problèmes qui continuent de se poser lors du transport des échantillons des pays du bassin du lac Tchad vers les laboratoires GPLN.

### 3. Recommandations transversales à l'endroit de tous les pays du bassin du lac Tchad

#### Gestion des effectifs impliqués dans la lutte contre la poliomyélite

- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad doit travailler avec les équipes de pays du bassin du lac Tchad afin de responsabiliser davantage les agents impliqués dans le travail de lutte contre la poliomyélite – tant le personnel national que les consultants de l'IMEP – à tous les niveaux en accélérant le processus d'établissement et d'utilisation du « cadre de responsabilisation » approuvé pour la poliomyélite.
- Le Groupe technique consultatif recommande à la Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad de rechercher, en étroite collaboration avec les équipes de pays, les voies et moyens de mieux utiliser le personnel des ONG et des autres organismes pour appuyer la surveillance et les activités de vaccination supplémentaire au niveau communautaire, en particulier dans les zones touchées par les conflits et à haut risque.

#### Surveillance et laboratoire

- Tous les pays doivent identifier et combler les lacunes relatives à la qualité de la surveillance au niveau infranational, en se fondant sur une analyse et un suivi réguliers des indicateurs de la qualité de la surveillance à tous les niveaux administratifs.
- Les pays du bassin du lac Tchad doivent accorder plus d'attention à la surveillance active dans les établissements de santé prioritaires, en particulier pour améliorer la surveillance systématique de la qualité et de la régularité des visites de surveillance active et pour notifier mensuellement les données de surveillance active à la Task Team de coordination du bassin du lac Tchad et au Groupe technique consultatif.
- Les points focaux de la surveillance de la PFA, en particulier ceux qui participent aux visites de surveillance active ou qui travaillent dans ou à proximité des zones difficiles d'accès et où la sécurité n'est pas assurée, doivent bénéficier d'une formation et d'une supervision suffisantes et régulières.
- Le Groupe technique consultatif réaffirme la nécessité de valider au moins 80 % de tous les cas déclarés de PFA (conformément aux lignes directrices du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique) et de veiller à ce qu'une enquête approfondie soit menée pour tous les cas de PFA déclarés « zéro dose » (c'est-à-dire n'ayant jamais reçu de VPO).
- Des contenants appropriés et en quantité suffisante pour le prélèvement des échantillons de selles doivent être disponibles dans les pays ou sur le terrain.

- Au regard du taux relativement faible d'isolement de l'entérovirus non poliomyélitique dans certains pays, une enquête doit être menée pour en connaître les raisons possibles, notamment pour vérifier l'intégrité de la « chaîne du froid inverse » (prélèvement d'échantillons + transport jusqu'à l'arrivée au laboratoire), ainsi que les conditions du prélèvement des échantillons (échantillonnage environnemental).
  - Des mesures doivent être prises pour corriger tous les problèmes identifiés, sur la base des conclusions de l'enquête.

### Activités de vaccination supplémentaires et vaccination systématique

- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad doit travailler en étroite collaboration avec les pays du bassin du lac Tchad afin de s'assurer que les réunions d'évaluation se tiennent à temps après chaque activité de vaccination supplémentaire et que les conclusions de ces réunions sont utilisées pour orienter les interventions afin d'améliorer les cycles ultérieurs des activités de vaccination supplémentaire.
- Les équipes de lutte contre la poliomyélite dans les pays du bassin du lac Tchad doivent veiller à ce que chaque *enquête d'évaluation de la qualité des lots infructueuse* soit suivie d'une intervention ou d'un ratissage approprié dans la zone insuffisamment vaccinée, et que ces mesures soient bien documentées.
- Le Groupe technique consultatif approuve le programme des activités de vaccination supplémentaire dans les pays du bassin du lac Tchad pour l'année 2018, tel que proposé par le groupe chargé de la gestion activités d'éradication et de riposte aux épidémies (EOMG) de l'IMEP dans son calendrier mondial d'activités de vaccination supplémentaires, avec quelques modifications pour le Nigéria (voir la figure ci-dessous).

EOMG Approved SIA Calendar 2018												
	2018											
Region / Country	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
<b>Nigeria</b>	45%		7%	100%	93%					56%	15%	
<b>Cameroon</b>			100%	50%						7%		
<b>Chad</b>			100%	50%						29%		
<b>Central African Republic</b>			50%	50%						50%		
<b>Niger</b>			100%	50%						4%		

TAG endorses synchronised SIA:

Dates: March 2-4/5, April: 6-8/9

Nigeria: March 7% to cover 3 states (Borno, Yobe and Adamawa). May 93% instead of 100% (7% shifted to March)

### Gestion des vaccins et chaîne du froid

- Des mises à jour sur la performance de la gestion des vaccins doivent être incluses dans tous les rapports, tableaux d'évaluation et exposés portant sur la riposte aux épidémies de poliomyélite dans les pays du bassin du lac Tchad, ainsi que dans les rapports d'évaluation de la riposte aux épidémies.
- Toutes les activités de supervision de la vaccination systématique doivent inclure la recherche des doses de VPOM2 et de VPOT restantes.
- La continuité de l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques pour la vaccination systématique (VPOb, VPI) doit être bien surveillée pour permettre la détection rapide des ruptures de stocks de vaccins et pour y faire face, c'est-à-dire adapter les plans de distribution des vaccins en conséquence.
- Les équipes de pays doivent accorder la priorité à la surveillance du matériel de la chaîne du froid, en particulier dans les districts à haut risque, et allouer du nouveau matériel et procéder à l'entretien si nécessaire.

### Communication et mobilisation sociale

- Le Groupe technique consultatif soutient les recommandations spécifiques aux pays à propos de la communication et de la mobilisation sociale adressées par les équipes ayant effectué le deuxième cycle d'évaluation de la riposte aux épidémies.
- Le Groupe technique consultatif est préoccupé par l'insuffisance du financement consacré aux composantes « communication » et « mobilisation sociale » de la riposte aux flambées épidémiques dans les pays du bassin du lac Tchad et exhorte les gouvernements et les partenaires à mobiliser des fonds supplémentaires pour ces activités.
- Les équipes de pays doivent mettre à jour les plans de communication des districts et des quartiers et ajuster les interventions de communication et de mobilisation sociale en utilisant « l'outil d'évaluation à trois questions pour la cartographie sociale ». Des plans doivent être utilisés pour adapter les stratégies aux populations à haut risque et s'attaquer aux principales raisons pour lesquelles des enfants échappent à la vaccination. Particulièrement pour ces populations à haut risque, les plans et les stratégies doivent être fondés sur des données factuelles pour permettre le suivi de l'impact et l'ajustement rapide des stratégies.
- Des informations opportunes sur la communication et la mobilisation sociale doivent être fournies pour les rapports de situation des pays et de la Task Team de la coordination, ainsi que d'autres modèles de rapports, avec des données de communication désagrégées pour les populations normales et spéciales, entre les activités de vaccination supplémentaire et selon les profils d'accessibilité : zones accessibles, semi-accessibles et inaccessibles.

- La Task Team de la coordination du bassin du lac Tchad et les équipes du Bureau de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale doivent :
  - examiner les rapports de situation des pays et de la Task Team de la coordination et d'autres rapports pertinents afin de s'assurer que les interventions de communication et de mobilisation sociale sont correctement intégrées dans les plans nationaux de riposte aux épidémies ;
  - veiller à ce que de petites équipes (ministère de la Santé, partenaires de l'IMEP, ONG) compétentes dans l'utilisation du plan de communication intégré et des outils d'évaluation soient disponibles dans tous les pays du bassin du lac Tchad pour guider les composantes du changement comportemental et social des plans infranationaux ou des micro-plans.

#### 4. Recommandations par pays

##### Cameroun

- Les raisons de la détection tardive des cas de PFA doivent être corrigées par un suivi accru de la surveillance active et une meilleure surveillance communautaire (AVADAR).
  - Les lacunes observées en ce qui concerne la qualité de la surveillance dans les districts à haut risque restent préoccupantes et doivent être comblées et faire l'objet d'un suivi.
- Les raisons des retards dans le transport des échantillons de selles vers le laboratoire doivent être étudiées, corrigées et faire l'objet d'un suivi.

##### République centrafricaine

- La participation des ONG, d'autres organismes et d'organisations de la société civile aux activités de surveillance et de vaccination, en particulier au niveau communautaire, doit être renforcée.
- Des interventions spéciales visant à renforcer l'immunité et à améliorer la surveillance doivent être mises en œuvre, en particulier dans les régions sanitaires 2 et 3 au nord-ouest du pays.

##### Tchad

- Considérant que toutes ses nombreuses îles du lac Tchad sont physiquement accessibles, le Tchad doit initier d'urgence la mise en œuvre des activités de vaccination et de surveillance de la poliomyélite dans ces îles.
- Les interventions de vaccination spéciales efficaces dans les 11 districts prioritaires du Tchad doivent être poursuivies et améliorées.
- L'amélioration de la surveillance communautaire par l'utilisation du système AVADAR, et par la surveillance électronique, devrait être étendue à tous les districts prioritaires du Tchad.
- La surveillance environnementale doit être étendue.

## Niger

- Le Groupe technique consultatif invite l'IMEP à apporter son concours à l'équipe de lutte contre la poliomyélite du Niger pour qu'elle puisse entreprendre un plaidoyer interne auprès du gouvernement pour pouvoir accéder aux îles nigériennes du lac Tchad et y engager des activités de surveillance et de vaccination.
- À mesure que les populations retournent sur les îles nigériennes du lac Tchad, tous les enfants de retour appartenant au groupe d'âge cible doivent être systématiquement recevoir le VPO et d'autres antigènes.
- Les défis connus de la surveillance environnementale doivent être résolus, en particulier en assurant un échantillonnage régulier tel que prévu.
- Tous les cas de PFA en attente d'une classification définitive doivent être classés d'urgence.

## Nigéria

- Tous les efforts doivent être faits pour améliorer davantage l'accès des équipes de lutte contre la poliomyélite aux populations piégées dans l'État du Borno.
- Le Nigeria doit étendre d'urgence le programme de lutte contre la poliomyélite pour lancer des activités de vaccination et de surveillance sur ses 178 îles du lac Tchad.

### Prochaine réunion du Groupe technique consultatif

La date du 10 juin 2018 (à confirmer) est proposée pour la tenue de la prochaine réunion du Groupe technique consultatif pour l'éradication de la poliomyélite dans le bassin du lac Tchad. Le Groupe tiendra également une réunion par téléconférence le 15 mars.



## **Annexe 1 – Liste des Participants**

### **Liste des Participants**

#### **Membres du GTC**

Jean-Marc OLIVÉ, Chairman  
Oyewale TOMORI, Membre du GTC  
Erma MANONCOURT, Membre du GTC  
Olusegun BABANIYI, Membre du GTC

Dominique Kondji KONDJI, Membre du GTC  
Rudi TANGERMANN, Membre du GTC  
Zakaria MAIGA, Membre du GTC  
Abdoulaye Oumar DJIGO, Membre du GTC

#### **Représentants des Partenaires**

Michael Galway, BMGF  
Foundation  
MSPsin Saeed KHAN, eHealth Africa  
Marie Irène RICHMOND AHOUA, Rotary

Alhaji-Ahmed- IYA, Fondation Dangote

#### **Task Team du LT**

Samuel OKIROR, LCTT / Tchad  
Benoit NTEZAYABO, LCTT / Tchad  
Khalid ABDELRAHIM, LCTT / Tchad  
Narcisse De MEDEIROS, LCTT / Tchad

Melinda MAILHOT, LCTT / Tchad  
Myk MWANZA, LCTT / Tchad  
Alimou TRAORE, LCTT / Tchad  
Twite MULUNDA, LCTT / Tchad

Fabien DIOMANDE, LCTT / Tchad  
Tchad  
Kouassi AMADOU, LCTT / Tchad  
Mamadou DIALLO, LCTT / Tchad

#### **OMS / HQ**

Rosamund LEWIS, OMS / HQ  
Karim Djibaoui, OMS / HQ

#### **OMS / AFRO**

Pascal MKANDA, OMS / AFRO  
Aïcha DIAKITE MANOUAN, OMS / IST WEST  
Centre Modjirom NDOUTABE, OMS / IST WEST  
Ado Mpia BWAKA, OMS / IST WEST

#### **UNICEF**

Jennifer MANN, UNICEF / HQ  
Halima DAO, UNICEF / WRCAO  
Gaël DU CHATELLIER, UNICEF / WRCAO

#### **Cameroun**

Marlise DONT SOP, OMS / Cameroun  
Jean Christian KOUONTCHOU, OMS / Cameroun  
Thérèse NKOA, MSP / Cameroun

#### **République Centrafricaine**

Danladi Ibrahim NASSOURY, OMS / RCA  
Roch OUAMBITA MABO, MSP / RCA  
Séverin Gervais NDJAPOU, MSP / RCA  
Abdoul Gadiry FADIGA, UNICEF / RCA

#### **Tchad**

Mahamat ABDOULAYE  
Kamso TCHAKOUNTE  
Ngadjadoum MBAINAISSEM  
Mamoudou THIERO  
Mbaihol TAMADJI  
Bintou KONATE  
Abdoulaye SESSOUMA  
Chris NGWA, UNICEF/Tchad  
Bruno BINDELE, UNICEF/Tchad  
Yankalbé PABOUNG, CNC/Tchad  
Luzitu SIMAO, Consultant /OMS Tchad

#### **Niger**

Abdoulaye YAM, OMS / Niger  
Arba NOUHOU, MSP / Niger

Mikeyas BEKELE MENGISTU, LCTT /

Ajiri ATAGBAZA, LCTT / Tchad  
Gabriel PATRASCU, LCTT / Tchad

Zainul KHAN, OMS / HQ  
Daniel Tarantola, Consultant, OMS / HQ

Annick DOSSEH, OMS / IST WEST  
Norbert NGENDABANYIKWA, OMS / IST  
Désiré NOLNA, OMS / IST Centre

Ngashi NGONGO, UNICEF / WRCAO  
Bouréma KONATE, UNICEF / WRCAO

Franck BAONGA, MSP / Cameroun  
Rabenarivo BAKOLY, UNICEF / Cameroun  
Elise Awondo NNOMO, UNICEF / Cameroun

Ahmat OUTMAN  
Ahmat DJABAR  
Abdoulaye ANNOUR  
Lucie DENEDOUBA  
Ali ABDERAMAN ABDOULAYE  
Marie Therèse BARANYIKWA  
Clement DJUMO, UNICEF/Tchad  
Sylvain NGARDOUE, UNICEF/Tchad  
Thomas MORBAN, UNICEF/Tchad  
Antoinette VALIAN, Consultant/OMS Tchad

Omar HABIB ABDOUL-MALIK, UNICEF / Niger  
Josué KALAMBO KAMANGO, UNICEF / Niger

Souley Rabi MAITOURNAM, MSP / Niger

## Nigeria

Fiona BRAKA, OMS / Nigeria

Idowu AUDU, OMS / Nigeria

Bamusa BASHIR, OMS / Nigeria

Yusuf ABDULHAKEEM, OMS / Nigeria

Mary MAKETO, UNICEF / Nigeria

Jibrin Idris MANU, UNICEF / Nigeria

Sule MELEH, MSP / Nigeria

Hyelni MSHELIA, MSP / Nigeria

Charles KORIR, MSP / Nigeria

Usman Saidu ADAMU, MSP / Nigeria

MSPammed SOGHAIER, UNICEF / Nigeria

## Rapporteurs

Karim Djibaoui , OMS HQ

Melinda Mailhot, OMS HQ

## OMS SECRETARIAT

Mikeyas Bekele, LCTT / TCHAD

Achouak Majdoul, OMS HQ

## Annexe 2: Summary country reports

### TCHAD

#### 1. Épidémiologie

Le Tchad a connu son dernier cas de PVS en juin 2012 et a été déclaré pays libéré de Polio en juillet 2016. Mais le risque d'importation, de circulation du virus et sa détection tardive reste élevé compte tenu :

- Du taux de couverture vaccinale faible en PEV de routine et les faiblesses de la surveillance dans certaines régions du pays ;
- De la complexité géographique de la région du Lac contiguë à l'Etat de Borno en épidémie depuis juillet 2016
- Des mouvements des populations nomades, des réfugiés et dans les zones transfrontalières
- De la faible immunité vaccinale des populations cibles et des populations à haut risque comme les nomades, les réfugiés, les déplacés internes et dans les zones qui restent difficilement accessibles

#### 2. Activités de riposte à l'épidémie de PVS1 et de PVDVc2

Deux plans d'urgence ont déjà été élaborés depuis la déclaration de l'épidémie au Nigéria dans l'état de Borno. Le plan d'urgence de la phase 1 couvrant la période d'août 2016 à mai 2017 et celui de la phase 2 couvrant la période de Juin à Décembre 2017 conformément aux recommandations de OBRA1 et de la rencontre de Brazzaville ont permis l'organisation de 12 AVS dont 9 locales et 3 nationales réalisées avec le VPOb (1&3) et avec le VPOM2. 11 Districts sanitaires dont les 6 de la région du Lac ayant un risque élevé ont été retenus comme prioritaires.

### **3. Problèmes liés à l'accès et à la sécurité**

Toutes les parties du pays sont accessibles. Néanmoins, il faut signaler la vaccination sous escorte dans 4 zones de responsabilité dont 3 dans le district sanitaire de Liwa frontalier au Niger où l'insécurité persiste et dans une zone de responsabilité semi-insulaire du District sanitaire de Bol. Il faut noter qu'au niveau de la région du Lac l'accès des îles est difficile suite aux obstacles naturels empêchant la navigation selon les périodes (montée ou décrue des eaux, herbes flottantes,...)

### **4. Qualité des activités de vaccination supplémentaires dans les 11 districts prioritaires ; Evaluation des campagnes**

Un dashboard est renseigné à partir de J-21 avant chaque campagne.

Un total de 17 consultants OMS (14 internationaux, 3 nationaux) et 22 C4D UNICEF sont déployés dans les 11 districts prioritaires.

La micro planification faite en septembre 2017 a mis un accent particulier sur l'identification et la planification de toutes les îles, les camps de déplacés, réfugiés, retournés, les points de passages transfrontaliers, les points de transhumance, les polders (champs), les campements de nomades, les marchés hebdomadaires,... Cette micro planification s'est appuyée sur la liste des villages, les listes des groupes nomades et les RCA tes produites par E-Health. Toutes les couvertures administratives étaient au-delà de 95% d'enfants vaccinés. Le monitoring indépendant effectué lors de chaque AVS a montré moins de 4% d'enfants non vaccinés à chaque passage en hors ménages et dans les ménages. Cependant, certains des 11 districts prioritaires et de la Ville de N'Djamena enregistrent une proportion élevée d'enfants non vaccinés à chaque passage. L'enquête LQAS a rejeté à chaque tour au moins un de ces districts. Au cours des campagnes des réunions de coordination sont tenues dans les districts chaque soir avec les équipes cadres de district, les superviseurs des différents niveaux et des moniteurs indépendants. De la même façon la région tient des réunions de coordination générale de la campagne chaque jour.

A la fin de chaque campagne, des réunions d'évaluation sont tenues dans les districts avec les responsables de CS et une évaluation est faite aussi au niveau régional avec tous les districts. Une rencontre de 2 jours regroupant les consultants du niveau périphérique est organisée après chaque passage pour lever les différents goulots d'étranglements.

### **5. Communication**

Pour accroître la mobilisation sociale, les journées locales/nationales de vaccination sont lancées dans toutes les régions avec les gouverneurs.

Des réunions de plaidoyers sont faites aussi bien lors des AVS que lors des réunions des institutions humanitaires.

En ce qui concerne la vaccination de routine, l'Approche Communautaire pour la promotion de la vaccination s'appuyant sur les relais formés pour les causeries éducatives, la communication interpersonnelle est utilisée dans tous les DS prioritaires.

### **6. Interventions dans les groupes de population spéciales**

Afin de renforcer l'immunité dans les populations spéciales, des interventions spéciales de vaccination des enfants de 0-59 mois ont été entreprises avec le VPO :

- vaccination dans tous les marchés hebdomadaires des 11 districts prioritaires
- intégration des activités de vaccination aux activités des partenaires humanitaires lors de la distribution de vivres, de cash, de semence...
- intégration des campements des nomades à la planification de la vaccination de routine
- vaccination mensuelle dans tous les sites de déplacés retournés et réfugiés
- vaccinations dans les points de passage transfrontaliers avec partage des données avec le pays frontaliers concerné

- vaccination mixte (homme/bétail) à Sidjé en collaboration avec les services vétérinaires pour toucher les populations nomades ;
- vaccination mensuelle dans les villages insulaires.

## **7. Surveillance des PFA**

Afin de renforcer la sensibilité de la surveillance des PFA, le prélèvement de 2 cas contacts de PFA a été initié depuis août 2016 (en 2016, sur les 484 cas de PFA notifiés, 35 ont eu 2 cas contacts de PFA prélevé soit 7% et en 2017, sur les 649 cas de PFA notifiés à la semaine 49, 457 ont eu 2 cas contacts de PFA prélevé soit 70%). D'autres sujets sains dans les populations faiblement immunisées et à haut risque comme certains groupes de nomades, des populations insulaires, des retournés, dans les camps de réfugiés, de déplacés et dans les districts silencieux sont prélevés depuis le début des activités spéciales en août 2017 (à la semaine 49, 118 prélèvements ont été fait chez les sujets sains, 17% de NPEV ont été détectés et aucun SLV). La riposte des cas chauds est immédiate ainsi que la validation des cas de PFA.

Les deux indicateurs majeurs de performance de la surveillance des PFA sont restés dans les normes recommandées au cours des 5 dernières années. En effet, le taux de PFA non Polio est resté supérieur à l'objectif de 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans et le taux de selles collectés dans les 14 jours après le début de la paralysie est supérieur à 90% et le taux d'isolement des entérovirus non poliomyélitique est supérieur à la cible de 10%. Cependant quelques districts sont en deçà du niveau optimal.

Des difficultés persistent dans l'acheminement des échantillons au niveau régional et central.

## **8. Vaccination systématique**

Dans l'ensemble les couvertures vaccinales au Tchad sont faibles en 2017 comparativement aux années antérieures. En effet l'enquête de couverture vaccinale effectuée en 2017 montre un taux de couverture vaccinale de 43% pour le VPO 3 dose brute (Carte + histoire). Cette couverture est presque la même que celle de l'enquête de 2012 et de l'EDS-MICS 2015. Les principales causes de cette faiblesse sont :i) la faible couverture en chaîne de froid, ii) l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, iii) l'insuffisance de l'offre de service de vaccination, IV) l'insuffisance d'information des parents et V) l'insuffisance de coordination de la redevabilité. Le renforcement du PEV de routine en vue d'améliorer les couvertures vaccinales nécessite en plus des investissements dans la logistique, le renforcement de capacité de ressources humaines couplée à la supervision, l'amélioration de l'offre et de la demande des services de vaccination, une meilleure implication des hautes autorités pour le renforcement du leadership et de la gouvernance.

## **9. Planification de la transition:**

- Le plan de transition du Tchad sera finalisé au plus tard le 31 décembre. A ce jour l'inventaire des actifs polio a été réalisé, les fonctions essentielles définies, le plan de ressources humaines (actuel et projection jusqu'en 2021) finalisé, qu'il s'agisse de ceux du Gouvernement comme des partenaires, les scénarios ont été validés par le CCIA.
- Un atelier de validation des documents et du plan se tiendra à Bongor du 24 au 28 Novembre et préparera la validation par le CCIA. Ces projections sont partiellement prises en compte dans le Joint Support Program GAVI (JSP) pour les financements futurs de GAVI/RSS/PEV.

## **10. Défis**

- Comment assurer des AVS de qualité dans les 11 districts prioritaires et la grande ville de N'Djamena où des districts sont rejetés à chaque AVS ;
- Comment assurer une bonne gestion de vaccins à tous les niveaux ;
- Comment relever les taux de couvertures vaccinales du PEV de routine en général et à 90% pour le VPO3 et VPI en particulier au moins dans 80% des districts

- Comment rendre disponible des fonds au moins une semaine avant le début des campagnes ;
- Comment conduire les activités dans les zones insulaires et désertiques d'accès difficile pour la surveillance et la routine (coût élevé des interventions)
- Le maintien des indicateurs de performance de la surveillance des PFA au niveau requis ;
- Le maintien du statut de pays libéré de polio

#### **11. Perspectives**

- Poursuivre la mise en œuvre des activités spéciales dans le bassin du Lac Tchad
- Utilisation de la cartographie pour l'atteinte des zones insulaires et des populations nomades
- Renforcement de l'organisation des activités transfrontalières lors des AVS
- Poursuivre les activités de renforcement de la surveillance (recherche active au niveau communautaire, extension de AVADAR dans tous les districts prioritaires en tenant compte des recommandations de OBRA 2, prélèvements des sujets contacts et sains, validation des cas, etc.)
- Renforcer les activités du PEV de routine avec un accent dans les agglomérations urbaines, les zones désertiques, chez les nomades dans les zones insulaires et les IDPs Renforcer les activités de communication pour le PEV de routine et la communication interpersonnelle en faveur des AVS et mettre à profit un partenariat stratégique avec les leaders traditionnels et les principales confessions religieuses

## Nigeria

### Polio Epidemiology:

The last WPV1 case in Nigeria had onset of paralysis on 21 August 2016 in Borno state and the last cVDPV2 case was 26 October 2016 in Sokoto state. Over the past twelve months, 11VDPV2 isolates were isolated from environmental samples (Sokoto – 7, Katsina – 1, Gombe – 2, Bauchi – 1) and one positive isolate from a healthy child in Sokoto state. The positive VDPV2 isolates followed widespread use of mOPV2 across 18 states in response to cVDPV2 outbreaks in Borno and Sokoto in 2016. There are five polio compatible classified cases in 2017 compared with 25 in 2016.

A risk categorization of LGAs across the country using population immunity indicators and other high risk criteria (such as security, population dynamics and local factors) has identified 47 very high risk LGAs and 38 high risk LGAs in the north and south. All LGAs in Borno, Yobe and Sokoto are regarded as special very high risk LGAs.

### SIAs and Efforts to Improve SIA Quality:

During January 2016 to November 2017, the program successfully conducted 22 SIAs, which included four NIDs (two of them used tOPV in February and March 2016), an IPV/bOPV round in Borno in September 2016 and Yobe (4 LGAs) in October 2016, and an IPV/mOPV2 round in Sokoto state in May 2017. mOPV2 campaigns were conducted in 7 states in December 2016 and in 18 states in January 2017.

An improving trend in the quality of rounds has been observed in the high risk states based on LQAs data. However, during October and November 2017, the number of missed children increased in some LGAs due to the recently circulating anti-vaccination rumors that directly affected the campaign implementation and coverage. The proportion of missed children during the SIAs since August 2016 ranges between 0.8% and 3.8% with a peak of missed children noted in August during the rainy season. The main reasons for missed children during SIAs are child absence and noncompliance. The greater proportion of children absent during the visits of vaccination teams were at social events, playgrounds and farms as per independent monitoring data. The program in Nigeria is implementing a wide range of activities in-between rounds to recover missed children during the campaigns, such as house to house visits by volunteer community mobilizers (VCMs) in high risk settlements, vaccination in some social events, rapid response teams and other special interventions to vaccinate populations on the move (across the border, in transit, markets, schools, etc).

Aggressive measures were implemented to address the recent anti-vaccination rumors, which reduced the negative impact on vaccination activities. The Presidential Task Force for Polio Eradication has met twice in 2017. In addition, senior level advocacies to the Military Command in Borno to garner support for accelerated access to inaccessible areas have been conducted in 2017 led by the Federal Government. A revised plan which will accelerate access has been agreed for implemented by June 2018.

The programme has implemented several innovative approaches to further improve the quality of SIAs: 1) revised household-based micro-planning and rationalization of teams was implemented to address the challenges of population denominators in 22 states in 2017 which led to reduction of target population by 29.4%, and will be scaled up in 2018. 2) Increased accountability of vaccinators and supervisors through use of VTS and ODK for tracking, and triangulation of information. 3) Revision of SOPs for enhanced independent monitoring and LQAs.

### **Reaching Inaccessible children:**

Two main interventions have been deployed to expand polio vaccinations to all settlements in Borno and Yobe states based on their accessibility status: for partially accessible areas, Reaching Every Settlement (RES) strategy has been adopted in collaboration with the civilian security groups and the military; while in totally inaccessible areas, Reaching Inaccessible Settlements (RIC) strategy is being done exclusively by the military forces. Through the RIC strategy, 48,673 children have been vaccinated in 2,538 inaccessible settlements in Borno and Yobe in 2017. 16,963 children in 50 settlements in 3 LGAs have been reached through collaboration with the vigilantes in Adamawa in 2017. These efforts have resulted in remarkable increase in access to trapped populations from 40% to 70% between March 2016 and October 2017. Despite this achievement, 167,052 children are estimated to be trapped in Borno, Yobe and Adamawa with two LGAs in Borno being fully inaccessible (Marte and Abadam). In addition, 456 settlements (178 islands and 278 settlements along the shores of Lake Chad basin) have been particularly difficult to reach. These strategies are also being used to search for any AFP cases in inaccessible areas; so far 9 AFP cases have been reported in 2017.

### **Surveillance:**

All states have achieved sustained non polio AFP rate of 3/100,000 and greater over the past 5 years (2013-2017). All LGAs nationally have reported at least one case in 2017 except two LGAs of Borno (Abadam and Marte with estimated populations under 15 years of 68,883 and 88,954 respectively) which are totally inaccessible due to insurgency, have not reported any AFP case in 2017. However, 27% of LGAs nationally have recorded less than 50% of their wards reporting an AFP case in 2017. 51% of wards in Borno have not reported a case in 2017 mainly due to insecurity.

Innovative surveillance approaches have been implemented in Borno such as healthy children stool sampling from children arriving from inaccessible LGAs and mobile populations, environmental sweeps in partially accessible areas, expansion of the community informant network, retroactive case search in partially accessible areas using civilian JTF and AVADAR expansion. Environmental surveillance has progressively been expanded since inception in 2013; currently there are 70 collection sites in 18 states + FCT. Sero-prevalence surveys were conducted among IDP and non IDP populations in Borno in 2017, which indicated 12% increase in type 1 and type 3 immunity compared with 2016, and a decline in type 2 immunity especially among the 6-9 months old age group. The program continues to validate surveillance data through peer review and external validation.

### **Special Interventions:**

The program is implementing different strategies to reach all children missed through SIAs or routine vaccination in selected high risk states in the North East and North West zones. The strategies include vaccination of mobile populations and follow up of missed children in-between rounds. A total of 4,270,379 million have been vaccinated through special interventions by Week 44. Since January 2017, 299,232 children were profiled and immunized in Borno, of OMSm, 14,341 children were from 2 fully inaccessible LGAs (Abadam & Marte). Averages of 40,000 children are vaccinated by VCMs during naming ceremonies every week. Newborns tracking and vaccination through house to house in-between round activities by VCMs also helped to reach missed children in high risk settlements (an



average of 9,500 new births were tracked by VCMs every week). New initiatives to increase coverage by integrating child and livestock vaccinations among nomadic populations in Borno State were kick started in November 2017.

### **Routine Immunization:**

Based on the 2016 National Immunization Coverage Survey (NICs) data, there is clear evidence of low routine immunization which cannot sustain gains made through SIAs. The national average Penta3 coverage was 33%. Based on the results, Nigeria launched an accelerated focus on routine immunization strengthening through declaration of: *A State of Public Health Concern on Routine Immunization* on 17<sup>th</sup> June 2017. The National Emergency Routine Immunization Coordination Centre (NERICC) was inaugurated on July 2017 to coordinate the renewed efforts to rapidly revamp RI performance in the country. State Emergency RI Centers have so far similarly been inaugurated in 11 high priority states: Sokoto, Borno, Kebbi, Nassarawa, Kano, FCT, Kaduna, Bauchi, Yobe, Bayelsa and Osun.

Vaccine accountability is being strengthened through implementation of a comprehensive SOP on vaccine management; retrieval of all used, unused and unusable vials and additional verification of retrieval of all vials (with special focus on type 2 containing vaccines). Attention is being given to accurate forecasting with consideration of needs for special interventions in high risk areas.

An integrated EPI Communication Strategy is in the final stage of development.

### **Challenges:**

Inaccessibility due to insecurity is a major challenge: 167,052 children are estimated to be trapped in inaccessible areas in Borno, Yobe and Adamawa and 178 islands in the Lake Chad basin. Tracking population movement including mobile populations is a critical challenge particularly in North East. Sustaining resilience and political support at all levels, emerging anti vaccination rumors linked to the monkey pox outbreak, and funding uncertainties in 2018 in view of global ramp down in resources are additional challenges faced by the Nigeria program.

### **Way Forward:**

The program will continue to collaborate with the military to accelerate the RIC strategy to reach the remaining inaccessible settlements and islands by June 2018. Special interventions will continue to supplement the efforts of the military to reach high risk populations, involving other partners such as FAO, WFP, IOM and ICRC to reach special groups. Increasing the sensitivity of surveillance through expansion of the network, scale up of innovations and quality assurance of data; sustaining and tracking political commitment at all levels; and implementing the Routine Immunization improvement plan with focus on 18 priority states and data quality remain key priorities.

## Niger

Le Niger a une superficie 1.266.491 km<sup>2</sup>, une population estimée à 20.651.070 habitants (RPGH 2012) avec une population de moins de 15 ans de 10.666.250 et une population de moins de 5 ans de 6.402.769. Avec une couverture sanitaire de 48.3%, le pays compte 8 régions sanitaires, 72 districts et 967 centres de santé intégrés où les services de vaccinations sont offerts.

La situation sécuritaire reste préoccupante dans la région de Diffa (frontalière avec le Nigéria) et au Nord-ouest des régions de Tahoua et de Tillabéri (frontalières avec le Mali et l'Algérie). Cette situation sécuritaire a amené le gouvernement à décréter l'Etat d'urgence depuis fin 2015 dans la région de Diffa et à partir de 2016 dans certaines localités du Nord-Ouest des régions de Tahoua et Tillabéri avec interdiction d'utilisation des motos pour tout type d'activités. Dans la région de Diffa, sur les 1604 villages avec une population de 68567 des enfants de moins de 5 ans, en raison de l'insécurité, 258 villages avec une population de 8170 des enfants de moins de 5 ans sont partiellement accessibles.

Le Niger n'a plus enregistré de cas de Poliovirus sauvage depuis Novembre 2012 et de cas de PVDV depuis juillet 2013. Avec la résurgence du Poliovirus au Nigeria survenue en 2016 dans la zone du Bassin du Lac Tchad et la déclaration de l'épidémie comme une urgence de santé publique par le pays, le Niger a organisé entre septembre 2016 et janvier 2017 un total de 5 passages avec le VP0b et 2 passages avec le VP0m2. Des couvertures vaccinales administratives d'au moins 95% ont été obtenues lors des différents passages dans tous les districts sanitaires. Cependant, le monitoring et le LQAs ont montré des insuffisances dans la qualité des interventions. Dans les districts où le monitoring indépendant et/ou le LQAs ont montré des insuffisances, des activités de ratissage ont été organisés immédiatement et des stratégies spéciales adoptées pour le passage suivant.

Lors des passages de 2016, le pourcentage de parents informés avant la campagne a toujours été de moins de 80%. En 2017, avec l'appui des consultants C4D, des stratégies novatrices telles que l'utilisation de taxi-moto pour les affiches et la diffusion des messages en langues locales, ont contribué à améliorer le pourcentage de parents informés qui est passé en moyenne de 78% à 85%. La radio et les relais communautaires restent les principaux canaux d'information. C'est pourquoi un accent a aussi été mis dans la supervision des relais, et du suivi de la diffusion des messages dans les radios.

Une gestion rigoureuse du VP0m2 a été mise en place avec l'élaboration et l'utilisation d'outils de gestion des vaccins au niveau le plus opérationnel. La destruction des vaccins a été documentée dans chaque région sanitaire et un rapport de validation du retrait du VP0m2 produit par le CNC. Le reliquat des vaccins VP0m2 d'un total de 323 440 doses est gardé dans la chambre froide du niveau central et le pays a obtenu l'aval de leur destruction par la mission OBRA2.

L'analyse de risque du 4<sup>ème</sup> trimestre 2016 et du 3<sup>ème</sup> trimestre 2017 montre un risque élevé dans les zones d'insécurité à Diffa et dans les districts de Tillabéri frontaliers avec le Mali.

Dans le cadre de la surveillance, le taux de PFA non Polio a atteint 3/100000 habitants dans les 3 régions du Bassin du Lac Tchad (Diffa, Zinder et Maradi) sur les 2 dernières années et dans toutes les régions du pays en 2017. Cette performance est liée l'intensification des activités de surveillance avec l'appui des consultants (OMS et UNICEF), des Stop-Team et de la mise en place de la surveillance AVADAR dans la région de Diffa. Il est à noter aussi une forte contribution des AVS dans la détection des cas de PFA. Toutefois, le pays connaît des difficultés dans le transport des échantillons vers le laboratoire avec des délais moyens de 14 à 18 jours (cible <3j) entre le 2<sup>ème</sup> échantillon et l'arrivée au laboratoire.

La surveillance environnementale est conduite dans 8 sites répartis dans les 3 villes (Niamey, Maradi et Diffa). La collecte des échantillons qui a débuté depuis novembre 2015, n'a pas encore détecté de Poliovirus dans l'environnement que ce soit un polio sauvage ou dérivé du vaccin.

Dans le domaine du PEV, les couvertures vaccinales administratives au VPO3 dépassent 85% depuis 2012 au niveau national alors que les estimations OMS-UNICEF donnent des CV basses avec des écarts de 24 points. Les couvertures vaccinales restent faibles dans les zones où l'insécurité est importante (Diffa et Nord-Ouest de Tillabéri et Tahoua). Les couvertures vaccinales au VPI sont bonnes au niveau national avec 85% en 2016 et 91% en 2017. Le pays n'a pas connu de rupture de vaccins VPO depuis 2014 ni de rupture de vaccins VPI depuis son introduction.

Les interventions spéciales (marchés, camps de réfugiés/déplacés, nomades, frontières) dans la région de Diffa ont permis de vacciner, entre août et novembre 2017, un total de 26340 enfants avec le VPO. Les interventions spéciales de communications telles que le renforcement des capacités de 2.480 relais, 326 chefs de Centres de sante Intégré ; l'utilisation de plus de 200 radios pour diffuser des messages sur les bénéfices de la vaccination contre la polio ; le partenariat avec le syndicat des taxi-motos (plus de 160 conducteurs taxi-motos pour sensibiliser les mères d'enfants à Maradi, Zinder), l'engagement des chefs traditionnels, des leaders religieux, des associations féminines et la mise en œuvre des plans de communication dans les 26 Districts sanitaires prioritaires du Niger ont permis d'améliorer la bonne perception de la vaccination par les parents.

L'amélioration de la couverture vaccinale dans les zones à haut risque (camps de réfugiés/déplacés internes, campements nomades, postes frontaliers, triangle de l'espoir) et dans les zones d'insécurité, la gestion des vaccins au niveau opérationnel, le financement des activités additionnelles de vaccination ; la gestion des nouvelles rumeurs sur la vaccination Polio (surtout dans la région de Diffa) ainsi que la récupération systématique des absents lors des AVS constituent les principaux défis de la vaccination pour améliorer davantage l'immunité collective des enfants.

La coordination des interventions à tous les niveaux (district, région et niveau central) constituera un élément fondamental dans le suivi de la mise en œuvre des activités de la phase 3.

La mise en place de la surveillance à base communautaire, l'extension de la surveillance AVADAR et de la surveillance environnementale, l'amélioration de la qualité des échantillons reçus au laboratoire ainsi qu'un monitoring de la visite des sites avec l'utilisation des Smartphones pour surveillance électronique (e-Surv) constituent autant de défis pour améliorer la sensibilité du système de surveillance. L'existence de relais communautaires pour d'autres programmes (PCIME) représentera une opportunité qui sera soutenue par l'UNICEF.

D'importants efforts ont été consentis dans l'amélioration de la qualité des interventions. Cependant des gaps persistent dans l'intensification des visites des sites de surveillance et dans l'atteinte de certaines populations pour la vaccination (PEV et AVS) en rapport avec les problèmes sécuritaires. Une mission de plaidoyer de haut niveau est nécessaire pour donner un regain d'intérêt à l'éradication de la polio dans la zone du Bassin du Lac Tchad.

## RCA

### Contexte

La République Centrafricaine, pays au cœur de l'Afrique, couvre une superficie de 623.000 km<sup>2</sup>. Elle est limitée à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud, à l'Ouest par le Cameroun, au Nord par le Tchad, au Sud par la République Démocratique du Congo (RDC) et au Sud-Est la République du Congo. Le climat est de type équatorial caractérisé par deux saisons : une saison des pluies allant de mai à octobre et une saison sèche qui s'étend de novembre en avril. Le réseau routier interne de la RCA est constitué majoritairement de pistes rurales difficilement praticables en saison des pluies ne permettant pas d'accéder à certaines localités du nord-est notamment la Vakaga et le Bamingui-Bangoran situés respectivement à 1250 Km et 675 Km de la Capitale Bangui.

La population totale en 2017 est estimée à 5.154.080 hbts (Projection RGPH/2003) avec un taux d'accroissement naturel de 2,5%. Les enfants de moins de 15 ans représentent 43% soient 2.097.711 hbts et les moins de 5 ans (17,3%) sont estimés à 891.656 enfants. Les enfants de moins d'un an (3,5%) sont au nombre de 180.393 et les enfants survivants représentent 3,04% de la population totale. Depuis 2013, des incidents liés à l'existence des zones d'insécurité dues à la présence des groupes armés, remettent en cause la stabilité politique et sociale sur une large étendue du territoire.

L'organisation administrative du pays se traduit par l'existence des 7 Régions, 16 Préfectures, 72 Sous-Préfectures, 2 Postes de Contrôle Administratif, 177 Communes (y compris les 8 arrondissements de Bangui, la septième région administrative), 8.294 villages et 1.422 quartiers. Sur le plan sanitaire, il y a 07 Régions Sanitaires et 35 Districts Sanitaires nouvellement créés. La situation sécuritaire volatile perturbe le bon fonctionnement du système de santé.

En 2017, les Régions Sanitaires N°5 et 6 ont été le théâtre d'incidents graves avec déplacements des populations vers les pays voisins et une partie dans les sites des déplacés internes. Les localités de Batangafo, de Kouï, de Ngaoundaye et de Bocaranga sont les actuels foyers d'insécurité.

### Epidémiologique

Les derniers cas de poliovirus sauvages remontent à Décembre 2011 où 4 cas de PVS de type 1 ont été détectés dans la Sous-Préfecture de Batangafo (Ouham). De 2012 à 2016, des cas vaccinaux Sabin 1, 2 et 3 ont été détectés (tous issus des cas de PFA). En 2017, seuls des Sabins 1 et 3 sont notifiés.

### AVS Polio

Depuis 2015, dans le cadre de l'Initiative Mondiale d'Eradication de la Polio et de la riposte à l'épidémie du Bassin du Lac Tchad, la RCA a organisé 18 tours d'AVS dont 03 JNV et 15 JLV. D'année en année et de tour en tour, la qualité de ces AVS s'améliore avec des couvertures allant de 75% pour les premiers tours à plus de 100% pour les derniers tours. Tout cela se passe dans un contexte particulièrement complexe avec un fonds d'insécurité. A cela s'ajoute la non maîtrise des cibles liée à un mouvement de populations importants et la présence communautés difficiles d'accès regroupées sous le termes « Populations Spéciales ». Il s'agit des nomades, des pygmées, des IDP, colonies de pêcheurs, des éleveurs, ...

D'une manière plus détaillée et dans le but de répondre à l'épidémie de polio du Bassin du Lac Tchad, 4 JLV couvrant les deux Régions prioritaires frontalières du Tchad et du Cameroun, ont été organisées de septembre à décembre 2016. La couverture administrative moyenne est d'environ 95 % pour toutes ces JLV. Cependant, plusieurs Monitorages Indépendants (MI) lors des passages de 2016 ont montré des proportions d'enfants de plus de 5% aussi bien dans les ménages qu'en hors ménages. Pour les campagnes organisées en 2017, les différents LQAS menés ont accepté les Districts Sanitaires de la Région Sanitaire N°3. Ce qui dénote la qualité des interventions dans ces districts contrairement aux autres localités où il y'a des efforts supplémentaires à faire.

## **Surveillance**

En 2016, le risque global de polio est moyen sur l'ensemble des districts sauf dans les districts de Bamingui Bangoran et de l'Ouham où le risque reste élevé. En rapport avec la surveillance, ce risque varie du niveau faible (RS5, 6 et 7) à niveau moyen (Vakaga, Bamingui Bangoran). En rapport avec l'immunité, le risque est élevé dans la plupart des Districts Sanitaires. Cela s'explique par la faible couverture vaccinale en PEV de routine. En 2017, la même configuration se présente avec le risque en rapport avec la surveillance et l'immunité. Le risque global est moyen sauf pour la Ouaka où il est élevé.

Globalement, moins de 80 % des selles prélevées arrivent au laboratoire dans de bonnes conditions requises de prélèvements, de conservation et de transport (73% en 2017). En 2015, seulement 12/30 districts (40%) et en 2016, 18/30 (60%) ont un taux d'adéquation des selles supérieures à 80%. Les taux de PFA non polio ont évolué de 2013 à 2017 selon les normes, de façon croissante sauf en 2015 où ce taux a régressé pour toutes les Régions Sanitaires.

De 2015 à 2017, la proportion des selles prélevées dans les 14 jours s'est améliorée. Le nombre de D.S. ayant prélevé moins de 80% des selles dans les 14 jours passe de 9 jours en 2015 à 3 jours en 2017. Le nombre de district silencieux a évolué dans les mêmes proportions.

Le délai moyen entre le début de la paralysie et la notification est passé de 8 jours à 6 entre 2015 et 2017. Le délai moyen entre la notification et le 2<sup>ème</sup> prélèvement de selles est resté stationnaire à 3 jours de même que celui entre le prélèvement de la 2<sup>ème</sup> selle et la réception au laboratoire.

De 2010 à 2017, on note une persistance des cas de PFA n'ayant reçu aucune dose de VPO. Cependant, le nombre de cas de PFA ayant reçu plus de 4 doses augmente d'année en année (en 2014, sur 89 cas de PFA, 56 ont reçus plus de 4 doses (63%) et en 2017, sur 131 cas de PFA, 115 ont reçus plus de 4 doses (88%).

## **Communication**

Dans le cadre de renforcement de la vaccination, des plans intégrés de communication (PEV de routine et AVS) adaptés aux réalités locales ont été développés dans les districts sanitaires prioritaires et les plus à risque de Polio. Pour l'ensemble du pays, un plan national de communication est en cours de finalisation prenant en compte les activités du PEV de routine, la surveillance à base communautaire et AVS. Les principales activités en cours de développement concernent la mise en place de la surveillance à base communautaire, le renforcement de partenariat pour la communication dans les zones d'insécurité et d'accès difficiles et d'une plateforme de renforcement de la communication pour la vaccination au niveau communautaire (ONG/OSC, relais communautaires, leaders religieux, politico-administratifs etc.).

## **Vaccination dans les populations spéciales**

Un des points faibles du PEV de routine de la RCA concerne l'accès aux populations spéciales et d'accès difficiles. Plusieurs interventions ont été entreprises pour atteindre ces populations spéciales, particulièrement vulnérables. Ainsi, environ 13.206 enfants de moins de 10 ans ont été vaccinés chez les nomades, dans les camps des populations déplacées et dans les marchés, etc. Les populations spéciales sont aussi incluses dans la micro planification des AVS.

## **Défis**

L'insécurité et l'accessibilité géographique constituent les défis généraux auxquels font face la surveillance et les activités de vaccination. Sur le plan programmatique, les défis concernent la vaccination des populations spéciales, l'augmentation de la CV, la surveillance des PFA dans les districts silencieux, la mise en place d'un dispositif de communication au niveau communautaire en appui à ces interventions.

## **Perspectives**

Il s'agira essentiellement de développer des stratégies innovantes (prenant en compte les recommandations des différentes évaluations) pour atteindre ces populations spéciales, augmenter l'offre de service de la vaccination en augmentant la couverture géographique, la mise en place de la surveillance à base communautaire, l'implication des ONG et autres acteurs dans l'acheminement des échantillons des selles, enfin la mise en place de la surveillance environnementale.

## **Cameroun**

### **Epidémiologie**

Le Cameroun confirmé 04 cas de PVS et 04 cas de cVDPV en 2013 puis 05 cas de PVS en 2014. Le dernier cas de PVS date du 09 juillet 2014 dans le district de Ketté dans la région de l'Est. Plusieurs activités de réponse ont été conduites ainsi que des évaluations. En 2016, les cas confirmés de PVS et de cVDPV de l'Etat de Borno au Nigéria ont été déclarés comme une urgence de santé publique dans le Bassin du Lac Tchad comprenant 04 pays : Le Cameroun, Le Tchad, le Niger et le Nigéria.

L'interruption de la circulation du poliovirus au Cameroun est donc tributaire de la situation dans chacun de ces pays. Le Cameroun abrite plus de 639.304 populations mobiles composées de réfugiés, nomades et déplacées internes. Il existe plus de 353 villages inaccessibles à cause de l'insécurité, de nombreuses îles d'accès difficile dans le lac Tchad et par conséquent plusieurs types de populations spéciales.

### **Activités de réponse à l'épidémie de polio du bassin de Lac Tchad**

Le pays a élaboré un plan national d'urgence en conformité avec son plan de préparation et de réponse à une nouvelle épidémie de poliomyélite. Ce plan a été revu et actualisé après la première OBRA en avril 2017. Les domaines de la réponse sont : la coordination, la surveillance, la vaccination de routine, la communication et les AVS avec un accent particulier sur l'atteinte des zones inaccessibles.

### **Atteinte des populations dans les zones à sécurité compromise**

Des stratégies spéciales sont mises en œuvre lors des AVS. Il s'agit principalement des stratégies « hit and run » et firewalling. En plus un partenariat a été signé avec le Ministère de la Défense pour l'accompagnement des équipes dans les zones à risque et pour la vaccination par les forces de maintien de l'ordre.

En routine, des activités de vaccination intensifiées (AVI) ont été organisées dans les zones accessibles des 4 districts prioritaires de Logone et Chari. Des associations de femme ont été mises à contribution pour la recherche des cas d'abandon et les enfants manqués. Un travail de géolocalisation et Cartographie de toutes ces localités est en cours pour améliorer le monitoring des activités dans ces zones. Deux études socio anthropologiques sont en cours pour déterminer les raisons de refus et d'abandon dans ces populations spéciales.

### **Performances des AVS menées**

Au total, 11 campagnes de vaccination ont été menées de 2016 à 2017 soit 8 JLV dans les régions à risque avec le VPOb, 1 JNV en avril 2017 avec le VPOb et 2 campagnes locales en réponse aux cas de cVDPV du bassin de Lac Tchad en utilisant le VPOM2. Les résultats du monitoring indépendant faits lors de ces différentes campagnes ont montré une amélioration significative. Le nombre d'enfants manqués est resté inférieur à 5% et la proportion des districts ayant moins de 5% d'enfants manqués est passée de 74% à 92% entre janvier 2015 et novembre 2017. Cette tendance à l'amélioration de la qualité des campagnes est observée dans tous les districts prioritaires des régions de l'Extrême Nord, du Nord et de l'Adamaoua.

Suivant les recommandations d'OBRA 1, le pays a commencé à faire un suivi de la vaccination effective des villages à sécurité compromise lors des AVS. L'utilisation des Forces de maintien de l'ordre (FMO) et des membres des comités de vigilance a permis de vacciner dans 75 villages sur les 94 concernées dans la région de l'Extrême Nord. Les 19 autres n'ont toujours pas pu être atteints à cause de la forte insécurité qui y prévaut. Les principales raisons de non vaccination des enfants lors des JLV de 2017 restent les absences et la non visite/revisite des ménages. Les raisons d'absences sont : parti au marché, à l'école ou au champ. Des équipes spéciales dites « hors ménages » ainsi qu'une micro-planification à base d'image satellitaire et un tracking des vaccinateurs ont été planifiés pour répondre à cette problématique.

## **Communication**

Les plans de communication des AVS niveau central/régional et le micro plan dans les Districts prioritaires ont tenu compte des populations spéciales. A la suite des engagements issus du « forum des Gouverneurs », deux départements, le Logone et Chari dans la région Extrême Nord et le Faro dans le Nord, ont organisé leur forum sous le leadership de leurs Préfets, pour le plaider en faveur de la vaccination et de la surveillance à base communautaire. La supervision de proximité a été renforcée dans les districts prioritaires. De manière additionnelle, des partenariats ont été mis en place pour la promotion de la vaccination, recherche de perdus de vue et les MEV avec 89 associations des femmes à l'Extrême Nord, 22 radios communautaires dans les régions de l'Extrême Nord et Nord, et l'ONG Shumas au Nord-Ouest.

## **Interventions pour améliorer la qualité des AVS**

Les micros plans AVS Polio ont été actualisés dans 21 DS prioritaires (septembre 2017). La micro planification à base d'images satellitaires a été également faite dans les 4 DS du Lac Tchad y compris Kolofata (insécurisé et jamais évalué depuis 2015), ainsi que le tracking des vaccinateurs dans les DS de Kousseri, Mada (AS insulaires). La cartographie des cas de refus a été faite et les autorités administratives et traditionnelles ont participé à leur gestion.

## **Activités dans les populations spéciales**

Le pays a instauré la vaccination systématique aux points d'entrée et de sortie ainsi que dans les camps des nomades, les camps des déplacés et les marchés frontaliers. D'autres stratégies : vaccination couplées enfant-bétail et vaccination par les forces de sécurité ont été introduites. A cet effet, 37.840 enfants dont 1.584 zéro doses ont pu être vaccinés par ces stratégies entre la 33<sup>ème</sup> et la 43<sup>ème</sup> semaine 2017.

## **Performances de la surveillance**

Le risque polio est resté moyen entre 2016 et 2017. Ce score est significativement influencé par la faiblesse du score de l'immunisation. De 2013 à 2017 on note une amélioration progressive du Taux de PFANP et de la qualité des selles passant de 4.3 à 7.9 et de 79% à 89.3% respectivement. Toutefois, il persiste des districts, sous performants (11 en 2016 et 23 en 2017 à la semaine 45) dont Bakassi qui est resté silencieux sur les 03 dernières années. Dans les zones à sécurité compromise, on retrouve aussi cette amélioration de la détection des cas de PFA de 2013 à 2017. Les délais d'acheminements des selles s'améliorent mais demeure supérieur à 3 jours, du fait des longues distances entre les aires de santé et le laboratoire national.

Nous notons une amélioration significative du statut immunitaire des cas de PFA de 0-59 mois de 2010 à 2017 en particulier dans les 10 districts prioritaires frontaliers avec le Nigéria. Le taux d'entérovirus non polio reste faible au Cameroun. Les mauvaises conditions de prélèvement des échantillons et la rupture de la chaîne de froid rétrograde étant les causes principales. 29 sites de surveillance environnementale sont fonctionnels dans l'ensemble du pays depuis 2015. La régularité des prélèvements restant ici le grand challenge.

## **Vaccination systématique**

La couverture vaccinale en VPO3 au niveau national est passée de 88% en 2013 à 78% en Septembre 2017. La proportion des districts avec une couverture adéquate (CV>80%) est également en baisse passant 66% en 2013 à 54% en 2016 (VPO). Sept districts de l'Extrême Nord, dont trois du BLT, font partis des 10 districts les moins performants du pays.

## **Logistique et gestion des vaccins**

Le pays a reçu suffisamment de vaccins pour couvrir sa cible lors des passages. Le taux de perte a été maintenu en dessous de 5%. Le reliquat des VPOb a été intégré dans la routine, tandis que ceux du



VPOm2 ont été conservés au niveau central et seront détruits selon la recommandation d'OBRA 2. La recherche des flacons de VPOT et VPOm a été systématisé lors des visites de sites, supervision, JNV ou toute occasion de descente dans les formations sanitaires.

La couverture en chaîne de froid issue de l'inventaire conduit en 2015 est de 63% avec des grandes disparités selon les régions (<40% dans la région de l'Extrême Nord). Le plan de réhabilitation de la chaîne de froid élaboré a obtenu deux financements sur RSS2 et CCEOP. Le plan de déploiement conséquent des équipements acquis accorde une priorité à la région de l'Extrême Nord

### **Plan de Transition**

Le plan de transition a été validé par le CCIA. La révision du costing est en cours en vue de la mobilisation des ressources.

### **Principaux défis**

- L'insécurité dans le bassin du Lac Tchad
- L'afflux des réfugiés et des populations mobiles (nomades et déplacés internes)
- Faible couverture en chaîne de froid
- L'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines
- La recrudescence des rumeurs en cours
- Faiblesse de la participation communautaire
- Faiblesse du système de santé
- Insuffisance d'évidence pour orienter les stratégies de communication surtout concernant les populations spéciales (nomades et zones d'insécurité)

### **Prochaines étapes au premier semestre 2018**

- Conduire la micro planification à base d'images satellitaires dans tous les districts à haut risque et mise en œuvre du tracking électronique des équipes de vaccination dans ces districts ;
- Conduire 1 JNV du 06 au 08 avril, une JLV (50%) du 04 au 06 mai et une JLV (7%) en octobre;
- Former les membres des comités de vigilance, des forces de défense et de sécurité sur la surveillance et la vaccination dans les zones d'insécurité;
- Systématiser la vaccination des populations spéciales dans les lieux de regroupements et portes d'entrée y compris les approches couplées de vaccination (vaccination/distribution des denrées, vaccination enfant-bétail et vaccination par les FMO);
- Organiser des AVI dans districts prioritaires et autre activités de rattrapage spécifique identifiées avec communauté;
- Conduire la micro planification ACD dans les districts prioritaires;
- Renforcer la capacité des prestataires sur la vaccination en pratique et la surveillance dans les districts prioritaires;
- Introduire un projet pilote de surveillance à base communautaire dans les districts prioritaires du BLT ;
- Suivre en temps réel l'utilisation du vaccin dans les FOSA des districts prioritaires avec l'usage des TIC;
- Réviser les plans intégrés de communication basés sur les évidences des districts prioritaires, tenant en compte les stratégies spécifiques de communication en faveur des populations spéciales, la gestion des rumeurs et de refus, et la cartographie des comportements à risques;
- Renforcer les capacités des comités de suivi des engagements des fora des gouverneurs sur la vaccination et la surveillance.