

World Health Organization

LAKE CHAD BASIN POLIO ERADICATION  
TECHNICAL ADVISORY GROUP

Report of the 1st Meeting of the Lake Chad Polio TAG

---

22 - 23 November, 2017

N'Djamena, Chad

---

## Table of Contents

List of acronyms .....	3
<b>I. Executive Summary</b> .....	4
<b>II. Preamble</b> .....	5
<b>III. Findings and conclusions</b> .....	6
1. Overall findings and conclusions .....	6
2. Conclusions specific to the meeting objectives.....	7
<b>IV. Recommendations</b> .....	9
1. Coordination through the LCC-TT .....	9
3. Cross-cutting recommendations for all LC countries .....	10
4. Country-specific recommendations .....	12
Annex 1: List of Participants.....	14
Annex 2: Summary country reports.....	15

## List of acronyms

AFP	Acute flaccid paralysis
AVADAR	Auto-Visual AFP detection and Reporting
bOPV	Bivalent oral polio vaccine
CBS	Community-based surveillance
C4D	Communication for Development
cVDPV	Circulating vaccine-derived poliovirus
EOMG	Eradication and Outbreak Management Group of the GPEI
GPEI	Global Polio Eradication Initiative
IPV	Inactivated poliovirus vaccine
LCC-TT	Lake Chad Coordination Task Team
LGA	Local Government Area (district-level admin. unit in Nigeria)
LQAS	Lot quality assessment survey
mOPV2	monovalent oral polio vaccine type 2
NGO	Non-governmental organization
OBRA	Outbreak Response Assessment
RI	Routine immunization
SIA	Supplementary immunization activity
SOP	Standard operating procedure
TAG	Technical Advisory Group
UNICEF	United Nation Children’s Fund
VDPV	Vaccine-derived poliovirus
WHO	World Health Organization
WPV	Wild poliovirus

## I. Executive Summary

After nearly 2 years without detecting poliovirus in Nigeria, wild poliovirus type 1 (WPV1) was again found in Borno State in 2016 (4 cases, most recent date of onset: 21-8-16); circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) was also reported in March and November 2016 respectively from Borno and Sokoto states.

Intense outbreak response activities, including measures to close major surveillance and immunization quality gaps, were organized in Nigeria, but also in 3 other countries bordering Lake Chad (Niger, Chad, Cameroon) and Central African Republic.

To guide the implementation of polio eradication strategies in the sub-Region and to provide technical advice to the five LC countries, the LC Basin Polio Eradication Technical Advisory Group (LC-TAG) was formed. The LC-TAG held its first meeting in N'Djamena, Chad, from 22-23 November, 2017.

The LC-TAG noted that the primary remaining challenge in Nigeria was the lack of access and subsequent inability to conduct high-quality vaccination and surveillance in many areas of Borno State and in adjacent parts of other countries in the LC basin, including the Lake Chad islands.

The TAG agreed with the key conclusion of the second outbreak response assessments (OBRAs) recently conducted in the LC countries that undetected and continued poliovirus circulation cannot yet be ruled out in the entire Lake Chad sub-Region.

The TAG noted that tOPV and mOPV2 vials were still found in some health structures which, if used, may facilitate emergence of cVDPV2 in an environment with very high susceptibility to poliovirus infection.

The TAG is concerned by the persistent lack of evidence-based and data-driven communication plans and strategies, especially for special and hard to reach populations.

The TAG noted that, guided by the Lake Chad Coordination Task Team (LCC-TT), all LC countries are implementing additional measures to increase surveillance sensitivity, including the scaling up of environmental surveillance, testing of healthy individuals (including adults) as they exit inaccessible areas, and improve community-based surveillance.

In addition to SIAs, special measures are being used to boost polio immunity, such as setting up permanent vaccination posts at key crossing points to inaccessible areas, to rapidly conduct mop-up immunization campaigns as windows of opportunities arise, and to improve communication strategies to reach special and high risk populations.

Despite the progress made, main overall concerns of the TAG were the persistence of surveillance quality gaps at the sub-national level, the still inadequate levels of immunity in high-risk areas populations, continued problems with timely transfer of funds, and the absence of any national funding for polio response activities. The TAG notes that, overall, government commitment to the polio response is not sufficient, and that a sense of urgency vis-a-vis the polio response is lacking in all of the LC countries.

The LC-TAG offered the following main cross-cutting recommendations:

- The LCC-TT and LC country teams should focus more strongly on improving polio activities in the 48 identified highest-risk districts
- Each LC country should give highest priority to reach and initiate polio eradication activities on their Lake Chad islands
- All LC countries should prioritize the implementation of agreed action points on cross-border coordination of polio eradication activities

- All LC countries should adopt country-specific recommendations on communication and social mobilization made by the teams recently conducting the 2nd OBRAs
- LC countries should adopt the SIA schedule for 2018, as proposed by GPEIs global SIA calendar
- The GPEI should engage in direct advocacy with LC country leaders at the highest level (i.e. with Ministers of Health and Presidents) to secure political engagement for the programme trickles down to all levels.

## II. Preamble

After nearly 2 years without detecting poliovirus in Nigeria, wild poliovirus type 1 (WPV1) was again found in Borno State in 2016 (4 cases, most recent date of onset: 21-8-16); circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (cVDPV2) was also reported from Borno and Sokoto states.

Intense outbreak response activities, including measures to close major surveillance and immunization quality gaps, were organized in Nigeria, but also in 3 other countries bordering Lake Chad (Niger, Chad, Cameroon) and Central African Republic).

Following the initiation of the outbreak response in August 2016, a Lake Chad Coordination Task Team (LCC-TT) was established and based at the WHO office in N'Djamena, Chad. Seven bOPV SIAs and two mOPV2 SIAs were organised between August 2016 and April 2017.

In April 2017 a new Lake Chad Coordinator was designated and the focus of the LC outbreak response shifted from SIAs to special interventions to boost immunity and enhance surveillance, guided by in-depth analysis of surveillance, SIA and other data, especially in the 48 identified highest-risk districts and LGAs of the five LC countries.

The LC-TAG was established in order to review the status of the outbreak response, evaluate the effectiveness of the response, and provide recommendations for improvement as needed. LC-TAG members are independent experts in the field of public health, epidemiology, virology, disease control, communication, and vaccine management.

The 1st meeting of LC-TAG was held from 22-23 November 2017 in N'Djamena, Chad, and chaired by Dr. Jean-Marc Olivé. The meeting was attended by representatives of Chad, Central African Republic, Cameroun, Niger and Nigeria, as well as by representatives of WHO, UNICEF, Rotary and BMGF.

The 1st LC-TAG meeting was called to address the following objectives:

- 1 To review the sensitivity of AFP surveillance in Lake Chad (LC) countries and provide recommendations to strengthen ability to detect WPV and VDPV transmission.
- 2 To review information concerning Routine Immunisation, SIAs and immunity-boosting activities to appreciate the immunity status of children in the LC countries and provide recommendations to improve immunity.
- 3 To review the risks of outbreak following WPV importation/cVDPV emergence, outbreak response preparedness, and risk mitigation strategies and provide recommendations.
- 4 To review and provide recommendations on the communication strategies used by the LC countries.

### III. Findings and conclusions

#### 1. Overall findings and conclusions

- The TAG reviewed the outcomes of the 2<sup>nd</sup> Outbreak Response Assessments (OBRA) conducted recently in the five LC countries and acknowledges the main OBRA findings and conclusions, which will greatly help LC countries to focus on major remaining issues in polio strategy implementation.
  - The TAG, in particular, agreed with the key conclusion drawn by all OBRA teams that remaining gaps in the quality of surveillance and SIAs *do not allow to reliably exclude ongoing poliovirus transmission in any one of the LC countries*, and that considerable risks of undetected WPV and cVDPV transmission and spread remain.
- The TAG is encouraged by efforts made by the LCC-TT since mid-2017 to improve the quality and coordination of polio activities in the LC sub-Region, particularly by new interventions to reach high-risk populations, such as:
  - setting up of permanent vaccination posts at key crossing points to inaccessible areas;
  - rapid conduct of mop-up immunization campaigns as and when windows of opportunities arise or areas become accessible;
  - the GIS mapping initiative to improve pre-SIA micro-planning activities, as well as efforts to map and establish baseline population data for settlements and populations living on the Lake Chad islands;
  - the use of innovative strategies to improve community-based reporting / community-based surveillance, such as AVADAR (in Nigeria, Chad, Niger and Cameroun)
  - scaling up of environmental surveillance;
  - testing of healthy individuals (including adults) as they exit inaccessible areas; and
  - encouraging progress in using new communication strategies and tools to reach special and high risk populations.
- Despite the progress made, the TAG notes that the following remain major concerns:
  - the overall lack of a sense of urgency vis-a-vis polio activities among health and political leaders in all LC countries, including the absence of visible commitment to and government oversight of polio eradication efforts;
  - none of the LC countries has yet started to implement SIAs and AFP surveillance on their respective islands in Lake Chad;
  - persistent surveillance quality gaps at the sub-national level, due to inaccessibility and/or low program performance;
  - evidence from post-SIA assessments and OPV history of non-polio AFP cases, showing that SIAs and routine immunization are still not increasing population immunity to the necessary levels; and
  - Continued serious delays in transferring necessary funds to the operational level, as well as the absence of any national funding for outbreak response activities in the LC countries.
- Encouraging progress has been made on vaccine management during mOPV2 SIAs. However, several challenges remain in this area of work, including:
  - problems to report on routine vaccine stock outs, particularly in high-risk districts with limited access,

- some mOPV2 supply is still unaccounted for since the mOPV2 SIAs, and that tOPV is still being found in the field in a few countries such as CAR and Nigeria almost two years after the TOPV-bOPV switch; therefor opportunities should be seized to a tOPV sweep

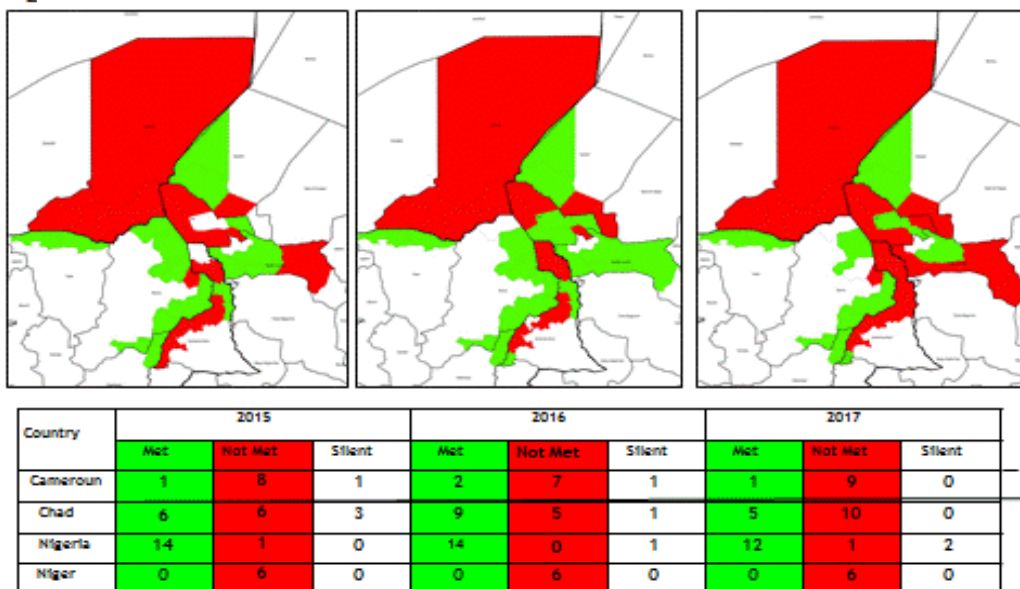
## 2. Conclusions specific to the meeting objectives

**Objective 1:** to review the sensitivity of AFP surveillance in LC countries and provide recommendations on how to strengthen the ability of countries to detect WPV and VDPV transmission.

- Efforts began in all countries to implement special surveillance strategies in hard-to-reach and inaccessible areas and high-risk populations (i.e. increasing use of community-based surveillance, such as through AVATAR).
- However, while overall AFP surveillance indicators are met or surpassed at the national and provincial / state level, serious sub-national surveillance gaps remain in all LC countries, related to both inaccessibility and program performance problems.
- The quality, as well as completeness and timeliness of active surveillance visits is not sufficiently monitored and documented, particularly in high-risk areas and populations.
- Many NGOs and community-based organizations are active in LC countries, including in hard-to-access and conflict-affected areas, but these groups are not yet sufficiently used to support surveillance and immunization activities at the community level.
- The TAG is concerned by the high proportion of stool samples from Cameroon, Chad and Niger which reach the polio labs in poor condition.

### 46 priority districts : Meeting Both Surveillance Indicators

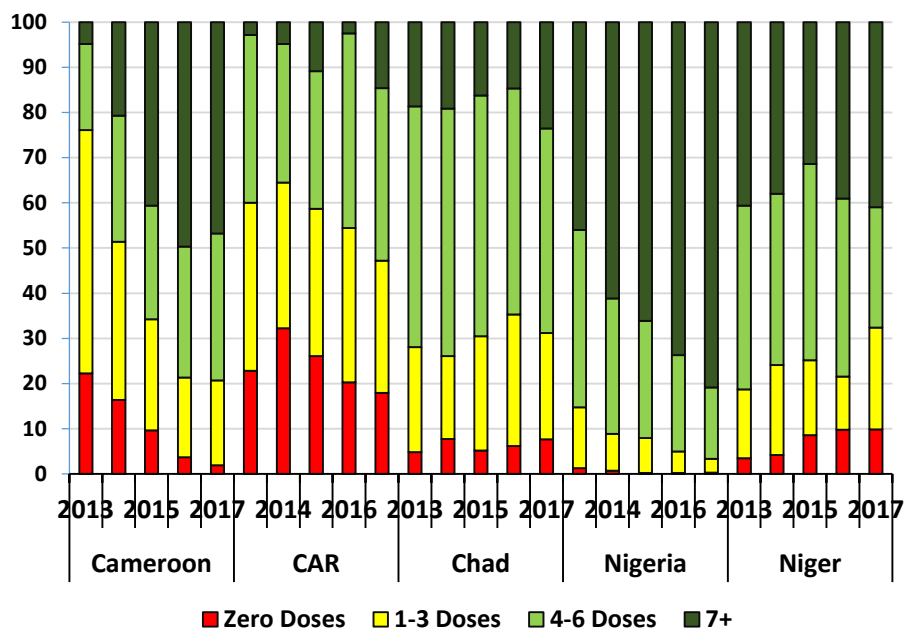
2 Figure 1: 46 LC districts meeting both surveillance indicators, 2015-2017



**Objective 2:** To review information concerning routine immunization (RI), SIAs and immunity-boosting activities to estimate and describe the existing levels of susceptibility and of immunity gaps in children in the LC countries, and to provide recommendations to further improve immunity.

- All LC countries have started to use innovative approaches and strategies to target and vaccinate high-risk populations, particularly in hard-to-reach, access-limited and conflict-affected areas.
- While special vaccination strategies to identify and vaccinate children did begin in all LC countries, these efforts started later in CAR and Niger compared to the other countries.
- The TAG remains very concerned about evidence from the analysis of the OPV status of n-p AFP cases indicating continued insufficient quality / coverage of both SIAs and RI.
- Synchronised bOPV SIAs have been scheduled in all five LC countries for 6-8 April and 4-6 May, 2018.

**Figure 2: Immunization profile of NP-AFP cases, 6-59 months, 2013 -2017 (Week 41)**



**NB: All Unknown OPV cases are regarded as “ZERO”**

**Objective 3:** To review the risks of outbreaks following WPV importation/cVDPV emergence in LC countries, their preparedness for outbreak response, and current status of risk mitigation strategies and to provide recommendations.

- The TAG notes that considerable risks of undetected WPV and cVDPV transmission and spread remain in all LC countries, based on the findings and key conclusions drawn by all OBRA2 teams about remaining surveillance and SIA quality gaps.
- Concerning outbreak response preparedness, all LC countries are already engaged in outbreak response; the TAG did therefore not conduct a separate specific assessment of



outbreak response preparedness, over and above its detailed review of the status of surveillance and immunization activities.

**Objective 4:** *To review and provide recommendations on the communication and vaccine management strategies used by the LC countries.*

- The TAG is concerned by the persistent lack of evidence-based and data-driven communication plans and strategies, especially to guide communication work for special and hard to reach populations.
- The TAG acknowledges, however, the strategic adjustments that have been made in the communication and social mobilization components of the LC outbreak response and supports the efforts of the LCC-TT to provide operational guidance to improve the quality and effectiveness of communication and social mobilization activities.
- While some progress in vaccine management was made overall, the TAG was concerned about failure to report on RI vaccine stock outs, about reports that some mOPV2 is still unaccounted for since the mOPV2 SIAs, and that tOPV vials are still being found in some health facilities.

## **IV. Recommendations**

### **1. Coordination through the LCC-TT**

- In order to ensure progress over the next 6 months, the LCC-TT *should focus its efforts on the identified highest risk areas*: 33 high-risk districts in Cameroon, Chad and Niger, plus Regions Sanitaire (RS) 2 and 3 in CAR and 15 Local Government Areas (LGAs) in Nigeria.
  - Efforts should be guided by data reflecting the performance of strategy implementation at the lowest administrative level.
- The LCC-TT should urgently support LC countries to *organize SIAs, as early as possible, on all of their Lake Chad islands*; this will be particularly important for Chad where Lake Chad islands are accessible.
- The LCC-TT should systematically follow up with LC countries to assure full and timely *implementation of action points on cross-border coordination* of polio outbreak response activities, which were agreed to by all LC countries in mid-2017.
- The LCC-TT should closely monitor the progress of countries in reaching the milestones and agreed timelines of Phase III of the LC outbreak response, including through the bi-weekly LCC coordination conference calls.

### **2. Coordination - GPEI level**

- Opportunities should be sought for high level GPEI leaders to engage in direct advocacy with highest-level health and political leaders in LC countries (i.e. Ministers of Health and Presidents), to remind them of the urgency to conduct high-quality polio activities.
- To assure all remaining monovalent type 2 oral polio vaccine (mOPV2) is detected and destroyed, WHO HQ should send a direct communication (letter) requesting this to all Ministers of Health in LC countries where mOPV2 was used.

- WHO HQ should, in close coordination with WHO AFRO and country teams, approach the global HQs of courier companies involved in stool specimen transport in the LCCs to discuss and resolve remaining problems in specimen transport from LCCs to GPLN laboratories.

### 3. Cross-cutting recommendations for all LC countries

#### Managing the polio workforce

- The LCC-TT should work with LC country teams to hold polio workers - both national staff and GPEI consultants - at all levels more accountable for their work by accelerating the process of establishing and using the agreed polio 'accountability frameworks'.
- The TAG recommends that the LCC-TT, in close coordination with country teams, seek ways to better utilize staff of NGOs and other agencies to support surveillance and SIAs at the community level, particularly in high-risk, conflict-affected areas.

#### Surveillance and laboratory

- All countries should detect and address sub-national surveillance quality gaps, based on regular analysis and monitoring of surveillance quality indicators at all administrative levels.
- LC countries need to pay more attention to active surveillance at priority health facilities, particularly to improve the routine monitoring of the quality and regularity of active surveillance visits, and to report active surveillance data monthly to the LCC-TT and the TAG
- AFP surveillance focal points, particularly those involved in active surveillance visits or working in or near hard-to access and security-compromised areas, should receive sufficient and regular training and supervision.
- The TAG re-affirms the need to validate at least 80% of all reported AFP cases (in accordance with AFRO guidelines), and to assure that a detailed investigation is conducted for all AFP cases reported as 'zero dose' (i.e. who never received any OPV).
- Sufficient supplies of appropriate containers for stool specimen collection should always be available at the country / field level.
- In view of the relatively low rate of non-polio enterovirus (NPENT) isolation in some countries, possible reasons for this should be assessed, including to review the integrity of the 'reverse cold chain' (specimen collection + transport to arrival in the lab), as well as the circumstances of specimen collection (environmental. sampling).
  - Measures to correct all identified problems should be put in place, based on review findings

#### SIAs and RI

- The LCC-TT should work closely with LC countries to ensure that evaluation meetings are held in time following each SIA and that findings are used to inform interventions to improve subsequent SIA rounds.

- LC country polio teams should assure that each *failed LQAS* is followed by an appropriate response / mop-up in the respective inadequately vaccinated area, and that these measures are well documented.
- The TAG endorses the SIA schedule for the LC countries for 2018, as proposed by the GPEIs Eradication and Outbreak Management Group (EOMG) in their global SIA calendar, with some modification for Nigeria (see Figure ....).

**EOMG Approved SIA Calendar 2018**

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

#### Vaccine management and cold chain

- Updates on the performance of vaccine management should be included in all LC polio outbreak response reports, dashboards, presentations, as well as in OBRA reports.
- All activities to supervise routine immunization should include searches for remaining mOPV2 and tOPV.
- The continuity of RI polio vaccine supply (bOPV, IPV) should be well monitored to allow the timely detection of vaccine stock-outs, and to respond, i.e. to adapt vaccine distribution plans accordingly.
- Country teams should prioritize the monitoring of cold chain equipment, particularly in high risk districts and allocate new equipment and conduct maintenance as needed.

#### Communications and social mobilization

- The TAG supports country-specific recommendations on communication and social mobilization made by the teams conducting the 2nd OBRA.
- The TAG is concerned about the insufficient level of funding for the communication / social mobilization components of the LC outbreak response and urges governments and partners to make additional funds available.

- Country teams should update district and ward communication plans and adjust communication and social mobilization interventions by using the '3-question assessment tool for social mapping'. Plans should be used to tailor strategies for high risk populations and to address main reasons for which children are missed. Particularly for these high risk populations, plans and strategies should be evidence-based and data-driven to enable monitoring of impact and prompt adjustment of strategies.
- Timely communication and Social Mobilization inputs should be provided for Country and LCC-TT SitReps and other reporting templates, with disaggregated communication data for normal and special populations, between SIAs and according to accessibility profiles: accessible, semi-accessible and inaccessible areas.
- The LCC-TT and UNICEF-WCARO teams should:
  - Review country and LCC-TT SitReps and other reports to ensure that communication and social mobilization interventions are appropriately integrated into national outbreak response plans;
  - Ensure that small teams (MoH, GPEI partners, NGOs) skilled in using the Integrated Communication Plan and assessment tools are available in all LC countries to inform the behaviour and social change components of sub-national/micro-plans.

#### 4. Country-specific recommendations

##### Cameroon

- The reasons for late detection of AFP cases should be addressed by increased monitoring of active surveillance and improved community-based surveillance (AVADAR).
- Surveillance quality gaps in HR districts remain concerning, need to be addressed and monitored.
- Reasons for delays in stool specimen transport to the lab should be investigated, corrected and monitored.

##### Central African Republic (CAR)

- The involvement of NGOs and other agencies and civil society organizations in surveillance and immunization activities, particularly at the community level, should be strengthened.
- Special interventions to boost immunity and to enhance surveillance should be implemented, with focus in Health Regions 2 and 3 (RS2 and RS3) in north-western CAR.

##### Chad

- Considering that all of its many Lake Chad islands are physically accessible, Chad should urgently initiate the implementation of polio immunization and surveillance activities on the islands.
- Effective special immunization interventions in the 11 priority districts in Chad should be sustained and further improved.

- Improvements of community-based surveillance through the use of the AVADAR system, as well as by e-surveillance, should be expanded to all of the priority districts in Chad
- Environmental surveillance in Chad should be expanded.

### **Niger**

- The TAG requests that the GPEI supports the Niger polio team on internal advocacy to obtain the agreement of the Government to reach the Niger Lake Chad Islands and initiate surveillance and immunization activities there.
- As populations return to Niger LC Islands, all returning target age children should be systematically vaccinated with OPV and other antigens.
- The known challenges of conducting environmental surveillance in Niger should be addressed, in particular by assuring regular sampling as planned.
- All AFP cases pending final classification should urgently be classified.

### **Nigeria**

- Every effort should be made to further improve access of polio teams to trapped populations in Borno state.
- Nigeria needs to urgently expand the polio programme to initiate vaccination and surveillance activities to its 178 LC islands.

### ***Next meeting of the TAG***

The next meeting of the LC Basin polio TAG is proposed for 20-22 June 2018. The TAG will also meet via teleconference on 15th March.

## Annex 1 – List of Participants

### List of Participants

#### TAG Members

Jean-Marc OLIVÉ, Chairman  
Oyewale TOMORI, TAG Member  
Erma MANONCOURT, TAG Member  
Olusegun BABANIYI, TAG Member

Dominique Kondji KONDJI, TAG Member  
Rudi TANGERMANN, TAG Member  
Zakaria MAIGA, TAG Member  
Abdoulaye Oumar DJIGO, TAG Member

#### Partner Representatives

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

Alhaji-Ahmed- IYA, Dangote Foundation

#### LC Task Team

Samuel OKIROR, LCTT / Chad  
Benoit NTEZAYABO, LCTT / Chad  
Khalid ABDELRAHIM, LCTT / Chad  
Narcisse De MEDEIROS, LCTT / Chad  
Fabien DIOMANDE, LCTT / Chad  
Kouassi AMADOU, LCTT / Chad  
Mamadou DIALLO, LCTT / Chad

Melinda MAILHOT, LCTT / Chad  
Myk MWANZA, LCTT / Chad  
Alimou TRAORE, LCTT / Chad  
Twite MULUNDA, LCTT / Chad  
Mikeyas BEKELE MENGISTU, LCTT / Chad  
Ajiri ATAGBAZA, LCTT / Chad  
Gabriel PATRASCU, LCTT / Chad

#### WHO / HQ

Rosamund LEWIS, WHO / HQ  
Karim Djibaoui, WHO / HQ

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

#### WHO / AFRO

Pascal MKANDA, WHO / AFRO  
Aïcha DIAKITE MANOUAN, WHO / IST WEST  
Central Modjirom NDOUTABE, WHO / IST WEST  
Ado Mpia BWAKA, WHO / IST WEST

Annick DOSSEH, WHO / IST WEST  
Norbert NGENDABANYIKWA, WHO / IST  
Désiré NOLNA, WHO / IST Central

#### UNICEF

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

Ngashi NGONGO, UNICEF / WCARO  
Bouréïma KONATE, UNICEF / WCARO

#### Cameroun

Marlise DONT SOP, WHO / Cameroon  
Jean Christian KOUONTCHOU, WHO / Cameroon  
Thérèse NKOA, MoH / Cameroon

Franck BAONGA, MoH / Cameroon  
Rabenarivo BAKOLY, UNICEF / Cameroon  
Elise Awondo NNOMO, UNICEF / Cameroon

#### Central African Republic

Danladi Ibrahim NASSOURY, WHO / CAR  
Roch OUAMBITA MABO, MOH / CAR  
Séverin Gervais NDJAPOU, MOH / CAR  
Abdoul Gadiry FADIGA, UNICEF / CAR

## Chad

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

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

## Niger

Abdoulaye YAM, WHO / Niger  
Arba NOUHOU, MOH / Niger  
Souley Rabi MAITOURNAM, MOH / Niger

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

## Nigeria

Fiona BRAKA, WHO / Nigeria  
Idowu AUDU, WHO / Nigeria  
Bamusa BASHIR, WHO / Nigeria  
Yusuf ABDULHAKHEEM, WHO / Nigeria  
Mary MAKETO, UNICEF / Nigeria  
Jibrin Idris MANU, UNICEF / Nigeria

Sule MELEH, MOH / Nigeria  
Hyelni MSHELIA, MOH / Nigeria  
Charles KORIR, MOH / Nigeria  
Usman Saidu ADAMU, MOH / Nigeria  
Mohammed SOGHAIER, UNICEF / Nigeria

## Rapporteurs

Karim Djibaoui , WHO HQ  
Melinda Mailhot, WHO HQ

## WHO SECRETARIAT

Mikeyas Bekele, LCTT / CHAD  
Achouak Majdoul, WHO HQ

## Annex 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 îles 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 cartes 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 children have been vaccinated through special interventions by Week 44. Since January 2017, 299,232 children were profiled and immunized in Borno, of whom, 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 les 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 terme « 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.