

Page 400 Aya  
0757 230065  
0101568989

**SOMMAIRE**

Sommaire-----01

Appel à la lutte contre la covid-19 et toute maladie contagieuse -----02

Code de bonne conduite ----- 03

Liste des abréviations-----04

Communication pour le Changement Social de Comportement, Communication  
Interpersonnelle, Plaidoyer -----05

Mobilisation Sociale et Communautaire-----08

Technique d'Animation de Groupe-----12

Epidémiologie-----21

Gestion des vaccins et consommables-----29

Diagnostic communautaire-----43

Fléaux Sociaux-----51

Surveillance Intégrée de la maladie et Riposte-----55



## CODE DE CONDUITE

Je suis étudiant à l'INFAS ;

Je m'engage à **BIEN FAIRE TOUT CE QUE JE DOIS FAIRE.**

Je m'oblige à un comportement **CITOYEN, HONNÊTE** et **DIGNE.**

C'est pourquoi, **JE NE DOIS POINT :**

- ✘ Manquer les cours en classe et en ligne
- ✘ Tricher lors des compositions et examens pendant ma formation
- ✘ Négliger mes stages
- ✘ Manquer les compositions et les corrections en classe et en ligne
- ✘ Manquer de respect à mes enseignants ou encadreurs à l'école comme en stage
- ✘ Participer à toute action pouvant perturber ou retarder ma formation
- ✘ Voler des objets en classe ou en stage
- ✘ Faillir à aucun point de la charte de l'étudiant que j'ai signé dès mon entrée à l'INFAS
- ✘ Manquer aux dispositions disciplinaires de l'INFAS sur les terrains de stage.

**Je m'expose aux sanctions disciplinaires qui s'imposent si je faillis à ces engagements.**



## APPEL A LA LUTTE CONTRE LA COVID-19 ET TOUTE MALADIE CONTAGIEUSE

Je suis étudiant de l'INFAS ; je dois me comporter en **PROFESSIONNEL DE SANTE**, éducateur pour la santé.

C'est pourquoi je m'engage et j'exhorte tous mes camarades étudiants à respecter rigoureusement les mesures préventives recommandées pour freiner la propagation de la pandémie à COVID-19 et les autres **MALADIES CONTAGIEUSES** pour :

- ✚ Ma santé
- ✚ Mes amis de classe
- ✚ Mon établissement
- ✚ Mon terrain de stage
- ✚ Ma famille
- ✚ Mon quartier ou mon milieu de vie
- ✚ Mon pays, la Côte d'Ivoire.

Il s'agit de :

1. Me laver les mains régulièrement à l'eau et au savon ou passer mes mains au gel hydro-alcoolique.
2. Me tenir à une distance d'au moins un (01) mètre des autres.
3. Porter un cache-nez dans tous mes déplacements
4. Eviter de serrer la main en saluant.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CCSC	: Communication pour le Changement Social de Comportement
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
DCPEV	: Direction de la Coordination du Programme Elargi de Vaccination
GIC	: Groupe d'Initiative Communautaire
HG	: Hôpital Général
IRAS	: Insuffisance Respiratoire Aigüe Sévère
MOBSOC	: Mobilisation Sociale et Communautaire
OCB	: Organisation Communautaire de Base
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
SDRA	: Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue
SRAS	: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SIMR	: Surveillance Intégrée de maladie et Riposte
VPO	: Vaccin Polio Oral

03/03/

# CCSC, COMMUNICATION INTER PERSONNELLE, PLAIDOYER

## Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de conduire une séance CCSC et de plaider.

## Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable de :

- 1) Etablir la similitude entre CCSC et plaider
- 2) Enoncer les population cible de CCSC
- 3) Citer les population cibles du plaider
- 4) Citer les étapes de la conduite d'une séance CCSC
- 5) Citer les étapes de la conduite d'un plaider

## INTRODUCTION

La communication pour le changement de comportement (CCC), désormais appelée communication pour le changement social de comportement (CCSC) est une stratégie utilisée en santé publique pour opérer un changement profond de comportement favorable à la santé chez l'individu, la famille ou la collectivité. De ce point de vue, l'infirmier la sage-femme doivent par une méthode participative les y accompagner. Cela est le gage de la réussite de la mission que la société nous a confiée et qui consiste à donner la santé à la population par les activités promotionnelles, éducationnelles, préventives, curatives et de réadaptation.

## I. SIMILITUDES ENTRE CCSC ET PLAIDOYER

Les deux stratégies :

- Visent à promouvoir le changement social de comportement ;
- Sont plus efficaces quand ils sont planifiés systématiquement.
- Permettent d'identifier une audience cible ;
- Permettent d'adapter en conséquence des messages ;
- Consistent à sensibiliser davantage les audiences cibles clés.

## II. POPULATIONS CIBLES DE LA CCSC

### 2.1 La population cible primaire

C'est la personne ou groupe de personnes qui doivent changer de comportement pour que le programme atteigne son objectif

*Exemple : Les femmes enceintes pour l'amélioration du taux d'accouchement assisté*

### 2.2 La population cible secondaire

Elle est constituée par les personnes qui exercent une influence sur les décisions de la population cible primaire à propos du comportement visé par le projet.

*Exemple : Les époux des femmes enceintes*

### 2.3 La population cible tertiaire

Ce sont les décideurs, les financiers et autres personnes ou institutions pouvant aider à l'atteinte des objectifs d'un programme.

*Exemple : Le Ministère en charge de la santé.*

## III. POPULATIONS CIBLE DU PLADOYER

- Décideurs politiques
- Organisations civiles nationales et internationales, etc.

## IV. ETAPES DE LA CONDUITE D'UNE SEANCE DE CCSC

### 4.1 Avant la séance de CCSC

Un certain nombre de questions doit précéder la conduite d'une séance CCSC :

**Quoi ?** (Sur quel thème porte la communication ?)

**Pourquoi ?** (Quels sont ses objectifs ?)

**A qui ?** (Auprès de quelles cibles ?)

**Combien ?** (Quelles sont les ressources financières, humaines, matérielles à mobiliser)

**Comment ?** (Quels sont les moyens adaptés à chaque cible ?)

**Quand ?** : quel est le planning de mise en œuvre ?

**Qui ?** : Qui véhicule le message ?

### 4.2 La séance de CCSC proprement dite (étapes à suivre)

Les étapes à suivre pour conduire une séance de CCSC

1<sup>ère</sup> étape : Analyser la situation pour identifier du problème ;

2<sup>ème</sup> étape : Fixer les objectifs ;

3<sup>ème</sup> étape : Identifier les populations bénéficiaires ;

- 4<sup>ème</sup> étape : Identifier les ressources (financières, humaines et matérielles) ;
- 5<sup>ème</sup> étape : Identifier les stratégies (méthodes) ;
- 6<sup>ème</sup> étape : Mettre en place un plan d'action (planification) ;
- 7<sup>ème</sup> étape : Mettre en œuvre un plan d'action (Exécution) ;
- 8<sup>ème</sup> étape : Faire le suivi et l'évaluation des stratégies.

## **V. ETAPES DE LA CONDUITE D'UN PLAIDOYER**

### **5.1 Avant le plaidoyer**

Le questionnement qui précède toute stratégie **de plaidoyer** est le suivant :

**Quel** est le problème ?

**Pourquoi** le décideur devrait-il se préoccuper de ce problème ?

**Quelle** est la solution proposée ?

**Quel** est son impact probable sur le problème ?

### **5.2 Etapes d'une stratégie de plaidoyer**

Il existe neuf (09) étapes dans une stratégie de plaidoyer :

1<sup>ère</sup> étape : Identifier le thème sur lequel doit porter le plaidoyer ;

2<sup>ème</sup> étape : Enoncer le but du plaidoyer ;

3<sup>ème</sup> étape : Identifier les décideurs et personnes influentes :

4<sup>ème</sup> étape : Identifier les centres d'intérêts majeurs des décideurs ;

5<sup>ème</sup> étape : Identifier les oppositions et obstacles possibles au plaidoyer ;

6<sup>ème</sup> étape : Identifier les atouts et lacunes du plaidoyer ;

7<sup>ème</sup> étape : Choisie les partenaires du plaidoyer ;

8<sup>ème</sup> étape : Identifier les techniques à utiliser pendant le plaidoyer ;

9<sup>ème</sup> étape : Les messages pour le plaidoyer.

## **CONCLUSION**

LA CCSC et le plaidoyer sont un processus complexe qui nécessite une préparation minutieuse. Tout changement social de comportement est lent et ne se fait pas à coup de bâton magique. Il en est de même pour toute prise de décision ou de changement de politique. Il est donc nécessaire de prendre du temps dans leur préparation. L'infirmier et la sage-femme doivent s'y préparer afin d'éviter l'improvisation au risque de déstabiliser l'environnement culturel des populations bénéficiaires

## **LA MOBILISATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE (MOBSOC)**

### **Objectif général**

Ce cours vise à permettre l'étudiant IDE/SF/Mt de la L2 de conduire une séance de mobilisation sociale et communautaire.

### **Objectifs spécifiques**

Au terme de l'enseignement, il doit être capable de :

- 1) Citer à partir du cours, le but de la mobilisation sociale et communautaire.
- 2) Citer au moins trois objectifs de la mobilisation sociale et communautaire.
- 3) Identifier la population concernée par la mobilisation sociale et communautaire.
- 4) Enumérez les acteurs de la mobilisation sociale et communautaire.
- 5) Décrire les différentes étapes à suivre pour la conduite d'une MOBSOC

## **INTRODUCTION**

Après la rencontre de Bamako (initiative de Bamako) qui a prôné la participation des communautés aux actions de développement communautaires, les organisations de développement ont modifié leurs stratégies d'approche en vue de l'amélioration des services de santé, partout où elles avaient l'habitude de concevoir, planifier, exécuter et évaluer les actions de santé en dehors des populations bénéficiaires. L'utilisation de l'approche participative communautaire peut constituer un moyen efficace pour l'amélioration de la santé des populations.

## **I. BUT DE LA MOBILISATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE**

Changer une situation sociale et communautaire en un sens favorable à la société et au groupe cible, selon ses valeurs et ses motivations.

## **II. OBJECTIFS DE LA MOBILISATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE**

- Sensibiliser la communauté ou la société à l'existence d'un problème ou d'une situation à améliorer ;
- Inciter la communauté ou la société à se mobiliser et à mobiliser leurs moyens propres pour remédier aux problèmes ;
- Mutualiser les expériences, les connaissances et les pratiques ;
- Élaborer une stratégie commune déclinée en activités.

### **III. POPULATION CONCERNEE PAR LA MOBSOC**

- Les personnes physiques ;
- Les entités morales ;
- La société toute entière ;
- Un groupe cible (les femmes, les jeunes, les syndicalistes, les étudiants, etc.)

### **IV. LES ACTEURS DE LA MOBSOC**

- Les Organisation Non Gouvernementales (ONG)
- Les organisations communautaires de base (OCB)

### **V. DIFFERENTES ETAPES POUR LA CONDUITE D'UNE MOBSOC**

#### **1ère étape : Identifier le problème**

Les populations doivent prendre conscience de l'existence d'un problème et la nécessité d'y remédier

#### **2<sup>ème</sup> étape : Créer un groupe d'initiative communautaire (GIC)**

Les critères de sélection des membres du groupe :

- Résider dans la localité ;
- Être choisi par la population ;
- Être disponible ;
- Avoir des capacités en matière de communication ;
- Avoir déjà une ou plusieurs expérience(s) de terrain ;
- Être alphabétisé ou avoir un certain niveau d'étude ;
- Ne pas avoir d'idées opposée

#### **3<sup>ème</sup> étape : Former les membres du groupe**

Cette formation doit se faire autour des questions suivantes :

Pourquoi la communauté doit-elle se mobiliser ?

Quel est le rôle de chaque membre du GIC ?

Quelle est la démarche à suivre pour une mobilisation sociale et communautaire ?

A quel endroit doit se faire la mobilisation sociale et communautaire ?

Quels sont les objectifs de la MOBSOC et quels sont les résultats attendus ?

#### **4<sup>ème</sup> étape Informer et sensibiliser les populations**

L'information suffisante la sensibilisation sur le projet leur permettront de se l'approprier pour en faire « **LEUR PROJET** ». On entendra plus « leur affaire », mais « notre affaire ».

#### **5<sup>ème</sup> étape : Elaborer un plan d'action**

Il permet de minimiser les coûts des activités et de les faire financer si possible entièrement par la communauté. Cela permettra de pérenniser (rendre durable) le projet en la rendant plus autonome.

#### **❖ Un exemple de plan d'action**

Activités	Période	Lieu	Pop Cible	Responsable d'exécution	Ressource			Observation
					Financière	Matérielle	Humaine	

#### **6<sup>ème</sup> étape : Former les acteurs de la mise en œuvre du plan d'action**

Cette formation permettra aux acteurs d'acquérir des compétences et des aptitudes nécessaires sur les techniques de communication en vue d'opérer dans la communauté ou société un changement de comportement.

#### **7<sup>ème</sup> étape : Elaborer les messages pour la communication**

Il s'agit ici de concevoir des messages clefs, pertinents et percutants sur le sujet donné.

#### **8<sup>ème</sup> étape : Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan d'action**

Il s'agit des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires et suffisantes pour la mobilisation sociale et communautaire.

#### **9<sup>ème</sup> étape : Identifier les mécanismes de pérennisation de la MOBSOC**

Pour rendre durable les activités dans le temps, elles doivent être financer entièrement par la communauté elle-même. Cela nécessite le choix et la mise en œuvre des stratégies participatives souples qui utilisent peu de moyens disponibles localement ;

#### **10<sup>ème</sup> étape/ Organiser le suivi et l'évaluation**

Elle va consister d'une part à s'assurer que la mise en œuvre des activités se déroule selon le plan établis et d'auteur de vérifier à la fin de la mobilisation que toutes les activités planifiées ont été exécutées et les résultats attendus ont été obtenus.

## **CONCLUSION**

La mobilisation sociale et communautaire est une stratégie de communication. Elle consiste à amener une partie de la communauté ou l'ensemble de la société à adhérer à un projet ou à une activité pour changer une situation sociale et communautaire en un sens favorable à la santé. Le rôle du personnel de santé est de les accompagner, de veiller à la pérennisation des activités en initiant et encourageant la participation activités de tous.

# 17-202

## TECHNIQUE D'ANIMATION DE GROUPE

### Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de conduire une séance d'animation de groupe

### Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable de :

- 1) Citer les différentes fonctions d'un animateur de groupe
- 2) Énoncer les attitudes d'un animateur de groupe
- 3) Citer les qualités d'un bon animateur de groupe
- 4) Énumérer la taxonomie de la technique d'animation de groupe.
- 5) Décrire les cinq (5) techniques d'animation de groupe
- 6) Décrire les techniques de gestion de conflits pendant l'animation de groupe
- 7) Énumérer les attitudes à adopter pendant la gestion d'un conflit

## INTRODUCTION

Les techniques d'animation de groupe sont des stratégies qui participent au changement social de comportement de la population. Plusieurs techniques existent pour faire l'animation d'un groupe. Ainsi, le choix d'une technique d'animation est lié aux objectifs visés par le thème. Chaque technique peut être adaptée aux besoins spécifiques du groupe et au thème abordé. L'animateur doit se sentir à l'aise dans la technique qu'il a choisi librement d'utiliser. L'infirmier et la sage-femme, dans la stratégie de changement social de comportement doit s'approprier ces différentes technique d'animation afin d'opérer ce changement

## I. FONCTIONS D'UN ANIMATEUR DE GROUPE

### 1.1 La fonction de production

Elle signifie que l'animateur doit produire un résultat, trouver une solution ou des éléments de solution en développant une stratégie qui permette d'atteindre les objectifs fixés.

### 1.2 La fonction de facilitation

Cette fonction signifie que l'animateur doit organiser (suggérer un plan de travail par exemple) et clarifier (faire définir les mots employés) le travail du groupe.

### 1.3 La fonction de régulation

Cette fonction qui concerne les relations entre les participants signifie que l'animateur doit maintenir le groupe uni dans un climat détendu en évitant ou résolvant les conflits (faire diversion en plaisantant par exemple).

## II. LES ATTITUDES D'UN ANIMATEUR DE GROUPE

L'animateur doit être :

- Un bon organisateur ;
- Au parfum de son sujet ;
- Accueillant, poli, courtois, respectueux, impartial ;
- Exemplaire ;
- Humble et expliquer les mots techniques ? etc.

## III. LES QUALITES D'UN BON ANIMATEUR

L'animateur doit :

- Accepter d'être « sous le regard » des participants ;
- Eviter de monopoliser la parole au détriment des participants ;
- Eviter d'avoir un débit de langage trop rapide et pouvoir ménager des pauses dans la chaîne parlée ;
- Eviter de rester en seul lieu en alternant stationnements et déplacements ;
- Mettre en mouvement le groupe vers les objectifs fixés ;
- Prendre la bonne distance et faire les interventions debout, ce qui permet de se déplacer et créer un ascendant sur les participants, etc.

## IV LA TAXONOMIE DE LA TECHNIQUE D'ANIMATION DE GROUPE

Toute animation de groupe doit obéir à l'ordre suivant

1. Saluer les participants et se présenter ;
2. Demander au participant de se présenter (si possible) ;
3. Commencer l'animation dès l'entrée en salle ;
4. Introduire le thème de façon vivante ;
5. Animer dans la langue connue de tous ;
6. Eviter si possible les interprètes (déperdition)

## V. QUELQUES TECHNIQUES D'ANIMATION DE GROUPE

### 5.1 L'EXPOSE : il favorise l'expression

Définir l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formuler l'objectif en fonction du résultat à atteindre.</li> <li>▪ L'objectif général peut se décliner en objectifs spécifiques précis, réalisables, concrets, avec utilisation des verbes d'action</li> </ul>
Choisir l'angle et délimiter le contenu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir l'information en fonction de l'aspect du sujet qui sera mis en lumière à partir de l'objectif visé, mais aussi en fonction de l'auditoire.</li> </ul>
Déterminer le message essentiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le contenu de l'exposé est toujours ciblé. Il est déterminé par l'objectif visé, mais aussi par le public.</li> <li>▪ Il est donc important de cerner les caractéristiques de ce public particulier pour adapter le contenu de l'intervention.</li> <li>▪ Le message essentiel doit permettre d'articuler les idées et d'organiser le contenu de notre intervention.</li> </ul>
Organiser le contenu	<p>Un exposé se structure en trois parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduction ;</li> <li>▪ Développement ;</li> <li>▪ Conclusion.</li> </ul> <p>Il faut intégrer le timing</p> <p><b>Dans l'introduction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se présenter ;</li> <li>▪ Préciser le contexte global dans lequel s'inscrit l'intervention ;</li> <li>▪ Enoncer le message essentiel ;</li> <li>▪ Présenter les objectifs et définir le temps (durée).</li> </ul> <p><b>Dans le développement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter une structure logique suivant un plan chronologique, un plan thématique.</li> </ul> <p><b>Dans la conclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire une synthèse ;</li> <li>▪ Reprendre le message essentiel.</li> </ul>
Rédiger des notes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réaliser un aide-mémoire avec de petites cartes ;</li> <li>▪ Cartes aérées pour pouvoir s'y repérer rapidement et maintenir le contact avec l'auditoire ;</li> <li>▪ Rédiger ses notes d'un seul côté et les numéroter clairement afin d'éviter de s'embrouiller.</li> </ul>
Prévoir des supports	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le papier Padex et le Padex ;</li> <li>▪ Le vidéo projecteur</li> <li>▪ Le vidéo projecteur</li> </ul>

accouchement d'idées (pour le monde d'ici  
ce monde basé sur le sujet)

## 5.2 LE BRAINSTORMING OU REMUE-MENINGES

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Produire en groupe un maximum d'idées sur un sujet donné</li><li>▪ Découvrir des représentations</li><li>▪ Faire surgir des questions ou réflexions</li></ul>
Consignes et déroulement	<p>Le facilitateur</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Introduit le sujet à traiter et esquisse les objectifs attendus du brainstorming.</li><li>▪ Pose une question ouverte sur le sujet à traiter (par exemple : qu'est-ce que la santé ?)</li><li>▪ Note sur grand papier toutes les idées ressorties, en s'efforçant de les regrouper mentalement ou graphiquement, par thème ou idées plus générales.</li><li>▪ Demande au groupe de revenir sur la matière générée et reformuler les idées floues et se mettre d'accord sur les grandes thématiques abordées.</li><li>▪ Invite les participants à se mettre en petits groupes pour discuter et reformuler les idées floues ressorties.</li></ul>
Durée estimée	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le brainstorming doit se terminer dès que les participants sont à court d'idées.</li></ul>
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Padex et papiers Padex</li><li>▪ Marqueurs effaçables</li></ul>
Public cible	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tout public adulte ;</li><li>▪ Groupe de moins de 15 personnes.</li></ul>
Contexte d'utilisation	<p>Cette technique est utilisée dans</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les réunions, les ateliers participatifs de formation et les groupes de discussion</li><li>▪ Les réunions du personnel de santé (réunions d'information, de prise de décision, de plaidoyer, etc.).</li><li>▪ la formation du personnel des centres de santé et des agents de santé communautaire ...</li></ul>
Points forts	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rapide et facile à organiser ;</li><li>▪ Augmente la capacité de créativité ;</li><li>▪ Favorise l'esprit de groupe ;</li><li>▪ Les participants s'approprient les résultats.</li></ul>
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Une mauvaise animation peut conduire les participants à hésiter de s'exprimer ;</li><li>▪ Le facilitateur ne doit pas faire paraître ses idées personnelles.</li></ul>

*c'est une mise en scène, faire un théâtre sur le thème précis*

### 5.3 JEUX DE ROLES

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre conscience de ses attitudes dans des situations professionnelles ;</li> <li>▪ Prendre consciences des éléments verbaux et non verbaux de la communication ;</li> <li>▪ Analyser une situation dans sa complexité ;</li> <li>▪ Comprendre le point de vue d'autrui.</li> </ul>
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le facilitateur doit être conforme à l'objectif qu'il propose au groupe.</li> <li>▪ il s'agit d'un jeu de rôles qui permet une analyse des pratiques ou une analyse de cas.</li> <li>▪ Sur proposition du facilitateur qui a préparé une fiche de jeu de rôles ou de groupe, il est décidé de jouer une scène qui sera objet d'analyse.</li> <li>▪ Le facilitateur invite le groupe à se répartir en trois petits groupes pour mettre en scène le jeu de rôles et le troisième petit groupe se charge de regarder en silence les scènes et d'en faire des observations.</li> <li>▪ Après 20 à 30 min de préparation de jeu de rôles en petits groupes, le facilitateur demande aux petits groupes de mettre en scène le jeu de rôles en plénière.</li> <li>▪ Il demande en suite aux acteurs et puis aux observateurs d'exprimer ce qu'ils ont ressenti en mettant en scène le jeu.</li> <li>▪ Le facilitateur invite vers la fin les participants à analyser le sujet mis en situation.</li> </ul>
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padex et papier Padex</li> <li>▪ Marqueurs pour noter les éléments d'analyse de la situation et les recommandations</li> </ul>
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tout public adulte</li> </ul>
Contexte d'utilisation	<p>Cette technique est plus utilisée dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les ateliers participatifs de formation le groupe de discussion ;</li> <li>▪ La formation du personnel de santé sur des thèmes liés à la santé ;</li> <li>▪ Les groupes de discussion avec le personnel de santé.</li> <li>▪ L'analyse, la production, l'argumentation, la synthétisation et L'établissement d'un consensus autour d'un sujet</li> </ul>
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les participants vivent les situations et les analysent, ce qui leur favorise la prise de conscience et la remise en question.</li> </ul>
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire attention à la répartition des rôles à jouer au sein des petits groupes.</li> <li>▪ Technique peut être difficile pour certaines personnes, surtout lorsque le rôle que la personne doit jouer correspond à sa profession.</li> <li>▪ Prévoir si c'est possible, une co-animation pour le jeu de rôles,</li> <li>▪ Il peut avoir un animateur qui soit attentif aux questions et un autre attentif aux émotions.</li> </ul>

*C'est l'analyse d'une situation déjà donnée  
en jeu qui ont d'essayer*

## 5.4 ETUDE DE CAS

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Analyser et apprendre à résoudre les problèmes posés en groupe</li></ul>
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le facilitateur invite les participants à se mettre en petits groupes pour répondre aux questions à ces questions :<ul style="list-style-type: none"><li>• Quel est le problème posé par le cas ?</li><li>• Quelles sont les causes et les conséquences de ce problème</li><li>• Quelles sont les solutions possibles au problème posé ?</li></ul></li><li>▪ Après 30 min de travail en petits groupes, le facilitateur demande aux rapporteurs des petits groupes, en fonction du temps de restituer les travaux de petits groupes.</li><li>▪ Le facilitateur évoque une discussion en plénière sur le problème posé dans le cas où la situation, ses causes, ses conséquences et les solutions possibles proposées par les petits groupes.</li></ul>
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Padex et papier Padex</li><li>▪ Marqueurs effaçables pour noter le problème identifié, son niveau, ses causes, ses conséquences, les personnes impliquées dans le problème et les solutions possibles.</li></ul>
Public cible	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tout public adulte</li></ul>
Contexte d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cette technique est plus utilisée dans :</li><li>▪ Les ateliers participatifs de formation</li><li>▪ Les groupes de discussion sur des thèmes liés à la santé pendant la formation du personnel de santé</li><li>▪ Les groupes de discussion avec le personnel de santé.</li><li>▪ L'analyse, la production, l'argumentation, la synthétisation et L'établissement d'un consensus autour d'un sujet</li></ul>
Point fort	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Une technique rigoureuse qui favorise l'implication de tout le monde dans l'analyse.</li></ul>
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le choix de la situation fait des participants des personnes responsables du problème.</li></ul>

## 5.5 LA PRESENTATION EN DUO OU TRIO

Objectif	Favoriser les conditions d'expression et du travail en groupe
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le facilitateur donne la consigne :</li><li>▪ Demande aux participants de constituer des duos ou des trios avec des personnes qu'ils ne connaissent pas et qu'ils vont découvrir.</li><li>▪ Dans les duos ou trios, chaque participant est invité à se présenter, (prénom, motivations, valeurs, qualités et souvenirs) à son collègue ou à ses collègues.</li><li>▪ Chaque participant est invité à présenter son collègue en plénière, (dessin, parole, mime, etc.)</li><li>▪ Après échange en trios, chaque participant présente son collègue au groupe, en plénière.</li></ul>
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Papier et stylos</li></ul>
Contexte d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pendant la formation et dans un groupe de discussion.</li></ul>
Points forts	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Facilite le travail en groupe</li></ul>
Mise en garde	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Certains animateurs rencontreraient des difficultés pour présenter les collègues de sexe opposé.</li></ul>

## VI. TECHNIQUES DE GESTION DE CONFLITS PENDANT L'ANIMATION DE GROUPE

### 6.1 AVANT LA GESTION DU CONFLIT

Les conflits dans un groupe de personnes sont normaux et inévitables. Le groupe ne peut pas progresser sans qu'il y ait des oppositions et des confrontations. Mais avant tout gestion de conflit, il faut :

#### ✓ Identifier l'origine des conflits

Il peut provenir soit blocage de l'explosion de la révolte dû à l'impuissance soit la répression par le respect des règles formelles.

#### ✓ Mesurer l'expression de la tension

Il peut s'exprimer par la diversion, le bouc émissaire, le conflit de leadership (lutte pour influencer le groupe).

#### ✓ Mesurer la décharge de la tension

L'intensité de la tension peut découler d'un :

- Fou-rire général ;
- Ralliement de tous à une solution de fuite ;
- Brouhaha, une agitation générale, etc.

## **6.2 LA GESTION DU CONFLIT**

Pendant la gestion du conflit, il faut prendre en compte un certain nombre de besoins ou préoccupations des membres du groupe

### **6.2.1 Les besoins identitaires des membres du groupe**

- Besoin d'existence et de considération ;
- Être visible aux yeux d'autrui, connu par son nom, pris en compte, respecté ;
- Les besoins d'intégration ;
- Être inclus dans un groupe, y avoir une place reconnue ;
- Être considéré comme égal aux autres ;

### **6.2.2 Les besoins de valorisation**

- Être jugé positivement, donner une bonne image de soi ;
- Être apprécié.

### **6.2.3 Les besoins de contrôle**

- Pouvoir maîtriser l'expression et l'image que l'on donne de soi ;
- Gérer l'accès d'autrui à sa sphère d'intimité.

### **6.2.4 Les Besoin d'individuation**

- Être distingué des autres ;
- Affirmer sa personnalité propre ;
- Pouvoir être soi-même et accepté comme tel.

## **VILATTITUDES DE L'ANIMATEUR DANS LA GESTION D'UN CONFLIT**

### **7.1 Être transparent dans ses intentions**

- Annoncer clairement au groupe les objectifs et les modalités de travail prévues ;
- Ne pas se laisser absorber ou fasciner par le sens immédiat du contenu.

### **7.2 Être vigilant et présent intégralement sur ce qui se passe**

- Être attentif à un silence qu'à un éclat de voix, à une position des chaises ou à une posture physique,
- Être discrète à une intervention agressive, à la fréquence des apartés qu'à une procédure de vote ;
- Ne pas prendre parti dans un conflit entre les sous-groupes,
- Ne pas se laisser envahir par l'antipathie pour telle personne,
- Ne pas être exaspéré par une manière d'agir du groupe,

*de courage,*

## **6.2 LA GESTION DU CONFLIT**

Pendant la gestion du conflit, il faut prendre en compte un certain nombre de besoins ou préoccupations des membres du groupe

### **6.2.1 Les besoins identitaires des membres du groupe**

- Besoin d'existence et de considération ;
- Être visible aux yeux d'autrui, connu par son nom, pris en compte, respecté ;
- Les besoins d'intégration ;
- Être inclus dans un groupe, y avoir une place reconnue ;
- Être considéré comme égal aux autres ;

### **6.2.2 Les besoins de valorisation**

- Être jugé positivement, donner une bonne image de soi ;
- Être apprécié.

### **6.2.3 Les besoins de contrôle**

- Pouvoir maîtriser l'expression et l'image que l'on donne de soi ;
- Gérer l'accès d'autrui à sa sphère d'intimité.

### **6.2.4 Les Besoin d'individuation**

- Être distingué des autres ;
- Affirmer sa personnalité propre ;
- Pouvoir être soi-même et accepté comme tel.

## **VILATTITUDES DE L'ANIMATEUR DANS LA GESTION D'UN CONFLIT**

### **7.1 Être transparent dans ses intentions**

- Annoncer clairement au groupe les objectifs et les modalités de travail prévues ;
- Ne pas se laisser absorber ou fasciner par le sens immédiat du contenu.

### **7.2 Être vigilant et présent intégralement sur ce qui se passe**

- Être attentif à un silence qu'à un éclat de voix, à une position des chaises ou à une posture physique,
- Être discrète à une intervention agressive, à la fréquence des apartés qu'à une procédure de vote ;
- Ne pas prendre parti dans un conflit entre les sous-groupes,
- Ne pas se laisser envahir par l'antipathie pour telle personne,
- Ne pas être exaspéré par une manière d'agir du groupe,

*↓  
discourage,*

niveau de la compétence pour qu'il puisse être un bon animateur

### 7.3 Faire preuve d'empathie et de congruence.

- Être en empathie permet de percevoir l'état dans lequel est l'autre, sans pour autant se sentir envahi par ses propres émotions ;
- Accepter ce que les personnes éprouvent, tout en conservant une capacité intellectuelle de formulation abstraite et la lucidité nécessaire ;
- Repérer et être clair avec ses représentations du groupe et avec ses attentes vis-à-vis du groupe.

### 7.4 Ne pas interpréter ce qui se passe

- Ne pas se « projeter » sur le groupe ;
- Ne pas se croire à priori et se sentir personnellement concerné ;
- Éviter les interprétations négatives.

## CONCLUSION

Un message bien perçu dans un groupe est lié en grande partie au choix d'une bonne technique d'animation. Il est donc primordial aux futurs agents de santé de maîtriser ses différentes techniques afin de conduire efficacement une séance de sensibilisation et de mobilisation sociale.

# EPIDEMIOLOGIE (ETUDE DES INDICATEURS DE SANTE)

## Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de calculer les indicateurs de santé à partir des données sanitaires

## Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable de :

- 1) Définir l'indicateur de santé
- 2) Citer les différents groupes d'indicateurs de santé
- 3) Calculer les indicateurs de santé à tendance positive et à tendance négative

## I DEFINITION DE INDICATEUR DE SANTE

Un indicateur de santé est une mesure qui permet d'analyser une situation sanitaire de base, de quantifier les changements intervenus et d'évaluer l'efficacité des actions et leur l'impact sur la population.

## II. DIFFERENTS GROUPES D'INDICATEURS DE SANTE

Nous avons deux grands groupes :

- Les indicateurs de santé à tendance positive ; *de naissance*
- Les indicateurs de santé à tendance négative. *de mort*

## III. CALCUL DES INDICATEURS A TENDENCE POSITIVE ET NEGATIVE

Deux méthodes sont utilisées pour calculer le dénominateur qui peut être la **population moyenne** ou la **population totale**

- ↓ Au cas où le texte ou le sujet mentionne une population totale ou population de fin d'année, vous divisez le numérateur par la population totale.

**Exemple :** le nombre de naissances vivantes dans une localité est de 10 pour une population totale de 500 habitants

$$\text{Le TBN} = \frac{10}{500} \times 100 = 2$$

*Taux brut de  
Natalité*

- ✚ Au cas où le texte ou le sujet mentionne deux populations (une population de départ et une population d'arrivée), vous divisez le numérateur par la population moyenne

**Exemple :** le nombre de naissances vivantes dans une localité est de 10 pour une population de départ de 500 habitants et une population d'arrivée de 600 habitants

$$\text{Le TBN} = \frac{10}{(500+600) / 2} \times 100 =$$

- ✓ **Formule pour le calcul de la population moyenne**

$\text{Pop Moy} = \frac{\text{Pop de départ} + \text{Pop d'arrivée}}{2}$
--

### 3.1 INDICATEURS A TENDENCE POSITIVE

- ✓ **Taux brut de natalité :**

Il se calcule en divisant le nombre de naissances vivantes en une année donnée par la population totale ou moyenne x 100.

*Formule*

$\text{TBN} = \frac{\text{Naissances Vivantes en 1an } (10)}{\text{Population totale ou moyenne de la même année } (500)} \times 100$
---

- ✓ **Taux d'accouchement assisté (TAA)**

Il se calcule en divisant le total d'accouchements conduits par une personne qualifiée (médecin, infirmier, sage-femmes, etc.) ou ayant au moins une qualification d'accoucheuse traditionnelle en 1an par le total d'accouchement attendus de l'année x 100

Un accouchement est dit assisté lorsqu'il est conduit par une personne qualifiée ou ayant au moins la qualification d'accoucheuse traditionnelle.

### Formule

Effectif des femmes enceintes ayant été assistées pendant l'accouchement par une personne qualifiée ou ayant au moins une qualification d'accoucheuse traditionnelle pendant 1an

$$\text{TAA} = \frac{\text{Effectif des femmes enceintes ayant été assistées pendant l'accouchement par une personne qualifiée ou ayant au moins une qualification d'accoucheuse traditionnelle pendant 1an}}{\text{Nombre d'accouchements attendus de la même année}} \times 100$$

### ✓ Taux Général de Fécondité (T.G.F)

Il s'obtient en divisant le nombre de naissances vivantes d'une année par le nombre de femmes en âge de reproduction de la même année (FAR) x 100

### Formule

$$\text{TGF} = \frac{\text{Naissances Vivantes dans une année}}{\text{Nombre de FAR de la même année}} \times 100$$

Rappelons que les FAR = 20% de la population totale et **non** la population moyenne

**Exemple** : le nombre de naissances vivantes enregistrées dans la localité de Lopou est de 10 pour une population totale de 5000 habitants, Calculez le TGF

Je connais le numérateur qui est 10 et non le dénominateur, donc je calcule le dénominateur

$$\text{FAR} = 5000 \text{ habitants} \times 20 / 100 = 1000 \text{ FAR}$$

$$\text{TGF} = 10 / 1000 \times 100 = 1\%$$

### ✓ Taux d'accroissement Naturel (T.A.N)

Il se calcule en divisant l'accroissement naturel pendant une année par la population totale ou moyenne de la même année x 100

L'accroissement naturel étant égal au nombre de naissances pendant une année moins le nombre de décès au cours de la même année

### Formule

$$\text{TAN} = \frac{\text{Naissances - Décès d'une année de la même année}}{\text{Population totale de la même année ou moyenne}} \times 100$$

$$\text{TAN} \times N \rightarrow \text{POP T N}$$

### ✓ Taux d'accroissement Annuel (T.A.A)

Il se calcule en divisant l'accroissement annuel pendant une année, par la population du début de la même année x 100

L'accroissement annuel étant égal à la population de fin d'année moins la population de début d'année.

*Formule :  $\text{Accroissement } a = \text{Pop de fin d'année} - \text{Pop de début d'année}$*

$$\text{TAA} = \frac{\text{Pop de fin d'année} - \text{Pop de début d'année}}{\text{Pop de début d'année}} \times 100$$

**Exemple :** la localité de Tiendiekro compte 3700 habitants au début d'année 2020 et 4500 habitants à la fin de la même année.

**Le TAA =** 4500 habitants – 3700 habitants / 3700 habitants x 100 = **21,62%**

### ✓ Equation de projection Démographique (Equation de projection de la population)

Elle est utilisée pour actualiser une population ou pour la mettre à jour ou projeter une population sur une ou plusieurs années.

**Formule**

$$P_t = P_0 (1 + r)^t$$

*Population d'origine initial*  
*Population actuelle*  
*T'accroissement annuel*

### ✓ Calcul du temps de dédoublement d'une population

Il se calcule en divisant 70 par le TAA en pourcentage

**Formule**

$$\text{TD} = 70 / \text{TAA en pourcentage}$$

**Exemple :** le TAA d'une localité donnée est de 2%, le temps de dédoublement est égal 70/ 2 = 35 ans

### ✓ Calcul de l'année de dédoublement d'une population

Il se calcule en additionnant l'année de repère plus le temps de dédoublement

**Formule**

$$\text{AD} = \text{année de repère} + \text{le temps de dédoublement}$$

**Exemple :** Si l'année de repère est 2022, l'AD sera égale : 2022 + 35 = 2057

2057

7-06-Sono  
14-06-Tsaino  
26-06-Troumata

### 3.2 LES INDICATEURS DE SANTE A TENDANCE NEGATIVE.

Ils se subdivisent en deux (2) sous-groupes

- Les indicateurs de morbidité : ils mesurent la maladie
- Les indicateurs de mortalité : ils mesurent les décès

#### 3.2.1. LES INDICATEURS DE MORBIDITE

##### ✓ *Taux Brut de Morbidité (TBM)*

Il se calcule en divisant le nombre de personnes tombées malades pendant une année donnée par la population totale ou moyenne de la même année x 100.

##### *Formule*

$$\text{Taux de morbidité} = \frac{\text{Effectif des personnes tombées malades en 1 an}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

##### ✓ *Le taux d'incidence.*

Il s'obtient en rapportant le total de nouveaux cas d'une maladie en 1an par la population totale ou moyenne de la même année x 100

L'incidence étant le nombre de nouveaux cas d'une maladie enregistré en 1an.

##### *Formule*

$$\text{TI} = \frac{\text{Nouveaux cas d'une maladie en 1an}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

##### ✓ *Taux de Prévalence ou la prévalence*

C'est le total de personnes qui ont une maladie à un instant précis (anciens et nouveaux cas) au cours d'une année, rapportés à la population totale ou moyenne de la même année x100

La prévalence étant le nombre de cas de maladie (anciens plus nouveaux cas).

##### *Formule*

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{Nbre de cas de maladies (anciens + nouveaux) pendant une année}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

### 3.2 LES INDICATEURS DE SANTE A TENDANCE NEGATIVE.

Ils se subdivisent en deux (2) sous-groupes

- Les indicateurs de morbidité : ils mesurent la maladie
- Les indicateurs de mortalité : ils mesurent les décès

#### 3.2.1. LES INDICATEURS DE MORBIDITE

##### ✓ *Taux Brut de Morbidité (TBM)*

Il se calcule en divisant le nombre de personnes tombées malades pendant une année donnée par la population totale ou moyenne de la même année x 100.

##### *Formule*

$$\text{Taux de morbidité} = \frac{\text{Effectif des personnes tombées malades en 1 an}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

##### ✓ *Le taux d'incidence.*

Il s'obtient en rapportant le total de nouveaux cas d'une maladie en 1 an par la population totale ou moyenne de la même année x 100

L'incidence étant le nombre de nouveaux cas d'une maladie enregistré en 1 an.

##### *Formule*

$$\text{TI} = \frac{\text{Nouveaux cas d'une maladie en 1 an}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

##### ✓ *Taux de Prévalence ou la prévalence*

C'est le total de personnes qui ont une maladie à un instant précis (anciens et nouveaux cas) au cours d'une année, rapportés à la population totale ou moyenne de la même année x100

La prévalence étant le nombre de cas de maladie (anciens plus nouveaux cas).

##### *Formule*

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{Nbre de cas de maladies (anciens + nouveaux) pendant une année}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 100$$

### 3.2.2 LES INDICATEURS DE MORTALITE

#### ✓ Taux Brut de Mortalité (TBM)

Il se calcule en divisant le total de décès (toutes causes confondues) d'une année par la population totale ou moyenne de la même année x 100.

#### Formule

$$\text{TBM} = \frac{\text{Nombre de décès (toutes causes confondues) d'une année}}{\text{Population totale ou moyenne de l'année}} \times 1000$$

#### ✓ Taux de Mortalité Spécifique (TMS)

Il se calcule en rapportant le total de décès causé par une maladie donnée pendant une année par la population totale ou moyenne de la même année x 100.

#### Formule

$$\text{T.M.S} = \frac{\text{Total décès d'une année causé par une maladie}}{\text{Population totale ou moyenne de la même année}} \times 10^2$$

#### ✓ Taux de létalité (TL)

Il se calcule en divisant le total de décès d'une année causé par une maladie par le total de cas de la même maladie x 100

La létalité étant le total de décès causés par une maladie donnée.

#### Formule

$$\text{TL} = \frac{\text{Total décès d'une année causé par une maladie}}{\text{Total de cas de la même maladie de la même année}} \times 100$$

#### ✓ Taux de Mortalité Infantile (TMI)

Il s'obtient en divisant le total de décès des enfants de 0-11 mois d'une année par le total de naissances vivantes de la même année x 1000.

La mortalité infantile étant le décès qui survient chez les enfants de 0-11 mois.

La proportion des enfants de ~~12~~ 0-11 ans est égale à 4% de la population totale

#### Formule

$$\text{TMI} = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 0-11 mois d'une année}}{\text{Total des naissances vivantes de la même année}} \times 1000$$

### ✓ Taux de Mortalité Juvénile

Il s'obtient en divisant le total de décès des enfants de 1-4 ans d'une année par le total des enfants de 1-4 ans de la même année x 100

La mortalité juvénile étant le décès qui survie chez les enfants de 1-4ans.

La proportion des enfants de 1 à 4 ans est égale à 17,32 % de la population totale

#### Formule

$$\text{TMJ} = \frac{\text{Décès des enfants de (1 à 4 ans) d'une année}}{\text{Total des enfants de 1 à 4 ans de la même année}} \times 100 \text{ } \textcircled{\text{O}}$$

### ✓ Taux de Mortalité Maternelle (TMM)

Il se calcule en divisant le nombre de décès survenant chez une femme pendant la grossesse, l'accouchement, et quarante-deux (42) jours après l'accouchement par le nombre de naissances vivantes x 100000.

*matel. 0 à 8 jours  
Neonatal = 0 à 28 jours  
+ période de 8 j - 28 jours*

#### Formule

$$\text{TMM} = \frac{\text{Décès de femmes pendant la grossesse, l'accouchement et 42 jours après l'accouchement, ni accidentel, ni fortuit pendant une année}}{\text{Naissances vivantes de la même année}} \times 100000$$

La mortalité maternelle étant les décès de femme survenus pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS)

### ✓ Taux de mortalité néonatale (TMNN). *0 à 28 jours*

Il se calcule en divisant le nombre de décès des enfants de 0 à moins de 28 jours pendant une année par le total des naissances vivantes de la même année x100

La mortalité néonatale étant le décès des enfants de 0 à moins de 28 jours.

#### Formule

$$\text{TMNN} = \frac{\text{Nombre de décès des enfants de 0 à moins de 28 jours d'une année}}{\text{Total de naissances vivantes de la même année}} \times 100$$

### ✓ Taux de Mortalité Juvénile

Il s'obtient en divisant le total de décès des enfants de 1-4 ans d'une année par le total des enfants de 1-4 ans de la même année x 100

La mortalité juvénile étant le décès qui survie chez les enfants de 1-4ans.

La proportion des enfants de 1 à 4 ans est égale à 17,32 % de la population totale

#### Formule

$$\text{TMJ} = \frac{\text{Décès des enfants de (1 à 4 ans) d'une année}}{\text{Total des enfants de 1 à 4 ans de la même année}} \times 100$$

### ✓ Taux de Mortalité Maternelle (TMM)

Il se calcule en divisant le nombre de décès survenant chez une femme pendant la grossesse, l'accouchement, et quarante-deux (42) jours après l'accouchement par le nombre de naissances vivantes x 100000.

#### Formule

*accidentel 0 à 8 jours  
Mortel = 0 à 28 jours  
handicapé de 8 j - 28 jours*

$$\text{TMM} = \frac{\text{Décès de femmes pendant la grossesse, l'accouchement et 42 jours après l'accouchement, ni accidentel, ni fortuit pendant une année}}{\text{Naissances vivantes de la même année}} \times 100000$$

La mortalité maternelle étant les décès de femme survenus pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (OMS)

### ✓ Taux de mortalité néonatale (TMNN). *0 à 28 jours*

Il se calcule en divisant le nombre de décès des enfants de 0 à moins de 28 jours pendant une année par le total des naissances vivantes de la même année x100

La mortalité néonatale étant le décès des enfants de 0 à moins de 28 jours.

#### Formule

$$\text{TMNN} = \frac{\text{Nombre de décès des enfants de 0 à moins de 28 jours d'une année}}{\text{Total de naissances vivantes de la même année}} \times 100$$

✓ **Taux de mortalité néonatale précoce (TMNNP)** 0 à 8 jours

Il se calcule en divisant le nombre de décès des enfants de 0 à moins de 8 jours pendant une année, par le total des naissances vivantes de la même année x100

La mortalité néonatale précoce étant le décès des enfants de 0 à moins de 8 jours.

**Formule**

$$\text{TMNNP} = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 0 à moins de 8 jours pendant 1 année}}{\text{Total de naissances vivantes de la même année}} \times 100$$

✓ **Taux de mortalité néonatal tardif (TMNNT)** 8 à 28 jours

Il se calcule en divisant le nombre de décès des enfants de 8 à moins de 28 jours pendant une année par le total des naissances vivantes de la même année x100

La mortalité néonatale tardive étant le décès des enfants de 8 à moins de 28 jours

**Formule**

$$\text{TMNNT} = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 8 à moins de 28 jours pdt une année}}{\text{Total des naissances vivantes de la même année}} \times 100$$

✓ **Taux de mortalité post-néonatale (TMPNN)** 28 jours à 11 mois

Il se calcule en divisant le nombre de décès d'enfants de 28 jours à 11 mois pendant une année par le total des naissances vivantes de la même année x100

La mortalité post néonatale étant le décès des enfants de 28 jours à 11 mois.

**Formule**

$$\text{TMPNN} = \frac{\text{Nombre de décès d'enfants de 28 jours à 11 mois}}{\text{Total des naissances vivantes de la même année}} \times 100$$

# **GESTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES AU NIVEAU DES CENTRES VACCINATEURS**

## **Objectif général**

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de gérer de façon efficace les vaccins et consommables au niveau d'un centre de vaccination.

## **Objectifs spécifiques**

A la fin du cours, il doit être capable

- 1) Expliquer les différents paramètres utilisés pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables
- 2) Citer les facteurs liés aux pertes de vaccins
- 3) Enumérer les étapes de l'estimation des besoins en vaccins et consommables à partir de la méthode de la population cible
- 4) Commander les vaccins et consommables
- 5) Réceptionner les vaccins et les consommables ;
- 6) Ranger les vaccins et solvants dans un réfrigérateur vertical et horizontal
- 7) Contrôler la qualité des vaccins dans les lieux de stockage et aux postes de stratégie avancée
- 8) Enumérer les précautions à prendre pour sortir les vaccins pour la vaccination
- 9) Définir quelques concepts utilisés dans la vaccination

## **Intérêt du cours**

- ✓ Faiblesse dans la gestion des vaccins sur le terrain (surstock, ruptures ...)
- ✓ Perte en vaccins très élevée (destruction massive suite à la péremption, mauvais usage, PCV virée ...).
- ✓ Initiative d'indépendance vaccinale (financement de l'achat de vaccins par les pays).
- ✓ Coût de plus en plus élevé des vaccins.
- ✓ Nécessité d'une gestion optimale des vaccins.

# I-PARAMETRES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS EN VACCINS ET EN CONSOMMABLES

L'estimation des besoins en vaccin et consommables se fait selon trois méthodes qui sont :

- La méthode selon la population cible ; *prise en compte par le vaccin*
- La méthode selon la consommation antérieure ; *contrainte : données de gestion et équilibre*
- La méthode selon le nombre de séances de vaccination ; *estimation basée sur le vaccin des années passées*

La méthode utilisée en Côte d'Ivoire est celle de la population cible.

L'application de cette méthode nécessite qu'un certain nombre de paramètres essentiels soient définis au préalable à savoir :

- La population cible ;  $P_{cible}$
- L'objectif vaccinal ;  $CV_{objectif}$
- Le contact vaccinal ;  $N_{doses}$
- Le facteur de perte.  $F_{pertes}$

$$BA = P_{cible} \times CV_{objectif} \times N_{doses} \times F_{pertes}$$

## 1.2.1 La population cible

C'est une sous-partie de la population totale qui bénéficie de l'activité vaccinale. En Côte d'Ivoire, les populations cibles du PEV varient selon qu'on soit en vaccination de routine ou en campagne de vaccination.

Les populations cibles du PEV Ivoirien sont :

- Les enfants de 0 à 11 mois ;
- Les femmes enceintes ;
- Les jeunes filles de 9 ans.

Tableau n°1 : Populations cibles du PEV et population cibles supplémentaires

Population cible	Pourcentage	Activité vaccinale
Enfant de 0 à 11 mois	4 % de la population totale	Routine.
Femme enceinte	5 % de la population totale	Routine.
Jeune fille de 9ans	45% de la population totale	Routine
<b>Pop cible supplémentaire AVS</b>		
Enfant de 0 à 59 mois ou 0 à 5 ans	20 % de la population totale	Campagne (JNV)
Femme en Age de Reproduction : F11	20 % de la population totale	Campagne
9 mois à 14 ans	45% de la population totale	Campagne

AVS = Activité de Vaccination supplémentaire.

### 1.2.2 l'objectif vaccinal

*Proportion couverture vaccinale*

L'objectif vaccinal est ce que l'on cherche à atteindre pour chaque antigène dans un programme de vaccination ou dans une activité vaccinale. Il varie selon le type de vaccin et l'activité vaccinale (vaccination de routine ou campagne de vaccination). L'objectif vaccinal doit être réaliste et fixé en fonction des priorités de la lutte contre la maladie.

**Tableau n°2 : Objectifs vaccinaux par antigène selon le type de vaccin appliqués en Côte d'Ivoire**

Antigènes	Objectifs vaccinaux	
	En routine	En campagne
BCG	92% <i>95</i>	
VPO	92% <i>95</i>	100%
Vaccin anti Hépatite B pédiatrique	94%	
VPI <i>en campagne 100%</i>	92% <i>95</i>	
DTCHepHib (Pentavalent)	92% <i>95</i>	
RR (Rubéole, Rougeole)	92% <i>95</i>	100%
Rotarix	70%	
PCV13	92% <i>95</i>	
VAA	92% <i>95</i>	
Td	92% <i>95</i>	100%
Vaccin contre le Papilloma Virus Humain (HPV)	92% <i>95</i>	
Vaccin Antimeningococcique A	92% <i>95</i>	100%

### 1.2.3 Le contact vaccinal ou dose par cible

*(nombre de fois qu'il faut administrer une dose à un sujet cible)*

Un contact vaccinal est une dose d'un vaccin administrée à un sujet cible pour assurer sa protection. Le nombre de contacts vaccinaux annuels qu'il faut pour un sujet cible varie d'un vaccin à un autre et se détermine à partir du calendrier de vaccination en vigueur dans un pays.

**Tableau N°3 : Les contacts vaccinaux par antigène**

Antigènes	Nombre de contacts
BCG <i>XX</i>	1
DTCHepHib ou vaccin pentavalent	3
Rotarix	2
PCV13	3
VPO (Vaccin Polio Oral)	4
VPI (vaccin Polio Inactivé)	1
RR (Vaccin contre la rougeole et la Rubéole)	1
VAA (vaccin anti Amaril) <i>XX</i>	1
Td (Vaccin contre le tétanos et la diphtérie)	2
Vaccin Antimeningococcique A <i>XX</i>	1
Vaccin anti hépatite pédiatrique	1

Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	2
Vaccin contre le Papilloma virus humain pour jeune fille séropositive au VIH	3

### 1.2.4 le facteur de perte (FP)

C'est une perte en dose de vaccin due au conditionnement en flacons multidoses. Il se calcule à partir du **taux de perte** du vaccin.

$$F_{perdes} = \frac{100}{100 - \text{Pertes}}$$

**Tableau N°4 : Taux de perte par antigène**

Antigènes	Taux de perte
BCG	40 %
VPO	10 %
Vaccin anti hépatite pédiatrique	10%
DTCHepBHib	10 %
VPI	10%
Rotarix	5%
PCV13	5%
Td	10 %
RR (vaccin contre la rougeole et la rubéole)	15 %
Vaccin Anti Amaril x	15 %
Vaccin Antimeningococcique A x	15%
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV) x	
Seringues <	10%

**Tableau N°3 : Facteur de perte par antigène**

Antigènes	Facteur de perte
BCG	1,66
VPO	1,11
Vaccin anti hépatite pédiatrique	1.11
DTCHepB-Hib	1,11
VPI	1,11
Rotarix	1.05
PCV13	1.05
Td	1.11
RR	1,17
Vaccin Anti Amaril	1.17
Vaccin Antimeningococcique A	1.17
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	
Seringues	1.11

#### ✓ Formule du calcul du taux de perte

Doses sorties - Doses administrées

$$TPertes = \frac{\text{Doses sorties} - \text{Doses administrées}}{\text{Doses sorties}} \times 100 \text{ ou } 100 - \text{TU du vaccin}$$

✓ **Formule du calcul du taux d'utilisation du vaccin (TU).**

$$TU = \frac{\text{Nbre de doses effectivement administrées pendant une période donnée}}{\text{Nbre de doses sorties pendant la même période}} \times 100$$

Ou  $TU = 100 - T_{\text{perte}}$  du vaccin

✓ **Formule du calcul du facteur de perte**

$$(F_{\text{pertes}}) = \frac{100}{100 - T_{\text{pertes}}}$$

## II. FACTEURS LIES AUX PERTES DE VACCINS

### 2.1 Facteurs évitables de perte de vaccins

- Mauvaise gestion des stocks entraînant un approvisionnement excédentaire et la péremption des vaccins avant leur utilisation ;
- Défaillance de la chaîne de froid exposant ainsi les vaccins à des températures <sup>2 à 8°C</sup> extrêmement inacceptables (trop élevées ou trop basses) ; *-> du fabriquant à l'*
- Administration des doses incorrectes. Par ex : l'administration de plus de trois gouttes de VPO au lieu de deux ;
- Perte, détérioration, casses ou vol des vaccins.
- Ces facteurs peuvent être améliorés par une bonne gestion des vaccins.

### 2.2 Facteurs inévitables de perte de vaccins

- L'application de la politique du flacon entamé qui consiste à jeter les flacons de vaccins reconstitués 6 heures après leur reconstitution même si la température de conservation est normale.

## III. ETAPES DE L'ESTIMATION DES BESOINS MENSUELS ET ANNUELS EN VACCINS ET CONSOMMABLES

### 3.1 Estimation des besoins mensuels et annuels en vaccin

#### 3.1.1 Besoin mensuel

$$\text{Besoin théorique (BT)} = \frac{P_{\text{cible}} \times \text{Objectif vaccinal} \times \text{nbre de contact} \times F_{\text{perte}} \times \text{Période}}{12}$$

$$\text{Stock de sécurité (SS)} = \frac{\text{Besoin Théorique} \times 25}{100} \text{ pour les vaccins}$$

$$\text{Stock de sécurité (SS)} = \frac{\text{Besoin Théorique} \times 10}{100} \text{ pour les } \textit{(seringue)} \text{ consommables}$$

$$\text{Besoin Réel (BR)} = \text{Besoin Théorique (BT)} + \text{Stock de Sécurité (SS)}$$

$$\text{Quantité à commander (QC)} = \text{Besoin Réel (BR)} - \text{Quantité en stock (QS)}$$

### 3.1.2 Besoin annuel.

*SSD (stock physique des spo)*

$$\text{Besoin annuel} = \text{Pcible} \times \text{Objectif vaccinal} \times \text{nbre de contact} \times \text{Fperte}$$

### 3.2 Estimation des besoins mensuels et annuels en consommables

L'estimation des besoins mensuels et annuels en consommables obéit à la même règle que celle des vaccins. Elle se fait à partir des mêmes paramètres que les vaccins.

*\* file de banding.*  
**Seringue à injection** : Nombre de seringues à injection = Nombre de doses

**Seringue à dilution** : 1 seringue à dilution pour 1 flacon de vaccin à reconstituer

**Boîtes de sécurité** : la capacité est de 100 seringues

Le Besoin annuel de boîtes de sécurité = Besoin annuel de seringues / 100

Le besoin mensuel de boîtes de sécurité = Besoin annuel / 12 *Fin*

## IV.COMMANDE DE VACCINS

Après l'estimation des besoins en vaccin, il faut passer la commande. Cela consiste à :

- Faire l'inventaire de la quantité de vaccin en stock avant toute commande (fiche d'inventaire) ;
- Remplir la fiche de commande de vaccin (à retirer auprès du CPEV) en précisant la quantité à commander pour chaque antigène et la quantité en stock ;
- La commande des antigènes se fait sur le même bordereau de commande.

### 4.1 Précautions à prendre pour la commande de vaccins

Toute commande de vaccins doit être faite en prenant des précautions suivantes :

- S'assurer que la capacité de stockage disponible est adéquate ;
- S'assurer que la conservation des vaccins est conforme aux normes recommandées ;
- S'assurer que les intrants nécessaires à la conservation (électricité, gaz stabilisateurs, groupe électrogène, outils de gestion) et à l'administration (diluants, seringues, BS, coton, outils de gestion...) sont commandés ou disponibles.

## 4.2 Périodicité de commande de vaccins et consommables

Niveau	Période
Dépôt central	Chaque 6 mois
Dépôts régionaux	Chaque 3 mois
Dépôts districts	Chaque mois
Centre de santé	Chaque mois
Case de santé	Chaque semaine

## V RECEPTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES

Dès la réception des vaccins, il faut :

- S'assurer que la quantité sur le bordereau est conforme à la quantité reçue
- Vérifier les paramètres ci-dessous
  - Nom de l'antigène ;
  - Numéros de lot ;
  - Statut de la PCV ;
  - Date de péremption ;
  - Conditionnement ;
  - L'état des vaccins ;
  - Indicateur de monitoring de température.
- Remplir les fiches de stock pour chaque antigène tout en renseignant toutes les rubriques

## VI. RANGEMENT DES VACCINS ET DILUANTS

Le rangement des vaccins et diluants survient après leur réception. Il consiste à assurer aux vaccins les conditions de conservation requises (entre 2 et 8°C) pour ne pas rompre la chaîne de froid, assurant ainsi la qualité aux vaccins.

L'élément central dans le rangement des vaccins est le **réfrigérateur**. C'est pourquoi dès la réception et après vérification nécessaire, il faut immédiatement les ranger dans les réfrigérateurs en fonction de leur sensibilité à la lumière et de la congélation.

### 6.1 Les vaccins du PEV sensibles à la lumière.

- Le BCG,
- La Rubéole,
- La Rougeole-rubéole

Ces vaccins sont reconnaissables par leurs flacons teintés en noir.

### 6.2 Les Vaccins du PEV sensibles à la chaleur

- BCG;
- Penta;
- PCV13 ;
- RR ;
- Rotarix ;
- VAA;
- Td;
- VPI ;
- VPO.


✓ *Ordre de Sensibilité de vaccin à la chaleur*

<b>Echelle</b>	<b>Vaccins</b>
<i>Très sensibles</i>	VPO
↓	RR
	Penta+ VAA+VPI+ PCV13
	BCG
	VAT/Td
<i>Moins sensibles</i>	

### 6.3 Les vaccins sensibles à la congélation

- BCG, VAA, RR après reconstitution)
- DTCHepB ;
- HepB pédiatrique ;
- Hib liquide ;
- PCV13 ;
- Rotarix,
- VAT/Td ;
- VPI ;
- Vaccin contre le Papilloma virus humain.

✓ **Ordre de sensibilité à la congélation**

Echelle	Vaccins
<p><b>Très sensibles</b></p>  <p><b>Moins sensibles</b></p>	Hépatite B pédiatrique
	Hib liquide
	DTC, DTC-HepB +PENTA, PCV13
	VPI, Rotarix
	VAT/Td ,Hib (lyophilisé),VAA,BCG et le diluant

#### 6.4 Rangement des vaccins et diluants dans un réfrigérateur horizontal

Le rangement de vaccins et diluants dans un réfrigérateur horizontal doit obéir à certaines règles à savoir :

- Disposer les vaccins de sorte à avoir une bonne circulation de l'air ;
- Disposer les vaccins de sorte à permettre leur identification et une lecture rapide de la date de péremption ;
- ✗ ▪ Ranger les flacons entamés après les avoir marqués de couleur de sorte à les utiliser en premier lieu lors de la prochaine séance de vaccination selon la règle **Premier à Expirer Premier à Utiliser (PEPU)** ;
- Disposer les vaccins dans le réfrigérateur en respectant les règles **Premier à Périmer Premier à Sortir (PPPS)** ;
- ✗ ▪ Ranger les vaccins sensibles à la chaleur dans le premier compartiment ou sur l'étagère supérieur, près du freezer (BCG, VAA, RR, etc.), et ceux sensibles à la congélation sur l'étagère du milieu, loin du compartiment congélateur (Td, vaccin contre le Papilloma virus humain, etc.) ;
- Ranger les diluants à l'étagère du bas ou compartiment du bas.

#### 6.5 Rangement dans un réfrigérateur horizontal ou Bahut

- Ranger les flacons de vaccins sensibles à la chaleur tels le vaccin contre la Rougeole-Rubéole, le VPO, le BCG, le vaccin Antiamaril au fond du réfrigérateur sur des accumulateurs de froid pour surélever les vaccins ;
- Ranger Les vaccins sensibles à la congélation comme la PCV13, le Rotarix, le penta, l'Hépatite B pédiatrique, Td, l'Hib, le vaccin Antimeningococcique A, le

VPI, le vaccin contre le Papilloma virus humain au sommet (partie supérieure, loin du fond où ils peuvent être exposés à la congélation) ;

- Les diluants pour le vaccin contre le BCG, la RR la FJ se rangent également à côté des vaccins sensibles à la congélation.

#### **6.6 CAT en cas de flacons suspectés de congélation**

- Si un flacon de vaccin liquide est suspecté de congélation, il faut :
- Prendre le flacon de vaccin suspecté de congélation et un autre non congelé du même vaccin et du même fabricant ;
- Agiter les deux flacons pendant au moins 5mn ;
- Laisser reposer les deux flacons pendant 15 à 20 minutes ;
- Comparez le flacon suspect avec le flacon test ;
- Si le vaccin congelé s'éclaircit et il n'y a pas de sédiment qui se dépose au fond du flacon, c'est qu'il est bon et il faut l'utiliser ;
- Si le vaccin congelé devient complètement clair et une épaisse couche de sédiment se forme au fond du flacon, c'est qu'il n'est pas bon et il ne faut pas l'utiliser.

### **VII. CONTROLE DE STOCK DE VACCINS**

Plusieurs techniques permettent de contrôler l'efficacité des vaccins dans les lieux de stockage (réfrigérateur, chambre froide, etc.).

#### **7.1 le relevé de la température du réfrigérateur.**

Elle doit être relevée de façon biquotidienne (matin et soir) et si possible à des heures précises et notée sur la fiche réservée à cet effet. Il permet de vérifier si les vaccins non congelables ne sont pas exposés à la congélation.

#### **7.2 La pastille de contrôle de vaccins (PCV).**

Elle permet de réduire les pertes de vaccins et d'éviter l'utilisation de vaccin endommagé. Elle est placée sur l'étiquette des flacons de vaccin liquide et sur la fermeture en plastique des flacons de vaccin en poudre ou à reconstituer.

VPI, le vaccin contre le Papilloma virus humain au sommet (partie supérieure, loin du fond où ils peuvent être exposés à la congélation) ;

- Les diluants pour le vaccin contre le BCG, la RR la FJ se rangent également à côté des vaccins sensibles à la congélation.

#### **6.6 CAT en cas de flacons suspectés de congélation**

- Si un flacon de vaccin liquide est suspecté de congélation, il faut :
- Prendre le flacon de vaccin suspecté de congélation et un autre non congelé du même vaccin et du même fabricant ;
- Agiter les deux flacons pendant au moins 5mn ;
- Laisser reposer les deux flacons pendant 15 à 20 minutes ;
- Comparez le flacon suspect avec le flacon test ;
- Si le vaccin congelé s'éclaircit et il n'y a pas de sédiment qui se dépose au fond du flacon, c'est qu'il est bon et il faut l'utiliser ;
- Si le vaccin congelé devient complètement clair et une épaisse couche de sédiment se forme au fond du flacon, c'est qu'il n'est pas bon et il ne faut pas l'utiliser.

### **VII. CONTROLE DE STOCK DE VACCINS**

Plusieurs techniques permettent de contrôler l'efficacité des vaccins dans les lieux de stockage (réfrigérateur, chambre froide, etc.).

#### **7.1 le relevé de la température du réfrigérateur.**

Elle doit être relevée de façon biquotidienne (matin et soir) et si possible à des heures précises et notée sur la fiche réservée à cet effet. Il permet de vérifier si les vaccins non congelables ne sont pas exposés à la congélation.

#### **7.2 La pastille de contrôle de vaccins (PCV).**

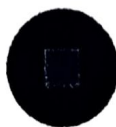
Elle permet de réduire les pertes de vaccins et d'éviter l'utilisation de vaccin endommagé. Elle est placée sur l'étiquette des flacons de vaccin liquide et sur la fermeture en plastique des flacons de vaccin en poudre ou à reconstituer.

## ✓ *Interprétation de la PCV*

**Figure 6A : Ce que la pastille de contrôle du vaccin indique**



Le carré est plus clair que le cercle.  
*Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.*



Un peu plus tard, le carré est toujours plus clair que le cercle.  
*Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.*



Point limite  
Le carré est de la même couleur que le cercle.  
*NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.*



Au-delà du point limite  
Le carré est plus sombre que le cercle.  
*NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.*

### 6.3 La politique du flacon entamé

C'est une technique de gestion des vaccins. Elle permet de réduire de façon substantielle les taux de pertes.

Elle consiste à réutiliser un flacon de vaccin liquide ouvert et duquel l'on a prélevé une ou plusieurs doses de vaccins pour la prochaine séance de vaccination **jusqu'à 4 semaines** à condition que ce vaccin :

- Ne soit pas périmé ;
- N'ait pas été contaminé (règles d'asepsie observées lors du prélèvement des doses) ;
- N'ait pas été exposé excessivement au froid ou à la chaleur excessive ;
- N'ait pas été immergés dans de l'eau ;
- Ne présente aucun trouble ou précipitation ;
- N'ait pas la PCV virée.

La politique du flacon entamé s'applique uniquement aux vaccins multidoses liquides (VPO, Td, penta, PCV13, Rotarix, vaccin contre le Papilloma virus humaine).

Les vaccins reconstitués (BCG, RR, VAA et le vaccin contre la méningite) ne sont pas inclus dans la directive de la politique du flacon entamé, car ils **ne doivent pas être conservés plus de 6 heures** après leur reconstitution.

## **VII PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LA SORTIE DE VACCINS**

Après rangement des vaccins. Certaines précautions doivent être observées pendant la sortie et le transport des vaccins aux postes de stratégie avancée.

### **7.1 Précautions à prendre pendant la sortie et transport des vaccins**

#### **7.1.1 Précautions pendant la sortie de vaccin du réfrigérateur**

- Tenir compte de la date de péremption du vaccin et non de sa date de réception ;
- Sortir en premier les vaccins dont le carré s'est assombri mais qui est toujours plus clair que le cercle ;
- Sortir en premier les vaccins liquides utilisés et ramenés dans le cadre de la politique du flacon entamé ;
- Eviter d'exposer pendant longtemps les vaccins à la chaleur et au froid selon leur sensibilité
- Refermer aussitôt la portière du réfrigérateur une fois la sortie des vaccins terminée

#### **7.1.2 Précaution pendant le transport du vaccin**

- Utiliser de préférence les accumulateurs de froid non congelés pour le transport des vaccins sensibles à la congélation (DTCHepB, Td, Hépatite B pédiatrique, le vaccin contre le Papilloma virus humain) ou isoler les vaccins en utilisant les sachets plastiques dans le cas où tous les accumulateurs sont congelés ;
- Utiliser les accumulateurs bien congelés pour le transport des vaccins VPO, RR, BCG, VAA ... ) ;
- Eviter si possibles les secousses pour éviter de détériorer les vaccins ;
- Ne transporter les vaccins que dans les dispositifs adaptés et réservés à cet effet. (Glacière, porte vaccins etc.) ;
- Ne pas mettre des sachets d'eau congelée dans les glacières car une fois décongelés, ils pourront détruire la PCV.

## **VIII. DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS UTILISEES DANS LA VACCINATION**

### **8.1 Abandon vaccinal**

Elle se définit comme toute cible qui a utilisé les services de vaccination et qui n'a pas complété sa vaccination

### 8.1.1 Calcul des taux d'abandon

$$\text{Taux d'abandon Spécifique} = \frac{\text{DTCHepBHib1} - \text{DTCHepBHib3}}{\text{DTCHepBHib1}} \times 100$$

$$\text{Taux d'abandon Spécifique} = \frac{\text{Td1} - \text{Td2}}{\text{Td1}} \times 100$$

$$\text{Taux d'abandon Global} = \frac{\text{DTC-HepB-Hib1} - \text{RR}}{\text{DTC-HepB-Hib1}} \times 100$$

### 8.1.2 Causes possibles des abandons vaccinaux

- Vaccination non réalisée au quotidien ;
- Insuffisance de stratégies avancées ;
- Recherche active des perdus de vue non organisée ;
- Beaucoup d'occasions manquées de vaccination ;
- Faible niveau de communication ;
- Crainte d'un taux de perte élevé de vaccin (PFE)

### 8.1.3 Stratégies de réduction des abandons

- Rapprochement des services de vaccination des populations (plus de centres vaccineurs, postes avancés, stratégies avancées) ;
- Renforcement de la communication interpersonnelle et de la mobilisation sociale autour de la vaccination ;
- Renforcement de l'identification et de la recherche des enfants non vaccinés en y associant les agents de santé communautaire ;
- Mise à jour systématique et régulière des registres de vaccination ;
- Approvisionnement continu en vaccins et consommables.

### 8.2 Occasions manquées

C'est une cible qui vient au centre pour une cause que la vaccination et qui sort du centre sans être vacciné alors qu'il l'aurait dû l'être.

### 8.3 Populations non atteintes ou hors de portée

Ce sont les populations qui bien qu'ayant accès aux services de vaccination ne les utilisent pas pour des raisons informationnelles, culturelles, sociales ou financières...

#### **8.4 Populations inaccessibles ou hors d'accès**

Ce sont les populations qui vivent loin des centres vaccinateurs ou qui vivent dans des endroits difficiles d'accès

#### **8.5 Dose valide**

C'est une dose de n'importe quel antigène administré à l'âge recommandé dans l'intervalle de temps approprié.

#### **8.6 Dose sacrifiée**

Ce sont les doses administrées aux populations hors cibles pour que la vaccination ait lieu.

# LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

## Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de faire un diagnostic communautaire

## Objectifs spécifiques

Au terme de l'enseignement, il doit être capable de :

- 1) Définir les concepts de base du diagnostic communautaire
- 2) Enumérer au moins deux buts du diagnostic communautaire
- 3) Dégager l'importance du diagnostic communautaire dans un milieu de travail.
- 4) Expliquer les deux grandes approches utilisées dans le diagnostic com
- 5) Décrire la méthodologie utilisée dans le diagnostic communautaire
- 6) Décrire les critères de sélection d'un problème prioritaire
- 7) Enumérer les différentes étapes de la conduite d'un diagnostic communautaire.

## INTRODUCTION

Pendant longtemps, le système de santé est resté un système à part. L'on ne s'était nullement posé la question de ses articulations avec les autres systèmes qui constituent la vie des communautés humaines à savoir : le système économique, le système social, le système culturel et le système écologique, etc.

Il est maintenant démontré et évident pour tout le monde que le système sanitaire dépend étroitement des autres systèmes. C'est ainsi que pour être bien portant, tout individu doit manger à sa faim, consommer des aliments sains, etc. Seul le diagnostic communautaire, socle sur lequel devrait reposer toute politique de soins de santé primaires, permet à l'agent de santé d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de la communauté et la manière dont ils sont perçus

## I. DEFINITIONS DES CONCEPTS DE BASE DU DIAGNOSTIC COM

### 1.1 Diagnostic

La définition du terme « diagnostic » au sens médical, correspond à l'identification d'une maladie par ses symptômes. *Il s'agit du diagnostic médical.*

## 1.2 Diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire est un processus permettant de recueillir des informations d'ordre social, sanitaire, culturel, économique, démographique et politique sur une communauté afin d'identifier ses besoins en matière de santé et d'y apporter des solutions éventuelles avec sa pleine participation.

### II. BUTS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

- Identifier les principaux problèmes de santé d'une communauté avec sa participation et ses ressources pour envisager les solutions et des actions ciblées sur les problèmes repérés ;
- Faire une analyse fine des ressources disponibles (matérielles et humaine) sur le plan quantitatif et qualitatif. *, Moyen temporelle.*
- Initier un processus de collaboration entre les populations et les agents de santé.

### III. IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Le diagnostic communautaire

- Sert de base à toutes les actions sanitaires ;
- Permet d'orienter les efforts sur les besoins réels de la population ;
- Permet de renforcer les activités effectuées en santé communautaire, etc ;

### IV. APPROCHES UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Selon Raynald Pinault, deux grandes approches sont utilisées dans le diagnostic communautaire.

#### 4.1 L'approche basée sur la notion épidémiologique du besoin.

C'est une enquête épidémiologique dont l'objet est de collecter un maximum de données existantes sur l'état sanitaire de la population. Elle fournit les données quantitatives

#### 4.2 L'approche psychosociologique des besoins

Elle permet de déterminer les perceptions de la population relatives aux problèmes de santé rencontrés dans le milieu et les moyens de résolution de ces problèmes. Elle fournit les données qualitatives.

## **V. METHODOLOGIE UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COM**

### **5.1 La phase préparatoire :**

#### **5.1.1 L'implication communautaire**

- Impliquer la communauté et les autres professionnels concernés. (Il faut éviter de mettre la communauté et ses représentants devant le fait accompli et lui proposer de participer à un projet déjà élaboré en dehors d'elle.)
- Constituer un groupe de travail qui rassemblera toutes les couches socio professionnelles du milieu. Ce groupe de travail déterminera les étapes successives à suivre, définira les objectifs de l'étude, les moyens et les méthodes et mobilisera les ressources nécessaires.

#### **5.1.2 La préparation technique**

Elle consiste d'une part à informer et d'autre part à former les personnes directement impliquées dans le diagnostic communautaire

### **5.2 Le diagnostic communautaire proprement dit**

#### **5.2.1 Définition des objectifs**

Il s'agit de se mettre d'accord sur ce que l'on cherche à obtenir, dans quel but et auprès de quelles communautés.

#### **5.2.2 Informations ou données à recueillir**

Elles sont en rapport avec les caractéristiques de la communauté et les relations caractéristiques, état de santé de la communauté.

##### **✓ *Au niveau de l'environnement général de la communauté***

- Dans quelle région est implanté le village ?
- Quelles sont les différentes saisons ?
- Quels sont les types de végétation, de climat ?
- De quel centre administratif dépend le village, Etc. ?

##### **✓ *Au niveau du village***

- Quelle est l'histoire du village ;
- Le village est-il loti ?
- Quelle est la proportion de maisons en dur ?
- Faire un plan orienté du village avec les routes, les pistes les différents quartiers, le marché etc.) ;

✓ **Au niveau démographique**

- Le nombre d'habitants, de familles, de ménages ;
- Les mouvements migratoires de cette population ;
- Les différentes ethnies rencontrées ;
- Les différentes personnes influentes du village (notables, chefs religieux, autorités politiques etc.)

✓ **Au niveau Economique**

- Quelles sont les ressources financières du village ? culture, pêche, élevage, artisanat etc. ;
- L'usage des produits récoltés (consommation, vente) ;
- Quels sont les débouchés possibles ? ya-t-il un marché sur place ? Quel jour a-t-il lieu ? Quels sont les marchés voisins les plus importants ?
- Existe-il des fonctionnaires, des GVC, des coopératives, des moyens de communication, des associations à bases communautaires ? etc.

*groupement local coopératif*

✓ **Au niveau socio culturel**

- Ya-t-il des coutumes ? des traditions ? des fêtes propres au village ou à la région ?
- Quels sont les jours de repos ?
- Existe-t-il des associations culturelles, politiques et religieuses ?
- Quelles sont les différentes ethnies et religions rencontrées ? Etc.

✓ **Au niveau sanitaire**

- Existe-t-il des problèmes de santé liés à l'alimentation, à l'eau ?
- Existe-t-il des pratiques de la prostitution, etc. ;
- Quels sont les structures et équipements sanitaires existants (privés et publics) ?
- Où accouchent les femmes ? (Centre de santé ou domicile), etc.

### **5.2.3 Identification des sources de données, choix des méthodes, élaboration de instruments de recueil des données**

#### **❖ Identification des sources possibles**

Les sources sont de deux ordres :

- Les informations existantes ;
- Les formations à rechercher.

##### **✓ *Les informations existantes***

Le plan de développement socio-économique et sanitaire du pays ;

- Les registres d'état civil ;
- Les registres de consultation ;
- Les statistiques sanitaires et démographiques ;
- Les rapports d'activités des services de santé, Etc ;

##### **✓ *Les informations à rechercher***

Elles correspondent à ce que l'on a appelé l'approche psychosociale des besoins et des problèmes.

#### **❖ Choix des méthodes**

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

##### **✓ *Méthodes non systématiques***

- L'observation ;
- Les interviews ;
- Les réunions de groupe ;
- Les visites.

##### **✓ *Méthodes systématiques***

Ce sont les enquêtes systématiques de type épidémiologique. Elles consistent à rechercher de facteurs de risque ou les causes des comportements. Elles permettent de recueillir des données précises, quantifiables sur la communauté afin de confirmer et compléter les informations mises en évidence ou soupçonnées par les méthodes non systématiques.

#### **5.2.4 Elaboration des instruments de recueil de données**

Le recueil de données se fait à l'aide d'outils ou instruments de collecte préalablement élaborés et tenant compte des informations à recueillir. Ces outils peuvent être :

- Un questionnaire ;
- Un guide d'entretien ;
- Une grille d'observation ;
- Une fiche d'inventaire, etc.

#### **5.2.5 L'analyse et l'interprétation des données**

Elle permet de compiler, trier, recouper et classer les données collectées. En tant que personnel de santé, l'on cherchera à mesurer l'impact des facteurs qui déterminent l'état de santé. (Alimentation, assainissement, etc.)

### **VI. ETAPES DE LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE**

1. Identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
2. Etablissement des priorités ;
3. Documentation des problèmes prioritaires ;
4. Définition des objectifs d'action ;
5. Choix des stratégies ;
6. Mise en place d'un plan d'action ;
  - Choix des activités ;
  - Mobilisation et coordination des ressources ;
7. Mise en œuvre des activités.
8. Mise en place d'un plan d'évaluation

### **VII CRITERES DE SELECTION DE PROBLEME PRIORITAIRE (6 critères)**

- La population cible touchée par le problème ;
- L'ampleur du problème (le nombre de cas) ;
- La gravité du problème (le nombre de décès ou de séquelles) ;
- La vulnérabilité du problème (existence de mesures de contrôle efficaces)
- Perception du problème par la population (la population perçoit-elle le problème de la même façon que l'agent de santé ?) ;
- Coûts des interventions.

## 7.1 Pondération des différents critères de sélection d'un problème prioritaire

### 7.1.1 Population-cible

- Enfants, femmes enceintes : 05 points
- Vieillards, adultes : 02 points

### 7.1.2 L'ampleur du problème

- < à 10 cas : 02 points
- Entre 10 à 19 cas : 04 points
- 20 cas et plus : 05 points

### 7.1.3 La gravité du problème

- Ne constitue aucune menace : 0 point
- < 4 décès ou séquelles : 02 points
- Entre 5 et 14 décès ou séquelles : 04 points
- 15 décès ou séquelles et plus : 05 points

### 7.1.4 La vulnérabilité

- Une solution existe : 05 points
- La solution est acceptable : 01 point
- La solution est réalisable : 01 point
- La solution est applicable : 01 point

### 7.1.5 La perception du problème par la population.

- La population a une bonne perception du problème : 05 points ;
- La population a une perception erronée du problème : 02 points

### 7.1.6 Le coût des interventions

- Le coût est-il à la portée de la population : 05 points ;
- Le coût nécessite-t-il l'appui d'une ONG : 03 points ;

### Exemple de tableau pour la sélection d'un problème prioritaire

Critères Problèmes	Pop Cible	Ampleur du problème	Gravité du problème	Vulnérabilité	Perception du problème	Coût des intervention	Total

### *Exemple de plan d'action*

Activités	Période	Lieu	Bénéficiaires Cibles	Responsables d'exécution	Ressources			Observation
					Financières	Matérielles	Humaines	

### *Exemple de plan d'évaluation*

Qui ?	Personnel	
Que	Critères /Objectif	
Quoi	Activités	
Où ?	Lieu	
Quand ?	Période	
Comment ?	Méthode	
Avec quoi ?	Instrument	

## **CONCLUSION**

Le diagnostic communautaire est une étape indispensable pour tout projet en santé communautaire. Il permet d'analyser les informations collectées dans la communauté et d'initier la participation de la communauté et le changement de comportement.

## LES FLEAUX SOCIAUX

### **Objectif général**

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la licence 2 d'assurer la prévention des fléaux sociaux

### **Objectifs spécifiques**

A la fin du cours, il doit être capable de ;

Définir les termes liés aux fléaux sociaux

Décrire les différents fléaux sociaux

### **INTRODUCTION**

Avec les progrès scientifiques, d'importants changements ont lieu dans la répartition des causes de morbidité et de mortalité. Ainsi, les taux de morbidité et de mortalité des maladies infectieuses ont baissé. Par contre, ceux des maladies non infectieuses ont connu une ascendance.

Selon l'OMS (2018), les maladies non transmissibles tuent chaque année 71 millions de personnes dans le monde.

### **I DEFINITIONS DES TERMES LIES AUX FLEAUX SOCIAUX**

#### ✓ **Stupéfiant**

C'est une substance psychotrope dont l'usage répété conduit à une dépendance

#### ✓ **Accoutumance**

C'est un phénomène par lequel l'organisme devient peu à peu insensible à un produit régulièrement absorbé et qui oblige souvent le toxicomane à augmenter les doses.

#### ✓ **Pharmacodépendance**

C'est un état résultant de l'absorption périodique ou continue de certaines substances chimiques.

#### ✓ **Dépendance**

C'est un état résultant de l'absorption continue et répétée de drogue ou leurs dérivés. Cette dépendance se manifeste par un besoin excessif de la drogue ou certains médicaments.

✓ **Tolérance**

C'est la propriété que possède l'organisme de supporter des doses d'une substance sans manifester des signes d'intoxication.

✓ **Toxicomanie**

C'est un état d'intoxication périodique ou chronique nuisible à l'individu et à la société engendré par la consommation d'une drogue naturelle ou synthétique.

## **II DESCRIPTION DES DIFFERENTS FLEAUX SOCIAUX**

### **2.1 ALCOOLISME**

#### **2.1.1 Définition**

C'est un ensemble de phénomènes pathologiques entraîné par l'abus de boissons alcoolisées.

#### **2.1.2 Profil épidémiologique**

L'alcool est sans doute la drogue la plus disponible et accessible dans le monde entier. L'OMS estime entre 5 et 6 millions le nombre de personnes qui auraient eu une consommation d'alcool à risque, favorisant la dépendance. Le nombre des alcoolodépendants est estimés à environ 2 millions

#### **2.1.3 Facteurs favorisant l'alcoolisme**

- Facteurs émanant de la personne. (Les personnes timides ou angoissées...);
- Facteurs liés au milieu social (environnement familial et professionnel...)
- Facteurs liés aux conditions de vie (Le chômage...)
- Facteurs économiques (alcool source de revenu pour certains pays...)

#### **2.1.4 Effets de l'alcool sur la santé**

- ✓ **Effets aigus** : Ils se manifestent au début par un ralentissement des réflexes jusqu'au coma avec ralentissement des rythmes cardiaques et respiratoires
- ✓ **Effets chroniques** : Ils s'observent au niveau de l'appareil digestif (gastrite aigue...), du système nerveux (polynévrite...), de l'appareil cardio-vasculaire (cardiopathie...), de l'appareil respiratoire (bronchite...) et de la conscience (baisse de la vigilance...)

### 2.1.5 Mesures préventives de l'alcoolisme

- *Mesures limitant la consommation.* (Interdire la vente de l'alcool devant et à l'intérieur des écoles, des hôpitaux et marchés, etc.)
- *Actions répressives.* (Réprimer l'ivresse publique...);
- *Actions médico-sociales.* (Dépister précocement les buveurs excessifs et assurer la prise en charges dans les centres spécialisés, lutter contre le chômage, la pauvreté...)
- Sensibiliser et éduquer les populations sur les méfaits de l'alcool notamment les groupes à risque. (Les femmes, les jeunes, les ouvriers des entreprises, etc.)

## 2.2 LA DROGUE

### 2.2.1 Définition

C'est un produit ou une substance d'origine animale ou chimique utilisé comme ingrédient dans une préparation médicamenteuse.

### 2.2.2 Profil épidémiologique.

L'OMS estime le nombre de consommateurs réguliers de cannabis à 850 .000 dont 450 000 usagers quotidiens. A 18 ans, un garçon sur cinq fume quotidiennement du cannabis, tandis que 53 % des garçons et 47,2 % des filles de moins de 17 ans l'ont déjà expérimenté.

### 2.2.3 Problèmes socio-sanitaires causés par l'abus des drogues

#### ✓ *Problèmes sociaux*

- L'absentéisme ;
- Les accidents de la voie publique ;
- Le suicide, etc.

#### ✓ *Problèmes sanitaires*

- L'hallucination ;
- Le délire ;
- L'asthénie, etc.
- Hématome retro placentaire chez la gestante qui consomme de la drogue pendant la grossesse par exemple

## **2.2.4 Moyens de lutte contre la drogue**

- Limitation de l'accès aux drogues par des mesures de contrôle du trafic et de répression de la distribution et de la consommation ;
- Identification et suppression des facteurs environnementaux qui exposent à la toxicomanie ;
- Sensibilisation de la population en général et la jeunesse en particulier sur les dangers sanitaires de la drogue.
- Mobilisation de toutes les couches sociales contre la consommation de la drogue
- Association des autres secteurs d'activités aux actions de lutte dans une approche multisectorielle (Ministère en charge de la santé, de la Justice, de la Communication) pour l'efficacité de la lutte

## **2.3 LE TABAGISME**

### **2.3.1 Définition**

Selon le dictionnaire Petit Robert, le tabagisme est un ensemble de troubles physiologiques et psychiques provoqués par l'abus du tabac.

### **2.3.2 Profil épidémiologique**

L'OMS estime à au moins 3,5 millions de décès annuels dus au tabagisme dans le monde dont environ 2 millions dans les pays développés. L'incidence annuelle du cancer causé par la consommation du tabac est de 1,5 millions de nouveaux cas de cancer par an dans le monde. Le tabac constitue la principale cause de mort évitable.

### **2.3.3 Facteurs favorisant le tabagisme**

- Difficultés psychologiques ;
- Les difficultés familiales ;
- Les campagnes publicitaires menées par les industriels, etc.

### **2.3.4 Moyens de lutte contre le tabagisme**

- Sensibilisation des fumeurs sur les dangers de la cigarette ;
- Création des structures de prise en charge des jeunes et personnes en difficulté ;
- Réglementation de la publicité sur le tabac ;
- Interdiction du parrainage de certaines usines de tabac en faveur de certains jeux ou sports rassemblant la jeunesse ;
- Initiation de plaidoyer auprès des Etats pour ratifier la convention cadre pour la lutte anti-tabac adoptée en Genève en 2003

# **SURVEILLANCE INTEGREE DE LA MALADIE ET RIPOSTE (SIMR)**

## **Objectif général**

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la Licence 2 d'effectuer la surveillance intégrée des maladies et d'organiser la riposte

## **1.2 Objectifs spécifiques**

A la fin du cours il doit être capable de :

- 1) Définir le concept "surveillance intégrée de la maladie et riposte" (SIMR)
- 2) Citer les objectifs de la SIMR
- 3) Citer les maladies prioritaires sous surveillance
- 4) Définir les cas de maladie sous surveillance pour la notification

## **INTRODUCTION**

Au cours de la décennie passée, le monde et singulièrement la région Africaine de l'Organisation Mondiale de Santé a dû faire face à plusieurs épidémies de choléra, de méningite à méningocoques, de typhoïde et de grippe, entre autres, et plus récemment, à une épidémie de la maladie à virus Ebola et à la maladie à coronavirus avec des taux de morbidité et de mortalité très élevés. Il est établi que les pays dont les systèmes de surveillance sont peu performants ne sont pas à mesure de détecter les menaces pour la santé publique ou les événements de santé publique et d'y répondre à temps voulu.

La surveillance est définie comme le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation pour l'action c'est-à-dire la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique

En Côte d'Ivoire, plusieurs maladies sont sous surveillance. Dans ce chapitre, nous décrirons que quelques-unes. Il s'agit :

- ✓ La Paralysie Flasque Aigue (PFA)
- ✓ La Poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage
- ✓ La poliomyélite due à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
- ✓ Le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)
- ✓ La rougeole
- ✓ La fièvre jaune
- ✓ Le tétanos néonatal
- ✓ La maladie à coronavirus ou COVID-19

## **I DEFINITION DE LA (SIMR)**

C'est une stratégie globale du renforcement du système de la surveillance des maladies et de réponse à tous les niveaux notamment au niveau communautaire et national.

La SIMR a été adoptée en 1998 à Hararé au Zimbabwe par les Etats membres de la région Africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé.

## **II. OBJECTIFS DE LA SIMR**

- Surveiller les tendances des maladies ;
- Détecter précocement des situations inhabituelles ;
- Faciliter la réponse fondée sur des bases factuelles.

## **III. LES MALADIES PRIORITAIRES SOUS SURVEILLANCE**

- Les maladies à potentiel épidémique (le choléra, la grippe, la méningite à pneumocoque, la fièvre hémorragique virale, la COVID-19).
- Les maladies faisant l'objet de mesure d'élimination et d'éradication (la poliomyélite à poliovirus sauvage, ver de guinée etc.)
- Les maladies cible du Programme Elargi de vaccination (PFA, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal, etc.)

## **IV. DEFINITIONS DE CAS DE MALADIE SOUS SURVEILLANCE POUR NOTIFICATION**

### **4.1 LA PARALYSIE FLASQUE AIGUE (PFA)**

#### **4.1.1 Définition de cas pour notification**

##### **✓ *Au niveau de la structure sanitaire***

C'est tout enfant présentant une faiblesse ou une diminution ou une perte du tonus musculaire touchant n'importe quel muscle du corps, principalement les muscles des bras et/ou des jambes et survenant de façon brutale.

##### **✓ *Au niveau communautaire***

C'est tout enfant chez qui l'on note une apparition soudaine d'une maladie paralytique aigue.

#### **4.1.2 Gestes à faire devant un cas de PFA**

- Notifier immédiatement le cas au autorités sanitaires du district ;
- Recueillir 2 échantillons de selles (8-10g) à un intervalle d'au moins 24-48 heures, dans les 14 jours **après l'apparition de la paralysie ;**

- Empaqueter suffisamment les échantillons de selles dans un récipient en matière plastique propre, étanche et fermé par couvercle à vis et l'expédier dans un porte vaccins entre +2°C à + 8°C vers les services compétents ;
- Acheminer les échantillons en bon état au laboratoire de l'Institut Pasteur dans un délai de 3 jours après collection.

**Tableau récapitulatif des activités urgentes à mener et les délais d'exécution devant un cas de PFA**

Activités à mener	Délai de prélèvement			
	Entre J0 et J14	Entre J14 et J60	Entre J61 et 06 mois	> 06 mois
Prélèvement de selles	x	x		
Notification avec diagnostic provisoire	x	x	x	
Investigation avec fiche	x	x	x	
Inscription du code EPID dans la Base PFA	x	x	x	
Examen du 60eme jour		x		
Inscription sur la liste linéaire dans base Excel				x
Classification par le CNEP		x	x	x
Analyse et actions correctrices		x	x	x

**4.1.3 Indicateurs de surveillance des PFA**

- ✓ Le taux de PFA est dit non poliomyélitique lorsque le nombre de cas de PFA est  $\geq 2$  pour 100 000 enfants de moins de 15 ans
- ✓ La proportion d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours après le début de la paralysie doit être  $\geq$  à 80%

**4.2 LA POLIOMYELITE DUE A UN POLIOVIRUS DE TYPE SAUVAGE**

**4.2.1 Définition de cas pour la notification de la poliomyélite due un virus de type sauvage**

En vertu du règlement sanitaire internationale (RSI) 2005, un cas de poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage qui doit être notifié est défini comme un cas présumé ou un poliovirus sauvage ayant été isolé dans les échantillons de selles de ce cas ou dans ceux d'un de ces contacts proches.

#### **4.2.2 Définition de cas présumé**

Un cas présumé est tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë ou toute personne quel que soit son âge présentant une maladie paralytique et chez qui l'on soupçonne une poliomyélite.

#### **4.2.4 Procédure standard pour le recueil des selles selon le RSI**

Elle consiste à recueillir deux (02) échantillons de selles d'un cas de PFA dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie. Comme l'excrétion virale dans les selles diminue au-delà de deux semaines après le début de la paralysie, pour accroître la sensibilité de la détection virale, des échantillons de selles supplémentaires provenant de cinq contacts proches sont prélevés pour les cas de PFA pour lesquels on ne dispose pas de deux échantillons de selles recueillis dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie

### **4.3 LA POLIOMYELITE DUE A UN POLIOVIRUS DERIVE D'UNE SOUCHE VACCINALE (PVDVc)**

Le vaccin anti poliomyélite oral (VPO) contient une forme atténuée (affaiblie) du poliovirus qui active une réponse immunitaire de l'organisme. Quand le VPO est administré à un enfant, la souche vaccinale affaiblie se replie dans l'intestin pour une période limitée, ce qui lui permet de développer son immunité en synthétisant des anticorps. Pendant ce temps de synthèse d'anticorps, la souche vaccinale est également excrétée, et dans les zones où l'assainissement de l'environnement est insuffisant, ces virus vaccinaux peuvent se propager dans la communauté à d'autres enfants par le biais de l'immunité passive avant de finir par s'éteindre.

Mais il arrive de temps en temps, dans les communautés ayant une très faible immunité, que la souche vaccinale excrétée puisse continuer de circuler sur une durée prolongée et peut à la longue subir de mutation génétique et devenir un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale capable de provoquer une paralysie (PVDVc)

### **4.3 SYNDROME RESPIRATOIRE AIGUE SEVERE (SRAS)**

#### **4.3.1 Définition de cas pour la notification du SRAS**

En vertu du RSI (2005), dans la période qui suit une flambée du SRAS, un cas de SRAS qui doit être notifié est défini comme étant le cas d'un sujet présentant une confirmation au laboratoire d'une infection par le coronavirus du SRAS qui, soit correspond à la définition clinique du cas de SRAS, soit a travaillé dans un laboratoire manipulant des

coronavirus du SRAS vivant ou conservant des échantillons infectés par le coronavirus du SRAS

#### **4.3.2 Définition d'un cas clinique SRAS**

Un cas de SRAS clinique est défini chez toute personne présentant :

Des antécédents de fièvre ou une fièvre documentée

Et

Un ou plusieurs symptômes d'une affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté respiratoire, essoufflement)

Et

Des signes radiographiques d'une pneumonie ou d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), ou des résultats d'autopsie correspondant à la pneumonie ou du SDRA sans qu'il ait de cause identifiable

Et

Aucun autre diagnostic ne pouvant expliquer la maladie

### **4.4 LA ROUGEOLE**

#### **4.4.1 Définition de cas pour la notification**

##### **✓ Au niveau de la structure sanitaire**

##### **✚ Cas suspect de rougeole**

C'est un enfant présentant une Fièvre, une éruption, une toux ou un coryza ou une conjonctivite ou toute personne chez qui un clinicien suspecte la rougeole.

##### **✚ Cas confirmé de rougeole**

C'est un cas suspect avec IgM positif ou cas suspect avec notion de contact physique avec un cas confirmé (lien épidémiologique) dans les jours ayant précédé le début de la maladie ou cas suspect confirmé cliniquement.

##### **✓ Au niveau communautaire**

C'est toute personne présentant une chaleur corporelle et une éruption cutanée étendue sur le visage et le corps.

#### **4.4.2 Définition de Suspicion et de confirmation d'une épidémie**

##### **✓ Suspicion d'une épidémie**

C'est lorsque cinq (05) cas suspects ou plus sont notifiés en un mois au sein d'une population de 100 000 habitants vivants dans un district sanitaire ou une aire de santé.

### ✓ **Confirmation d'une épidémie**

C'est lorsque trois (03) cas confirmés ou plus sont notifiés en un mois au sein d'une population de 100 000 habitants vivants dans un district sanitaire ou une aire de santé avec notion de lien épidémiologique.

#### **4.4.3 Organisation de la riposte devant un cas suspect de rougeole.**

- Prélever le sang entre le 4<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour après le début de l'éruption ;
- Laisser décanter dans un porte vaccin où sont disposés des accumulateurs congelés (+2 et + 8) ;
- Recueillir le sérum dans un autre tube ;
- Remplir le formulaire générique de notification des cas en précisant :
  - Nom & prénoms ;
  - Age ;
  - Statut vaccinal ;
  - Date du début de l'éruption ;
  - Date de collecte ;
  - Provenance ;
  - Formulaire d'enquête dûment rempli ;
  - Résidence au moment de l'éruption.
- Ranger le prélèvement dans un porte vaccin ;
- Disposer d'accumulateurs bien congelés tout autour ;
- Fermer le porte vaccin ;
- Accompagner le prélèvement de la fiche d'enquête ;
- Acheminer le porte vaccin au district sanitaire ou à la DCPEV.

NB : Faire un prélèvement de gorge des cas entre J1 à J7.

#### **4.4.3 Mesures préventives**

- ✓ Limiter l'extension de la PEC des cas et contacts :
  - *Si cas suspect* : Traitement adéquat et limitation de contact entre sujets vaccinés et sujet ayant fait maladie.
  - *Si cas confirmé* : Hospitalisation, traitement adéquat, limitation de contact entre sujets vaccinés et ayant fait la maladie.
  - *Si sujet contact* : Vaccination, Isolement dès apparition des 1<sup>ers</sup> signes.
- ✓ Vacciner tout cas suspect de rougeole (vaccination sélective)

## 4.5 FIEVRE JAUNE

### 4.5 Définition de cas pour notification

#### 4.5.1 Au niveau de la formation sanitaire

✓ **Cas suspect :**

C'est tout sujet présentant une fièvre d'apparition brusque avec ictère apparaissant dans les 14 jours après le début des symptômes.

✓ **Cas probable :**

C'est tout cas suspect IgM avec histopathologie du foie positive ou lien épidémiologique avec un cas confirmé chez un sujet non vacciné dans les 30 jours

✓ **Cas confirmé**

C'est tout cas probable positif à la recherche d'anticorps spécifique IgM et IgM négatif aux autres flavivirus ou augmentation du titre IgM ou IgG par 4 ou détection d'anticorps neutralisants spécifiques chez un sujet non vacciné dans les 30 jours

#### 4.5.2 Au niveau communautaire

C'est toute personne présentant un jaunissement soudain de la peau de plus de deux semaines, avec ou sans chaleur corporelle.

#### 4.5.3 Définition d'une épidémie de Fièvre Jaune

Il ya épidémie de fièvre jaune lorsqu'au moins un cas suspect est confirmé au laboratoire.

#### 4.5.4 Gestes à faire devant un cas suspect de fièvre jaune

- Entreprendre une investigation clinique, épidémiologique et entomologique
- Identifier la zone concernée et les personnes à risque
- Organiser une vaccination de masse réactive selon les conclusions de l'investigation
- Initier des mesures de lutte antivectorielle

## 4.6 TETANOS NEONATAL

### 4.6.1 Définition de cas pour la notification

#### ✓ Cas suspect

C'est tout cas de décès néonatal survenu entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour de la vie et dont la cause est inconnue ou tout nouveau-né ayant souffert ou signalé avoir souffert du tétanos entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour de la vie mais n'ayant pas fait l'objet d'une enquête.

#### ✓ Cas confirmé

C'est tout nouveau-né ayant présenté une aptitude normale à téter et à crier pendant les 2 premiers jours de la vie et ne pouvant plus téter normalement entre le 3<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour ou tout nouveau-né qui devient raide et/ou a des convulsions.

**NB** : La classification des cas de tétanos néonatal est purement clinique et ne dépend pas d'une confirmation du laboratoire.

### 4.6.2 Éléments clés à rechercher au cours de l'investigation devant un cas de tétanos néonatal

- Statut vaccinal de la mère ;
- Nombre et dates des consultations prénatales ;
- Lieu accouchement (CHU, CHR, HG, maternité, domicile) ;
- Responsable de l'accouchement (personnel de santé, accoucheuse traditionnelle formée ou non, autre...) ;
- Cordon ombilical : état des instruments utilisés pour section, pansement à domicile ? utilisation de produits traditionnels ?
- Évolution du cas (décédé, vivant, inconnu) ;
- Réponse au cas (décrire les actions menées).

### 4.6.3 Gestes à faire devant un cas de tétanos néonatal

- Notifier sans tarder au district sanitaire ou à la DCPEV ;
- Pas de prélèvement à faire ;
- Référer le cas à l'hôpital du district pour une prise en charge ;
- Investiguer pour identifier les facteurs associés à la survenue du cas (cas et communauté.
- Si cas confirmé après investigation

- Administrer à la mère du malade et aux autres femmes et filles vivant dans la même habitation que le cas, 2 doses du vaccin antitétanique à l'intervalle d'un mois ;
- Organiser dans la localité des activités de vaccination supplémentaire en deux (02) passages à l'intention de toutes les Femmes en âge de reproduction (FAR) plus riposte (avec rapport) ;
- Eduquer les femmes en âge de reproduction quant à la nécessité de couper et de soigner le cordon en observant de bonnes conditions d'hygiène.
- Améliorer la couverture vaccinale de routine du Td.

## **4.7 LA MALADIE A CORONAVIRUS OU COVID-19**

### **4.7.1 Définition de cas pour notification**

#### **✓ Cas suspect de COVID-19**

A. C'est une personne qui remplit les critères **cliniques** Et **épidémiologiques**

#### **▪ Critères cliniques**

- Apparition soudaine de fièvre ET de toux ;  
OU
- Apparition soudaine d'au moins trois des signes suivants : Fièvre, toux, faiblesse/fatigue générale, céphalée, myalgie, mal de gorge, coryza, dyspnée, anorexie/nausées/vomissements, diarrhée, altération de l'état mental.

#### **▪ Critères épidémiologiques**

Séjour ou travail dans une zone à haut risque de transmission du virus (Établissements résidentiels clos, camps ou centre d'accueil pour les personnes déplacées) à tout moment au cours des 14 jours précédents l'apparition des symptômes.

OU

Séjour ou voyage dans une zone de transmission communautaire à tout au cours des 14 précédent l'apparition des symptômes

OU

Travaille dans le secteur de soins de santé, y compris dans les établissements de santé ou dans la communauté, à tout moment au cours des 14 jours précédents l'apparition des symptômes

B. C'est un patient présentant une infection une infection respiratoire aiguë sévère (IRAS-infection respiratoire aiguë en présence d'antécédents de fièvre ou d'une fièvre mesurée supérieur ou égale à 38 degrés et de toux, apparue au cours des 10 derniers et nécessitant une hospitalisation.

#### ✓ **Cas probable de COVID-19**

A./ C'est un patient qui remplit les **critères cliniques** ci-dessus ET qui a été **en contact avec un cas confirmé ou probable** de COVID-19 ou qui a été relié sur le plan épidémiologique à un groupe de cas dans lequel il ya eu au moins un cas confirmé

B./ C'est **un cas suspect pour lequel une imagerie thoracique** révèle des observations indicatives de la COVID-19

C./ C'est une personne atteinte d'**anosmie** (perte de l'odorat) ou d'**agueusie** (perte du goût) en l'absence de toute autre cause identifiée.

D./ C'est un décès, sans autre explication, d'un adulte qui a présenté une **détresse respiratoire** avant le décès ET **qui a été en contact avec un cas probable ou confirmé** de COVID-19 ou qui est relié sur le plan épidémiologique à un groupe de cas dans lequel il ya eu au moins un cas confirmé.

#### ✓ **Cas confirmé de COVID-19**

C'est une personne présentant une **infection par le virus par le virus de la COVID-19 confirmée en laboratoire**, quels que soient les signes et symptômes cliniques

### **CONCLUSION**

La détection des cas de maladies et leur notification à travers la surveillance est une stratégie très importance en santé publique. Elle permet de signaler à temps à l'autorité compétente les cas pour prendre des décisions afin de limiter les flambées d'épidémies. Le système de surveillance des pays doit être efficace et performant. De cette efficacité et performance dépendront la validation des progrès vers l'élimination de la rougeole, le maintien de l'élimination du TNN et le contrôle la fièvre jaune.