

FONDS DE SOLIDARITÉ PRIORITAIRE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT (FSP)

VERS LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

SEMINAIRE DE VACCINOLOGIE



Bobo-Dioulasso du 12 au 24 mars 2012
 Institut Supérieur des Sciences de la Santé
 Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso
BURKINA FASO



Les orientations de santé concernant la mère et l'enfant constituent un élément essentiel des « Objectifs du Millénaire pour le Développement » (OMD 4 et 5) de l'ONU. C'est dans ce cadre que l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF), en lien avec l'Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport (UNF3S) et le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) ont établi en avril 2008 un partenariat Nord-Sud et Sud-Sud pour la formation des professionnels de santé (médecins, sages-femmes et paramédicaux) aux pathologies de la mère et de l'enfant, dans 17 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est, dits de la « zone de solidarité prioritaire »

PROGRAMME GENERAL «MERE-ENFANT»

VERS LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE

Etat des lieux

Vingt ans après la conférence mondiale de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque, les rapports d'activité consacrés à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et infantile dans ces pays convergent : malgré des frémissements perceptibles, les résultats des politiques menées sont inférieurs à ceux espérés et l'accès à la santé de la mère et de l'enfant est loin d'être une réalité.

On peut mourir de peu

Les causes de mortalité et des pathologies sont certes multiples, mais aujourd'hui bien identifiées : elles ressortent notamment de la qualité insuffisante des soins prodigués aux femmes et de l'absence de stratégies dans le traitement des complications obstétricales. Ainsi, l'amélioration des pratiques et du fonctionnement des services de soins permettrait d'éviter un grand nombre de décès liés aux accouchements en prenant en compte à cette fin les principaux paramètres suivants :



- 1 *Contre 3 retards avérés : retard dans la décision de demander des soins, retard de l'arrivée dans l'établissement de soins, retard dans la fourniture des soins appropriés ;*
- 2 *Optimiser les pratiques : lutte contre les ruptures ou les interruptions de soins, pour le suivi des protocoles, pérennisation des normes professionnelles, organisation et coordination, etc. ;*
- 3 *Améliorer les facteurs humains (relations, prévision et anticipation même dans un contexte de pénurie de ressources) ;*
- 4 *Placer au cœur de l'acte de soins la relation médecin-patient dans toute la dimension éducative et préventive (qualité de l'accueil indépendamment du statut social, des relations d'amitiés, de voisinage, de parenté, parler aux malades des complications, des risques, l'accompagnement, etc.) ;*
- 5 *Développer conjointement des stratégies plus larges de développement des services en termes de sensibilisation et de ressources (l'efficacité des formations dépend de l'amélioration des plateaux techniques et/ou des conditions matérielles et humaines).*

LE PROGRAMME FSP MERE-ENFANT

Dans ce contexte, le programme FSP mère-enfant vise à renforcer et à concrétiser les actions qui concourent à des améliorations notables de la santé de la mère et de l'enfant. A travers son offre de formation de formateurs, sa philosophie est de mettre à disposition les processus de connaissance numérique et médicale, d'action et de collaboration afin de soutenir les efforts sanitaires des pays concernés.



LES FORMATIONS et DIPLOMES INTER UNIVERSITAIRES INTERNATIONAUX (DIUI) DU FSP MERE-ENFANT

Le ministère des Affaires Etrangères et Européennes a confié à l'UNF3S un **fond de solidarité prioritaire (FSP)** pour la mise en œuvre d'un plan de formations de formateurs faisant appel à des contenus numériques disponibles sur le portail Mère-Enfant www.mere-enfant.org, des enseignements théoriques en présentiel, des enseignants pratiques et/ou des stages. En contrepartie, les universités membres de l'UNF3S mettent à disposition leurs enseignants-chercheurs. Pour chaque formation, un binôme de coordination est créé, composé

d'un enseignant d'un pays du Sud et d'un enseignant d'une Université française qui en sont les responsables scientifiques, chaque Université désignant un coordinateur pour chacune des formations, validées par leurs instances. Au préalable des formations au numérique sont mises en place à la fois pour les formateurs et les étudiants qui pourront acquérir le Czi (Certification informatique et internet). Dans une première phase les contenus pédagogiques des formations et DIUI suivants ont été mis en place en Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Asie du Sud Est. D'autres sont en cours, imminents ou pressentis, d'autres en voie d'élaboration :

Czi Maroc, Tunisie, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Gabon, Benin, Madagascar*
ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE (Maroc ; Tunisie, Vietnam, Sénégal, Gabon Mali*)
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
niveau 1: 17 pays du FSP
niveau 2: CHIRURGIE Gynécologique périnéale et vaginale (Niger, Bénin, Congo, Madagascar)
 CHIRURGIE Cancérologique pelvienne et mammaire (Sénégal*, Gabon**)
 CHIRURGIE Coelioscopie (Sénégal*, Cameroun*, Côte d'Ivoire**)

VACCINOLOGIE (Burkina Faso, Sénégal, Maroc, Tunisie)
IMF infectiologie materno-fœtale (Sénégal*, Mali*, Burkina Faso**, Madagascar, Côte d'Ivoire**)

MTO Mécanique et Techniques Obstétricales (Sénégal*)
PÉRINATOLOGIE (Sénégal*, Madagascar)
URGENCES PÉDIATRIQUES (Sénégal)
SCIENCES HUMAINES ET ETHIQUE EN SANTE



L'objectif du FSP mère-enfant est de permettre aux universités locales de diplômer 5000 à 7000 professionnels de la santé d'au moins l'un de ces DIUI au terme des quatre années du programme. L'ensemble des programmes et des contenus seront disponibles sur le site de l'UMVF.

ADAPTER LES CONTENUS DES DIPLOMES UNIVERSITAIRES

S'il n'est pas possible d'agir sur toutes les causes complexes et multidimensionnelles (déterminations socio-économiques, dont beaucoup sont étrangères à la pratique médicale et à la formation), il est en revanche possible de tirer les conclusions de ces faits sur un plan pédagogique et d'adapter les contenus des diplômes universitaires en fonction du degré de proximité avec la mortalité et la morbidité, en prenant en compte les zones géographiques où doit être mise en pratique la formation.

FAIRE EXISTER MEDICALEMENT ET SOCIALEMENT LES PATHOLOGIES

Par ailleurs, l'objectif prioritaire de réduction de la mortalité maternelle et infantile, parce qu'il induit le passage de la médecine à la santé, va au-delà des formations médicales et couvre des domaines plus

nombreux que ceux de la formation. Il ne peut omettre les réalités sociales et culturelles autour de la mère et de l'enfant et les incidences médicales de la mortalité, partie moins visible mais déterminante, que nous intégrons dans leur ensemble dans les sciences humaines.

LES SCIENCES HUMAINES SUR SITE

Dans ce but, l'UNF3S a souhaité enrichir le programme de données épidémiologiques ainsi que de données anthropologiques. Celles-ci sont en effet souvent absentes des formations ou reléguées à un rôle mineur, alors qu'elles représentent un atout efficace de réussite en développant chez les professionnels une plus grande attention au vécu des populations et à une délivrance de soins adaptés au patient.

A ce titre, dans le cadre du DIUI de chirurgie gynécologique, un enseignement de sciences humaines s'ajoute aux formations médicales portant sur les effets sociaux des pathologies.

Le **BURKINA FASO** (Haute Volta) dont la population est estimée à 17 millions d'habitants environ est situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique de l'Ouest. D'une superficie à peu près semblable à la moitié de la France Métropolitaine, ses frontières côtoient au sud le Benin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire et au nord les pays sahéliens enclavés (Mali, Niger).



Malgré une amélioration de la couverture sanitaire (en structures et en ressources humaines) et une augmentation de la qualité des soins, le Burkina Faso doit faire face, en ce qui concerne la mère et l'enfant, à des indicateurs de santé comparables à celui de ses voisins. Cette charge de morbidité élevée est liée principalement aux maladies transmissibles dont le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est en baisse comme dans tous les pays de la sous-région mais reste supérieur à la moyenne de la région africaine. Le ratio de mortalité maternelle reste également élevé. Les raisons de ces constats s'expliquent par la politique sanitaire du pays marquée par plusieurs grandes périodes.

La politique sanitaire

Un premier « Plan-Cadre » en 1960, centré sur les départements administratifs de l'époque, offrait des soins curatifs et préventifs à travers des formations sanitaires fixes auxquelles s'ajoutaient des campagnes de masse. Des équipes mobiles étaient mobilisées pour le dépistage, le traitement et la vaccination afin de lutter contre les grandes maladies endémiques comme la variole, la lèpre, l'onchocercose, la trypanosomiase et les ma-



ladies à potentiel épidémique tels que le choléra, la méningite, la fièvre jaune. De 1980 à 1992, une politique basée sur les soins de santé primaires visait à rapprocher l'offre de services de santé des populations rurales. D'importantes ressources ont été consacrées à la réduction des inégalités géographiques et sociales en matière de santé. Des services sanitaires curatifs et préventifs ont été mis en place au niveau des villages. C'est également au cours de cette période qu'un programme élargi de vaccination a été organisé et que la population a pu bénéficier de nouvelles prestations comme la planification familiale.

Depuis 1992, l'adhésion à la politique de l'Initiative de Bamako a conforté la politique de renforcement des soins de santé primaires. Des réformes ont contribué à modifier le système de santé et l'offre de soins par un effort de rationalisa-

tion et une plus grande implication des communautés et des collectivités locales dans leur gestion, grâce à l'aide des comités de gestion des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les conseils de santé des districts. C'est à cette période que commencent la promotion de points de vente de médicaments essentiels au sein des structures sanitaires, la collaboration avec la médecine traditionnelle, la réforme du secteur hospitalier mais aussi la libéralisation du système.

Les priorités d'interventions restent la lutte contre les endémo-épidémies avec une place de plus en plus grande accordée aux problèmes en émergence tels que le VIH/sida ou la persistance de pratiques comme l'excision. Cependant, l'initiative de Bamako, se voulant une politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires avec une équité d'accès aux soins renforcée, ne s'est pas traduite par un accès satisfaisant aux services de santé pour les plus démunis. Elle a trouvé des limites dans les frais imposés des actes de santé qui constituent une barrière financière pour les populations les plus vulnérables.

La décentralisation

Le processus de décentralisation a connu une accélération au cours de la période 1992-1999 notamment à travers la réforme hospitalière, engagée en 1997. Celle-ci révisait simultanément le rôle de l'hôpital et avait pour objectif d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux (universitaires) et régionaux devenant autonomes financièrement et administrativement.

Les actions mises en place portaient sur l'amélioration du plateau technique, le renforcement du nombre des agents et de leurs compétences, l'organisation des soins, l'amélioration de la qualité des prestations (accueil, propreté etc.). Le secteur privé regroupe près de 75% de l'ensemble des infrastructures de soins dans les zones urbaines comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Il comprend les cliniques privées à but lucratif, les institutions de soins relevant d'associations et d'ONG à but non lucratif, les laboratoires et les cliniques de soins.

Les rares formations existant en milieu rural sont des centres gérés le plus souvent par des associations ou des organismes religieux.

Au gré des changements sociopolitiques, l'organigramme du secteur public a beaucoup varié. Mais pour l'essentiel, trois niveaux de responsabilités peuvent être identifiés : Le *niveau central* chargé de l'élaboration des politiques nationales, de leur application, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Le *niveau intermédiaire* constitué par les 13 Directions régionales de la santé (DRS), chargées de la coordination et de l'appui aux districts qui constituent des relais entre le niveau central et les districts sanitaires.

Le *niveau périphérique*, représenté par le district sanitaire, les services de santé de base, l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé. Il est administré par une équipe cadre de district (ECD) chargée de la planification des soins cliniques, de la supervision, de la gestion, des prestations de soins et de l'application des politiques nationales au niveau du district, premier niveau de contact avec la population. Les dispensaires et maternités, les centres médicaux (CM) et les



centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) sont les niveaux de référence pour les formations sanitaires périphériques. Les centres hospitaliers régionaux (CHR), les 3 centres hospitaliers universitaires (CHU) servent de lieu de référence pour les soins spécialisés et pour ces derniers, de sites de formations des différentes catégories de personnel et de recherche. Pour des soins plus spécialisés dépassant les capacités existantes au niveau national, certains malades qui disposent de moyens suffisants sont évacués vers d'autres pays comme Abidjan, Paris etc.

Le sous-secteur traditionnel

Par ailleurs, le Burkina Faso a pris conscience des enjeux culturels, scientifiques, économiques, médicaux de la médecine traditionnelle qui continue à jouer un rôle important, notamment en zone rurale. Reconnus depuis 1994 dans le code

de la santé publique, deux décrets réglementent ce secteur: l'un portant sur la condition d'exercice de la médecine et pharmacopée traditionnelles et l'autre, portant sur l'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Toutefois, malgré des efforts considérables, la gestion de ce secteur reste complexe du fait de l'existence d'acteurs multiples aux intérêts parfois contradictoires. Ainsi, malgré les réformes entreprises, le système de santé fait face à des résultats encore modestes et s'efforce d'adapter son système de santé aux réalités socio-économiques et aux besoins de la population. C'est donc au centre d'une offre de soins en proie à une faible utilisation des services, des ressources humaines nécessitant un recyclage et meilleure répartition qu'interviennent les soins et traitements à tous les niveaux de la pyramide. Mais même si des systèmes de dispense de frais sont institués pour certaines catégories de populations et de pathologies, ils restent inaccessibles aux plus démunis et l'accès aux services de santé est loin d'être garanti pour toute la population.

Aussi, en 2008, l'OMS dans son rapport sur la santé revient une nouvelle fois sur l'importance des Soins de Santé Primaires comme stratégie pour assurer une couverture sanitaire à l'ensemble des populations. Il s'agit entre autres de modifier et de réglementer les systèmes de santé existant afin d'assurer l'accès universel aux soins. En d'autres termes, il s'agit de réfléchir sur des réformes d'assurance maladie qui permettrait d'abandonner le paiement direct des soins définis par l'Initiative de Bamako. Dans ce rapport, trois obstacles à cette couverture universelle sont décrits : l'insuffisance des ressources, le recours aux paiements directs des médicaments et des honoraires .

comme source de financement de la santé et l'utilisation inéquitable et non efficiente des ressources disponibles.

Dans ce cadre, le Burkina Faso qui a bénéficié de l'appui de l'OMS et de partenaires financiers extérieurs (ONG, et autres organisations internationales) a adopté une politique nationale sanitaire en 2000 et participé à l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2001-2010 qui comporte huit

axes stratégiques prioritaires : accroître la couverture sanitaire nationale, améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé, renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, réduire la transmission du VIH, développer les ressources humaines, améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé, accroître le financement du secteur de la santé, renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé.

LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

Après la déclaration d'Alma-Ata en 1978 qui soulignait l'importance du Programme élargi de vaccination (PEV) en tant qu'élément essentiel de la santé maternelle et infantile composante des soins de santé primaires, le Burkina Faso a décidé d'instaurer pour la décennie 1980-1990 un programme de vaccination visant à réaliser la couverture vaccinale contre les principales maladies endémo-épidémiques évitables par l'immunisation. Ce programme s'est progressivement implanté en 1980 à Bobo-Dioulasso, en 1981 à Ouagadougou et en 1982 dans les zones médicales de Tougan, Kaya, Nouna, Koupéla, Kongoussi et Boulsa. Il a connu un véritable essor à travers la « vaccination commando » qui a permis d'étendre le PEV à l'ensemble du territoire national en fournissant, grâce à l'appui de plusieurs organismes bilatéraux, multilatéraux, des Organisations Non Gouvernementales et des associations, les moyens de fonctionnement du programme.

Depuis janvier 2006, neuf maladies ont été ciblées: la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la fièvre jaune et la rougeole, l'hépatite virale B et les infections à *Haemophilus influenzae* type b.



LA VACCINATION: UNE REPOSE INCONTOURNABLE POUR LA DIMINUTION DE LA DIMENSION MATERNELLE ET INFANTILE

Extrait du diaporama de Pierre SALIOU
 Bobo-Dioulasso, 12/03/2012

Promouvoir la santé des pays en développement est un investissement pour leur développement

- La lutte contre les maladies transmissibles est essentielle. Elles sont encore responsables de plus de 60% des décès en Afrique
- La vaccination est un outil primordial pour diminuer la mortalité infantile



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012




Pierre SALIOU
 Membre de l'Académie des sciences d'Outre-mer
 Professeur agrégé du Val de Grâce

PEV

- Objectifs:
 - vaccination universelle de 80% des enfants du monde d'ici 1990
 - réduire incidence et mortalité dues à 6 maladies:
 - Tuberculose
 - Diphtérie
 - Tétanos
 - Coqueluche
 - Poliomyélite
 - Rougeole
 - + promouvoir services de vaccination, accès aux vaccinations


faciliter l'accès à l'autosuffisance de production et contrôle de qualité des vaccins



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012

PEV : ajouts depuis 1974


- 1988 : Fièvre jaune dans les zones d'endémie (9 mois)
- 1991 : Hépatite B : 6, 10, 14 semaines (première dose à la naissance si la prévalence HBs Ag > 8 %)
- Haemophilus influenzae b : 6, 10, 14 semaines (en cours)
- Pneumo conjugué 13 valences (projet)



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012

Calendrier du PEV

- BCG : à la naissance
- Polio OPV : à la naissance, 6, 10, 14 semaines
- Diphtérie - Tétanos - Coqueluche : 6, 10, 14 semaines
- Rougeole : 9 mois (compromis)
- + Tétanos pour les femmes en âge de procréer




INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012

Calendrier de vaccination des enfants, recommandé par l'OMS Programme Elargi de Vaccination

Age	Vaccins	Vaccin Hépatite B **	
		Schéma A	Schéma B
Naissance	BCG, VPO 0	HB 1	
6 semaines	DTCoq 1, VPO 1, Hib-1	HB 2	HB 1
10 semaines	DTCoq 2, VPO 2, Hib-2,		HB 2
14 semaines	DTCoq 3, VPO 3, Hib-3	HB 3	HB 3
9 mois	Rougeole, Fièvre Jaune*		


* dans les pays à risque de fièvre jaune.
 ** Le schéma A est recommandé dans les pays où la transmission périnatale du virus de l'hépatite B est très répandue (ex : Asie du Sud-Est). Le schéma B peut être utilisé dans les pays où la transmission périnatale du virus est moins fréquente (ex : Afrique sub-saharienne).



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012

Les pratiques dangereuses

- Recapuchonner des aiguilles
- Changer d'aiguille en conservant la même seringue pour plusieurs injections
- Laisser l'aiguille dans le bouchon de caoutchouc du flacon
- Reconstituer le vaccin avec un solvant inapproprié
- Garder plusieurs jours du vaccin BCG ou rougeoleux liquide reconstitué



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012




Pas si facile de faire une Injection intradermique correcte !

Conclusions

- Mortalité infantile toujours une entrave au développement en Afrique subsaharienne
- Optimisme pour l'application du PEV
- Défi à poursuivre : adapter les capacités de production aux besoins
 - Partenariat de production entre la bio-industrie du Nord et les pays émergents

Poursuite de l'aide financière de GAVI



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012




PEV AU BURKINA FASO: «ACTUALITES ET PERSPECTIVES»

Extrait du diaporama du **Docteur Sylvain Zeba**
 DPV/Ministère de la Santé
 INSSA Bobodioulasso

Introduction

- Lancement en 1978 par l'OMS à Alma-Ata;
- Démarrage en 1979 au BF avec le 1^{er} plan décennal;
- Unités spéciales et équipes mobiles au début;
- Extension géographique progressive et intégration totale au système de santé avec les DS depuis 1994;
- Développement dans un système sanitaire plus complexe et dans un contexte national et international évolutif.



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 3

Bilan de mise en œuvre

- **FAIBLESSES**
- Insuffisance dans la qualité du rapportage des données;
- Logistique de froid et de transport insuffisante surtout au niveau opérationnel;
- Besoins de formation et de supervision des acteurs de terrains non couverts ;
- Communication pour la vaccination peu développée;
- Faible financement locaux du PEV;
- Surveillance des MAPI insuffisamment prise en compte;
- Gestion insuffisante des déchets de la vaccination.



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 12

Bilan de mise en œuvre


- **FORCES**
- Intégration du programme au système de santé;
- Bonnes couvertures vaccinales ;
- Moins de flambées épidémiques, élimination du TMN et arrêt de la circulation de PVS autochtone;
- Ligne budgétaire spécifique: achat des vaccins traditionnels, cofinancement des vaccins nouveaux;
- Intérêt manifeste pour d'autres urgences vaccinales en dehors des maladies cibles du PEV;
- Existence d'un PPAC 2011-2015



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 11

Défis

- Amélioration de la qualité des prestations et des données;
- Eradication de la poliomyélite;
- Maintien du statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal;
- Mobilisation des ressources financières pour les vaccinations en particulier les vaccinations de routine.



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 14

Missions et stratégies

Partenaires du PEV en 2011


Partenaire	Pourcentage
ETAT	33%
PADS	32%
UNICEF	22%
OMS	11%
GAVI/RSV	0%
GAVI/RSS	2%



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 18

Conclusion

- Avancées significatives du PEV: résultats satisfaisants à consolider;
- Grande complexité à gérer avec des populations cibles et un nombre de vaccins de plus en plus élevés;
- Existence de pistes:
 - Renforcement du système de santé dans tous ses compartiments,
 - mobilisation autour du programme,
 - Optimisation des financements du PEV.



INSSA Bobo-Dioulasso 12-24 mars 2012 18

LA CONFERENCE INAUGURALE

Avant le séminaire, une conférence est organisée qui permet de présenter le FSP mère/enfant et de mettre en évidence les études réalisées dans le domaine (ici la vaccination) et de développer un cadre d'échanges avec les professionnels de santé, la recherche, la formation et les acteurs institutionnels concernés: étaient présents, entre autres, le Professeur Jean-Paul Francke, Directeur Médecine UNF₃S, Monsieur Laurent Barbot, Conseiller SCAC Ambassade de France, Monsieur Jean Testa, Conseiller du Doyen de la Faculté de Médecine de Bamako, le Doyen de la faculté de médecine, Robert Guiguemdé, et le Président de l'Université.



LE CENTRE MURAZ

C'est un centre de recherche multidisciplinaire devenu établissement public burkinabé en 2001 en partenariat avec les Universités de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso et leurs hôpitaux universitaires, l'Institut de recherches en sciences de la santé (IRSS) du Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST), les Universités Françaises et l'IRD. Il abrite le siège de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) du Burkina Faso qui a favorisé l'équipement et la réalisation d'une structure d'accueil pour le recrutement et le suivi des cohortes, d'un laboratoire de virologie moléculaire P₂ et d'un laboratoire d'immunologie. Un centre de ressources informatiques, méthodologiques et statistiques (Centre de Calcul) a été construit et inauguré en 2004. Les thèmes principaux de recherche portent sur le paludisme, les IST/VIH/SIDA et maladies associées, les méningites et la fièvre jaune. Dans ce cadre, le Centre Muraz développe depuis sa création des programmes de recherche clinique comprenant des essais thérapeutiques de prévention de la transmission mère-enfant (particulièrement de la transmission du VIH par l'allaitement maternel) et de traitement par les antirétroviraux chez l'enfant.

La recherche en sciences sociales et santé publique porte sur l'analyse anthropologique des essais cliniques, du vécu et du traitement de la maladie chez les enfants

et sur l'étude des conditions sociales et économiques de l'accès aux soins des femmes vivant avec le Sida. Enfin, la recherche biologique étudie les déterminants immuno-virologiques de la transmission du VIH (sexuelle et de la mère à l'enfant), la résistance aux ARV et évalue des techniques alternatives de diagnostic et de suivi des personnes vivant avec le VIH ou souffrant de tuberculose.

D'autres programmes socio-anthropologiques et de santé publique en direction de la mère et de l'enfant sont en cours de réalisation au Burkina Faso. Parmi eux et coordonnés par Frédéric Le Marcy et Marc-Eric Gruesnais dans le cadre de L'UMR (IRD UMR 912 SE4S), un programme d'évaluation de la PTME en lien avec la faculté de médecine, l'université d'Ouagadougou et l'IRD. A ces ressources s'ajoutent celles de la Santé Publique, dont les travaux de Nicolas Méda en matière de santé de la mère et de l'enfant.



Centre Muraz, Bobo-Dioulasso



PROGRAMME SEMINAIRE DE VACCINOLOGIE

LUNDI 12 Mars

08h00-09h00	Introduction & présentation de l'enseignement	Pr Guiguemdé Dr Yaméogo
09h00-10h30	Histoire de la vaccination Définition de la vaccinologie Classification des vaccins	Pr Saliou
10h30-11h00	Pause - café	
11h00-13h00	Bases biologiques de la vaccination	Dr Sawadogo
13h00-14h00	Pause - déjeuner	
14h00-15h30	Bases épidémiologiques de la vaccination	Pr Bégué

MERCREDI 14 mars

08h00-09h30	Fabrication industrielle des vaccins	M. Saluzzo
09h30-11h00	Adjuvants et formulations vaccinales	M. Guy
11h00-11h30	Pause - café	
11h30-12h00	Développement clinique des vaccins	Dr Fritzell
12h00-13h30	Effets indésirables des vaccinations	Dr Yaméogo
13h30-14h45	Pause - déjeuner	
14h45-15h45	Dispositions réglementaires en vaccinologie au Burkina Faso	Pr Semdé
15h45-16h45	Pharmacovigilance des vaccins au Burkina Faso	Pr Semdé
16h45-17h00	Pause - café	
17h00-18h00	Enregistrement des vaccins	M. Brasseur

16h00-18h00 Cérémonie de lancement du DIU de vaccinologie au Centre Muraz

en présence des Autorités Institutionnelles, des Doyen Robert Guiguemdé, Recteur Cheikh Boye et Professeur Pierre Saliou, Co-coordonateurs du DIU, du Professeur Jean-Paul Francke, Directeur Médecine UNF3S, de Monsieur Laurent Barbot, Conseiller SCAC Ambassade de France et de Monsieur Jean Testa
Conseiller du Doyen de la Faculté de Médecine de Bamako

Conférence inaugurale :

Lutte contre les épidémies de méningites à méningocoque par le Docteur Djingarey (OMS)

Introduction par le Professeur Marie Cauli, Anthropologue (UNF3S – Lille)

Cocktail offert par l'UNF3S

JEUDI 15 Mars

08h00-08h30	Prise en compte du contexte anthropologique et sociologique	Pr Cauli
08h30-10h00	Ethique et communication en vaccinologie	M. Barry
10h00-10h30	Pause - café	
10h30-12h00	Evaluation de l'impact de la vaccination	Dr Diomandé
12h00-13h30	Meningitis Vaccine Project : lutte contre les épidémies à méningocoque A	Dr Djingarey
13h30-14h30	Pause - déjeuner	
14h30-15h45	Les différents axes de développement de la vaccination au 21 ^e siècle	Pr Saliou
15h45-16h00	Pause - café	
16h00-17h30	Vaccination contre la diphtérie et le tétanos	Pr Saliou
17h30-18h30	Mesure de l'efficacité vaccinale	Pr Migliani

VENDREDI 16 Mars

08h00-09-15	Evaluation économique des stratégies vaccinales	Pr Levy
09h15-10h15	Evolution des programmes de vaccination et leur financement 2000-2010	Dr Stoeckel
10h15-10h45	Pause - café	
10h45-11h45	2010-2020 : la décennie des vaccins pour le développement	Dr da Silva
11h45-13-15	Pharmacovigilance des vaccins en Afrique Subsaharienne	Dr Yaméogo
13h15-14h45	Pause - déjeuner	
14h15-15h00	Vaccins en situation controversée	M. Thorny
15h00-17h00	Le PEV dans l'espace CEDEAO : actualité & perspectives	Dr Mongbo
17h00-17h15	Pause - café	
17h15-18h45	Les combinaisons vaccinales : intérêts & limites	Pr Weil

MARDI 13 mars

08h00-09h00	Le programme élargi de la vaccination (PEV)	Pr Saliou
09h00-11h00	Le PEV au Burkina Faso : actualités & perspectives	Dr Zéba
11h00-11h30	Pause - café	
11h30-13h30	Surveillance épidémiologique des maladies à prévention vaccinale	Dr Méda
13h30-14h30	Pause - déjeuner	
14h30-16h00	Utilisation des données de surveillance pour la décision en matière de vaccination	Dr Aplogan
16h00-16h15	Pause - café	
16h15-17h45	Gestion des données de vaccination (contrôle de la qualité, indicateurs du PEV)	Dr Aplogan
17h45-18h45	Le carnet de vaccination : modèle français	Pr Koeck

SAMEDI 17 Mars

08h00-09h15	Vaccination contre la coqueluche	Dr Guiso
09h15-10h30	Vaccination contre l'hépatite A	Pr Sawadogo
10h30-11h00	Pause - café	
11h00-12h15	Eradication de la poliomyélite	Pr Migliani
12h15-13h30	Vaccination contre la tuberculose	Dr Birba
13h30-14h30	Pause - déjeuner	

LUNDI 19 mars

08h00-09h00	Vaccin contre <i>Heamophilus influenzae</i> type B	Pr Reinert
09h00-10h00	Vaccination contre l'hépatite B	Pr Denis
10h00-10h30	<i>Pause - café</i>	
10h30-11h30	Vaccination contre la fièvre jaune	Pr Migliani
11h30-13h30	Vaccination contre la rougeole et les oreillons	Pr Ouédraogo
13h30-14h30	<i>Pause - déjeuner</i>	
14h30-15h45	Vaccination contre la rubéole & la varicelle	Pr Plotkin
15h45-16h00	<i>Pause - café</i>	
16h00-17h15	Vaccination rabique	Dr Bourhy
17h15-18h15	Grippe : choix du vaccin & stratégies vaccinales	Pr Lina

MARDI 20 mars

08h00-09h00	Prévention vaccinale des infections à pneumocoque	Pr Grimprel
09h00-10h00	Vaccins antipneumococciques conjugués	Dr Fletcher
10h00-10h30	<i>Pause - café</i>	
10h30-11h30	Vaccination méningococcique	Pr Nicolas
11h30-13h00	Vaccination contre la thyroïde	Dr Ouédraogo
13h00-14h15	<i>Pause - déjeuner</i>	
14h15-15h45	Vaccination contre le choléra	Dr Kyelem
15h45-16h45	Vaccination contre les ratavirus	Pr Plotkin
16h45-17h00	<i>Pause - café</i>	
17h00-18h00	Vaccination contre les infections à papillomavirus	Pr Coursaget

MERCREDI 21 mars

08h00-09h00	La vaccination antivariolique	Dr Garin
09h00-10h30	Recherche en vaccinologie : exemple du VIH	Pr Barin
10h30-11h00	<i>Pause - café</i>	
11h00-13h00	Vaccins en développement contre le paludisme	Pr Guiguemé
13h00-14h15	<i>Pause - déjeuner</i>	
14h15-15h30	Nouvelles approches pour la vaccination contre les flavivirus : exemple de la dengue	Pr Teyssou
15h30-16h30	Prédispositions génétiques aux maladies infectieuses chez l'homme	Pr Picard
16h30-16h45	<i>Pause - café</i>	
16h45-17h45	L'acte vaccinal en pratique	Dr Goujon
17h45-19h00	Prévention vaccinale : savoir expliquer et convaincre	Pr Floret

JEUDI 22 mars

8h00-9h30	Organisation pratique d'une séance de vaccination	Dr Djiguemé
9h30-10h00	<i>Pause - café</i>	
10h00-11h30	Gestion d'un programme de vaccination à l'échelon du district	Dr Djiguemé
11h30-13h30	Vaccination des personnes infectées par le VIH ou immunodéprimées	Dr Sawadogo
13h30-14h30	<i>Pause - déjeuner</i>	
14h30-16h00	Vaccination du nouveau-né et du prématuré	Dr Cessouma
16h00-16h15	<i>Pause - café</i>	
16h15-17h45	Vaccination de la femme enceinte	Dr Ouattara
17h45-19h15	Vaccination des personnes âgées	Pr Michel

VENDREDI 23 mars

08h00-10h00	Présentation des plans de mémoires	
10h00-10h30	<i>Pause - café</i>	
10h30-13h00	Présentation des plans de mémoires (suite)	
13h00-14h15	<i>Pause - déjeuner</i>	
14h15-16h00	Présentation des plans de mémoires (suite)	
16h00-16h15	<i>Pause - café</i>	
16h15-18h00	Présentation des plans de mémoires (suite)	

SAMEDI 24 mars

08h00-10h00	Présentation des plans de mémoires (suite)	
10h00-10h30	<i>Pause - café</i>	
10h30-12h30	Restitution de l'évaluation de l'enseignement - divers	



Doyen Robert Guiguemé



12 Pierre Saliou et Marceline Yameogo



Docteur Djingarey (OMS)



Président de l'Université

QU'EN PENSENT NOS COLLEGUES

Les cours de la première édition du DIUI de vaccinologie ont pris fin le samedi 24 Mars dernier et les participants sont à présent de retour chez eux. Le programme a été réalisé dans son ensemble. Les cours qui ont été délivrés (n=61) ont été jugés bien à très bien dans 89 à 92% des cas par les participants en ce qui concerne leur clarté, leur pertinence, la qualité des diapo/du son, l'interactivité (cours pré-sentiels) et leur adaptation au temps imparti; et passable dans le reste des cas. La formule diffusion de cours pré-enregistrés + cours présentiels a été jugée bien à très bien par 17 sur les 20 participants; 14 d'entre eux ont suggéré de maintenir cette formule pour les prochaines éditions.

Ainsi, les attentes de 18 participants sur les 20 présents ont été bien à très bien satisfaites.

Les participants ont souligné comme points forts, entre autres, la diversité d'horizons des enseignants, la

qualité des enseignements reçus et la présence d'un enseignant du Nord la première semaine. Les principales insuffisances avaient trait à l'absence de bourses pour le DIUI, d'une plate-forme interactive avec les enseignants du nord et à des questions logistiques (transport, logement, restauration, internet). Quelques cours pré-enregistrés devraient être adaptés au contexte local.

C'est l'occasion, au nom du directeur de l'INSSA, de vous réitérer nos chaleureux remerciements pour votre contribution à différents niveaux pour la réalisation de cette première édition. Rendez-vous pour l'édition 2013. Dans l'intervalle, les mémoires seront soustenus en Octobre prochain à l'INSSA.



Pour en savoir plus :

Sanon/Ouédraogo D, Ki/Ouédraogo S, Kouyaté B, Stratégies porteuses pour la réduction de La mortalité maternelle au Burkina Faso (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé, 2010.
www.evipnet.org/sure

Pr Marie CAULI, UNF3S, responsable éditorial
mariecauli@gmail.com
 Composition : Laurène Vitoux, UNF3S
 Contact administratif : Fabienne COCHARD, UNF3S
fabienne.cochard@univ-lille2.fr