

ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT (ACD)

Un guide pour augmenter la couverture et l'équité dans toutes les communautés de la Région africaine

Édition 2017



BILL & MELINDA
GATES foundation



Maternal and Child
Survival Program



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT.....	02
INTRODUCTION.....	03
ACRONYMES.....	04
1. INTRODUCTION.....	05
1.1 CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RÉVISION.....	06
1.2 OBJET ET PUBLICS CIBLES.....	07
1.3 CE QU'IL Y A DE NOUVEAU DANS CE GUIDE.....	08
1.4 ADAPTATION.....	09
1.5 STRATÉGIES.....	09
1.6 LES CINQ COMPOSANTES.....	10
1.7 EXEMPLE DE PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DE MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE – ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT	11
1.8 CONTENU ET ORGANISATION DE CE GUIDE.....	12
2. CONSIDÉRATIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'INTÉGRATION.....	13
3. PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES.....	23
3.1 QUESTIONS ESSENTIELLES.....	24
3.2 MICROPLANIFICATION.....	25
3.3 LES DIFFÉRENTS RÔLES DANS L'ÉLABORATION DU MICROPLAN.....	34
3.4 GESTION DES RESSOURCES.....	35
3.5 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	36
4. ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES.....	37
4.1 QUESTIONS ESSENTIELLES.....	38
4.2 COMMENT ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES.....	39
4.3 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	42
5. ENGAGEMENT AVEC LES COMMUNAUTÉS.....	43
5.1 QUESTIONS ESSENTIELLES.....	44
5.2 ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS AVEC LES COMMUNAUTÉS.....	46
5.3 SOUTIEN DE LA CONFIANCE ET DE LA CONVIVIALITÉ DANS LA FOURNITURE DES SERVICES.....	47
5.4 FOURNITURE DE SERVICES AUX COMMUNAUTÉS DÉFAVORISÉES.....	48
5.5 COLLABORATION AVEC LES AGENTS DE SANTÉ ET LES AGENTS MOBILISATEURS DE LA COMMUNAUTÉ	49
5.6 USAGE D'UNE COMMUNICATION EFFICACE	50
5.7 SUIVI DE LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ.....	50
5.8 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	51
6. EFFECTUER LA SUPERVISION FORMATIVE.....	52
6.1 QUESTIONS ESSENTIELLES.....	53
6.2 RENDRE EFFECTIF LA SUPERVISION FORMATIVE.....	54
6.3 PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA SUPERVISION FORMATIVE.....	55
6.4 INDICATEUR DE BASE POUR LA SUPERVISION FORMATIVE.....	57
6.5 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	58
7. SUIVI ET UTILISATION DES DONNÉES POUR L'ACTION.....	59
7.1 QUESTIONS ESSENTIELLES.....	60
7.2 PROCESSUS DE SUIVI POUR L'ACTION.....	62
7.3 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	68
8. CONSIDÉRATIONS D'ORDRE PRATIQUE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD.....	69
8.1 INTÉGRER LA STRATÉGIE ACD COMME APPROCHE ET NON COMME PLAN ; LA RELIER À D'AUTRES PLANS.....	70
8.2 RESPONSABILITÉ, LEADERSHIP ET APPROPRIATION.....	70
8.3 COORDINATION.....	71
8.4 LOGISTIQUE (ISCM ET TRANSPORT).....	71
8.5 COMMUNICATION.....	71
8.6 SOURCES DOCUMENTAIRES.....	72
ANNEX 1: RÉFÉRENCES POUR LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE ACD.....	73
ANNEX 2: OUTILS DE L'APPROCHE – ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT.....	75
ANNEX 3: ANALYSE DE L'ACCÈS ET DES CAS D'ABANDONS.....	111

ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT (ACD)

Un guide pour augmenter la couverture et l'équité dans toutes les communautés de la Région africaine, ÉDITION 2017

ISBN 978-929031296-3

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Atteindre Chaque District (ACD), Édition 2017. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression par Zero Puls printers : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

REMERCIEMENTS

Le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'immunisation et l'équipe de développement des vaccins remercient chaleureusement les ministères de la santé des États membres de leur contribution dans cette version révisée, notamment l'Éthiopie, le Kenya, l'Ouganda et le Malawi ainsi que le soutien et la forte implication des partenaires suivants:

BMGF, CDC, JSI, MCSP, UNICEF, USAID

ACRONYMES

✖	ACD	Atteindre chaque district
✖	AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
✖	BCG	Bacille de Calmette et Guérin
✖	CBO	Organisation communautaire
✖	CMYP	Plan pluriannuel complet de vaccination
✖	CS	Centre de santé
✖	DHMT	Équipe de gestion sanitaire du district
✖	DTC3	Troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
✖	ECV	Enfant complètement vacciné
✖	FS	Formation sanitaire
✖	GAVI	Alliance GAVI (autrefois, Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
✖	GIVS	Vaccination dans le monde : vision et stratégie
✖	GRISP	Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique
✖	GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
✖	HSS	Renforcement des systèmes de santé
✖	ISS	Soutien aux services de vaccination
✖	ITN	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
✖	MLM	Encadrement intermédiaire
✖	MOH	Ministère de la Santé
✖	OMS	Organisation mondiale de la Santé
✖	ONG	Organisation non gouvernementale
✖	OSC	Organisation de la société civile
✖	Penta	Vaccin pentavalent
✖	PEV	Programme élargi de vaccination
✖	PHC	Soins de santé primaires
✖	PPAc	Plan pluriannuel complet de vaccination
✖	S&E	Suivi et évaluation
✖	SRMNCAH	Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
✖	Td	Anatoxine tétanique et diphtérique pour les enfants de 4 ans et plus, les adolescents et les adultes
✖	UCI	Vaccination universelle des enfants
✖	UHC	Couverture sanitaire universelle
✖	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
✖	VPC	Vaccin antipneumococcique conjugué
✖	VPH	Vaccin contre le papillomavirus humain
✖	VS	Vaccination systématique
✖	WHA	Assemblée mondiale de la Santé



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

- 1.1 CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RÉVISION
- 1.2 OBJET ET PUBLICS CIBLES
- 1.3 CE QU'IL Y A DE NOUVEAU DANS CE GUIDE
- 1.4 ADAPTATION
- 1.5 STRATÉGIES
- 1.6 LES CINQ COMPOSANTES
- 1.7 POSSIBLE PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE
DE L'APPROCHE – ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT
- 1.8 CONTENU ET ORGANISATION DE CE GUIDE

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RÉVISION

Les programmes élargis de vaccination (PEV) sont responsables des vaccins et luttent contre les maladies évitables par la vaccination, dans le but de les éliminer, voire les éradiquer. La présence de systèmes de vaccination solides, aptes à apporter des vaccins à ceux qui en ont le plus besoin, jouera un rôle important dans la réalisation des objectifs de santé et d'équité aussi bien que des objectifs économiques de plusieurs buts de développement mondial. Ces buts comprennent les objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030, la Décennie de la vaccination (2011-2020), le programme pour réaliser la couverture universelle d'ici à 2030, le Plan d'action mondial pour les vaccins (2011-2020), les Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique et le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020.

La stratégie Atteindre chaque district (ACD) s'est révélée capitale pour le renforcement réussi des systèmes de vaccination africains et la hausse durable et équitable du taux de couverture vaccinale, visant à parvenir aux cibles fixées au début des années 2000. Les cinq stratégies visant à « atteindre chaque district » privilégient les aspects opérationnels ; ces stratégies sont les suivantes : 1) planification et gestion des ressources ; 2) accès à toutes les populations éligibles ; 3) collaboration avec les communautés ; 4) exercice d'une supervision positive ; et 5) suivi et utilisation de données pour l'action. En 2007, l'OMS et des partenaires ont évalué la mise en œuvre de ces stratégies dans neuf pays africains. Les résultats auxquels ils sont parvenus ont montré que la couverture vaccinale était meilleure dans huit de ces neuf pays, que le nombre de séances de vaccination destinées aux groupes mal desservis avait augmenté dans tous les districts visités, et que la supervision était plus fréquente dans sept des neuf pays visités. En conséquence, le guide de mise en œuvre de l'approche « atteindre chaque district » a été révisé en 2008, et a fait la promotion de cette approche en tant que plateforme susceptible d'améliorer la prestation des autres services de soins de santé primaires, dans l'esprit de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008), et du but 4 du document de l'OMS intitulé « **La vaccination dans le monde : vision et stratégie** ».

Adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012, le **Plan d'action mondial pour les vaccins (2011-2020)** définit un cadre et apporte une aide aux pays pour qu'ils fixent des cibles de couverture vaccinale au plan national et par district, cibles qui sont reprises dans le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 du Bureau régional de l'Afrique. L'approche « Atteindre chaque district » a contribué à l'augmentation de la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) en Afrique, qui est passée de 57 % en 2000 à 80 % en 2014. Mais moins de 50 % des pays (16 précisément) ont atteint les cibles nationales de 90 %, qui selon le Plan d'action mondial pour les vaccins et « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », devaient être atteintes en 2015 ; 13* de ces pays ont maintenu ce niveau pendant trois années consécutives. Tenant compte de ces résultats et du besoin de systèmes de vaccination solides pour apporter de nouveaux vaccins à ceux qui en ont le plus besoin, l'OMS et des partenaires ont révisé en 2016-2017, en consultation avec les pays, les directives de 2008 sur l'approche « Atteindre chaque district », pour y inclure ces évolutions.

¹ Algérie*, Botswana*, Burkina Faso, Burundi*, Cabo-Verde*, Érythrée*, Gambie*, Lesotho*, Maurice*, Namibie, République-Unie de Tanzanie*, Rwanda*, Sao Tomé-et-Principe*, Seychelles*, Swaziland*, Zambie.

1.2 OBJET ET PUBLICS CIBLES



L'approche « Atteindre chaque district » entend renforcer les systèmes de vaccination en améliorant la planification, la gestion des ressources disponibles, la prestation de service et le suivi, dans le contexte des soins de santé primaires fondés sur les besoins des communautés. Ainsi renforcés, les systèmes devraient donner à chaque personne remplissant les conditions d'âge, un accès plus équitable et plus durable aux vaccins, ce qui devrait réduire la survenue des maladies évitables par la vaccination.



Le présent guide de l'approche « Atteindre chaque district » constitue un soutien pour les pays, afin qu'ils puissent planifier et appliquer les cinq composantes de l'approche, renforcer les systèmes de vaccination et augmenter **de manière équitable et durable l'accès aux services de vaccination et leur utilisation** (cette augmentation étant attestée par le taux de couverture et les indicateurs d'équité).

Comme les versions précédentes, le Guide 2017 de l'approche « Atteindre chaque district » et ses outils de planification et de suivi sont conçus pour pouvoir être adaptés et utilisés par les programmes nationaux de vaccination. Le Guide est essentiellement pensé pour tenir lieu de ressource aux équipes **des districts, des formations sanitaires et des communautés**, et leur permettre de consolider leurs services de vaccination. Néanmoins, ce guide ne peut contenir à lui seul tous les outils, informations, méthodes, compétences nécessaires à l'amélioration de ces services. Les autres ressources disponibles à cette fin sont citées à titre de référence tout au long de ce guide.

PUBLICS CIBLES ET MODE D'EMPLOI DU GUIDE



Programmes nationaux de vaccination: Ces programmes peuvent se servir du Guide pour un pays spécifiquement ou pour réviser les guides nationaux sur l'approche ACD ; le Guide peut également les aider à plaider en faveur du financement nécessaire au renforcement des systèmes de vaccination au sein de leur plan pluriannuel complet de vaccination (PPAC), du secteur de la santé ou du processus annuel de planification.



Région/province: Ce Guide peut orienter la formation des équipes de santé de district afin qu'ils sachent inclure dans les plans régionaux/provinciaux, l'allocation budgétaire, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies et des microplans pour « atteindre chaque district ».



District: Le Guide peut aider à préparer les districts pour qu'ils sachent offrir leur appui aux formations sanitaires, par la promotion active de la microplanification, de l'usage de l'information à des fins de suivi des progrès accomplis, de repérage et de résolution des problèmes et de garantie de la qualité de la prestation des services.



Formations sanitaires: Le présent document peut guider les formations sanitaires dans l'élaboration de microplans précis, le suivi de la mise en œuvre des services liés aux programmes élargis de vaccination, et l'établissement de liens entre les formations sanitaires et les communautés, afin d'améliorer l'accès, l'acceptabilité, la pertinence et l'utilisation des services.



Communautés et populations éligibles: Ce Guide peut orienter les personnes ressources et les dirigeants communautaires dans leur collaboration avec les formations sanitaires, dans les domaines de l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de leurs microplans. Il peut aussi fournir une aide au suivi des non-répondants, à la détermination des populations cibles, à l'enregistrement des communautés, et à la mobilisation de ressources locales pour soutenir les services destinés aux groupes mal desservis et les services mobiles.



Partenaires techniques: Le présent document constitue un guide de l'approche « Atteindre chaque district » pour les partenaires importants, qui peut faciliter la coordination des ressources techniques et financières nécessaires pour atteindre chaque communauté dans chaque district.

Le Guide comporte des informations spécifiques sur le rôle de chaque acteur dans la fourniture des services de vaccination.

1.3 CE QU'IL Y A DE NOUVEAU DANS CE GUIDE

L'édition 2017 du Guide ACD tient compte des meilleures pratiques et des questions ayant émergé depuis 2008. Elle traite notamment des diverses initiatives mondiales offrant de nouvelles ressources, et renouvelle l'accent mis sur les cibles de durabilité, l'action sur les inégalités entre communautés et une intégration accrue dans les programmes de santé. Ces dernières années, les acteurs de la vaccination ont concentré leurs activités sur la réduction des lacunes en matière de services de vaccination au niveau communautaire. Les stratégies innovantes de lutte contre ces poches d'inégalités locales consistent à « atteindre chaque communauté » ou à « atteindre chaque enfant ». Les principes composant l'approche « atteindre chaque communauté/enfant » – qui renforce la planification des séances de vaccination en portant une attention particulière à l'équité – ont été introduits dans les stratégies et les outils décrits dans ce document. Ils placent notamment l'accent sur les interventions communautaires au niveau des sous-districts.

Dans ce guide révisé de l'approche ACD, cinq domaines importants pour les programmes de vaccination en Afrique sont soulignés :

- 1 la réduction de **l'inégalité** de la couverture vaccinale;
- 2 **l'intégration** des services de santé;
- 3 la fourniture de vaccins **au delà de la petite enfance** selon l'approche tenant compte de toutes les étapes de la vie;
- 4 se concentrer sur les **populations urbaines, pauvres et marginalisées**;
- 5 accorder une attention particulière aux **zones d'insécurité de conflit**.

1 INÉGALITÉS

Les inégalités: Même si dans de nombreux pays africains, les taux nationaux de couverture vaccinale ont généralement augmenté, des inégalités persistent entre les communautés. Elles sont souvent dues aux différences liées à l'appartenance ethnique, au niveau de revenus, au lieu de résidence, au style de vie – notamment nomade –, au niveau d'instruction maternelle ou au sexe. Ce Guide place davantage l'accent sur la microplanification de la vaccination, fondée sur la lutte contre les écarts d'équité au niveau communautaire. L'approche ACD soutient les interventions communautaires pour déceler les raisons des inégalités. Une attention accrue est accordée à l'analyse de l'équité au niveau des sous-districts, en particulier grâce à des méthodes tenant compte du contexte des formations sanitaires et des communautés.

2 INTÉGRATION

L'intégration: Les vaccins sont souvent effectués dans le cadre de la fourniture des soins de santé primaires ; les calendriers de vaccination offrent donc une opportunité de contact avec le système de santé et le public. Pour ne pas manquer les occasions de vaccination, pour améliorer l'efficacité du système et atteindre un niveau optimal de santé, il convient de réfléchir à l'intégration d'autres interventions sanitaires au moment de la vaccination. Comparé à d'autres interventions, le taux de couverture vaccinale atteint par les systèmes de vaccination est relativement élevé. Il est donc possible d'encourager ces services à proposer simultanément de multiples interventions aux femmes, aux enfants et aux populations vulnérables. Ce Guide souligne l'engagement politique renouvelé, manifesté à l'égard des soins de santé primaires intégrés à de multiples secteurs et programmes. Pour cela, le chapitre 2 offre des pistes de réflexion en faveur de l'intégration.

3 AU-DELÀ DE LA PETITE ENFANCE

Aller au-delà de la petite enfance et de la période de fertilité de la femme pour adopter une perspective portant sur toute la durée de la vie: Avec l'introduction croissante de nouveaux vaccins, il est de plus en plus nécessaire de disposer de calendriers allant au-delà de la première année de vie, privilégiant une approche de la fourniture des vaccins portant sur toute la durée de la vie. Des vaccins doivent être administrés pendant la deuxième année de vie, tels que les doses de rappel d'anatoxine tétanique ou du vaccin combiné antidiphtérique et antitétanique, lors de l'adolescence (par exemple, contre le papillomavirus), pendant la grossesse, ou à d'autres moments de la vie adulte. Une approche de la vaccination étalée sur toute la durée de la vie offre la possibilité de mieux intégrer les vaccins à d'autres interventions de soins de santé primaires, telles que la supplémentation en vitamine A, la nutrition, le suivi de la croissance, le déparasitage et la planification familiale.

4 URBANISATION

L'urbanisation: Les modèles traditionnels des programmes élargis de vaccination et les approches usuelles visant à « atteindre chaque district » ont pour cible les populations rurales vulnérables et sont fondés sur le franchissement des obstacles, essentiellement géographiques. Pourtant, un nombre croissant de personnes mal desservies sont nées dans des villes d'Afrique ou y ont migré. Il est fréquent de voir des infrastructures urbaines non préparées à la fourniture de services efficaces à toutes les populations y ayant droit ; il est donc nécessaire de s'attaquer aux obstacles aussi bien physiques que sociaux entravant l'accès aux services et leur utilisation.

5 INSÉCURITÉ

L'insécurité: Les situations de conflit, l'insécurité et les catastrophes naturelles entraînent des déplacements croissants de populations dans de nombreuses régions d'Afrique ; ces populations vulnérables ont des besoins auxquels il convient de répondre. Les services qui leur sont destinés ne peuvent pas, le plus souvent, leur être apportés par les canaux publics traditionnels. Pour les remplacer, il peut être nécessaire que des ONG ou des dispositifs communautaires planifient et mettent en œuvre des services de vaccination pour ces populations.

1.4 ADAPTATION

Ce Guide contient des principes et des outils qui peuvent pratiquement être adaptés aux réalités de chaque pays, et au niveau infranational, être déclinés au contexte en fonction des populations cibles. Cependant, aucun guide ne peut être appliqué à tous les pays ou à toutes les circonstances. Il ne s'agit donc pas d'un manuel d'instruction ; il peut être renommé, selon la structure administrative. Une préparation attentive, et l'adaptation aux conditions locales des stratégies visant à « atteindre chaque district » peuvent en soi, renforcer le programme de vaccination dans son ensemble. L'adaptation consiste par exemple, à modifier les outils suggérés ou à en ajouter de nouveaux. Le Guide peut donc être personnalisé en ajoutant de nouveaux outils aux listes de contrôle se trouvant au début de chaque chapitre.

1.5 STRATÉGIES

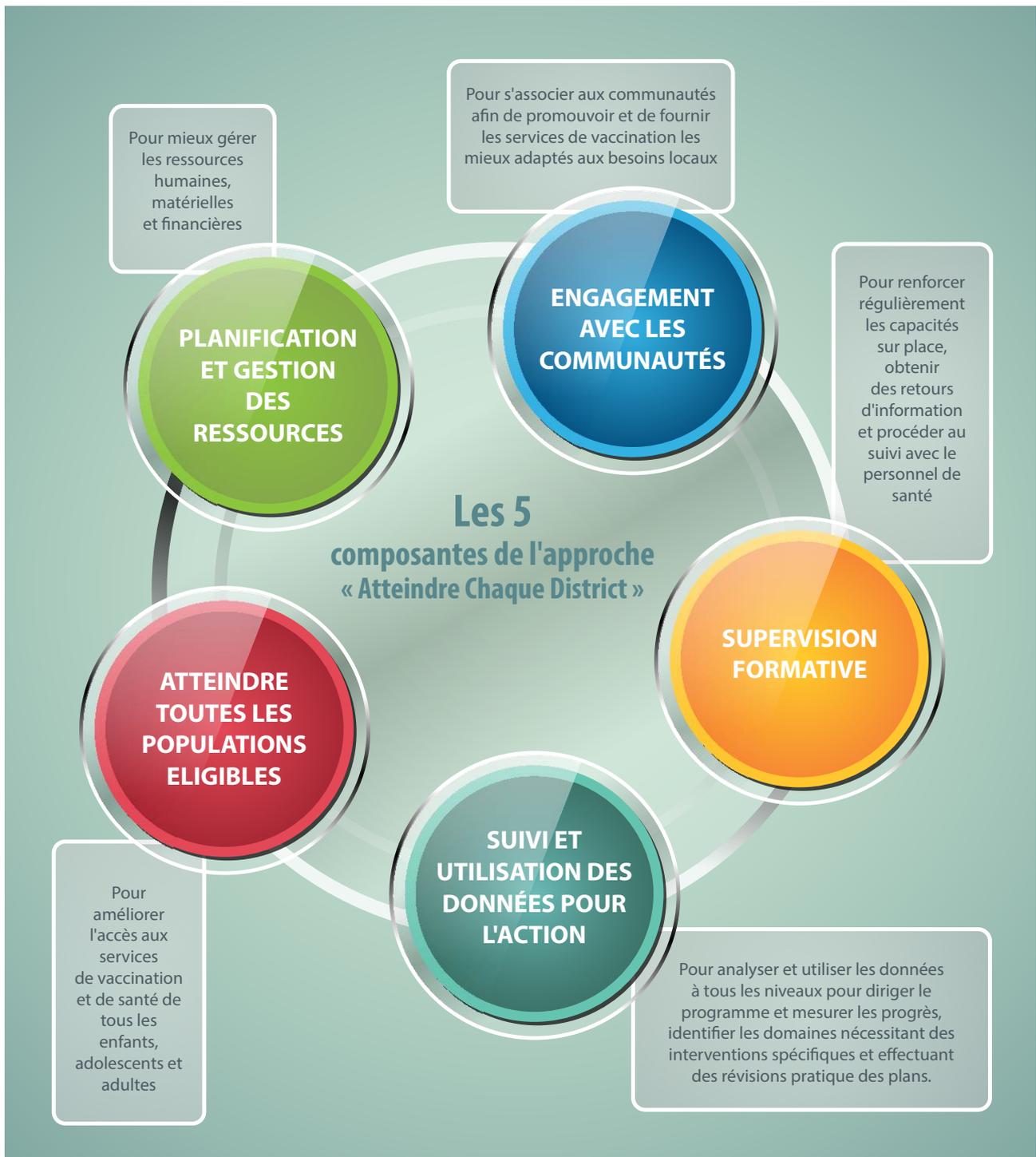
L'approche ACD concerne le niveau national, mais ses cinq composantes seront mises en œuvre aux niveaux du district (ou d'unités administratives plus petites) et de la formation sanitaire. Comme on l'a noté, cette approche prépare les districts à apporter leur appui aux formations sanitaires, par la promotion active de la microplanification et de l'usage de l'information à des fins de suivi des progrès accomplis, de repérage et de résolution des problèmes et de garantie de la qualité de la prestation de services. Elle encourage également l'établissement de liens entre les formations sanitaires et les communautés, pour améliorer l'accès aux services de santé, leur acceptabilité, leur pertinence et leur utilisation.

1.6 LES CINQ COMPOSANTES

L'approche ACD comprend cinq composantes (cf. Figure 1 ci-dessous). Ce Guide décrit chaque composante dans un chapitre séparé ; mais il est important d'appliquer l'approche en tant que processus interconnecté, car le contenu et les concepts propres à chaque composante se recourent et sont liés les uns aux autres. Le processus peut ne pas être linéaire, et ses composantes peuvent être mises en œuvre à différents moments.



Figure 1: LES CINQ COMPOSANTES DE L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »



1.7 EXEMPLE DE PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DE MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »

Il est important de partir des processus qui fonctionnent déjà, suscitent l'adhésion et bénéficient d'un soutien politique et financier. S'il existe déjà une approche « Atteindre chaque district », examinez-la et actualisez-la. Sinon, prenez le temps d'en élaborer une, en considérant cela comme une action de renforcement des services de vaccination, et en envisageant les points suivants:

1. Constituez une équipe de base. Choisissez une équipe de base chargée d'adapter ou d'actualiser votre stratégie ACD, sous la conduite d'un chef d'équipe efficace. Sélectionnez ses membres en fonction de leur expérience de terrain en rapport avec les composantes de l'approche, et ajoutez-y des représentants externes importants, provenant des autorités locales, de la population ou des partenaires. Le nombre de membres de cette équipe doit être aussi efficient que possible, allant peut-être jusqu'à six. Cette équipe de base pourra également se révéler utile pour la présentation de l'approche aux autres divisions du ministère de la Santé, aux autres agents de santé, aux responsables officiels locaux et à la population.

2. Identifiez les partenaires importants et montez un forum de coordination de l'approche « Atteindre chaque district » avec les autres services de santé. Ces partenaires peuvent être le comité de coordination interinstitutions de la vaccination (CCI), ou bien le groupe consultatif technique national sur la vaccination, ou tout autre forum convenable, comprenant des ONG, des organisations communautaires, le secteur privé, des universitaires ou des parlementaires. Ce groupe doit être capable de discuter des idées et des plans concernant l'approche avec les autres administrateurs de programmes et de coordonner les ressources opérationnelles, financières et humaines. Les activités, les outils et les indicateurs de l'approche ACD devraient contribuer au renforcement du système de vaccination et à celui du système de santé d'une manière plus large.

3. Soyez réaliste. L'approche ACD doit être planifiée et mise en œuvre en coordination avec les autres services de santé, les budgets disponibles, les capacités des agents de santé et les autres activités de soin.

4. Examinez les politiques nationales: L'approche ACD doit contribuer au contexte général et s'y référer ; celui-ci comprend le plan pluriannuel complet de vaccination, les plans nationaux de vaccination et de santé, et les politiques de développement.

5. Définissez les termes: La définition des termes essentiels – tels que les populations éligibles à la stratégie, les communautés, les groupes ethniques, les cibles de couverture et autres – est importante, car elle clarifie le propos.

6. Utilisez les systèmes et les ressources disponibles. Réfléchissez à la façon dont l'approche peut cadrer avec la formation, la planification, le financement des services de santé, les communications et la logistique au ministère de la Santé et dans les districts, et avec le système d'information sanitaire. Il est important d'utiliser les enquêtes et les rapports disponibles – notamment ceux qui contiennent des informations sur la participation communautaire locale (cf. Chapitre 5).

1.8 CONTENU ET ORGANISATION DE CE GUIDE

Ce Guide de l'approche ACD est organisé selon les cinq composantes suivantes :

- 1 Planification et gestion des ressources ;
- 2 Atteindre toutes les populations éligibles;
- 3 S'engager avec les communautés ;
- 4 Exercice d'une Supervision formative ; et
- 5 Suivi et utilisation de données pour l'action.

Ce Guide contient également des outils de planification et de suivi de l'approche ACD et traite de certaines questions opérationnelles relatives à la logistique, à la communication et à l'intégration. Des liens vers des ressources documentaires et des exemples de pays figurent à la fin de chaque chapitre. Si vous utilisez la version électronique de ce Guide, vous pouvez cliquer sur chaque lien et accéder directement à la référence en ligne.

Deux icônes signalent des informations spécifiques.



Cette icône indique que l'outil peut être utilisé pour conduire un processus jusqu'au bout.



Et celle-ci met en exergue des astuces concernant l'approche ACD.



CHAPITRE 2

CONSIDÉRATIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'INTÉGRATION

2. CONSIDÉRATIONS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'INTÉGRATION

Dans son acception générique, « intégration » signifie planifier, gérer et fournir ensemble des services essentiels de santé. L'OMS donne la définition complète suivante de ce mot : « *gestion et prestation des services de santé de façon à assurer à chacun la continuité des services de prévention et de soin, aux différents niveaux du système de santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie* ». En pratique, les tâches de prestation d'une intervention peuvent être totalement ou partiellement intégrées, selon la complexité de l'intervention et les capacités du programme dans lequel elle est intégrée. Lorsque l'on se demande s'il convient d'intégrer les services de vaccination à d'autres interventions (et si oui, comment?), plusieurs critères doivent être pris en considération (cf. Figure 2.1 ci-dessous).



Figure 2.1: CRITÈRES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION EN VUE DE L'INTÉGRATION DE LA VACCINATION ET D'AUTRES INTERVENTIONS

CRITÈRES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION EN VUE DE L'INTÉGRATION DE LA VACCINATION ET D'AUTRES INTERVENTIONS	
Critères relatifs à l'intervention	Critères relatifs au contexte du système de santé
<p>Le potentiel d'association entre une intervention ou un service de santé et la vaccination systématique est bon si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le groupe cible est similaire ; <input type="checkbox"/> leur calendrier ou leur fréquence sont similaires ; <input type="checkbox"/> leurs exigences logistiques sont semblables ; <input type="checkbox"/> le niveau d'adhésion des patients, des populations et des agents de santé est similaire ; <input type="checkbox"/> ils impliquent des agents de santé ayant un niveau de qualification proche. 	<p>Les interventions ou les services de santé peuvent être intégrés efficacement si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> il existe une volonté politique de promouvoir l'intégration et la coordination entre différents administrateurs de programmes ; <input type="checkbox"/> les politiques nationales soutiennent les deux interventions ; <input type="checkbox"/> le soutien financier est assuré pour chaque intervention ; <input type="checkbox"/> les structures de soins de santé primaires existantes soutiennent la prestation des deux interventions ; <input type="checkbox"/> la responsabilité du soutien et du suivi de chaque intervention est clairement définie dans les programmes ; <input type="checkbox"/> les agents de santé sont « polyvalents » et non assignés à une seule intervention ; <input type="checkbox"/> l'association des interventions ne perturbe pas la prestation de service, et ne crée pas une charge irréaliste.

Par ailleurs, certaines questions fondamentales doivent être posées lorsque l'on explore l'idée d'intégrer les services de vaccination avec d'autres programmes.

1. **Que faut-il intégrer ?** Donnez la préférence aux interventions à fort impact, tout en étant conscient que toutes les interventions ne se prêtent pas à une intégration dans un service de vaccination systématique.
2. **Est-ce approprié ?** L'intégration présente-t-elle un intérêt pour la population locale, au vu du contexte ?
3. **Est-ce efficace ?** Suivez les résultats des interventions et ayez recours à des interventions fondées sur des bases factuelles.
4. **Est-ce flexible ?** Le programme peut-il réagir aux changements de populations éligibles, de répartition/charge de la maladie, de démographie, aux avancées technologiques ou à de nouveaux impératifs politiques ?
5. **La reddition de comptes est-elle possible ?** Suivez la performance opérationnelle afin d'obtenir des résultats positifs optimaux.

6. Est-ce acceptable? Pour les fournisseurs et les clients. Apportez aux uns comme aux autres une formation et des incitations. Évitez toute surcharge superflue.

Avantages et risques potentiels de l'intégration de programmes

Avantages possibles: La fourniture régulière et ponctuelle de vaccins aux populations éligibles permet souvent de réaliser un taux de couverture élevé. Un service établi de vaccination constitue une plateforme tangible pour la prestation d'autres services essentiels de santé maternelle et infantile. Les cinq composantes de l'approche ACD peuvent renforcer les systèmes pour accroître l'accès à d'autres programmes et services de soins de santé. Par exemple, la microplanification réalisée dans le cadre de l'approche peut être utilisée pour repérer les populations mal desservies, estimer les besoins en produits, allouer les ressources humaines et mettre au point des stratégies de prestation de services et une supervision coordonnée de toutes les interventions de soins de santé primaires. La supervision positive et les stratégies et outils de suivi qu'implique l'approche ACD peuvent être étendus au suivi et à la supervision d'autres programmes de soins de santé primaires.

La prestation de services de santé intégrés peut être plus avantageuse financièrement et par conséquent, plus durable. Les services intégrés aident également à réduire les occasions manquées et à améliorer la santé globale de la population. Le financement et la gestion de la logistique de produits multiples peuvent être plus exigeants si les conditions logistiques et les prévisions de livraison varient. Cependant, une planification et une coordination méticuleuses peuvent diminuer le coût de la distribution des vaccins, des médicaments et des autres fournitures médicales.

Risques potentiels: Si elle n'a pas été pensée, entièrement planifiée et fondée sur les capacités en ressources humaines et celles du système de santé, l'intégration est plus complexe, demande plus de temps et peut surcharger les agents de santé avec un nombre trop élevé de tâches ; ce qui entraîne une baisse de la qualité de service. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit les agents de santé et les besoins de la population lors de la planification des activités intégrées, en accordant la priorité aux domaines de programme et aux besoins communautaires les plus cruciaux. Par exemple, mettre ensemble les listes de contrôle de chaque programme pour en faire un seul document, transformant la liste d'une page en une liste de six pages, ne constitue pas une intégration efficace de la supervision. Une supervision intégrée, positive et efficace nécessite que l'on donne aux agents de santé du temps pour un renforcement de qualité de leurs capacités, et non seulement une liste de contrôle.

La figure 2.2 ci-dessous résume les opportunités et les difficultés de l'intégration.



Figure 2.2: RÉSUMÉ DES OPPORTUNITÉS ET DES DIFFICULTÉS DE L'INTÉGRATION

RÉSUMÉ DES OPPORTUNITÉS ET DES DIFFICULTÉS DE L'INTÉGRATION	
Possibles avantages et opportunités de l'intégration	Possibles inconvénients et difficultés de l'intégration
<p>Efficacité accrue: la hausse du nombre d'interventions de santé au point de contact peut aider à réduire la mortalité et la morbidité.</p> <p>Efficience accrue: redondance et coûts réduits du fait de la planification et de la logistique multiples pour des visites/services extérieurs multiples</p>	<p>Possible diminution de la couverture de certaines interventions: au cas où le système ne serait pas suffisamment solide (l'intégration de deux systèmes faibles ne mènera pas nécessairement à un système plus fort). Les chaînes d'approvisionnement, la supervision, la planification et l'engagement de la population sous-jacents doivent être en place.</p> <p>Possible baisse de la qualité des soins: en raison du manque de temps et de l'indisponibilité des agents de santé</p>

RÉSUMÉ DES OPPORTUNITÉS ET DES DIFFICULTÉS DE L'INTÉGRATION	
Possibles avantages et opportunités de l'intégration	Possibles inconvénients et difficultés de l'intégration
<p>Satisfaction et confort des usagers améliorés: disponibilité pour satisfaire les multiples besoins sanitaires de chacun au même endroit et en même temps</p> <p>Équité renforcée: meilleure couverture d'une nouvelle intervention, promotion croisée et demande potentiellement accrue</p> <p>Moins d'opportunités manquées de vaccination et fourniture d'autres interventions: les contacts programmés avec le système de santé réduisent les risques de manquer le calendrier d'autres vaccins et interventions de santé.</p> <p>Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée: l'impact peut être accru par l'établissement de liens spécifiques entre les aspects préventifs et curatifs de la lutte contre la diarrhée et la pneumonie</p> <p>Semaine africaine de la vaccination: elle peut jouer un rôle de catalyseur de l'accès à de multiples interventions.</p>	<p>Risque que le personnel n'accepte pas de responsabilités accrues sans rémunération ou formation supplémentaires.</p> <p>Risque que les clients n'acceptent pas les services intégrés: en cas de stigmatisation ou de problèmes de confidentialité (par exemple, pour la prévention du VIH ou la contraception des adolescents)</p> <p>Charge de la coordination: requiert une communication solide et de la diplomatie ; si elle n'est pas effectuée correctement, elle peut ralentir la mise en œuvre.</p> <p>Sources de financement partagées: nécessiteront une gestion rigoureuse.</p>

Intégration bidirectionnelle des services de vaccination avec d'autres programmes de santé :

L'intégration du programme élargi de vaccination et d'autres programmes de santé doit être considérée comme bidirectionnelle, si tout contact ou visite de vaccination peut être utilisé pour fournir d'autres services essentiels de santé reproductive, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de services de nutrition, et si les contacts pris lors de ces mêmes services peuvent être utilisés pour évaluer le statut vaccinal et fournir les vaccins qui sont dus le jour de la visite. Il est également nécessaire que toutes les interventions, tout le matériel de formation, l'ensemble des directives et outils de travail concernant les services précités comprennent des informations sur la vaccination et les maladies évitables par la vaccination, pour augmenter la couverture vaccinale. Bien vouloir considérer l'ensemble des matrices d'intégration ci-dessous (tableaux 2.1 à 2.5), qui décrivent les opportunités d'intégration des interventions des domaines précités dans les visites de vaccination, et l'inclusion des vaccins dans les interventions des domaines précités, leurs directives et leurs outils de travail. Pour que l'intégration soit efficace, elle requiert un leadership, une gestion et une coordination solidaires, une planification et une mise en œuvre conjointes, une supervision et un suivi et évaluation solidaires.



Tables 2.1 à 2.5. Possibilités d'intégration de services de santé supplémentaires dans le calendrier vaccinal (pour adaptation)

Acronymes : PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, prise en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C), Agent de santé communautaire, périmètre brachial, PB, Action accélérée pour la santé des adolescents ((AA-HA), supplémentation en Vitamine A; TAN : test d'acide nucléique, diabète, maladies non transmissibles


Tableau 2.1 ENREGISTREMENT DES NAISSANCES – IDENTIFIANT UNIQUE – DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (ÉLECTRONIQUE)

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES – IDENTIFIANT UNIQUE – DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL (ÉLECTRONIQUE)				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
Naissance	Dose de naissance - vaccin contre l'hépatite B Dose de naissance du VPO BCG	<p>Soins immédiats du nouveau-né (début précoce de l'allaitement maternel exclusif, contact peau contre peau, conseils sur les signes de danger néonatal)</p> Enregistrement de la naissance Inscription dans le registre de vaccination	Salle d'accouchement/de soins postnatals À domicile pour les accouchements assistés à domicile Visites au domicile dès que possible dans le cas d'accouchements à domicile sans assistance	<ul style="list-style-type: none"> • Soins essentiels du nouveau-né • Soins postnatals • Soins au nouveau-né à domicile • Test du VIH à la naissance • Passeport/carte mère-enfant • Registre des naissances • Directives et outils de conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant • Directives et outils de santé mentale • Directives sur les soins postnatals


Tableau 2.2 PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

PREMIÈRE ANNÉE DE VIE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
6 semaines	Penta 1 VPC1 ROTA 1 VPO1	Conseils sur l'allaitement maternel exclusif Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur les signes de danger Contraception (planification familiale de la période post-partum pour la mère, notamment MAMA) Soins postnatals pour la mère Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable) Violence à l'égard des femmes - évaluation Supplémentation en fer et acide folique pour la mère	Vaccination au centre de santé Vaccination dans le cadre des services en faveur des populations mal desservies	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson et début d'une thérapie antirétrovirale si résultat positif • Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant • Conseils sur l'alimentation du nourrisson • Développement du jeune enfant • Suivi de la croissance • Soins communautaires de la mère et du nouveau-né • Directives sur la planification familiale • Directives sur les soins postnatals

PREMIÈRE ANNÉE DE VIE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
10 semaines	Penta 2 VPC2 ROTA 2 VPO2	Conseils sur l'allaitement maternel exclusif Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur les signes de danger Contraception Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable) Supplémentation en fer et acide folique pour la mère	Vaccination au centre de santé Vaccination dans le cadre des services en faveur des populations mal desservies	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson si pas effectué et début d'une thérapie antirétrovirale si résultat positif Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant Conseils sur l'alimentation du nourrisson Développement du jeune enfant Suivi de la croissance Soins communautaires de la mère et du nouveau-né
14 semaines	Penta 3 VPC3 ROTA 3 VPO3 VPI	Conseils sur l'allaitement maternel exclusif Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur les signes de danger Contraception Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable)	Vaccination au centre de santé Vaccination dans le cadre des services en faveur des populations mal desservies	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson si pas effectué et début d'une thérapie antirétrovirale si résultat positif Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté Conseils sur l'alimentation du nourrisson Développement du jeune enfant Suivi de la croissance Soins communautaires de la mère et du nouveau-né
6 mois	Supplémentat ion en vitamine A/dose 1	Vérification de la vaccination et vaccination de rattrapage Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur l'alimentation de complément, la poursuite de l'allaitement et le développement du jeune enfant Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable) Contraception Soins postnatals pour la mère Dépistage du cancer du col chez la mère	Visite au centre de santé pour la supplémentation en vitamine A Supplémentation en vitamine A pour les populations mal desservies Supplémentation en vitamine A par les agents de santé communautaires Centre de planification familiale Soins postnatals en centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté Conseils sur l'alimentation du nourrisson Développement du jeune enfant Suivi de la croissance Directives sur la planification familiale Directives sur les soins postnatals Directives sur le cancer du col

PREMIÈRE ANNÉE DE VIE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
9 mois	Dose 1 du vaccin contenant une valence rougeole Vaccin anti-amaril Méningite	Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur l'alimentation de complément, la poursuite de l'allaitement et le développement du jeune enfant Contraception	Vaccination au centre de santé Vaccination dans le cadre des services en faveur des populations mal desservies Centre de planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté • Alimentation du nourrisson et du jeune enfant • Développement du jeune enfant • Suivi de la croissance • Test sérologique du VIH • Directives sur la planification familiale
12 mois	Supplémentation en vitamine A/dose 2 Mébendazole	Vérifier le statut vaccinal Vaccination de rattrapage Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur l'alimentation de complément Conseils sur le développement du jeune enfant Déparasitage Contraception Dépistage du cancer du col (si pas effectué)	Supplémentation en vitamine A en centre de santé Supplémentation en vitamine A pour les populations mal desservies Supplémentation en vitamine A par les agents de santé communautaires Centre de planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté • Alimentation du nourrisson et du jeune enfant • Développement du jeune enfant • Suivi de la croissance • Test sérologique du VIH • Directives sur la planification familiale


Tableau 2.3 DEUXIÈME ANNÉE DE VIE - DÉBUT DE LA SCOLARISATION

DEUXIÈME ANNÉE DE VIE - DÉBUT DE LA SCOLARISATION				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
15-18 mois	Dose 2 du vaccin contenant une valence rougeole Supplémentation en vitamine A/dose 3 Dose de rappel du vaccin antitétanique et antidiphthérique (12-23 mois)	Vaccination de rattrapage Suivi de la croissance et du périmètre brachial Conseils sur l'alimentation de complément Conseils sur le développement du jeune enfant Déparasitage		<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté • Alimentation du nourrisson et du jeune enfant • Développement du jeune enfant • Suivi de la croissance • Test sérologique du VIH

DEUXIÈME ANNÉE DE VIE - DÉBUT DE LA SCOLARISATION				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
24 mois	Supplémentati on en vitamine A/dose 4 Mébendazole	Vérifier le statut vaccinal Vaccination de rattrapage Suivi de la croissance et du périmètre brachial Déparasitage Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable) Contraception pour la mère Dépistage du cancer du col (si pas encore effectué) Violence à l'égard des femmes - vérification		<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté Alimentation du nourrisson et du jeune enfant Développement du jeune enfant Suivi de la croissance Test sérologique du VIH Directives sur la planification familiale Directives sur le cancer du col
24-59 mois	Supplémenta- tion en vitamine A/doses 5 à 11 (tous les 6 mois)	Examen de santé du nourrisson (4 contacts) Test sérologique du VIH Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant Supplémentation en vitamine A Déparasitage Prévention du paludisme (moustiquaires à imprégnation durable) Dépistage nutritionnel (périmètre brachial) Recherche de malnutrition aiguë sévère Alimentation complémentaire Promotion du développement du jeune enfant	Au centre de santé Actions planifiées auprès des communautés mal desservies	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/des cas par la communauté Alimentation du nourrisson et du jeune enfant Développement du jeune enfant Suivi de la croissance Test sérologique du VIH si statut inconnu


Tableau 2.4 ADMISSION À L'ÉCOLE – PREUVE DE L'ACHÈVEMENT DE LA VACCINATION DE L'ENFANT

ADMISSION À L'ÉCOLE – PREUVE DE L'ACHÈVEMENT DE LA VACCINATION DE L'ENFANT				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
à l'école (5-6 ans)	Vérifier le statut vaccinal Deuxième dose de rappel du vaccin antitétanique et antidiphtérique pour garçons et filles (4-7 ans)	Vaccinations de rattrapage (fièvre jaune, méningite, 2e dose du vaccin contenant une valence rougeole) Déparasitage	Dans les établissements scolaires	<ul style="list-style-type: none"> Santé à l'école Guide pratique des soins aux adolescents Action accélérée en faveur de la santé des adolescents

PÉRIODE SCOLAIRE/PRÉADOLESCENCE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
10-14 ans (fin de l'enseignement primaire)	Papillomavirus humaine pour les filles (9-14 ans) Dose de rappel du vaccin antidiphthérique pour garçons et filles (9-15 ans)	Vérifier le statut vaccinal Vaccinations de rattrapage (fièvre jaune, méningite, 2e dose du vaccin contenant une valence rougeole) Déparasitage Promotion de la santé – modes de vie sains Conseils nutritionnels Conseils sur l'hygiène menstruelle	Dans les établissements scolaires	<ul style="list-style-type: none"> Santé à l'école Guide pratique pour les soins aux adolescents Action accélérée en faveur de la santé des adolescents
Adolescents 14-19 ans	Papillomavirus (rattrapage)	Examen de santé Déparasitage Promotion de la santé – éducation sexuelle, santé reproductive, alcool, tabac, infections sexuellement transmissibles et risques du VIH, prévention des grossesses précoces et non désirées, risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, mariage précoce, hygiène dentaire Éducation à la nutrition (notamment la prévention de l'obésité)	Au centre de santé Dans les établissements scolaires Actions planifiées auprès des communautés mal desservies, centres religieux (adolescents déscolarisés)	<ul style="list-style-type: none"> Santé à l'école Guide pratique des soins aux adolescents Action accélérée en faveur de la santé des adolescents Supplémentation hebdomadaire en fer et acide folique



Tableau 2.5 ÂGE ADULTE

ÂGE ADULTE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
19-65 ans	Dose de rappel du vaccin antidiphthérique VPI (rattrapage) Fièvre jaune	Conseils sur la prévention des maladies non transmissibles, notamment la prévention de l'obésité et la perte de poids Dépistage des problèmes de santé Promotion de la santé – modes de vie sains Test du VIH	Sur les lieux de travail Dans les centres de santé Actions planifiées auprès des communautés mal desservies	

ÂGE ADULTE				
Âge	Vaccins et traitements préventifs	Autres services pouvant être fournis pendant les visites de vaccination	Points de contacts pour la vaccination et les autres interventions préventives	Ensembles de services (santé reproductive, de la mère, nouveau-né, enfant et adolescent, et nutrition), directives, outils de travail pour intégrer les vaccins
Grossesse	Vaccination antitétanique Grippe	Dépistage du VIH et prévention de la transmission mère-enfant Promotion de l'allaitement maternel exclusif Promotion de l'enregistrement des naissances Promotion de la vaccination Actions de prévention et de promotion des soins prénatals Conseils sur les signes de danger et plan individualisé de naissance Conseils nutritionnels pour une hausse de la ration alimentaire	Soins prénatals Centres de santé Visites à domicile pendant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Directives sur les soins prénatals
Adultes + de 65 ans	VPC* Méningite Grippe	Conseils pour un vieillissement en bonne santé Conseils de prévention des maladies non transmissibles Dépistage des problèmes de santé, notamment de l'hypertension et du diabète de type 2	À domicile Dans les centres de santé Actions planifiées auprès des communautés mal desservies	

*Voir la note de synthèse de l'OMS dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (2012, 87: 129-143)
<http://www.who.int/wer/2012/wer8714/en/>



Pour de plus amples informations sur les calendriers de vaccination, bien vouloir consulter les dernières versions (mars 2017) des tableaux récapitulatifs, qui sont disponibles en français et en anglais et peuvent être téléchargés depuis le site Web de l'OMS (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/index.html).

Ces tableaux étant actualisés plusieurs fois par an, il est toujours préférable de consulter le site Web pour obtenir les versions les plus récentes.



CHAPITRE 3

PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES

- 3.1. QUESTIONS ESSENTIELLES
- 3.2. MICROPLANIFICATION
- 3.3. LES DIFFÉRENTS RÔLES DANS L'ÉLABORATION DU MICROPLAN
- 3.4. GESTION DES RESSOURCES
- 3.5. SOURCES DOCUMENTAIRES

3. PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES



Étapes	Outil ACD
1. Procéder aux préparatifs	
2. Analyser la situation	1a, 1b, 1c, 1d, 2a
3. Fixer un objectif et des cibles annuelles	
4. Repérer les problèmes et planifier les activités	1e, 1f
5. Estimer les besoins en ressources	
6. Choisir les indicateurs de suivi	
7. Suivre les progrès accomplis	
8. Utiliser des microplans comme outil de gestion	

*La planification complète par les districts et les formations sanitaires **identifie et classe par degré de priorité**, les activités et les ressources nécessaires à une meilleure performance. La planification intégrée renforce les partenariats avec les districts et les acteurs communautaires, ce qui permet de mobiliser des ressources et d'améliorer la durabilité et le rapport coût-efficacité du programme.*

3.1 QUESTIONS ESSENTIELLES

La planification est une fonction de gestion essentielle, qui aide à améliorer de façon systématique l'efficacité de l'approche « Atteindre chaque district ». Elle facilite la détermination des besoins du programme, et leur degré de priorité, pour augmenter la performance.

La planification soigneuse et la gestion précise des ressources par le personnel aux niveaux du pays, du district et du centre de santé, sont fondamentales pour la fourniture efficace des services de vaccination et d'autres services de santé de qualité. Comme la gestion, la planification doit être active et continue, et ne pas consister seulement en une préparation annuelle de documents et de tableaux pour la hiérarchie administrative. **La planification participative**, impliquant le personnel du programme, les unités ministérielles majeures telles que les finances, et les partenaires communautaires, et commençant dès le début, favorise l'adhésion. Cette dernière apporte des informations locales qui facilitent le plaidoyer pour l'obtention de budgets, qui représente une étape critique à tous les niveaux.

La microplanification dans le cadre de l'approche « Atteindre chaque district » fait partie intégrante de la planification globale au niveau des districts et des formations sanitaires. Un processus de **planification intégrée** aide à coordonner les approches pour obtenir des ressources maximales, et expose les problèmes pouvant éventuellement survenir lors de la prestation intégrée des services. Cela permet d'élaborer des stratégies appropriées pour résoudre les problèmes opérationnels et financiers, avant qu'ils deviennent des obstacles majeurs. La planification intégrée autorise un usage optimal du temps et des ressources en personnel, et évite une répétition inutile des efforts du personnel et des dépenses de fonctionnement.

En principe, le processus de planification commence au niveau de la formation sanitaire par la **contribution de la population**. Les membres de la communauté peuvent aider à réduire les inégalités en effectuant un dénombrement exact des habitants, et en fournissant des informations fiables pour le plan et le budget du district, et à mettre au point des cartes opérationnelles et sociales. Dans les zones en proie à l'insécurité, la planification peut nécessiter la participation de partenaires non traditionnels, tels que les militaires.

3.2 MICROPLANIFICATION

Définition et avantages. Un microplan détermine la manière d'atteindre les clients, le nombre de personnes devant être ciblées par les services dans la zone, et la fréquence à laquelle les services de qualité sont fournis ; il est formulé par tous les acteurs à tous les niveaux. Pour être efficace, il devra apporter un soutien aux équipes des formations sanitaires et des districts, sur les points suivants:



Détermination des populations cibles réunissant les conditions pour bénéficier des services de vaccination au cours de l'année à venir, et calcul des besoins en fournitures ;



Conception de données et de cartes illustrant des zones de desserte soigneusement définies, où vivent les populations éligibles. Il peut s'agir des données issues de systèmes d'information géographique ;



Établissement de plans prioritaires permettant d'atteindre en continu toutes les populations cibles par les services de vaccination, en conformité avec le calendrier national. Pour les nourrissons, la fréquence sera d'au moins quatre fois par an ;



Définition d'activités locales réalistes (fondées sur les opérations existantes et les obstacles économiques et sociaux), dans le but d'améliorer et de maintenir la couverture ; et



Réduction des inégalités et amélioration de la qualité de service.

Remarques sur le processus. La microplanification va au-delà de la compilation d'informations et de leur transmission au niveau hiérarchique supérieur dans le but d'obtenir des fonds. Le processus de microplanification dans le cadre de l'approche ACD a recours à un examen périodique et à une opération d'actualisation qui implique la participation des populations et comprend une méthode de résolution des problèmes analysant les réalisations passées, les obstacles actuels et les ressources humaines, matérielles et financières disponibles.

Étapes de la microplanification prévue par l'approche ACD : formations sanitaires et districts

Dans les formations sanitaires



Orientation des équipes des formations sanitaires. Les équipes doivent recevoir une présentation de l'approche « Atteindre chaque district » et de l'importance aussi bien que des avantages de la microplanification

- ▶ La direction de la formation sanitaire doit **prévoir une réunion ouverte de microplanification**, comprenant les membres de la communauté et les autres secteurs, et animée par l'équipe de gestion sanitaire du district

Au niveau du district



- ▶ L'équipe de district doit tenir une réunion d'évaluation dans le cadre de la microplanification prévue par l'approche - elle doit impliquer les formations sanitaires et d'autres acteurs.
- ▶ Pendant cette réunion, la performance de toutes les formations sanitaires au cours des trois années précédentes doit être passée en revue et discutée

2. **ÉTAT DES LIEUX:** Avant de formuler le microplan, les planificateurs doivent connaître le mieux possible les populations éligibles et les tendances passées de la vaccination. Les zones de desserte actualisées, les données sur la population et les rapports du programme de vaccination sont les points de départ du processus de microplanification.

Dans les formations sanitaires



a. Carte opérationnelle :

La mise au point d'une carte opérationnelle doit comprendre :

- ▶ l'inventaire des cartes ayant déjà été dressées, qui sont utilisées par l'administration locale ;
- ▶ la coordination par le district, pour veiller à ce qu'aucune zone ou population ne soit omise ;
- ▶ l'usage de technologies, grâce aux systèmes d'information géographique et aux cartes numériques, si possible ;
- ▶ l'élaboration par les agents de santé travaillant pour la zone de desserte ; et
- ▶ le repérage des populations à haut risque et marginalisées, pour mieux comprendre les obstacles sous-jacents à l'accès aux services et à leur utilisation.

Une carte opérationnelle doit comprendre :

- ▶ une « zone de desserte » définie la zone géographique qui est desservie ;
- ▶ les villages et les communautés couverts par des sites fixes, des sites pour services de proximité ou lors des journées pour la santé de l'enfant ;
- ▶ les points de repère importants, notamment les écoles, les bâtiments publics, les points d'eau, les organisations confessionnelles, les zones difficiles d'accès, les fleuves, les montagnes, les routes, les points de transit tels que les points de rencontre nomades, les voies de transport et de migration très fréquentées ;
- ▶ l'inventaire des zones de faible couverture, notamment les « communautés à haut risque » ;
- ▶ les principaux obstacles climatiques et géographiques entravant la prestation de service, tels que les inondations saisonnières et les routes impraticables ; et
- ▶ les distances et les temps de trajet entre les sites importants.

Les zones **urbaines** peuvent utiliser les plans des rues, les cartes *Google Earth* ou les cartes des campagnes de vaccination contre la poliomyélite ou la rougeole. Ces dernières peuvent aider à cartographier les zones à forte densité de population, les populations migrantes, les zones de logement insalubre, les structures sociales et les ONG



Voir l'**Outil 1c** en Annexe qui contient plusieurs exemples de **cartes opérationnelles** de formations sanitaires et districts de santé. Il s'agit de représentations graphiques des zones de desserte (urbaines et rurales) faisant ressortir la géographie d'une zone, les points de repère et les lieux de rassemblement, les principales populations à haut risque et leurs caractéristiques, les barrières sociales et les stratégies de distribution.

b. Carte sociale :

Une carte sociale est un moyen d'identification des populations qui courent un risque élevé de ne pas accéder aux services de vaccination et de bénéficier des actions du programme de développement, afin de surmonter les barrières auxquelles elles sont confrontées pour assurer l'équité. Une carte sociale devrait comprendre :

- ▶ une liste des communautés à haut risque vivant dans la zone de desserte
- ▶ les noms des villages/sites ciblés par les services de santé maternelle, néonatale et infantile
- ▶ les populations des ces communautés
- ▶ les principaux obstacles à la réalisation d'une vaccination complète au sein de ces communautés
- ▶ les recommandations concernant les actions et les stratégies du programme



Voir un exemple de **carte social** à l'**Outil 1b** en Annexe

c. Données et dénominateurs de population

Une estimation des populations éligibles vivant dans la zone de desserte est une étape essentielle pour une microplanification. Ces chiffres doivent correspondre aux chiffres contenus dans les rapports d'activité mensuels (ou ce qui en tient lieu) et dans l'Outil de gestion des données de vaccination du district (DVDMT) (ou ce qui en tient lieu).

Les estimations « officielles » sont généralement fournies annuellement par les plus hautes autorités ; elles sont une extrapolation des résultats du dernier recensement et sont fondées sur le taux de croissance moyen. Ces chiffres peuvent être liés aux enveloppes budgétaires et peuvent ne pas être exacts, notamment dans les zones à forts taux de migration ou d'insécurité. Il est donc important de revoir régulièrement les estimations de populations au niveau local et de vérifier les informations des districts et des formations sanitaires, afin d'obtenir les estimations de population opérationnelles les plus exactes. Ce type d'information peut comprendre:

- ▶ le nombre total d'enfants dans la tranche d'âge cible au sein de la zone de desserte (par opposition au nombre d'enfants qui auraient atteint une cible de couverture précise) ;
- ▶ le dénombrement des communautés locales au début du cycle de planification ;
- ▶ les registres communautaires provenant des autorités locales, les données SIA de polio et de rougeole d'autres programmes. Si ces données ne sont disponibles qu'au niveau de la province, il pourrait être convenable d'essayer de les obtenir pour les besoins de planification au niveau local (pour voir un exemple en Ouganda: <http://www.mcsprogram.org/resources/reaching-every-community-using-quality-improvement-rec-qi-mapping-support-routine-immunization-microplanning-uganda/>) ;
- ▶ les données du dernier recensement de la population et les taux de croissance de la population locale ;
- ▶ les informations sur les populations nomades ou migrantes, leurs itinéraires et périodes de migration ; et

- ▶ le registre des vaccinations que l'on peut utiliser comme registre des naissances afin de pouvoir estimer le nombre de nourrissons, et d'aider à suivre les nourrissons défailants inscrits sur la liste de contrôle. *Le module 6 de Immunization in Practice* (Vaccination pratique) en donne une bonne illustration.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206455/1/9789242549096_fre.pdf



Pour obtenir de l'aide dans la détermination du dénominateur, bien vouloir utiliser le WHO denominator estimation guide.

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/Denominator_guide.pdf

d. Analyse des performances et identification des barrières pour les populations à haut risque

Un examen inclusif et participatif par les responsables sanitaires, communautaires et politiques des performances des programmes au cours des trois dernières années offre l'occasion de célébrer les progrès accomplis et peut permettre d'identifier les domaines qui nécessitent un appui. Il convient de **mettre en relief les communautés à « haut risque » sur la carte opérationnelle, identifier les barrières à l'accès au service et les raisons de manquer des occasions de vaccination**, et élaborer des plans pour surmonter ces barrières.

▶ L'analyse des données locales de vaccination et de surveillance des maladies comprend :

- ✓ les taux de couverture vaccinale (toutes les variations d'antigènes et de saisons) et les taux d'abandon (DTP1-DTP3, DTP1-MCV1, MCV1-MCV2)
- ✓ le nombre de populations cibles non vaccinées par la formation/communauté sanitaire
- ✓ les stratégies de fourniture de services et leurs résultats : la fréquence des services de vaccination fixes, mobiles et leurs résultats par rapport aux cibles
- ✓ les indicateurs de gestion : fréquence des visites de contrôle et des réunions d'évaluation/suivi d'appui, présence de graphiques de suivi actualisés au sein des formations sanitaires
- ✓ l'approvisionnement en vaccins : fréquence des ruptures de stocks, des surstocks et des taux des pertes en vaccins
- ✓ la chaîne du froid et la logistique : les formations sanitaires ne disposant pas d'une chaîne du froid adaptée, d'un système de surveillance des températures, de transport de matériel, etc.
- ✓ Les données de surveillance : les cas de maladies évitables par la vaccination, de décès, de sites d'épidémies
- ✓ implication de la communauté : fréquence des réunions d'évaluation avec les communautés, présence d'un système de suivi des déserteurs et des nouveaux-nés, le type de matériel et activités éducatifs, la qualité des communications des agents de santé avec les communautés et les familles.



Voir en Annexe l'**Outil 1a** sur les caractéristiques sociodémographiques, l'**Outil 1d** sur l'évaluation des parties prenantes et l'**Outil 2a** sur la planification des séances.

Au niveau du district



- ▶ Les données au niveau du district doivent être analysées pour identifier les domaines de priorité. Une priorisation devrait aussi être faite concernant les formations sanitaires qui utilisent les données de vaccination (**voir Tableau 4.4 dans *Immunization in Practice, 2015 Update***).
- ▶ Examiner les dénominateurs des formations sanitaires et les chevauchements entre formations sanitaires
- ▶ Pour le calcul de la couverture au niveau local, suggérer l'utilisation du dénominateur (officiel) du district.
 - Il est nécessaire d'actualiser régulièrement ces données et de s'assurer que les écarts entre les estimations officielles de dénominateurs et celles faites par les programmes sont pris en compte.
 - Alternative : au niveau du district, additionner le numérateur et le dénominateur des formations sanitaires, en comparaison du dénominateur officiel.
 - Alternative : ne fonder les décisions opérationnelles des programmes que sur les numérateurs.
- ▶ **Établir une carte** de toutes les formations sanitaires et sites mobiles, en utilisant, si possible, un système d'information géographique pour la cartographie des zones de desserte.
 - a. La carte du district devrait faire ressortir les mêmes éléments que la carte des formations sanitaires, à savoir :
 - ▶ l'ensemble de la zone de desserte du district
 - ▶ chaque formation sanitaire avec sa zone de desserte
 - ▶ les routes, villes, villages et autres caractéristiques et points de repère
 - ▶ utiliser les données de l'Outil 2a pour montrer les zones et les populations prioritaires.
 - b. Illustrer les zones ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés
 - c. S'assurer qu'aucune zone n'est omise ou ne figure dans plus d'une zone de desserte d'une formation sanitaire : en cas de chevauchement, les formations sanitaires doivent s'accorder sur qui fournit les services dans chaque zone.

3. DÉFINIR DES CIBLES OBJECTIVES POUR L'ANNÉE

Dans les formations sanitaires



Le but du programme devrait être d'atteindre **toutes les populations éligibles avec chaque antigène** dans les zones de desserte.



Les résultats doivent se mesurer sur la base de toute la population éligible atteinte et non d'une cible artificiellement réduite. Décrire l'évolution en termes du nombre de personnes atteintes (numérateur) plutôt qu'en termes de couverture.

Au niveau du district



Fixer une cible annuelle qui s'accroît de manière graduelle et qui est déterminée par chaque district sur la base des résultats de l'année précédente, dans le but ultime d'atteindre l'objectif national tel que présenté dans le Plan pluriannuel complet de vaccination (PPAc). Toutefois, chaque district devrait en fin de compte chercher à vacciner toutes les populations éligibles.

4. IDENTIFIER LES STRATÉGIES, DÉFINIR LES ACTIVITÉS ET ÉTABLIR UN CHRONOGRAMME :

Les stratégies doivent décrire comment la vaccination et d'autres objectifs et d'autres cibles seront atteints. L'élaboration de stratégies doit se faire en équipe et suppose l'analyse de tous les cas applicables à chaque objectif.

Dans les formations sanitaires



L'**Outil 1e** (identification du problème et définition des priorités) détermine les zones de populations non vaccinées, à en juger par le faible taux de couverture (sur la base des populations cibles vaccinées et le taux d'abandon) et permet de classer les zones à problème par catégorie.

L'**Outil 1f** (Analyse des causes fondamentales) identifie les problèmes qui sous-tendent le faible accès et la mauvaise utilisation, ainsi que les actions et les personnes qu'il faut pour résoudre ces problèmes.

L'**Outil 1e** constitue un important guide pour l'analyse de l'accès à la vaccination et des cas d'abandon. Pour maintenir les progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies, l'on a besoin d'un suivi actif pour évaluer les progrès accomplis et actualiser son microplan/microplan.

Identifier **des activités particulières à mener dans les zones difficiles d'accès et à problème**, et actualiser les microplans des centres de santé, pour y intégrer toutes les communautés « à haut risque ».

Rencontrer les leaders communautaires pour parler des barrières à la vaccination. S'ils sont réticents à la vaccination, discuter de leurs préoccupations et trouver des solutions (voir chapitre 5 : Collaboration avec les communautés).

Au niveau du district



1. Établir un calendrier des événements dans le district
2. Harmoniser les plans de travail de toutes les formations sanitaires
3. Établir une liste des priorités des formations sanitaires et des séances qui nécessiteront un appui, sur la base du plus grand nombre d'enfants non vaccinés et sous-vaccinés, et des populations à haut risque
4. Planifier les visites de contrôle en fonction des formations/populations prioritaires
5. Organiser des réunions d'évaluation pour assurer le suivi des progrès ; faire une évaluation des microplans sur la base des résultats trimestriels
6. Marquer chaque mois le jour où les vaccins, le matériel d'injection sécurisé et d'autres fournitures ont été livrés à chaque formation sanitaire
7. Élaborer un plan d'activité du district
 - ▶ dresser la liste de toutes les activités que le district compte mener au cours du prochain trimestre
 - ▶ lister par formation sanitaire, toutes les activités susceptibles d'apporter une solution aux problèmes des zones difficiles d'accès où l'appui du district est nécessaire, en précisant les dates et les personnes responsables.
 - ▶ dresser la liste de toutes les activités, SIA, réunions, formations prévues au niveau du district en mettant en relief les dates et les personnes responsables.

5. DRESSER UN ÉTAT DES BESOINS EN RESSOURCES ET PRÉPARER UN BUDGET RÉALISTE

Dans les formations sanitaires



Une microplanification efficace nécessite une estimation exacte des besoins en ressources, ainsi qu'un budget détaillé. En dressant votre état des besoins, vous devez tenir compte des questions suivantes :

- ▶ Y a-t-il eu des fonds suffisants l'année dernière et qu'est-ce qui a été dépensé ?
- ▶ Y aura-t-il plus ou moins de fonds pour l'année prochaine ?
- ▶ Qui sera chargé de la mise en œuvre des activités de vaccination programmées ?
- ▶ Quelles sont les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités programmées ?
- ▶ Quelles sont les ressources disponibles pour la mise en œuvre de ces activités et quelle en est la source ?
- ▶ Est-il possible de partager les coûts avec d'autres services de santé maternelle et infantile ?

Pour l'élaboration du budget, il convient de tenir compte de trois exigences en termes de ressources :

Ressources humaines	<p>Formation</p> <p>Réunions d'élaboration et d'évaluation de votre microplan, ainsi que des réunions avec les communautés et les partenaires.</p>
Ressources matérielles	<p>Les coûts de transport (carburant, per diem) pour la distribution des vaccins, la sensibilisation, la supervision d'appui et la collaboration avec les communautés.</p> <p>Les vaccins, seringues jetables, fournitures de gestion des déchets, registres, documents de maison, formulaires de rapport et graphiques de suivi de la couverture.</p>
Ressources financières	<p>Per diem</p> <p>Rémunérations</p>



S'assurer d'avoir également inclus les contributions en nature des communautés et des partenaires

Le budget doit correspondre aux ressources disponibles. Si les financements et les ressources ne sont pas suffisants pour mettre en œuvre le plan, faire des efforts supplémentaires pour mobiliser davantage l'appui du gouvernement, des projets donateurs, des communautés, des ONG et du secteur privé. Ne pas oublier de classer les postes budgétaires par priorité pour s'assurer que les activités les plus importantes, comme la vaccination dans les communautés à haut risque, sont mises en œuvre. Un budget bien préparé permettra de justifier la demande de budget et d'obtenir les financements nécessaires.

S'assurer que le budget du microplan de l'approche « Atteindre chaque district » fait partie du plan global de la formation sanitaire et du plan du district.

Au niveau du district



1. Le budget du district est divisé en deux parties :
 - ▶ les coûts liés à la conduite des activités au niveau de la formation sanitaire ;
 - ▶ les coûts de fonctionnement : supervision, maintenance, formation, mobilisation sociale et communication, et gestion du programme.
2. Le district doit préparer son budget en fonction des exigences des plans de travail de la formation sanitaire et en fonction d'autres exigences au niveau du district.
3. Le budget du microplan du PEV du district doit s'intégrer dans le plan sanitaire global du district.
4. Points à considérer :
 - ▶ Un budget réaliste est nécessaire, qui reflète les ressources humaines, les biens et ressources financières nécessaires pour une intégration des services.
 - ▶ Faire une évaluation du budget de l'année précédente et voir si les fonds et les ressources demandés étaient suffisants et s'ils ont été reçus à temps. Y a-t-il eu des problèmes dans la circulation des fonds vers le district ou à l'intérieur du district, si oui, que faire pour améliorer la situation ?
 - ▶ Comparativement à l'année précédente, quelles sont les nouvelles activités introduites (par ex. plus de séances de sensibilisation) qui ont requis la mobilisation de fonds supplémentaires ?
 - ▶ Les ressources nécessaires pour la vaccination peuvent-elles être mobilisées localement ? (par ex. des partenaires locaux peuvent assurer le transport pour la sensibilisation ou du gaz pour un réfrigérateur) ?
 - ▶ Certaines tâches peuvent-elles être réalisées de manière plus efficace afin d'économiser les ressources (par ex. combiner la distribution des vaccins avec les visites ou les sessions de formation) ?
 - ▶ Explorer le regroupement des ressources provenant de différents programmes, afin de tirer avantage de l'intégration (par ex. la prise en charge du transport par différents programmes ou bien un minimum de sensibilisation et/ou de services mobiles qui comprennent la supplémentation en vitamine A, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.), sans compromettre la qualité de service.
 - ▶ Plaider en faveur de la mise à disposition de fonds supplémentaires au niveau provincial ou national.
 - ▶ Suivre les dépenses.

6. SÉLECTIONNER LES PRINCIPAUX INDICATEURS A SUIVRE:

Dans les formations sanitaires



Pour un suivi efficace, il faut collecter régulièrement des données fiables et les analyser pour s'assurer que les activités programmées sont mises en œuvre et que les résultats escomptés sont atteints. Déterminer avant tout les principaux indicateurs, tels que les taux de couverture et d'abandon, afin d'assurer le suivi des résultats du microplan et des services de vaccination (voir chapitre 7 sur le Suivi et l'utilisation de données pour l'action, pour une liste d'indicateurs proposés). Pour un suivi actif, il faut une évaluation, des réactions et l'action en rapport avec les progrès enregistrés, aux côtés de l'équipe de gestion sanitaire du district, des personnels de santé, des parties prenantes et des membres de la communauté.

Au niveau du district



Sélectionner les principaux indicateurs pour les besoins de suivi (voir chapitre 7 : Suivi et utilisation des données pour l'action). Toutes les activités de suivi et d'évaluation présentées ci-dessus peuvent conduire à une action corrective à court ou à long terme.

Évaluer l'évolution à l'aide des rapports mensuels consolidés des formations sanitaires, des graphiques de suivi des formations sanitaires, des évaluations trimestrielles et des visites de contrôle de soutien. Inclure les contributions des « groupes de suivi » ; inclure éventuellement des aspects tels que l'évaluation de la qualité des données, etc.

7. SUIVI MENSUEL DES PROGRÈS ACCOMPLIS

Dans les formations sanitaires



1. Assurer le suivi des indicateurs de progrès et tous les taux de couverture et d'abandon des antigènes (voir chapitre 7 sur le Suivi et l'utilisation des données pour l'action).
2. Impliquer tous les personnels de santé dans le programme de vaccination et les représentants communautaires dans le suivi.
3. Évaluer l'évolution à l'aide des rapports mensuels, des graphiques de suivi, des évaluations trimestrielles et des rapports des visites de contrôle de soutien.
4. Assurer le suivi des progrès accomplis au sein « des communautés à haut risque ».

Au niveau du district



Évaluer l'évolution pour agir et trouver des solutions aux problèmes (voir chapitre 7 sur le Suivi et l'utilisation des données pour l'action)

8. UTILISATION DU MICROPLAN COMME UN OUTIL DE GESTION

Dans les formations sanitaires



Le microplan du PEV est un outil de gestion très efficace. Grâce à une évaluation régulière et la mise à jour permanente du microplan, l'on peut résoudre des problèmes et ajuster les stratégies à temps, afin de briser les principales barrières à la réalisation des objectifs. Le microplan peut aussi être utilisé comme un outil de plaidoyer pour obtenir l'appui du gouvernement local, des donateurs, des ONG, des organisations communautaires et de la communauté.

Évaluez et mettez à jour votre microplan au moins une fois par trimestre.

Au niveau du district



Les districts doivent tenir régulièrement des réunions pour procéder à l'évaluation du microplan du district. Celui-ci doit être actualisé une fois tous les six mois.

3.3 LES DIFFÉRENTS RÔLES DANS L'ÉLABORATION DU MICROPLAN

Si les formations sanitaires élaborent des microplans annuels et les districts préparent les leurs sur la base des plans consolidés des formations sanitaires, les parties prenantes à tous les niveaux du programme doivent guider, faciliter et soutenir le processus d'élaboration de microplans, afin d'en assurer une bonne mise en œuvre. Les parties prenantes tant au niveau national que communautaire jouent des rôles différents et complémentaires, qui peuvent se résumer dans le tableau 3.1 ci-dessous.



Tableau 3.1 CONTRIBUTIONS DES PARTIES PRENANTES A DIFFÉRENTS NIVEAUX DANS L'ÉLABORATION DU MICRO PLAN POUR « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »

	Activités	Nationales	Regionales	Au Niveau District	Au Niveau de la Formation Sanitaire	Au Niveau de la Communauté
Leadership, coordination et gestion	1. Faire en sorte que l'approche ACD soit une partie intégrante du plan stratégique national de la santé, du PPAC et d'autres instruments du ministère de la Santé, et que l'atteinte des personnes défavorisées et les plus vulnérables constitue une priorité nationale.	+	+			
	2. Produire, évaluer et améliorer des estimations de dénominateurs pour améliorer l'exactitude de la population cible officielle.	++	+	+	++	++
	3. Réaliser une analyse de la situation ou analyse de l'équité des tendances du programme afin de déterminer les communautés affectées par les inégalités.	+	+	++	+	
	4. Définir les priorités et apporter un appui aux districts/formations sanitaires/communautés comptant le plus de populations sous-vaccinées et aux communautés affectées par les inégalités.	+	++	+++	++	
	5. Réaliser une analyse de la situation locale du microplan afin d'améliorer la fiabilité des informations.			++	+++	+
Gestion des ressources financières et autres	6. Affecter des crédits budgétaires et décaisser en temps opportun les fonds et les ressources de l'État et des donateurs aux régions/districts.	+	+			
	7. Affecter et décaisser les ressources en temps opportun.	+	+	+	+	
	8. Coordonner l'utilisation des ressources des formations sanitaires pour des services plus efficaces et durables.			++	+	+
Renforcement des capacités	9. Adapter et actualiser le guide et les outils ACD selon les analyses faites de la situation de chaque district et de chaque formation sanitaire.	+				
	10. Former les gestionnaires régionaux, de district et des formations sanitaires sur l'approche ACD et sur les domaines techniques pertinents du PEV.	+	++	+++		
Suivi et contrôle	11. Évaluer régulièrement les progrès accomplis sur la base des données de processus, de performance et de surveillance, et ajuster les microplans.	+	+	++	++	
	12. Suivre, superviser et encadrer les processus d'élaboration et de mise en œuvre des microplans au niveau du district et des formations sanitaires.	+	++	+++		
	13. Améliorer la précision de la population cible (dénominateur) au niveau des formations sanitaires par des actions telles que l'enregistrement des nouveaux-nés et l'identification des familles non enregistrées dans la communauté. Comparer le nombre d'enfants enregistrés à celui de la population cible officielle et à celui des archives locales.			+	++	++
	14. Travailler avec les formations sanitaires pour une programmation optimale des séances de vaccination.				+	++

Plaidoyer politique et mobilisation communautaire	15. Engager les leaders politiques et communautaires, les agents et groupes de santé communautaires, ainsi que les partenaires dans le processus de microplanification.	+	+	++	+++	++
	16. Consulter la communauté pour l'élaboration des stratégies de vaccination, notamment dans les communautés comptant un grand nombre de personnes non vaccinées. Ces communautés particulières nécessiteront des efforts supplémentaires.			+	++	+
	17. Dresser une liste des points focaux communautaires pour la mobilisation de tous les enfants et femmes éligibles pour les séances de vaccination.			+	++	++
	18. Engage community leaders and groups in micro-planning and developing strategies to reduce under-served and dropouts, in particular focusing on those socially hard to reach.		+	++	++	+
	19. Tenir régulièrement des réunions avec les points focaux communautaires.			+	++	+
	20. Mobiliser les populations éligibles pour les séances de vaccination.				+	++
	21. Les agents de santé et les leaders communautaires participent à la microplanification de l'approche ACD.				+	++

3.4 GESTION DES RESSOURCES

Des attentes accrues du système sanitaire et un plus grand nombre d'interventions peuvent parfois entraîner un accroissement des besoins en ressources. Cela peut arriver à un moment où l'appui financier est en baisse et les ressources sont insuffisantes pour exécuter toutes les activités programmées. Par exemple, les fonds peuvent être insuffisants pour assurer l'entretien des véhicules, l'achat des carburants et le paiement des per diem. Par conséquent, toutes les activités prévues dans le microplan peuvent ne pas être exécutées, et il faudrait trouver le moyen de faire plus avec peu de ressources dans le souci d'une gestion plus efficiente.

Pour parvenir à une gestion efficiente des ressources, il est nécessaire d'établir une priorité des activités et de les coordonner avec celles d'autres programmes, à l'instar de la supervision de soutien intégrée. Les gestionnaires doivent prendre soin d'affecter le personnel à des activités précises. Ils doivent aussi être imaginatifs en trouvant des ressources collaboratives et en nature auprès d'autres programmes de soins de santé primaires, d'ONG, du secteur privé et de la communauté. Les questions à prendre en compte lors de l'allocation des ressources humaines, financières et matérielles sont présentées ci-dessous.

CE QU'IL FAUT PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES



Le renforcement des capacités par la formation pré-emploi, en cours d'emploi et sur le tas durant la supervision de soutien. Le parrainage et la supervision ont souvent un plus grand impact sur le changement des comportements que la formation formelle.



Le personnel peut être motivé de plusieurs manières, notamment par la supervision de soutien ; la reconnaissance de bonnes performances, y compris à travers des commentaires réguliers et le partage d'expériences pratiques avec les pairs ; une bonne affectation du personnel en fonction des aptitudes et de l'expérience ; des incitations financières et autres, telles que le Prix du meilleur agent du mois, les opportunités d'acquisition de nouvelles aptitudes, et la possibilité d'une promotion.

- ▶ Les méthodes innovantes de motivation des agents de santé comprennent : l'usage de la technologie pour reconnaître et échanger des exemples de réussite, un meilleur usage des réunions d'évaluation et le rappel aux agents de leurs responsabilités et de leur importance pour la santé de la communauté qu'ils servent.

CE QU'IL FAUT PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

- ▶ Faire l'état des lieux des ressources financières existantes par source et identifier les déficits de financement.
- ▶ Voir comment utiliser les mécanismes de coordination au niveau du district pour mobiliser des fonds supplémentaires.
- ▶ Coordonner les ressources des différentes activités de soins de santé, telles que la supplémentation en vitamine A et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, afin de partager les coûts de transport liés à la sensibilisation et à la vaccination mobile.
- ▶ Partager les opportunités de formation et de communication.
- ▶ Voir dans quelle mesure les activités peuvent être jumelées pour permettre au personnel de gagner en temps et rendre les services plus pratiques pour les mères de famille.

CE QU'IL FAUT PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES

- ▶ La demande d'interventions sanitaires intégrées, y compris les services de vaccination ;
- ▶ Les déficits en infrastructures et équipements.

3.5 SOURCES DOCUMENTAIRES

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers.
Module 1. *A problem-solving approach to immunization services management.*

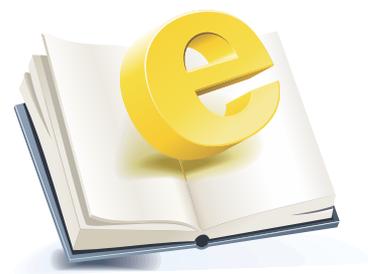
WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers.
Module 4. *Planning immunization activities at national, provincial and district levels.*
<http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>

Immunization in Practice. Module 5. *Managing an Immunization Session*, 2015.
http://www.who.int/immunization/documents/IIP2015_Module5.pdf

WHO/IVB, Organisation mondiale de la Santé, Genève. *Global Routine Immunization Strategies and Practices (GRISP)*, 2015.
Organisation mondiale de la Santé.
http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/GRISP/en/

Reaching Every District Using Quality Improvement Methods (RED-QI), a Guide for Immunization Program Managers, Éthiopie, Mai 2015. http://uifhs.jsi.com/wp-content/uploads/2016/04/UI-FHS_HowtoGuide.pdf

State of Inequality: Childhood Immunization, World Health Organization, 2015.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252541/1/9789241511735-eng.pdf>





CHAPITRE 4

ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES

- 4.1 QUESTIONS ESSENTIELLES
- 4.2 COMMENT ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES
- 4.3 SOURCES DOCUMENTAIRES

4. ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES



Étapes	Outil ACD
1. Évaluer le microplan et concevoir des stratégies fondées sur les besoins de la communauté	
2. Étendre la vaccination à toutes les tranches d'âge	
3. Étendre la vaccination à toutes les tranches d'âge	
4. Préparer, conduire et superviser les séances	
5. Suivre l'approche « Atteindre toutes les populations éligibles »	

L'approche « Atteindre toutes les populations éligibles » est centrée sur l'amélioration de l'accès et de l'utilisation équitable des services de vaccination et d'autres services, de manière efficace par l'association des stratégies de fourniture de services qui répondent aux besoins de la communauté.

4.1 QUESTIONS ESSENTIELLES

L'atteinte et le maintien de niveaux élevés d'une couverture équitable nécessitent des stratégies de fourniture de services qui répondent aux besoins de la population et nécessitent des efforts supplémentaires pour vacciner les communautés touchées par les inégalités. Outre les considérations géographiques, l'atteinte des populations cibles implique de combler les inégalités socioéconomiques, entre autres. Pour élaborer la stratégie ou la combinaison de stratégies la plus efficace, l'équipe de santé doit identifier et localiser tous les enfants et adultes éligibles à la vaccination. Ensuite, l'équipe de santé détermine quels sont les groupes à haut risque pour n'avoir pas pris tous les vaccins nécessaires, et qui sont pour cela exposés aux maladies évitables par la vaccination. L'efficacité des stratégies de fourniture de services repose sur les causes clairement identifiées d'une couverture faible, y compris des barrières logistiques, culturelles ou financières, et des résultats insuffisants des services de vaccination.



Une **population ou communauté à haut risque** est un groupe de personnes qui courent un risque élevé d'être mal desservies en services de vaccination, et sont par conséquent vulnérables aux maladies évitables par la vaccination. Ces groupes à haut risque peuvent regrouper, sans s'y limiter, les populations nomades, les migrants, les réfugiés, certaines communautés religieuses ou ethniques, les populations urbaines pauvres, ou les personnes déplacées du fait de l'insécurité, d'une catastrophe naturelle ou d'une situation de conflit.

L'approche « Atteindre toutes les populations éligibles » ne concerne pas que la formation sanitaire, mais toutes les composantes du ministère de la Santé à tous les niveaux. **Les politiques nationales** doivent soutenir la mise en œuvre de la microplanification de l'approche ACD pour tous les programmes. Des services bien planifiés et intégrés utilisent les ressources rares de manière plus efficace. Le processus d'**atteinte de toutes les populations éligibles** commence au niveau national avec des politiques, projets et budgets bien coordonnés qui soutiennent la gestion intégrée et la fourniture de services.

Les **régions, de même que les districts**, doivent être impliqués. Ce sont ces derniers qui s'assurent que les ressources existent en quantité suffisante pour les microplans des formations sanitaires, que des populations cibles précises (dénominateurs) sont prises en compte, et que toutes les communautés sont clairement identifiées et desservies de manière appropriée. Des plans de communication et de promotion tournés vers l'action au niveau du district et qui répondent aux besoins des communautés sont essentiels pour identifier et atteindre les personnes non vaccinées et celles qui sont sous-vaccinées.

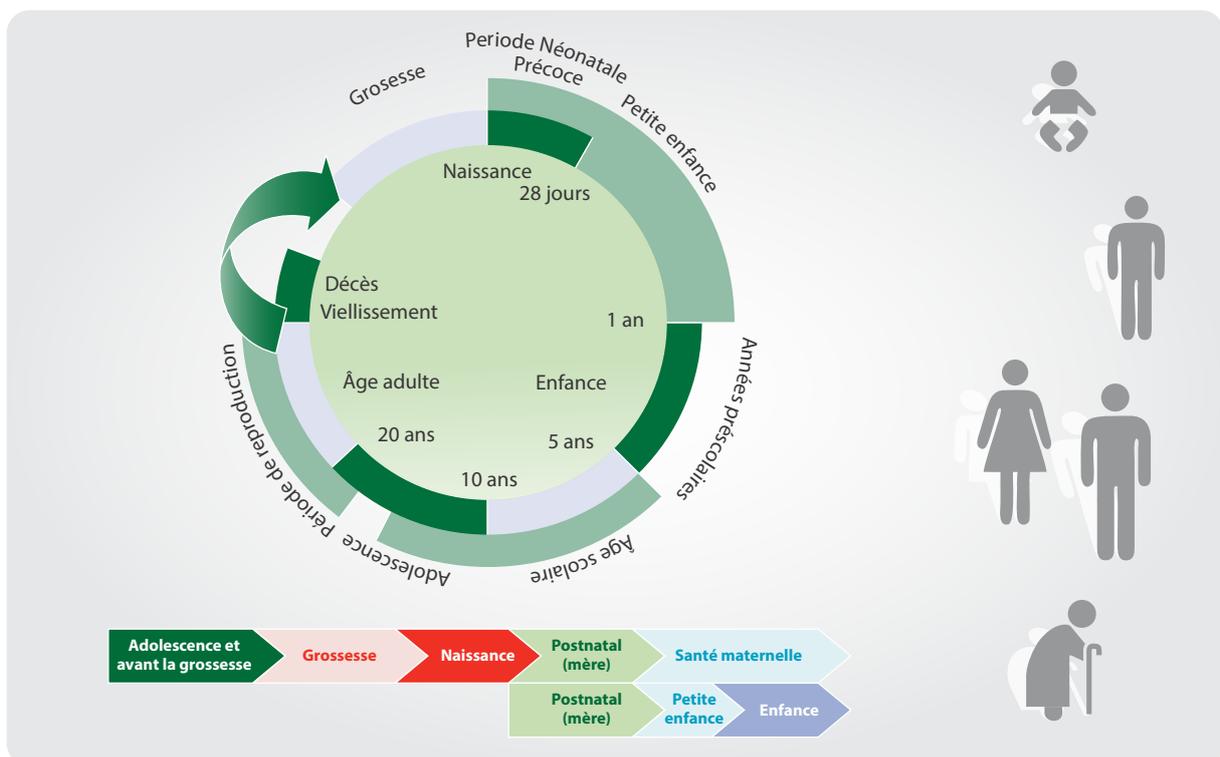
Au niveau de la formation sanitaire, l'approche ACD est centrée sur trois stratégies fondamentales de vaccination de routine : les services fixes, les services de proximité et les services mobiles. Les services fixes sont des services de vaccination offerts dans l'enceinte d'une formation sanitaire. Les services de proximité font référence aux services de vaccination offerts au sein de la communauté par des agents de santé qui y vont et retournent à la formation sanitaire au cours d'une même journée de travail. Les services mobiles quant à eux, renvoient aux séances de vaccination conduites par des équipes qui se déplacent vers des lieux éloignés de toute formation sanitaire. En général, ces équipes séjournent à l'extérieur pendant au moins deux jours. Les séances mobiles sont programmées en tant que de besoin ; les équipes se rendent souvent dans les domiciles, les champs, les lieux de travail et les écoles, partout où la population cible se trouve.

4.2 COMMENT ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS ÉLIGIBLES

La définition de « populations éligibles » a beaucoup évolué. La réponse immunitaire des nouveaux vaccins, l'impératif de doses de rappel et les caractéristiques pathologiques des infections émergentes nécessitent tous des programmes de distribution de vaccins qui vont au-delà de la petite enfance et utilisent une perspective portant sur toute la durée de la vie. Pour maximiser les avantages sanitaires et le retour sur investissement, les systèmes de santé doivent aller vers plus de femmes enceintes, d'élèves, d'adolescents et d'adultes vulnérables. Cela nécessite un changement des mentalités qui va au-delà des programmes de vaccination traditionnels et qui, dans le cadre de l'approche appliquée pour les soins de santé primaires, soit plus aligné sur la perspective de services portant sur toute la durée de la vie ou sur le cours de la vie (voir Figure 4.1 ci-dessous). Cela devrait encourager l'adoption de mécanismes innovants dans la fourniture de services pour atteindre



Figure 4.1: L'APPROCHE PORTANT SUR TOUTE LA DURÉE DE LA VIE



Le fait de considérer les besoins de la population par tranche d'âge peut favoriser les liens entre l'approche portant sur toute la durée de la vie et l'intégration. A titre d'illustration, l'introduction du vaccin anti-HPV peut donner lieu à des interventions sanitaires ciblées pour les adolescents, telles que la vaccination antitétanique, l'éducation sur l'hygiène menstruelle, l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH. Il est important de tenir compte de l'approche portant sur toute la durée de la vie lors de la planification de la stratégie pour atteindre toutes les populations éligibles.

Five major steps to reach eligible populations :Les cinq étapes essentielles pour atteindre toutes les populations éligibles:

1: Évaluer le microplan et concevoir les stratégies

Élaborer la stratégie ou la combinaison de stratégies la plus efficace pour **Atteindre toutes les populations éligibles**. Utiliser les informations contenues dans les microplans des formations sanitaires et effectuer les tâches suivantes :

- ▶ **Revoir** le microplan et la fréquence des séances de vaccination au cours des trois à six derniers mois, surtout dans les zones qui étaient précédemment sous-desservies, afin de pérenniser et d'accroître la couverture.
- ▶ **Identifier** les groupes qui ont besoin d'une attention particulière et trouver les ressources nécessaires pour les atteindre (par ex. collaborer avec le secteur agricole pour atteindre les populations nomades, avec les autorités politiques et les ONG pour atteindre les zones d'insécurité, etc.).
- ▶ **Veillez à l'efficacité** des séances de vaccination (c'est-à-dire s'assurer que toutes les cibles ont été atteintes, sinon collaborer avec les communautés pour réorienter les stratégies).
- ▶ **Rencontrer** régulièrement les leaders communautaires qui résistent ou sont réticents à la vaccination ; discuter de la question avec eux et trouver des solutions.
- ▶ **Programmer** d'autres occasions pour accroître la couverture à travers l'intensification périodique des activités de vaccination systématique (PIRI), les journées pour la santé de l'enfant (CHD), la semaine africaine de la vaccination (AVW) et les campagnes de vaccination. Il s'agit là d'efforts planifiés pour atteindre les populations qui ne sont pas touchées systématiquement au moyen de l'approche ACD.
 - ◆ L'intensification périodique des activités de vaccination systématique est menée dans les zones où l'application systématique de l'approche ACD n'est pas possible (par ex. pour les populations nomades, dans les zones inaccessibles en certaines saisons, pendant les crises humanitaires, etc.).
 - ◆ Les journées pour la santé de l'enfant sont des activités intégrées organisées pour la fourniture des services de vaccination, l'administration de la vitamine A, le déparasitage ainsi que d'autres interventions de grande envergure propres à l'enfant de moins de cinq ans et à la femme enceinte concernant les soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant d'une manière plus générale ; mais la tranche d'âge est définie en fonction de la population cible des services qui sont fournis.
 - ◆ La semaine africaine de la vaccination est une semaine de promotion de la vaccination et de fourniture des services de vaccination. Elle fait également la promotion d'autres interventions vitales à fort impact.

2. Étendre la vaccination à toutes les tranches d'âge

D'après les politiques nationales de vaccination:

- ▶ Appliquer les principes édictés dans l'approche portant sur toute la durée de la vie.
- ▶ Rattraper les enfants qui n'ont pas complété leur série de vaccins durant leur première année de vie, après leur premier anniversaire.
- ▶ Inclure les enfants en cours de deuxième année de vie dans la seconde dose des vaccins contre la rougeole et la rubéole, le rappel du vaccin DPT et bien d'autres vaccins, selon le cas, et les séances de vaccination et de soins préventifs pour les enfants de moins de cinq ans.
 - ◆ Chercher à savoir pourquoi les enfants âgés de plus d'un an ne sont pas vaccinés (cela peut être dû aux agents de santé ou aux connaissances du personnel soignant). Ces raisons peuvent être différentes des barrières liées à la vaccination des nourrissons.

- ▶ Organiser des séances destinées aux enfants en âge scolaire, aux adolescents et aux adultes.
 - ◆ Parlant des adolescents, en plus de la vaccination dans les écoles, élaborer des stratégies pour atteindre les adolescents non scolarisés. Adapter ces stratégies à leur mode de vie, aux horaires de travail et aux milieux de travail informels.
- ▶ Envisager des stratégies spéciales pour la mobilisation des adultes par tranche d'âge.

3. Examiner les possibilités d'intégration

- ▶ De nombreuses possibilités existent pour intégrer d'autres services de santé dans les programmes de vaccination. Examiner quelles autres interventions peuvent être intégrées (voir Tableaux 2.1 à 2.5 au chapitre 2 sur « Les possibilités d'intégration »). Les plans de campagne doivent contenir des stratégies pour atteindre les populations, qui peuvent intégrer les services de vaccination le cas échéant.
- ▶ Contacter les points focaux dans les formations sanitaires pour des soins curatifs et préventifs, et dans les communautés



Le guide de planification de l'OMS (*WHO Planning Guide*: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/en/) pour réduire les occasions de vaccination manquées (MOV), est destiné à l'usage des décideurs et des administrateurs de programmes aux niveaux national et sous-régional. La stratégie MOV prévoit l'évaluation de l'importance des occasions manquées et des raisons qui en sont à l'origine (pour les personnes qui se rendent dans les formations sanitaires lorsqu'elles sont malades et qui se font vacciner, et vice-versa), et des services du système de santé conçus pour réduire de telles occasions, permettant une augmentation de la couverture vaccinale et la fourniture en temps opportun des services de vaccination et d'autres services de santé.

Fournir d'autres services de santé au même moment que la vaccination (voir Tableaux 2.1 à 2.5 au chapitre 2):

- ◆ Intégrer d'autres services et recours selon les critères décrits au chapitre 2
- ◆ Avoir à disposition les produits pour les autres services pendant les séances de proximité
- ◆ Recourir systématiquement à d'autres programmes dans les sites fixes
- ◆ Fournir tous les vaccins lors des autres interventions

4. Préparation, conduite et supervision des séances

De nombreuses étapes sont prévues dans la préparation, la conduite et le suivi des séances de vaccination. Elles sont présentées au Module 5 de *Vaccination pratique* de l'OMS, édition révisée de 2015. Quelques étapes clés sont ci-dessous présentées.

- ▶ Charger les points focaux communautaires de la mobilisation de la population cible pour les séances fixes, mobiles et de proximité.
- ▶ Prendre les quantités appropriées de vaccins et d'autres fournitures, et conserver les vaccins à bonne température.
- ▶ Assurer la sécurité de la vaccination, notamment la reconstitution des vaccins, l'administration des vaccins, la mise à l'écart des vaccins reconstitués dans les six heures et la bonne gestion des déchets.
- ▶ Bien enregistrer les doses administrées sur les feuilles de pointage, dans les registres et les cartes de vaccination des femmes et des enfants.

- ▶ Donner les informations utiles aux personnes en charge, notamment la date, l'heure et le lieu de la prochaine vaccination, ainsi que le nombre de visites qu'il reste à faire pour la mère et l'enfant.
- ▶ Informer la mère ou le membre de famille des effets secondaires de la vaccination et ce qu'il faut faire en cas de leur survenance.
- ▶ Assurer un suivi régulier des séances de vaccination pour garantir la fourniture effective des vaccins à toutes les personnes éligibles.

5. Suivi de la stratégie « Atteindre toutes les populations éligibles »

La meilleure façon de s'assurer que toutes les personnes éligibles sont vaccinées est de mesurer la couverture vaccinale pour chaque stratégie (fixe, mobile ou de proximité). Les indicateurs proposés sont présentés à la section 7 : Suivi et utilisation des données pour l'action.

4.3 SOURCES DOCUMENTAIRES

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers.
Module 5. *Increasing Immunization Coverage. March 2004 – Draft 2.*

Increasing immunization coverage at the health facility level.

http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

WHO/V&B/02.27, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Décembre 2002

USAID, Immunization Essentials: a Practical Field Guide. *Chapter 3. Delivery of Immunization Services, pp. 43-59.*

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU960.pdf

USAID, RED - Reaching Every District Strategies

http://www.immunizationbasics.jsi.com/Resources_Immunization.htm#Outreach

WHO: *Recommended Routine Immunization Schedule.*

http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1

Immunization in Practice Module 4: *Micro planning for reaching every community*

http://www.who.int/immunization/documents/IIP2015_Module4.pdf?ua=1

and Module 5: *Managing an immunization session.* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193412/1/9789241549097_eng.pdf

Microplanning for Immunization, *How to strengthen every step of your process*; ELearning module 4:

https://agora.unicef.org/course/info.php?id=6730&utm_campaign=Immunization+eLearning+Initiative&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=32135821&_hsenc=p2ANqtz-U5PqpF2twofZNe_QrBcMK0WtdxMeJ0aksthAdWvC0qdWVViQHnwcPhMoGq5DC245bdw9OnIngjnLIKGxaWpkyiECcQ&_hsmi=32135821

WHO Immunization in Practice: *Partnering with Communities.* Module 7.

http://www.who.int/immunization/documents/IIP2015_Module7.pdf?ua=1

UNICEF: *Achieving Equity in Immunization Coverage by Reaching Every Community - An Operational Guide for National Immunization Programs.*

WHO: *Increasing coverage at health facility level*; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67791/1/WHO_V%26B_02.27.pdf

UNICEF: *Narrowing the gap to meet the goals.*

http://www.unicef.org/media/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf

Reaching Every Community Using Quality Improvement (REC-QI): Mapping to support routine immunization micro planning in Uganda; Août 2016. <https://www.mcsprogram.org/resource/reaching-every-community-using-quality-improvement-rec-qi-mapping-support-routine-immunization-microplanning-uganda/>





CHAPITRE 5

ENGAGEMENT AVEC LES COMMUNAUTÉS

- 5.1. QUESTIONS ESSENTIELLES
- 5.2. ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS AVEC LES COMMUNAUTÉS
- 5.3. SOUTIEN DE LA CONFIANCE ET DE LA CONVIVIALITÉ DANS LA FOURNITURE DES SERVICES
- 5.4. FOURNITURE DE SERVICES AUX COMMUNAUTÉS DÉFAVORISÉES
- 5.5. COLLABORATION AVEC LES AGENTS DE SANTÉ ET LES AGENTS MOBILISATEURS DE LA COMMUNAUTÉ COMMUNAUTÉ
- 5.6. USAGE D'UNE COMMUNICATION EFFICACE
- 5.7. SUIVI DE LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ
- 5.8. SOURCES DOCUMENTAIRES

5. ENGAGEMENT AVEC LES COMMUNAUTÉS



Étapes	Outil ACD
1. Établir des partenariats avec les communautés	
2. Soutenir la confiance et les services conviviaux	
3. Fournir des services aux communautés défavorisées	
4. Collaborer avec les agents de santé et agents mobilisateurs dans les communautés	
5. Mener une communication efficace	
6. Veiller à la participation de la communauté	3a

L'approche ACD encourage les agents de santé à établir des partenariats avec les communautés pour la planification, la promotion, la fourniture et le suivi des services de vaccination et autres soins de santé primaires. La collaboration avec les communautés donne lieu à des services plus accommodants et conviviaux, accroît leur utilisation et encourage la responsabilité. Ce chapitre décrit les techniques et approches de collaboration avec les communautés.

5.1 QUESTIONS ESSENTIELLES



L'efficacité de la participation des communautés repose sur des partenariats avec celles-ci à travers des actions de soutien coordonnées par les équipes de gestion sanitaire de district (DHMT), les comités des formations sanitaires, les agents de santé et les membres de la communauté. Lorsque les communautés sont impliquées en tant que partenaires dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services, elles développent une plus grande confiance dans les services de santé et se les approprient mieux. Il est donc plus aisé pour les agents de santé et les planificateurs sanitaires d'analyser et de s'attaquer aux causes de la faible utilisation et de l'abandon des services par les populations, ou de la mauvaise desserte de celles-ci, lorsque les communautés sont des partenaires actifs.



Les communautés engagées sont les mieux à même de revendiquer leur droit à la vaccination et de tenir le système sanitaire responsable de la fourniture de services conviviaux et pratiques. **La promotion de la demande** et la **SBCC** sont des activités cruciales dans la collaboration avec les communautés. A titre d'exemples: le dialogue communautaire sur l'importance de la vaccination ; la mobilisation des leaders religieux pour atteindre tous les segments de la communauté ; et la collaboration avec les organisations communautaires et les écoles pour la diffusion de messages clés et le suivi de ceux qui ont besoin de vaccination.



Le sens de l'« appartenance » au sein d'une communauté peut déterminer la probabilité d'être vacciné, et l'acceptation de la vaccination ou l'utilisation des services peut varier considérablement d'une communauté à une autre. Lorsque certaines communautés affichent une faible utilisation des services de vaccination, cela expose leurs membres, met à mal leur immunité collective et augmente le risque d'épidémies. Les communautés où l'on enregistre un faible taux de couverture vaccinale semblent défavorisées dans de nombreux domaines, avec un risque de maladies infectieuses : promiscuité, absence d'eau potable, insalubrité, barrières géographiques ou économiques pour accéder aux soins de santé. Les études montrent que les pauvres bénéficient très souvent d'une faible couverture vaccinale. Il a été prouvé que l'amélioration de la couverture vaccinale dans les communautés les plus pauvres présente un meilleur rapport coût/efficacité et produit plus d'effet sur la santé pour un enfant vacciné que la vaccination d'un grand nombre d'enfants dans les communautés aisées. Les communautés sous-vaccinées peuvent être identifiées tant au niveau national que régional au moyen d'enquêtes telles que l'EDS, le MIC, ainsi que par les évaluations d'équité, y compris au sein des communautés locales. Il est important que les équipes de gestion sanitaire de district (DHMT) et le personnel des formations sanitaires sachent quelles sont les communautés sous-desservies au niveau national et transposent cette réalité à la planification locale. Les interventions locales pour l'équité doivent être conçues et menées en partenariat avec les communautés à haut risque et comme faisant partie de stratégies et initiatives nationales de vulgarisation visant à réduire les disparités.



La communication sociale pour un changement de comportement (SBCC) est l'ensemble des activités menées par les communautés qui peuvent renforcer les pratiques sanitaires positives, décourager les pratiques dangereuses et promouvoir l'implication des communautés dans la fourniture de services tels que la mobilisation des ressources, l'intégration et la responsabilité. Une SBCC efficace est essentielle pour la réduction des disparités en matière de vaccination entre les communautés.

5.2 ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS AVEC LES COMMUNAUTÉS

L'efficacité des partenariats avec les communautés

L'**efficacité des partenariats avec les communautés** est fondée sur l'engagement de celles-ci, engagement soutenu et facilité par les DHMT, les équipes des formations sanitaires et les agents de santé communautaires. La confiance et l'appartenance communautaires en ce qui concerne les services publics et la vaccination sont développées lorsque les communautés sont impliquées dans la planification, la promotion, la mise en œuvre et le suivi des activités. C'est plus qu'une responsabilité sociale. Les rôles et responsabilités du programme national, de l'équipe de santé de district et des agents de santé dans la mise en relation des communautés avec les services de santé doivent être clairement définis dans les plans et stratégies à tous les niveaux.

Les communautés engagées

Les communautés engagées sont les mieux à même de revendiquer leur droit à la vaccination et de tenir le système sanitaire responsable de la fourniture de services conviviaux et pratiques. **La promotion de la demande** et **la SBCC** sont des activités cruciales dans la collaboration avec les communautés. A titre d'exemples : le dialogue communautaire sur l'importance de la vaccination ; la mobilisation des leaders religieux pour atteindre tous les segments de la communauté ; et la collaboration avec les organisations communautaires et les écoles pour la diffusion de messages clés et le suivi de ceux qui ont besoin de vaccination.

Les activités de collaboration avec les communautés doivent être clairement spécifiées, budgétisées et référencées dans le Plan pluriannuel complet de vaccination (PPAc), et les plans de travail annuels aux niveaux national et local. Les outils de suivi et d'établissement de rapports, de même que les réunions d'évaluation, doivent préciser la fréquence, le contenu et l'évolution des activités de collaboration avec les communautés, en faisant le lien entre leurs contributions et l'amélioration de la couverture vaccinale, en identifiant et en touchant les populations cibles et en réduisant le nombre de cas d'abandon. Les districts doivent intégrer leurs activités de collaboration avec les communautés en matière de vaccination dans celles d'autres programmes de santé et collaborer étroitement avec les ONG actives au niveau local et d'autres partenaires.

Cartographie participative de la communauté

On parle de **cartographie participative de la communauté** lorsque les agents de santé et les membres de la communauté identifient ensemble les structures et les ressources de la communauté, les groupes vulnérables et sous-vaccinés, les membres influents de la communauté, ainsi que les leaders locaux. La mobilisation des membres influents et des leaders de la communauté en faveur de la vaccination est essentielle pour atteindre ceux qui sont encore en marge et pour accroître la couverture d'une manière générale. Une étape pratique déterminante dans la cartographie de la communauté consiste à identifier, par leur nom et leurs contacts (adresse et numéro de téléphone), les membres et leaders de la communauté, capables de contribuer à la promotion de la vaccination. Il s'agit notamment des autorités publiques, des guérisseurs traditionnels, des hommes d'affaires et leaders d'opinion, ainsi que des contacts dans des institutions telles que les écoles, les ONG et les associations de femmes. La vulgarisation des résultats de la cartographie réelle peut être utile pour la planification.

Voir le lien ci-après pour voir un exemple réussi de cartographie participative d'une communauté visant à atteindre chaque communauté: <http://www.mcsprogram.org/resources/reaching-every-community-using-quality-improvement-rec-qi-mapping-support-routine-immunization-microplanning-uganda/>.

5.3 SOUTIEN DE LA CONFIANCE ET DE LA CONVIVIALITÉ DANS LA FOURNITURE DES SERVICES

La confiance du public dans la vaccination est l'atout le plus précieux d'un programme de vaccination. Les études montrent qu'en Afrique comme ailleurs, les agents de santé constituent une source de renseignement considérée par les personnes en charge comme étant la plus fiable, même si ce n'est pas la seule source. La rumeur et la désinformation au sujet de la vaccination peuvent se répandre rapidement à travers les réseaux communautaires, tout comme par les téléphones mobiles et les médias, ainsi que sur Internet. Les agents de santé en première ligne doivent bien connaître les communautés où ils travaillent et être prêts à apporter des réponses à leurs préoccupations.

La relation entre agents de santé et personnes en charge est au centre du maintien de la confiance. Les femmes qui sont traitées avec égard et constatent que la santé et la sécurité de leurs enfants sont une priorité, sont plus susceptibles de revenir à la prochaine séance de vaccination. La pénurie des vaccins, le mauvais accueil, l'absence de communication interpersonnelle, l'annulation des séances de vaccination et la fermeture des formations sanitaires sont en effet les raisons qui conduisent à la perte de la confiance de la communauté. Des services de vaccination conviviaux, pratiques, sûrs et fiables doivent être au cœur des processus d'élaboration du plan de travail et de microplanification.

Comment maintenir la confiance?

► **Comprenez votre communauté et soyez à son écoute.** Lorsqu'une communauté donnée se trouvant dans une zone de desserte enregistre un taux de couverture bas, discutez avec les membres pour savoir pourquoi ? Peut-être ne sont-ils pas au courant de l'existence des services de vaccination, ou bien les calendriers ou les lieux de vaccination ne leur conviennent-ils pas. Peut-être aussi qu'ils s'estiment marginalisés par le système sanitaire (limitation des contacts sociaux), ou qu'ils craignent la vaccination ou ont des croyances erronées au sujet des vaccins.

► **Dialogue participatif.** Cela nécessite des réunions régulières avec les communautés pour parler des problèmes de planification, d'éventuels préjugés au sujet des vaccins, du suivi des personnes non vaccinées et de la qualité des services, afin d'y trouver des solutions. Des contacts téléphoniques réguliers avec les agents communautaires et les leaders de communauté entre deux réunions permettent aux équipes des formations sanitaires d'être au fait des événements.

► **Collaboration avec les communautés.** Les communautés qui sont activement impliquées dans la planification et le soutien des services de vaccination sont le plus susceptibles d'utiliser lesdits services et de contribuer aux ressources. Proposez et discutez avec les membres de la communauté des moyens de contribuer à l'amélioration de la formation sanitaire et des séances de proximité. Par exemple :

- ◆ Encouragez les amis, la famille et les voisins à venir se faire vacciner
- ◆ Aménagez des sites propres et pratiques pour les séances de proximité
- ◆ Transportez les vaccins et les agents de santé jusqu'aux sites de vaccination
- ◆ Rappelez le calendrier des vaccinations aux membres de la communauté
- ◆ Aidez à mettre à jour le registre de vaccination de la communauté
- ◆ Émettez des messages éducatifs sur la santé
- ◆ Relancez les personnes en charge qui ne ramènent pas leurs enfants aux séances de vaccination

5.4 FOURNITURE DE SERVICES AUX COMMUNAUTÉS DÉFAVORISÉES

Communautés pauvres des villes

Les populations pauvres des villes constituent une communauté qui n'est pas souvent à jour de ses vaccinations. Bien que vivant à proximité des formations sanitaires, la limitation des contacts sociaux et la discrimination les empêchent souvent de bénéficier des services desdites formations. D'autres barrières comprennent le manque d'habitude de fréquenter les formations sanitaires, l'absence de confiance dans les autorités, des horaires de service incommodes et des coûts d'opportunité élevés. Les parents pauvres des villes travaillent souvent à de longues distances de leur lieu de résidence et peuvent avoir à supporter des coûts de transport prohibitifs pour atteindre les points de fourniture des services de santé.

L'urbanisation offre de nouvelles opportunités pour la fourniture des services de vaccination. Une forte densité de la population signifie la possibilité d'atteindre un grand nombre de personnes en peu de temps. Les médias de masse (radio, télé et presse écrite) constituent d'excellents moyens de promotion de la vaccination. Le taux de pénétration du téléphone mobile est plus élevé en zone urbaine, y compris parmi les populations pauvres ; ce qui rend possibles les alertes par SMS, les rappels téléphoniques, ainsi qu'un suivi plus individualisé des personnes en charge des enfants ayant besoin de vaccination. Il peut être plus facile d'aménager des horaires de service alternatifs en zone urbaine où les distances sont plus courtes et les transports publics disponibles. La cartographie sociale des communautés urbaines pauvres est importante ; elle peut renseigner les fournisseurs des services de vaccination sur le moment et les lieux où les personnes en charges sont plus susceptibles de conduire les enfants pour la vaccination et aider à la conception d'une stratégie de communication. Le personnel des formations sanitaires peut collaborer avec les partenaires à la vaccination, notamment les organisations confessionnelles, les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, les écoles, le secteur privé, les organisations humanitaires et les réseaux de volontaires communautaires, afin d'identifier et comprendre les déterminants sociaux et de comportement des communautés pauvres des villes.

Réfugiés et personnes déplacées

Chaque enfant et chaque adulte vivant dans les zones de desserte du district et de la formation sanitaire doit être vacciné. Il convient donc de ne pas oublier les communautés imprévues ou nouvellement établies, telles que les camps de réfugiés et personnes déplacées. Les populations déplacées pour cause de situation d'urgence sont exposées aux maladies évitables par la vaccination (MEV) et devraient être prioritaires pour la vaccination, indépendamment de leur origine ou des raisons les y ayant conduites. Les équipes de gestion de santé de district et les formations sanitaires doivent coordonner leur travail avec les partenaires en matière d'assistance des communautés déplacées et faire en sorte que celles-ci aient accès aux vaccins et services de vaccination nécessaires, et que ces vaccins leur soient administrés en toute sécurité et qu'ils soient correctement enregistrés. Tous les partenaires concernés doivent être impliqués dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des services de vaccination.

Populations mobiles

Les communautés mobiles (bergers, chasseurs et pêcheurs) peuvent ne pas être accessibles à tout moment de l'année et peuvent se présenter de façon inattendue en zone de desserte. On peut facilement les ignorer pendant l'élaboration du plan de travail à moins que l'on connaisse leurs mouvements et qu'on les prévoie. Il convient donc de connaître leur organisation sociale et leurs voies migratoires afin de planifier leur vaccination aux lieux et moments où l'on peut les atteindre. La communication avec les communautés mobiles et nomades concernant le lieu et le moment de la tenue des séances de vaccination peut nécessiter leur identification et celle de leurs leaders religieux. La collaboration avec les organismes qui travaillent sur la santé animale, l'environnement et la préparation aux situations d'urgence peut faciliter l'accès à ces communautés.

5.5 COLLABORATION AVEC LES AGENTS DE SANTÉ ET LES AGENTS MOBILISATEURS DE LA COMMUNAUTÉ

Dans les pays où les agents de santé communautaires sont formés et payés, les équipes des formations sanitaires et les équipes de gestion de santé de district (DHMT) doivent promouvoir des canaux de communication efficaces avec les agents de santé communautaires. Cela suppose la tenue régulière de réunions et, si possible, des contacts téléphoniques fréquents. Les représentants des communautés et les agents de santé communautaires doivent être invités aux sessions de microplanification des formations sanitaires. L'équipe de la formation sanitaire doit aussi collaborer avec les structures communautaires qui soutiennent la fourniture des services de vaccination, notamment les agents de vulgarisation en matière de nutrition et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les comités de santé communautaires, les écoles, les médias locaux, les associations de femmes, les organisations confessionnelles, les ONG, les organisations communautaires et le secteur privé.

Les agents de santé communautaires assument généralement de nombreuses responsabilités et peuvent avoir à satisfaire des priorités rivales en fonction de leurs sources de rémunération ou de formation. Leur implication dans la fourniture des services de vaccination, dont la supervision et la coordination, doit faire partie de la microplanification. Les comités de santé communautaires peuvent soutenir ce processus. Les agents de santé communautaires doivent être en mesure de comprendre et de transmettre les informations figurant sur les cartes de vaccination conservées à domicile.

Les agents de santé communautaires, les agents de vulgarisation sanitaires, les agents mobilisateurs de la communauté et les volontaires de la santé peuvent aider :

-  En communiquant aux personnes en charge des informations fiables sur l'importance de la programmation des vaccins et du calendrier des vaccinations
-  En identifiant et en inscrivant les femmes enceintes, les nouveaux-nés et les enfants de moins de cinq ans dans le registre de la communauté
-  En dressant des « listes conséquentes » et en faisant le suivi des personnes qui ont besoin de vaccination, et en informant les formations sanitaires des enfants et communautés non vaccinés
-  En organisant et en conduisant des visites à domicile au besoin
-  En aidant à l'organisation de séances de proximité et de cliniques mobiles
-  En promouvant la demande et en encourageant les personnes en charge à prendre part aux séances de vaccination

Registres communautaires

Les registres communautaires pour femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans sont utiles pour la traçabilité de la population éligible et l'archivage des taux élevés de couverture vaccinale et d'autres interventions sanitaires programmées. Les équipes des formations sanitaires doivent collaborer étroitement avec les agents de santé communautaires pour maintenir les registres communautaires à jour et les utiliser pour le rappel et le suivi des enfants et femmes enceintes dont les rendez-vous de vaccination sont échus. Les formations sanitaires doivent confronter et comparer ces registres avec les registres de vaccination ou registres sanitaires des enfants existants et avec les systèmes de suivi au sein de la formation sanitaire, et s'assurer que les vaccinations enregistrées pour chaque enfant et pour chaque femme correspondent aux données existant à domicile et les informations contenues dans les registres communautaires. Les registres doivent contenir les coordonnées (numéro de téléphone, village/adresse et nom de l'agent de santé communautaire responsable) qui permettent de suivre et de rappeler les enfants non vaccinés et ceux dont les services sont échus.

5.6 USAGE D'UNE COMMUNICATION EFFICACE

Une communication efficace se fait sur la base du dialogue et du respect. Elle suppose l'écoute, la compréhension, les encouragements et la collaboration avec les personnes en charge et les communautés dans le but d'accroître l'utilisation des services de vaccination et d'autres services qui sont à leur portée.

Les agents de santé qui conseillent les personnes en charge doivent être sûrs de savoir :

- ▶ quels sont les vaccins administrés et quelles sont les maladies contre lesquelles ils protègent ;
- ▶ quels sont les effets secondaires éventuels de chaque vaccin et que faire en cas de survenance de ces effets ;
- ▶ quelle est la date de la prochaine vaccination et de la prochaine supplémentation en vitamine A ;
- ▶ que seuls les enfants complètement vaccinés sont entièrement protégés et qu'il est important de se présenter à tous les rendez-vous de vaccination et de prise de vitamine A ;
- ▶ que les enfants malades peuvent être vaccinés et doivent être conduits aux séances de vaccination aux dates prévues ;
- ▶ quelle est l'importance de se laver les mains et de l'hygiène dans la prévention du choléra ;
- ▶ quels sont les signes de danger d'un enfant malade et quand l'emmener recevoir des soins.



Pour mieux comprendre les communautés et améliorer l'utilisation des services, les districts doivent :

1. inclure la communication stratégique et les activités de plaidoyer dans leurs plans de travail et budgets annuels ;
2. s'assurer que les agents de santé sont formés à la communication interpersonnelle et à l'établissement de partenariats avec les communautés ;
3. mener des plaidoyers à travers une communication de routine auprès des responsables de district et de communauté et des partenaires au sujet des performances et les défis/besoins du programme de vaccination

5.7 SUIVI DE LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ

Les indicateurs clés ci-dessous servent à suivre l'évolution de l'implication des communautés dans les services de vaccination et les soins de santé primaires. Outre l'enregistrement de la fréquence des réunions communautaires, il est important de documenter le nombre de participants à ces réunions et de prendre des notes, y compris concernant les actions dont il faut assurer le suivi.

Il convient d'adapter et d'utiliser les principaux indicateurs du processus ci-après dans le suivi de la participation de la communauté :

- ▶ le pourcentage (%) des districts qui tiennent au moins une réunion par trimestre dans laquelle les services de vaccination et les soins de santé primaire sont débattus avec les responsables des organisations communautaires, les autorités locales, les leaders religieux, etc.
- ▶ le pourcentage (%) des formations sanitaires qui tiennent au moins une réunion par trimestre dans laquelle les services de vaccination et les soins de santé primaire sont débattus avec les responsables des organisations communautaires, les autorités locales, les leaders religieux, etc.
- ▶ le pourcentage (%) des microplans de formation sanitaire qui contiennent un volet chiffré de l'engagement de la communauté.

5.8 SOURCES DOCUMENTAIRES



Sources techniques

Vaccination pratique: A Practical Guide for Health Staff, 2015
<http://www.who.int/immunization/documents/training/en/>

Module communautaire MLM WHO/HQ
<http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>

WHO/AFRO MLM Module Communication

WHO, *The Guide to Tailoring Immunization Programs*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf

Immunization Advocacy Tool kit for CSOs. <http://advocacy.vaccineswork.org/>

Community engagement to reduce inequities in health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262817/>

USAID, *Immunization Essentials: A Practical Field Guide (Chapter 9)*. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU960.pdf
 WHO, *Strengthening Immunization Programs: The Communication Component*

WHO, *Strengthening Immunization Programs: The Communication Component*
http://who.int/immunization/hpv/communicate/strengthening_immunization_programs_usaid_2004.pdf

The 'What' and 'How' of Communication for Immunization
<http://healthcommcapacity.org/communication-immunization-part-two/>

Engaging Communities with a Simple Tool to Help Increase Immunization Coverage
http://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=15494&lid=3

'Immunization Partners Meeting on Advocacy, Communication, and Community Engagement for Routine Immunization (rapport Mars 2016) <http://www.comminit.com/unfpa/content/immunization-partners-meeting-advocacy-communication-and-community-engagement-routine-im>

WHO Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): http://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/

JSI, NOTES DE TERRAIN; *Bringing Immunization Closer to Communities: Community-Centered Health Workers*
http://3qvw4sd8qlr2o7003493odw1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/11/Arise_NotesfromTheField3_CommCenteredHealthWorkers_final5082.pdf

Reaching Every Community Using Quality Improvement (REC-QI): Mapping to support routine immunization micro planning in Uganda; Août 2016 ; <http://www.mcsprogram.org/resources/reaching-every-community-using-quality-improvement-rec-qi-mapping-support-routine-immunization-microplanning-uganda/>

Resources and guidance related to card (Home-Based Record) design, availability and use - to improve community and caregiver linkages with immunization services, contacts, and tracking. <http://jsi.com/homebasedrecordsproject>

Exemples de pays

Madagascar Community Mobilization experience (anglais).
[http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_\(English\).pdf](http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_(English).pdf)

Madagascar Community Mobilization experience (français).
[http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_\(French\).pdf](http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_(French).pdf)

Bulletin OMS Community Health Workers after Ebola. http://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.15.164020.pdf

Malawi My Village My Home for name-based immunization infant tracking.
<http://www.slideshare.net/jsi/my-village-my-home-in-malawi>

Une adaptation de India My Village My Home. http://www.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=15243&lid=3



CHAPITRE 6

SUPERVISION FORMATIVE

- 6.1. QUESTIONS ESSENTIELLES
- 6.2. EFFECTUER UNE SUPERVISION FORMATIVE
- 6.3. PLANIFICATION ET CONDUITE D'UNE SUPERVISION FORMATIVE
- 6.4. INDICATEURS CLÉS POUR LA SUPERVISION FORMATIVE
- 6.5. SOURCES DOCUMENTAIRES

6. EFFECTUER LA SUPERVISION FORMATIVE



Étapes	Outils ACD
1. Se préparer pour la supervision	
2. Désigner les superviseurs	4.b
3. Planifier les visites des sites	4.a
4. Plan site visits	4.c
5. Effectuer des visites constructives	

La supervision formative est un processus visant à aider le personnel à améliorer continuellement son rendement. Il se déroule de manière respectueuse et non autoritaire, en mettant l'accent sur l'utilisation des visites de supervision comme occasion d'améliorer les connaissances et les compétences du personnel de santé.

*La supervision formative encourage la **communication ouverte et bidirectionnelle** et la mise en place d'**approches d'équipe** qui facilitent la résolution de problèmes. Elle se concentre sur le **suivi** de la performance par rapport aux objectifs et l'**utilisation** des données pour la prise de décision, et dépend du suivi régulier, de pair avec le personnel, pour s'assurer que les nouvelles tâches sont mises en œuvre de manière appropriée.*

6.1 QUESTIONS ESSENTIELLES

La supervision est une fonction clé de la gestion et un processus d'évaluation et d'amélioration continue. Elle peut s'effectuer par une auto-évaluation, des interactions avec des pairs ou des superviseurs par des moyens de communication à distance, des réunions d'évaluation, ainsi que par la visite physique d'un superviseur. Les agents de santé peuvent utiliser des outils de supervision analytique pour suivre leurs performances en permanence.

Lorsqu'elle est bien effectuée, la supervision formative catalyse la prestation efficace des services de vaccination. Elle nécessite un personnel expérimenté formé à la fois en matière de vaccination et en tant que superviseurs formatifs. Ces superviseurs sont en mesure d'évaluer régulièrement le rendement du personnel et le fonctionnement du système de manière rassurante et d'identifier les problèmes sur site, tels que la faible couverture ou les taux élevés d'abandon ainsi que les carences en matière de chaîne du froid et d'élimination des déchets. Une fois les problèmes identifiés, les superviseurs formatifs s'attaquent aux barrières du système et fournissent un renforcement des capacités sur place afin d'améliorer les performances du personnel ou de combler les lacunes dans les connaissances et les compétences.

Toutes les lacunes ne peuvent être résolues au niveau de la prestation des services. Par conséquent, les superviseurs formatifs peuvent également servir de liaison avec les gestionnaires de district, provinciaux et nationaux afin de les sensibiliser au soutien et au suivi nécessaires pour améliorer les performances locales. Cela peut se faire par la fourniture de produits essentiels, d'aides au travail, de formation en cours d'emploi et de visites d'échange. Les superviseurs de soutien peuvent également aider à inculquer un sentiment de responsabilité parmi les prestataires de services pour l'exécution du PEV tel que prévu et le service au profit de la communauté. Dans l'idéal, une supervision formative peut conduire à un programme mieux organisé et donc à l'immunisation plus complète des enfants et des femmes.

Une supervision de soutien régulière améliore la sécurité, l'efficacité et l'efficience des services de vaccination. La supervision de soutien en ajoute à la supervision traditionnelle en mettant l'accent sur les éléments suivants:

- ▶ Le renforcement des capacités sur place pour répondre aux questions des agents de santé, corriger les problèmes avant qu'ils ne deviennent des obstacles majeurs, et fournir un recyclage continu aux agents de santé ;
- ▶ La performance participative et l'amélioration de la qualité par un dialogue interactif et paisible avec les agents de santé ;
- ▶ La documentation, avec retour de l'information régulier et constructif ;
- ▶ Des visites convenablement planifiées, selon la charge de travail de l'établissement de santé et pour éviter de gêner le personnel de santé, les mères ou les personnes en charge ;
- ▶ La mise en œuvre des résultats des visites de supervision dans la microplanification et l'élaboration de stratégies.



Voir **Outils 4a, 4b et 4c** en annexe.

La supervision de soutien peut également être renforcée par des stratégies supplémentaires d'amélioration de la performance, telles que celles énumérées dans Ressources à la fin de ce chapitre, et celles décrites dans le **module MLM 4 de l'OMS, le Module 21 de l'OMS AFRO MLM**.

6.2 RENDRE EFFECTIF LA SUPERVISION FORMATIVE

La supervision formative implique l'observation de la performance suivie d'un avis constructif oral et écrit. Elle comprend la résolution collaborative de problèmes entre le superviseur et l'agent de santé, et avec la communauté. Pour être efficaces, les superviseurs doivent posséder de bonnes compétences techniques et d'observation, ainsi qu'en communication interpersonnelle. Lorsque la supervision intégrée est en place, le district devrait former les superviseurs dans tous les domaines de soins de santé primaires nécessaires. Il est essentiel d'établir la confiance entre le superviseur et le personnel de santé.

6.3 PLANIFICATION ET CONDUITE DE LA SUPERVISION FORMATIVE

Utiliser les cinq étapes ci-après lors de la planification et de la conduite de la supervision formative:

1. Se préparer pour la supervision

Décider si la supervision sera **spécifique au PEV ou intégrée**. S'il s'agit d'une supervision intégrée, déterminer les facteurs les plus cruciaux à examiner lors de la visite pour chaque intervention de santé. Il est important de ne pas surcharger la visite avec trop de sujets, de telle sorte qu'elle se fasse à la hâte, uniquement pour achever une très longue liste de contrôle. D'autre part, il ne faudrait pas exclure des domaines essentiels devant faire l'objet d'une vérification. Confère directives nationales sur le type de supervision de soutien à mener.

La supervision est plus efficace et plus fréquente lorsque les indicateurs sont rationalisés et priorisés. Elle est plus efficiente lorsque son financement est coordonné avec d'autres interventions de santé. Dans l'idéal, la supervision intégrée implique des superviseurs expérimentés dans de multiples interventions et possédant une expertise technique dans plus d'un domaine. L'envoi de plusieurs superviseurs dotés chacun d'une expertise dans une seule intervention peut ne pas être l'utilisation la plus efficace ou la plus productive du temps d'un agent de santé ou des superviseurs.

La supervision intégrée doit être bien planifiée et chronométrée pour que les interventions soient évaluées de manière adéquate et sans perturbation des services de santé ou d'inconvénients pour les mères et les personnes en charge. L'équipe de santé du district détermine le nombre d'interventions ou services pouvant être évalués efficacement lors d'une seule visite. Les agents de santé ne peuvent assimiler qu'un nombre limité de recommandations. Si une visite de supervision se termine par une longue liste de domaines sur lesquels il faudra se pencher, cela sera décourageant et démoralisant pour l'agent de santé. Des avis plus fréquents et ciblés sont essentiels pour assurer l'amélioration de la performance. Le district détermine le nombre d'interventions ou services pouvant être évalués efficacement lors d'une seule visite. Les agents de santé ne peuvent assimiler qu'un nombre limité de recommandations. Si une visite de supervision se termine par une longue liste de domaines sur lesquels il faudra se pencher, cela sera décourageant et démoralisant pour l'agent de santé. Des avis plus fréquents et ciblés sont essentiels pour assurer l'amélioration de la performance.

2. Identifier/désigner un/des superviseur(s) efficace(s)

Il est important de confier la supervision à un personnel bien formé, possédant une bonne expérience de terrain et entretenant de bons rapports avec les agents de santé. Aux **niveaux national, régional, provincial ou du district**, la supervision de soutien devrait être effectuée au moins une fois par trimestre. Dans l'idéal, les **formations sanitaires** devraient être visitées **chaque mois**.

Rappel: la supervision est continue. Les agents de santé peuvent évaluer régulièrement le rendement des formations sanitaires par une auto-supervision. Ils ne devraient pas attendre la prochaine visite du responsable de district pour évaluer leur performance ou constater des problèmes de fourniture de services (voir l'**outil 4.b** en Annexe et la section 6.1 ci-dessus).

3. Préparer les outils et les listes de contrôle

La supervision sans liste de contrôle ne sera pas efficace; celle-ci peut être révisée en fonction de la situation. La liste de contrôle comprend certains des éléments suivants: la qualité du vaccin, la gestion des approvisionnements et la chaîne du froid ; la performance du service de vaccination, par exemple pour la rougeole, la couverture Penta/DTP3 et les taux d'abandon ; la fourniture de services, par exemple pour les séances planifiées et non menées et les occasions manquées, les ressources humaines disponibles et la capacité ; et les problèmes de qualité des données. La supervision doit également inclure la manière dont les agents de santé traitent les patients ainsi que les activités d'engagement communautaire.

Un outil de supervision efficace guide le personnel grâce à un processus constructif et participatif visant à identifier les problèmes et les faiblesses, et à mesurer les progrès accomplis. Il permet aux équipes nationales, provinciales et de district de suivre les indicateurs de prestation des services et de prendre des décisions sur les mesures correctives, les besoins de formation et les problèmes liés à la mise à jour des microplans. Il convient d'examiner les recommandations des visites de supervision précédentes et d'en assurer le suivi (voir l'**outil 4.a** en Annexe pour un outil générique de supervision de soutien).

4. Planifier les visites de sites

- ▶ Planifiez/déterminez où aller selon les priorités : lorsque les ressources humaines et financières sont limitées, il convient de prioriser les visites en tenant compte des formations sanitaires qui ont le plus besoin d'aide, notamment celles qui desservent les communautés à haut risque. Ne pas limiter la supervision aux formations les plus proches.
- ▶ Informez les personnes à superviser de la date et de l'heure de la supervision ; assurez-vous que la formation sanitaire est informée de votre arrivée. Préparez ensemble votre programme de supervision.

5. Effectuer des visites constructives

La supervision de soutien n'est pas une évaluation ou un examen pour l'agent de santé, mais plutôt une compréhension mutuelle de l'importance des normes nécessaires pour des services de qualité. Il est important pour le superviseur et les agents de santé de discuter des normes et de l'outil de supervision. Il s'agit de s'accorder sur les domaines et les indicateurs les plus cruciaux qui nécessitent le plus d'attention dans le district et dans chaque formation sanitaire.

Étapes de la supervision formative

- ▶ **Présentation de l'équipe de supervision à la formation sanitaire:** l'équipe de supervision doit se présenter aux responsables de la formation sanitaire et, si possible, leur demander de se joindre à l'équipe.
- ▶ **Observation des services:** l'équipe devrait observer les services sans interrompre les prestations ni s'immiscer dans la vie privée des clients.
- ▶ **Entretien de sortie avec les personnes en charge:** cinq personnes en charge au moins doivent être interrogées après la vaccination.
- ▶ **Entretien/dialogue avec les supervisés:** utiliser la liste de contrôle pour l'entretien et porter des commentaires à l'attention des supervisés sur ce que l'on a observé. Reconnaître les bonnes performances et corriger en privé les erreurs observées dans les techniques et les procédures.
- ▶ **Commentaires verbaux/formation en cours d'emploi/encadrement:** Fournir un renforcement des capacités en cours d'emploi, notamment le renforcement des compétences et la communication d'informations sur les politiques et les technologies récentes, et identifier les besoins de formation à venir pour le personnel.
- ▶ **Visite à la communauté:** lorsque le temps et les moyens le permettent, le superviseur et le personnel de la formation sanitaire devraient visiter les communautés à haut risque dans la zone desservie par la formation sanitaire. Ils devraient discuter avec les responsables communautaires et les membres de la communauté de la vaccination et noter leur perception des services de vaccination. Le personnel de la formation sanitaire devrait appliquer leurs avis pour améliorer les services. Dans la mesure du possible, l'équipe de supervision devrait identifier et visiter une communauté prioritaire et se rendre dans les domiciles de 10 enfants âgés de 0 à 23 mois pour évaluer leur situation vaccinale.
- ▶ **Observations écrites:** enregistrer les observations et les actions de suivi suggérées dans un journal de supervision. Voir un format générique de la supervision de soutien dans l'Outil 4.a.
- ▶ **Partage des observations et des résultats:** discuter des résultats des visites de supervision de soutien avec l'équipe de gestion sanitaire du district à toutes les occasions, telles que les réunions de routine du personnel et les réunions d'évaluation. Lorsque l'administration locale et la communauté connaissent les besoins et les obstacles à la vaccination, cela peut conduire à un soutien accru pour formation sanitaire.

Supervision de soutien interne dans les formations sanitaires

La supervision de soutien dans une formation sanitaire peut être effectuée en interne par les membres de l'équipe de gestion sanitaire de l'établissement, y compris les responsables de l'établissement et l'équipe d'amélioration de la qualité, le cas échéant. L'équipe de gestion sanitaire peut soutenir et motiver les prestataires des soins de santé ; assurer la formation et la reconnaissance du personnel ; former des équipes et promouvoir l'esprit d'équipe pour la résolution des problèmes ; favoriser la confiance et la communication ouverte ; et collecter et utiliser les données pour la prise de décision. En outre, cette équipe peut s'assurer que les mesures de suivi recommandées par les superviseurs de district sont mises en œuvre.

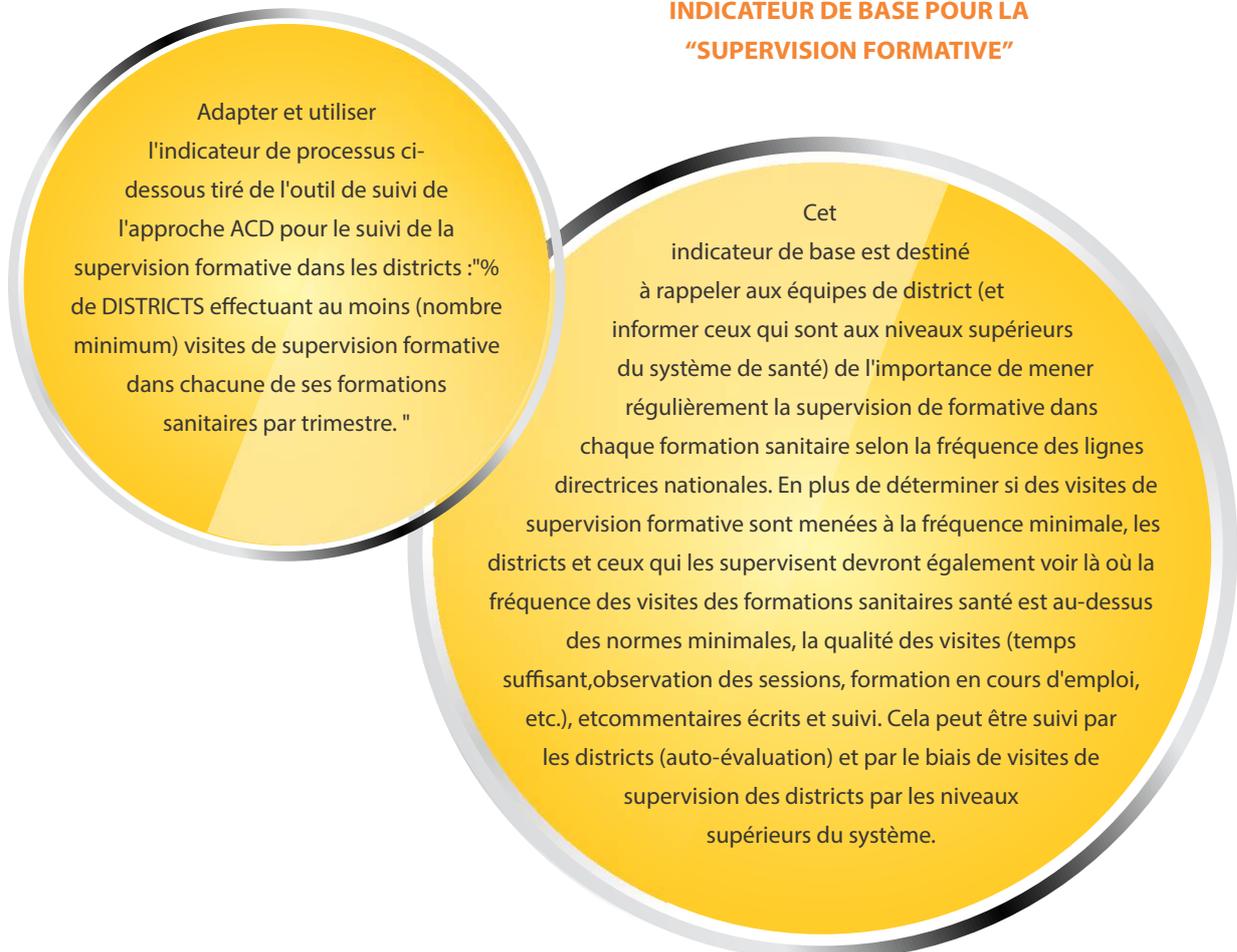
Supervision de soutien au sein de la communauté

Le succès des agents de santé communautaires est directement lié à la formation, au soutien et à la supervision qu'ils reçoivent. Par conséquent, les responsables de la formation sanitaire et les points focaux concernés doivent veiller à ce que la supervision de soutien soit également fournie au niveau de la communauté. Cela peut se faire sur une base mensuelle ou selon les besoins, et le superviseur agira comme encadreur, défenseur et conseiller auprès de l'agent de santé communautaire. Au cours de chaque visite de supervision, l'équipe de la formation sanitaire effectue une visite de courtoisie chez le chef du village, puis rencontre un agent de santé communautaire pour examiner son travail, discute de ses besoins et des événements à venir, formule des observations sur la progression du programme et résout tout problème qui se serait posé. Ces visites peuvent comprendre un examen des procédures opérationnelles standard, du matériel et des fournitures, de la prestation des services en fonction des directives et de la satisfaction des patients, des besoins de formation, des systèmes de référence et des liens communautaires.

6.4 INDICATEUR DE BASE POUR LA SUPERVISION FORMATIVE

Les visites de supervision devraient être aussi régulières et fréquentes que les ressources le permettent, conformément aux politiques nationales. La coordination avec d'autres programmes sera nécessaire pour accroître les possibilités de supervision. Lorsque les ressources sont limitées et que les formations sanitaires sont difficiles à atteindre, il conviendra de promouvoir **l'auto-évaluation et la supervision à distance** (par téléphone ou par courrier électronique). L'indicateur de base ci-dessous pour la supervision de soutien peut être adapté par les pays. En plus de cet indicateur, les rapports écrits ou les journaux où seraient enregistrés les problèmes détectés, les solutions et les besoins en renforcement des capacités sont utiles pour le suivi de la supervision dans les districts.

INDICATEUR DE BASE POUR LA "SUPERVISION FORMATIVE"



Adapter et utiliser l'indicateur de processus ci-dessous tiré de l'outil de suivi de l'approche ACD pour le suivi de la supervision formative dans les districts : "% de DISTRICTS effectuant au moins (nombre minimum) visites de supervision formative dans chacune de ses formations sanitaires par trimestre. "

Cet indicateur de base est destiné à rappeler aux équipes de district (et informer ceux qui sont aux niveaux supérieurs du système de santé) de l'importance de mener régulièrement la supervision de formative dans chaque formation sanitaire selon la fréquence des lignes directrices nationales. En plus de déterminer si des visites de supervision formative sont menées à la fréquence minimale, les districts et ceux qui les supervisent devront également voir là où la fréquence des visites des formations sanitaires santé est au-dessus des normes minimales, la qualité des visites (temps suffisant, observation des sessions, formation en cours d'emploi, etc.), et commentaires écrits et suivi. Cela peut être suivi par les districts (auto-évaluation) et par le biais de visites de supervision des districts par les niveaux supérieurs du système.

6.5 SOURCES DOCUMENTAIRES

Sources techniques

WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers.
Module 4. *Supportive Supervision by EPI Managers*. 2008.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70184/4/WHO_IVB_08.04_eng.pdf

McNamara, C. "*Free Basic Guide to Leadership and Supervision*." Free Management Library. 1997-1998.
<http://www.managementhelp.org/mgmt/prsnlmt.htm>

Children's Vaccine Program at PATH. *Guidelines for Implementing Supportive Supervision: A step-by-step guide with tools to support immunization*. Seattle: PATH, 2003. http://www.path.org/vaccineresources/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf

Exemples de pays

PATH and National EPI, Vietnam. "*Improving Immunization through Supportive Supervision*." Seattle: PATH, 2007.
<http://www.path.org/publications/detail.php?i=1443>

National Primary Healthcare Development Agency, Nigeria. 2009. *Supportive Supervision, a practical guide for State and LGA routine immunization managers*.
http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Nigeria_Support_Supervision_2009.pdf





CHAPITRE 7

SUIVI ET UTILISATION DES DONNÉES POUR L'ACTION

- 7.1. QUESTIONS ESSENTIELLES
- 7.2. PROCESSUS DE SUIVI POUR L'ACTION
- 7.3. SOURCES DOCUMENTAIRES

7. SUIVI ET UTILISATION DES DONNÉES POUR L'ACTION



Etapes	Outil ACD
1. Définir le processus de suivi	OP. Programme de suivi des séances
2. Choisir les indicateurs et les cibles	
3. Collecter les données et soumettre les rapports	5a ; OP. échéancier ; OP. Mon village, Ma maison; OP Recherche des cas d'abandon
4. Analyser et interpréter les données	5a, 1f
5. Intervenir	

Le suivi pour l'action va au-delà de la collecte de données, de l'établissement de rapports et de l'analyse des données collectées. Le suivi actif utilise continuellement des informations à tous les niveaux pour : mesurer les progrès, identifier les problèmes et mettre au point des solutions pratiques et des plans de travail réalistes. Le suivi pour l'action implique tout le monde : gestionnaires, superviseurs, agents de santé, responsables locaux, communauté.

7.1 QUESTIONS ESSENTIELLES

Le suivi du programme de vaccination est un **processus actif continu pour l'ensemble de l'équipe de santé** et constitue un élément essentiel d'une gestion efficace. Un système efficace de suivi des programmes renforce la responsabilité de ceux qui contribuent à sa mise en œuvre. Un programme peut être suivi en combinant la collecte de données passives (rapports mensuels normalisés) et la collecte de données actives (visites de supervision).

Le personnel du district et de la formation sanitaire doit produire et collecter en permanence un ensemble d'informations fiables qui décrivent la qualité et l'efficacité des services de santé, afin de prendre des décisions éclairées sur la direction des stratégies du programme (voir figure 7.1 ci-dessous). Plutôt que d'attendre un examen ou une planification annuelle du travail, le personnel devrait savoir en permanence si son rendement est sur la bonne voie. Des évaluations trimestrielles ou mensuelles peuvent renseigner sur une série de problèmes. Par exemple, les objectifs sont-ils atteints ? Les personnes inaccessibles sont-elles atteintes? Les stratégies de prestation fonctionnent-elles ? Est-on confiant quant à l'administration des injections en toute sécurité ? Quels sont les obstacles à l'atteinte des cibles : taux d'abandon, occasions manquées, rupture des stocks de vaccins ?

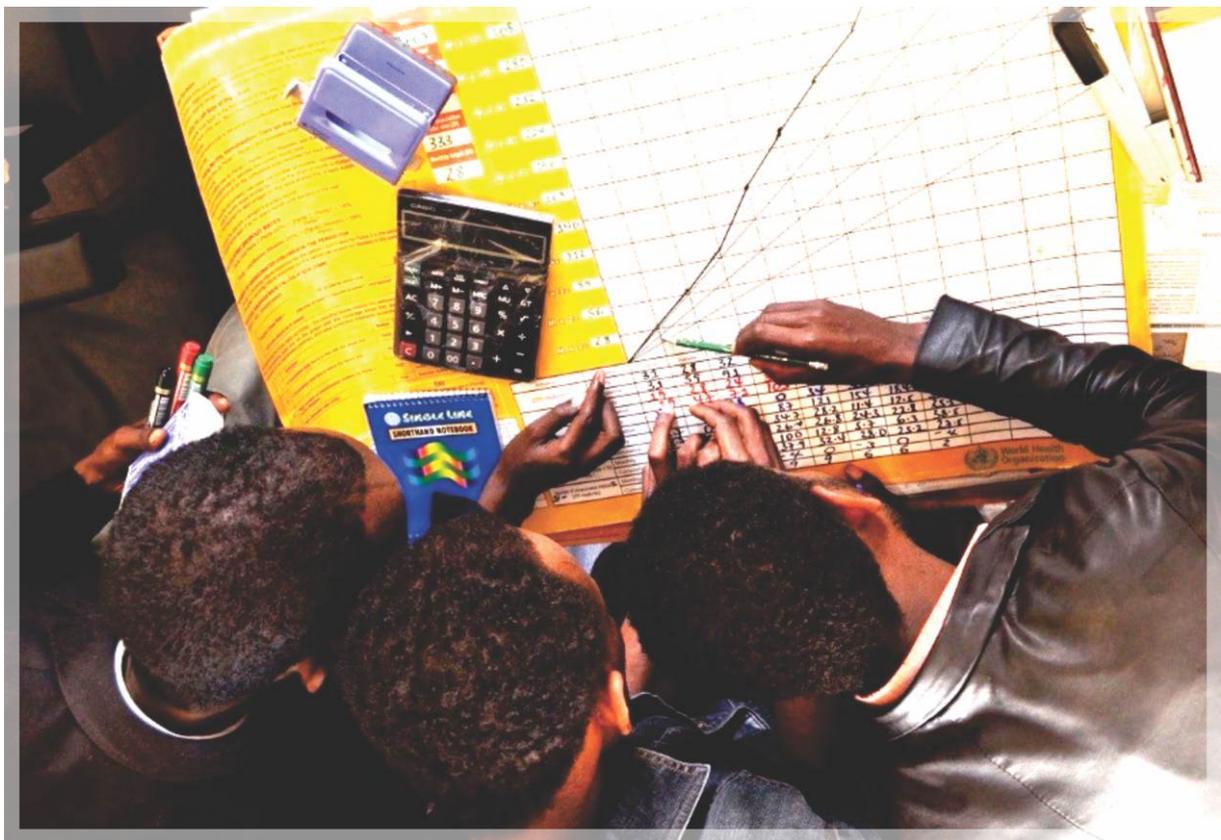


Figure 7.1: ÉTAPES DU SUIVI DU PEV ET DE L'UTILISATION DES DONNÉES POUR L'ACTION



Souvent, les gestionnaires ne tiennent compte que de l'établissement des rapports de leurs propres programmes. En conséquence, la combinaison de toutes les exigences en matière de rapports pour tous les programmes de santé, du personnel du district et de la formation sanitaire peut amener le personnel à être surchargé de formulaires et de données. Pour cette raison, les agents de santé perdent de vue l'importance d'utiliser l'information qu'ils collectent. Un suivi actif et efficace nécessite de choisir uniquement les informations les plus essentielles pour la gestion, qui peuvent être utilisées et analysées pour améliorer les stratégies de programme. Pour la vaccination, des exemples d'informations essentielles sont les suivantes : les vaccinations effectuées par zone et par stratégie de prestation, les taux d'abandon et les séances de vaccination effectives par rapport à celles qui ont été prévues.

La précision et l'efficacité du suivi sont fortement influencées par le choix des indicateurs de mesure et la qualité de la collecte de données. Les données pour les indicateurs devraient être faciles à collecter, faciles à comprendre et liées aux actions correctives. **L'attention portée aux rapports et à l'utilisation de l'information conduit à une meilleure qualité de l'information.** Lorsque le personnel qui compile les rapports sait que son travail est important et qu'il est utilisé par les gestionnaires, la qualité s'améliore. Lorsque des informations sont à jour et qu'elles sont **affichées**, et lorsque les superviseurs examinent, vérifient et font des observations sur des informations ayant fait l'objet d'un rapport comparativement à celles qui sont enregistrées, et discutent des rapports des formations sanitaires, la qualité de l'information peut s'améliorer.



Les cinq composantes de l'approche ACD fournissent un cadre utile pour aider à organiser et structurer le suivi des principaux indicateurs sélectionnés pour examiner la performance du programme. Des indicateurs supplémentaires peuvent être utilisés selon le contexte national. Les outils de suivi utilisés et l'approche devraient être normalisés, mais demeurer flexibles et s'adapter aux situations nationales, régionales et locales.

7.2 PROCESSUS DE SUIVI POUR L'ACTION

Le suivi du programme de vaccination comprend cinq étapes principales.



Sur la base des politiques et des normes nationales, l'équipe de gestion sanitaire du district et les formations sanitaires peuvent concevoir un processus de suivi qui sera efficace pour leur district. Cela peut se faire lors de la microplanification. Il faudra déterminer, conjointement avec les agents de santé, l'approche la plus efficace et les personnes responsables au niveau du district, des formations sanitaires et de la communauté, sur la base des ressources humaines et financières. Il faudra élaborer un calendrier comprenant une évaluation mensuelle des **indicateurs de processus** (séances effectuées par plan, ruptures de stocks, par exemple), des **indicateurs de performance** (couverture, taux d'abandon et tendances VPD) et des **indicateurs de qualité** (vaccins administrés/utilisés, doses administrées en même temps, etc.). Il faudra allouer du temps pour l'élaboration et le suivi des plans d'amélioration de la couverture, au moins une fois par trimestre, pour les formations sanitaires ou les zones qui sont dans le besoin.



Aujourd'hui, les programmes de vaccination fonctionnent dans un environnement en évolution rapide. Aucun problème ne s'est posé au-delà de l'évaluation de la couverture vaccinale, qui dépend fortement de l'exactitude des dénominateurs. En plus de l'introduction de nouveaux vaccins, les programmes se concentrent maintenant davantage sur des problèmes de qualité spécifiques et ciblent les populations mal desservies. Par conséquent, il existe une plus grande variété dans les indicateurs de suivi. Bien que les cibles et les indicateurs soient habituellement établis au niveau national, les districts et les agents de santé devraient analyser leurs cibles et leurs indicateurs et décider du moment et de la manière d'atteindre leurs objectifs.

L'on peut choisir un nombre limité d'indicateurs de base (processus, performance ou qualité) pour évaluer les activités clés au fil du temps et renforcer les normes de performance. Cela permet aux gestionnaires de prendre des décisions meilleures et plus ciblées, sans encombrer les prestataires de services avec la collecte de données. À certains endroits, il peut également être utile de sélectionner des indicateurs supplémentaires pouvant faire l'objet d'un suivi. Les indicateurs de base évaluent les processus de vaccination cruciaux en vue de l'ajustement des stratégies de prestation de services, du renforcement des liens communautaires, de la mise au point de la logistique et l'actualisation des microplans. Les indicateurs supplémentaires évaluent des aspects additionnels du programme qui peuvent permettre une bonne performance, ou montrer des niveaux d'intégration avec la vaccination (par exemple, l'existence de lignes directrices écrites, les niveaux de TT2+ et les soins prénataux). Bien que les progrès par rapport aux indicateurs soient suivis par les superviseurs, les mêmes indicateurs peuvent également être utilisés pour l'auto-évaluation par les formations sanitaires et les équipes de santé du district.

Le tableau 7.1 suivant présente des exemples d'indicateurs de base et de normes de performance attendus de chacune des composantes de l'approche CAD, ainsi que la fréquence de collecte suggérée. L'objectif est de stimuler les équipes de gestion de la santé nationales et de district à utiliser et à adapter



Tableau 7.1: Exemples d'indicateurs de base pour les composantes de l'approche ACD pour les formations sanitaires et les districts

Composante de l'approche ACD	Indicateurs	
	Formation sanitaire	District
Planification et gestion des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rupture de stock de vaccins, de diluant ou de seringues au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Rupture de stock de feuilles de pointage, de registres de vaccination, de cartes de vaccination ou d'autres outils de PEV au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Réfrigérateur fonctionnel avec des plages de température normales enregistrées au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Microplan de PEV mis à jour (trimestriellement) <input type="checkbox"/> Budget de fonctionnement pour les activités de vaccination reçu à temps (trimestriellement) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> % des formations sanitaires dans le district ayant connu une rupture de stock de tout vaccin, de diluant ou de seringues au cours du mois écoulé <input type="checkbox"/> % des formations sanitaires dans le district ayant connu une rupture de feuilles de pointage, de registres, de cartes de vaccination ou autres outils de PEV au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> % des formations sanitaires dans le district dotées de réfrigérateurs fonctionnels ayant présenté des plages de température normales au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Microplan PEV du district mis à jour (trimestriellement) <input type="checkbox"/> % des formations sanitaires dans le district recevant à temps un budget de fonctionnement décaissé pour des activités de vaccination (trimestriel)
Atteindre toutes les populations éligibles	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Au moins 80 % des séances prévues ont été effectuées au cours du mois précédent 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Au moins 80 % des séances planifiées dans toutes les formations sanitaires dans le district ont été effectuées au cours du mois précédent <input type="checkbox"/> Le plan d'activité pour les séances de vaccination de proximité dans toutes les formations sanitaires dans le district est mis à jour annuellement
Collaboration avec les communautés	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réunion avec documents au niveau communautaire tenue mensuellement 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réunion avec documents au niveau communautaire tenue mensuellement
Conduite de la supervision de soutien	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Au moins une visite de soutien reçue du district par trimestre, suivie d'observations écrites 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> % de toutes les formations sanitaires dans le district recevant par trimestre au moins une visite de supervision de soutien, suivie d'observations écrites
Suivi et utilisation des données pour l'action	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La couverture de Penta1, Penta3 et 1^{ère} dose de rougeole a atteint au moins 90 % pour chaque antigène le mois précédent <input type="checkbox"/> Taux d'abandon du Penta1-Penta3 inférieur à 10 % pour le mois précédent <input type="checkbox"/> Le tableau de suivi de la vaccination est à jour, précis et visible 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La couverture de Penta1, Penta3 et 1^{ère} dose de rougeole a atteint au moins 90% pour chaque antigène le mois précédent <input type="checkbox"/> Taux d'abandon du Penta1-Penta3 inférieur à 10 % pour le mois précédent <input type="checkbox"/> Réunion d'évaluation mensuelle effectuée pour le personnel de la formation sanitaire

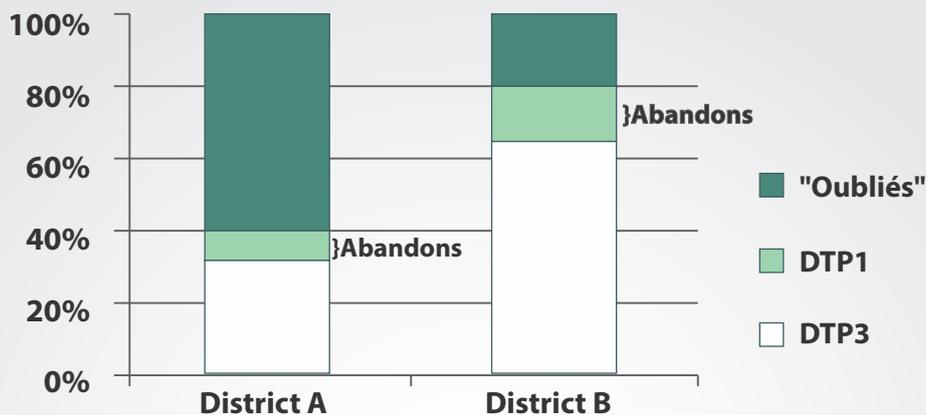
3. Collecte des Données et Transmission des Rapports

Les données doivent être collectées par l'intermédiaire des systèmes d'information sanitaire des ministères de la Santé et/ou le système d'information du programme de vaccination. L'utilisation de l'approche ACD pour organiser et consolider les données est un bon moyen qui permet aux gestionnaires d'observer les tendances et de prendre les mesures correctives qui s'imposent pour les principales priorités. En plus des fiches de rapports mensuels qui peuvent comprendre des tableaux et des graphiques, l'utilisation des tableaux de bord visuels ou d'une méthode de suivi dite des feux tricolores permet une interprétation facile des informations. La présentation des données sous forme de graphiques est une approche qui illustre les performances générales du programme dans plusieurs domaines. Il existe plusieurs techniques et outils qui indiquent les progrès réalisés par rapport aux cibles, et attirent l'attention à temps sur les problèmes éventuels. Voici deux exemples d'outils faciles à utiliser qui fournissent des informations sur le suivi.



Figure 7.2. INTERPRÉTATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES ET DE LEUR UTILISATION

Les districts A et B enregistrent tous les deux des taux d'abandon de DPT1-3 de 20 %. Mais le district A connaît un problème majeur avec les « oubliés ». En effet, 60 % des enfants du district A ne reçoivent pas la vaccination. Par contre, la situation est meilleure pour le district B, puisque 80 % des enfants y reçoivent la première dose de DPT, mais 20 % d'entre eux abandonnent et ne prennent pas toutes les 3 doses requises. Ainsi, 64 % seulement des enfants sont protégés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.



Oubliés = 100% - Taux de couverture DTP1%
Abandons = $\frac{\text{Taux de couverture DTP1} - \text{Taux de couverture DTP3}}{\text{Taux de couverture DTP1}} \times 100\%$

District A: Oubliés = 100% - 40% = 60%
Abandons = $\frac{40\% - 32\%}{40\%} = 20\%$

District B: Oubliés = 100% - 80% = 20%
Abandons = $\frac{80\% - 64\%}{80\%} = 20\%$

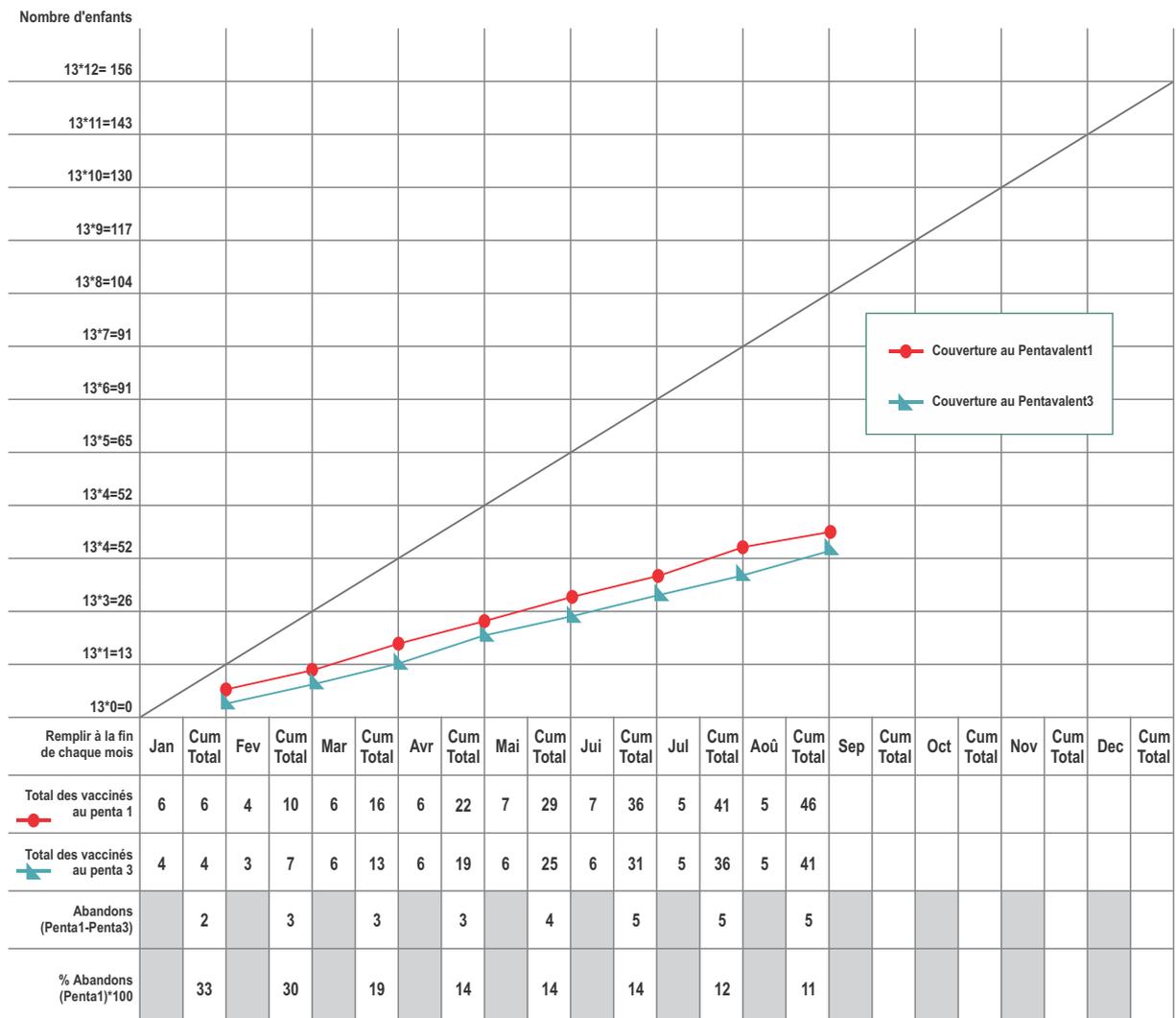
Les districts A et B enregistrent l'un et l'autre des taux d'abandon de DPT 1-3 de 20 %, mais ces taux ont des significations différentes dans chaque cas. Si le district A désire améliorer la couverture, il doit s'occuper du grand nombre d'enfants qui n'ont pas reçu le DPT1 (les oubliés). Le district B, par contre, pourrait augmenter son taux de couverture en prenant des mesures pour réduire aussi bien le nombre d'abandons que d'oubliés.

Source documentaire: Immunization Essentials: page 50

Le graphique de suivi de la vaccination (Figure 7.3) est un autre outil visuel très utile qui permet d'indiquer les progrès réalisés dans la réduction du nombre d'abandons de la vaccination et du nombre des enfants « oubliés » par les services de vaccination. Dans les zones où les données sont de mauvaise qualité, le nombre d'enfants vaccinés peut être vérifié par rapport au nombre total d'enfants indiqué dans les registres des formations sanitaires comme devant être vaccinés, plutôt que par les taux de couverture vaccinale (%). Ce graphique rappelle constamment au personnel les progrès réalisés dans l'atteinte de leur objectif. C'est aussi un bon outil de discussion avec le personnel de santé sur les changements nécessaires pour améliorer l'efficacité des services de vaccination, notamment le suivi des défaillants (voir « *Immunization in Practice* » mise à jour de 2015, , http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193412/1/9789241549097_eng.pdf).



Figure 7.3: EXEMPLE DE GRAPHIQUE DE SUIVI DE LA VACCINATION POUR LA COUVERTURE AU PENTA1 ET PENTA3.



L'utilisation des données pour l'action de manière appropriée demande que les rapports soient transmis à temps et qu'ils soient complets et exacts. Les améliorations ne peuvent être effectuées que sur la base d'une analyse et d'un examen réguliers des données communiquées, et d'une utilisation active et d'un retour d'information sur les données collectées.

4.
Analyse and
Interprétation
des Données

Le suivi des données pour l'action est une approche participative qui associe l'équipe de gestion sanitaire du district, les formations sanitaires, les communautés ainsi que les partenaires qui examinent régulièrement les informations relatives au programme, et en discutent l'interprétation. Les données qui sont seulement collectées, compilées et transmises à la hiérarchie, puis classées dans un dossier ne permettent pas de prendre des mesures.

Un suivi efficace implique une analyse régulière et des évaluations participatives avec le personnel de santé, les partenaires, les responsables locaux et les communautés. Les communautés qui participent activement à la planification et au suivi sont plus à même d'aider à l'amélioration de l'accès aux services de santé et à leur utilisation. Au niveau du district, l'analyse des indicateurs de processus, de performance et de qualité des données doit nécessairement s'effectuer au moins une fois par trimestre. La meilleure façon pour le personnel de district et des formations sanitaires d'améliorer la validité des données est de revoir continuellement et de façon critique les informations qu'il collecte et de faire des observations ou présenter leurs préoccupations aux instances supérieures.

Au moment de l'analyse des informations, il convient d'identifier le problème qui est à l'origine des résultats non satisfaisants. Le fait de poser plusieurs questions sur la base des données de la vaccination peut permettre d'identifier les raisons sous-jacentes ou les causes profondes qui expliquent des défaillances dans la performance. Il convient de se poser des questions et de discuter des solutions éventuelles. L'on pourrait se demander par exemple :



Si les objectifs ne sont pas atteints, quelles en sont les principales raisons ou causes profondes ?



Par qui et comment ces problèmes peuvent-ils être corrigés ? Quelles solutions existe-t-il au niveau local ?



Existe-t-il des communautés sans accès aux services de santé ? Si oui, comment peut-on les atteindre ?



Existe-t-il des groupes ou des communautés qui n'utilisent pas pleinement les services disponibles ? Pourquoi ?



Quelles autres ressources disponibles sont nécessaires pour la mise en œuvre des solutions ?



Quels groupes, zones, ou communautés sont le plus exposés au risque d'une faible couverture ?



La gestion des approvisionnements et de la chaîne du froid est-elle adéquate pour satisfaire la demande ?



Comment peut-on réviser les microplans pour mieux les adapter aux résultats du suivi actif ?

L'inclusion d'autres parties telles que les dirigeants de communautés, les agents de santé communautaires, les volontaires communautaires et les représentants du secteur privé concernés, les ONG, et les organisations communautaires dans l'examen des résultats et les discussions y relatives donne lieu à de meilleures stratégies et à des solutions efficaces.

L'**Outil 1f** permet d'effectuer une analyse des causes profondes afin d'identifier les problèmes.

Pour arriver à atteindre toutes les populations cibles et réduire les inégalités, des efforts supplémentaires sont nécessaires dans les zones qui connaissent des problèmes, et ces efforts sont possibles pendant les campagnes ou les visites de supervision régulières. Il s'agit :

- ▶ d'identifier les zones présentant des indicateurs de faible performance (par exemple, le faible taux de couverture, les taux d'abandon élevés, la rupture des stocks de vaccins), ou les communautés à haut risque (par exemple, les communautés vulnérables ou les communautés qui sont contre la vaccination) ;
- ▶ de chercher les raisons de la faible couverture vaccinale et des abandons, particulièrement au sein des communautés vulnérables ou « à haut risque », en effectuant des visites dans les ménages et le contrôle des cartes de vaccination ;
- ▶ de déterminer les raisons des vaccinations manquées et de comprendre les problèmes que rencontre la communauté ;
- ▶ de résoudre les problèmes au cours des séances suivantes ou d'intégrer, en cas de besoin, d'autres actions dans le prochain cycle des microplans

Poser des questions sur les données relatives au suivi vaccinal aboutit à l'**action**.



Une fois les données de vaccination révisées et l'analyse des causes profondes effectuée, des solutions éventuelles peuvent être discutées au sein de l'équipe. Les mesures qu'il convient de prendre doivent être discutées dans la collaboration et un plan d'action établi. À cette dernière étape, il s'agit d'établir la liaison entre l'analyse des données et les interventions pratiques pouvant être mises en œuvre.

Le plan d'action est un moyen simple de décrire les actions, de désigner les parties responsables, de fixer des délais et de suivre les progrès. La vitesse à laquelle les mesures sont prises dépend de l'importance du problème et de la facilité d'application des solutions.



Outils figurant dans l'Annexe et servant au suivi et à l'utilisation des données pour l'action :

Outil 5a : Graphique de suivi

Outil 1f : Analyse des causes profondes

Outil facultatif : Échéancier

Outil facultatif : Mon village, ma maison

Outil facultatif : Suivi des défailants

Outil facultatif : Calendriers des séances de suivi

7.3 SOURCES DOCUMENTAIRES



Mid-Level Management Course for EPI Managers.
Module 5. *Monitoring the immunization system*.
<http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>

Increasing immunization coverage at the health facility level.
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

WHO/V&B/02.27, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Décembre 2002
Immunization in Practice, 2015 Update. Module 6. Monitoring and surveillance.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193412/1/9789241549097_eng.pdf

WHO/IVB. *Increasing coverage at health facility level*, WHO/UNICEF;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67791/1/WHO_V%26B_02.27.pdf

WHO/IVB, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014. My Village is My Home
<http://www.mchip.net/node/3214>

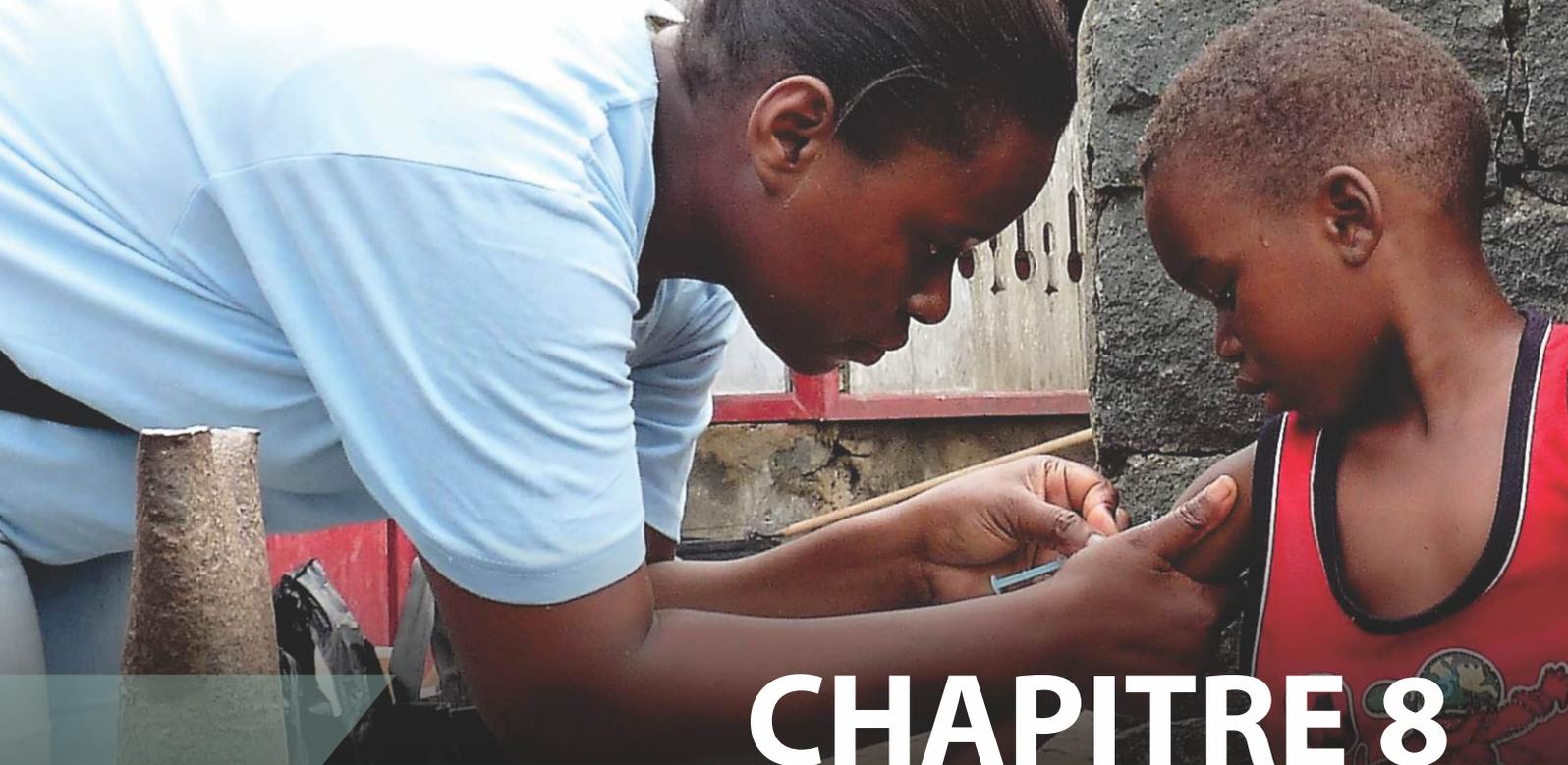
Engaging communities with a simple tool to help increase immunization coverage. Global Health: Science and Practice. 2015; (3)1.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356280/pdf/117.pdf>

Using data to make a difference; ARISE

The immunization data quality self-assessment (DQS) tool. Mars 2005. WHO/IVB/05.04.
http://apps.who.int/immunization_monitoring/routine/DQS_tool.pdf

Community Problem Solving and Strategy Development, Ouganda. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACW611.pdf

JSI, Notes from the Field; *Regular Review of Program & Health Worker Performance: Using Data to Make a Difference*.
http://3qvw4sd8qlr2o7003493odw1.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/12/ARISE_NotesfromTheField2_Using-Data_EN_final508.pdf



CHAPITRE 8

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE PRATIQUE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD

- 8.1. INTÉGRER LA STRATÉGIE ACD COMME APPROCHE ET NON COMME PLAN ;
LA RELIER À D'AUTRES PLANS
- 8.2. RESPONSABILITÉ, LEADERSHIP ET APPROPRIATION
- 8.3. COORDINATION
- 8.4. LOGISTIQUE (ISCM ET TRANSPORT)
- 8.5. COMMUNICATION
- 8.6. SOURCES DOCUMENTAIRES

8. CONSIDÉRATIONS D'ORDRE PRATIQUE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD

8.1 INTÉGRER LA STRATÉGIE ACD COMME APPROCHE ET NON COMME PLAN ; LA RELIER À D'AUTRES PLANS.

L'approche ACD n'est pas un plan distinct et devrait dans l'idéal être intégré aux processus de planification des districts et des formations sanitaires pour prendre appui sur ce qui marche déjà. Les outils et exemples de l'approche ACD ne sont pas exhaustifs ni prescriptifs, et peuvent être considérés comme un menu à adapter et à utiliser en tant que de besoin. Ils peuvent être adaptés aux contextes locaux lorsqu'il s'agit de résoudre les inégalités en améliorant l'accès et l'utilisation des services de vaccination et des autres services de santé maternelle, néonatale et infantile.

Le présent guide de l'approche ACD et les outils connexes peuvent être utilisés de pair avec les documents ci-après de l'OMS et du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : *Immunization in Practice (IIP)*, *Immunization Training for Mid-Level Managers (MLM)*, et *Immunization Supply Chain and Management (ISCM)*. Des opportunités de formation doivent être explorées pour s'adapter aux contextes locaux et choisir des outils susceptibles de renforcer les systèmes de vaccination.

La mise en œuvre de l'approche ACD et de ses outils demande un environnement propice, lequel nécessite l'appui des communautés, des agents de santé, des gestionnaires de district, et des responsables aux niveaux provincial et national. L'attention portée sur les disparités que reflètent les données, les besoins des populations à haut risque, les communautés confrontées à des barrières sociales et géographiques, et les solutions pratiques basées sur les programmes peut aider à solliciter des ressources au cours du processus de planification. Les ressources sont essentiellement internes et nécessitent une étroite collaboration avec un nombre plus important de financiers et de planificateurs de la santé. L'approche ACD et ses outils peuvent aussi constituer un investissement attrayant pour le portefeuille de GAVI destiné au Renforcement des systèmes de santé (HSS), au moment où les pays explorent les moyens de résoudre les inégalités. L'approche ACD doit donc s'intégrer dans les processus de planification régulière et d'affectation des ressources aux formations sanitaires tant au niveau national, provincial que du district, notamment en ce qui concerne la planification quinquennale, annuelle ou mensuelle des activités.

Lorsqu'ils sont utilisés efficacement, l'approche ACD et ses outils peuvent permettre de prioriser l'allocation des ressources en faveur des communautés et des zones géographiques à haut risque. Le processus peut aussi encourager le dialogue sur l'utilisation plus efficace des ressources et des stratégies existantes. Cela suppose la mobilisation des ressources par d'autres approches favorables à l'équité, telles que l'intensification périodique des activités de vaccination périodique (PIRI), les journées ou semaines pour la santé de l'enfant, ainsi que les campagnes de vaccination. L'approche ACD peut constituer une partie importante des plans de transition de la polio et des efforts de lutte contre la rougeole et la rubéole, en fournissant des vaccins de manière plus durable.

8.2 ACCOUNTABILITY, LEADERSHIP AND OWNERSHIP

La mise en œuvre de l'approche ACD et de ses outils nécessite une responsabilité des communautés et un solide leadership à tous les niveaux pour assurer un environnement favorable axé sur les besoins des populations à haut risque. La responsabilité des communautés nécessite la participation active des principaux acteurs de la communauté et un encouragement pour leur participation aux services de planification, de mise en œuvre et de suivi. D'autres aspects de la responsabilité figurent dans la Déclaration d'Addis Abeba sur la vaccination, qui préconise que les partenaires contribuent à des plans et objectifs gouvernementaux bien reconnus et évitent le double-emploi.

Les autorités doivent s'engager au niveau national, du district, des formations sanitaires et de la communauté. Le leadership idoine encourage l'appropriation en impliquant les gestionnaires d'autres programmes de soins de santé primaires, les principaux responsables de district et de la communauté, et les partenaires dans la planification, la mobilisation des ressources, et la préparation des budgets. L'appropriation encourage à son tour la transparence et la responsabilisation, qui sont capitales pour obtenir des ressources. L'adhésion de la communauté et la transparence dans les formations sanitaires

sont aussi importantes dans les zones où la population peut perdre l'intérêt ou la confiance dans la vaccination, en raison d'une longue absence des programmes de lutte contre les maladies évitables par la vaccination ou de fausses rumeurs concernant les vaccins.

8.3 COORDINATION

La coordination entre les programmes du ministère de la Santé, tels que les programmes de vaccination, de lutte contre le paludisme, de nutrition, et de santé maternelle, et les programmes communautaires, donne lieu à un système de soins de santé plus durable et présentant un meilleur rapport efficacité/coûts.

Il est également important d'assurer la coordination avec les donateurs, les ONG et les communautés afin de maximiser les efforts et d'éviter le double-emploi. La coordination va au-delà du secteur sanitaire pour atteindre d'autres secteurs tels que les ministères des Finances, des Affaires sociales, de l'Agriculture, de l'Éducation, des Sports et de la Culture, ainsi que le secteur privé. Cette coordination avec d'autres secteurs est nécessaire à tous les niveaux de l'administration, ainsi qu'aux niveaux du district et des formations sanitaires.

8.4 LOGISTIQUE (Gestion intégrée de la chaîne logistique (GICL)) ET TRANSPORT

La logistique comprend : la planification, l'achat et la livraison des vaccins et des produits, ainsi que la gestion et la maintenance des matériels de transport et de la chaîne du froid.

L'approche ACD dynamise le renforcement de toutes les composantes du programme de vaccination. La réussite des services de vaccination dépend d'une logistique efficace et efficiente, qui comprend :

- ▶ la précision dans la prévision, la commande, le stockage et la distribution des vaccins et des matériels de vaccination, et la fourniture d'autres produits et services de santé tels que la vitamine A, le déparasitage et les moustiquaires imprégnées ;
- ▶ une gestion sûre des entrepôts frais et secs ;
- ▶ la disponibilité des moyens de transport jusqu'à chaque formation sanitaire ;
- ▶ la maintenance et la réparation du matériel de transport et de la chaîne du froid ;
- ▶ la saine gestion des déchets d'injection et biomédicaux.

Ces besoins sont liés et renforcés dans toutes les composantes de l'approche ACD. Par exemple, la stratégie de la chaîne du froid mérite une attention particulière lors de l'analyse de la situation et de l'élaboration des stratégies au cours de la **microplanification**. La fiabilité de la chaîne du froid dépend de la continuité et de la précision du **suivi pour l'action**. L'**engagement communautaire** et l'**atteinte des populations cibles** peuvent permettre d'étendre la chaîne du froid pour parvenir aux communautés non desservies et aux groupes cibles. Une **supervision de soutien** régulière détecte les problèmes liés à la gestion de la chaîne du froid et des approvisionnements avant qu'ils ne perturbent le déroulement du programme.

8.5 COMMUNICATION

Les stratégies de communication peuvent être plus efficaces pour atteindre le public cible lorsqu'elles sont intégrées à d'autres services de santé. La communication avec les partenaires doit être incluse dans la planification et la mise en œuvre de l'approche ACD. Les équipes de vaccination doivent disposer de l'expertise nécessaire en matière de communication. Elles doivent travailler en collaboration avec les professionnels de la communication, notamment les gestionnaires des programmes de communication, les spécialistes des multimédias et de la publicité, les responsables des communautés, et les experts en science sociale et en changement de comportement.

Une communication efficace repose sur une approche stratégique basée sur l'**engagement communautaire, la mobilisation sociale, le changement des comportements sociaux, le renforcement des capacités des agents de santé, et la sensibilisation**. La stratégie de communication doit présenter les caractéristiques suivantes :

- ▶ **Reposer sur des données**, avec des objectifs et des indicateurs.
- ▶ **Être axée sur la communauté** et planifiée selon les besoins des populations servies, puis suivie et évaluée en collaboration avec les communautés.
- ▶ **Être axée sur les résultats** avec des données provenant de la planification et de la mise en œuvre, et en utilisant les informations recueillies lors du suivi.
- ▶ **Être axée sur l'appropriation** qui encourage la communauté à prendre en mains sa propre santé et son développement.
- ▶ **Être élaborée à partir des contributions** faites au niveau provincial et des districts, avec des stratégies globales de sensibilisation, d'information et de communication qui encouragent l'investissement et l'appui aux services de vaccination et à d'autres services de santé.
- ▶ **Être techniquement soutenue** pour améliorer la qualité des plans de communication et faciliter leur mise en œuvre afin de promouvoir une approche intégrée.
- ▶ **Être en coordination** avec le gouvernement, les organismes partenaires et les communautés afin d'assurer la communication.
- ▶ **Être intégrée dans les plans de travail** ayant des objectifs, activités, cibles et indicateurs réalistes.
- ▶ **Être intégrée** avec d'autres services de santé et de suivi.
- ▶ **Être documentée et partagée** (par exemple, les leçons apprises, les outils et les activités réussies).

8.6 SOURCES DOCUMENTAIRES

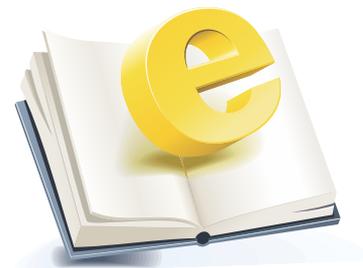
WHO Training for Mid-Level Managers (MLM)

Module 1 *Cold Chain, vaccines, and safe-injection equipment management* and **Module 3** *Immunization Safety*

<http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>

Immunization in Practice **Module 2**, *The Vaccine Cold Chain*,

Module 3, *Ensuring Safe Injections*, and **Module 5**, *Managing an Immunization Session*.





ANNEXE 1

RÉFÉRENCES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD

ANNEXE 1: RÉFÉRENCES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD

Modules de gestion intermédiaire de IOMS

<http://www.who.int/immunization/documents/mlm/en/>

Module 7: Enquête de couverture vaccinale de IOMS: Manuel de référence

Modules de gestion intermédiaire de la Région africaine de IOMS

https://www.unicef.org/supply/files/1.UNICEF_Equity_for_SD.pdf

- Module 1: Approche de solution aux problèmes des services de vaccination
- Module 2: Le rôle du responsable du PEV
- Module 3: Communication pour les programmes de vaccination
- Module 4: Activités de planification au niveau national, provincial et du district
- Module 5: Amélioration de la couverture vaccinale
- Module 8: Gestion de la chaîne du froid du PEV
- Module 9: Gestion des vaccins
- Module 10: Sécurité vaccinale
- Module 15: Introduction de nouveaux vaccins
- Module 20: Suivi de la vaccination de routine et gestion des données
- Module 21: Supervision de soutien par les gestionnaires du PEV
- Module 23: Évaluation du programme de vaccination
- Module 24: Guide des modules de gestion intermédiaire prioritaire à l'intention des facilitateurs du PEV

Vaccination pratique, OMS, 2015

<http://www.who.int/immunization/documents/training/en/>

- Module 1: Maladies cibles
- Module 2: La chaîne du froid vaccinale
- Module 3: Assurer la sécurité des injections
- Module 4: Microplanification pour atteindre chaque communauté
- Module 5: Gestion des séances de vaccination
- Module 6: Suivi et surveillance
- Module 7: Partenariats avec les communautés

Guide de IOMS sur l'introduction du vaccin anti-VPH au programme de vaccination

<http://www.who.int/immunization/hpv/plan/en/>

UNICEF

Assurer l'équité dans la couverture vaccinale par l'atteinte de chaque communauté; guide opérationnel à l'intention des programmes nationaux de vaccination. https://www.unicef.org/supply/files/1.UNICEF_Equity_for_SD.pdf



ANNEXE 2

OUTILS DE L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »

ANNEXE 2: OUTILS DE L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »

Il s'agit d'exemples d'outils qui peuvent être adaptés au contexte local lors de l'amélioration de ceux qui fonctionnent déjà.

État des lieux

1a) Données démographiques et stratégie d'intervention (à utiliser dans les formations sanitaires ou dans le district)

Nombre de personnes, identification des populations « à haut risque », nom du village ou de la formation sanitaire, nom de l'agent de santé ou du chef de village et leurs contacts, stratégie de fourniture de vaccins par localité.

1b) Cartographie sociale des populations vulnérables (formation sanitaire ou district)

Évaluation de l'équité en identifiant le nombre de personnes « à haut risque », les particularités, les principales barrières sociales à la vaccination, les raisons du haut risque, et les programmes d'action visant à surmonter ces barrières.

1c) Carte (formation sanitaire ou district)

La représentation schématique de la zone de desserte (urbaine ou rurale) montrant la géographie de la région, le point de repère et les lieux de rassemblement, les principales populations à haut risque et leurs particularités, les barrières sociales et la stratégie d'intervention.

1d) Évaluation des acteurs

Identification des acteurs influents qui ont le pouvoir ou qui peuvent prendre des décisions, leurs forces et ce qu'ils peuvent faire de bénéfique pour le programme.

1e) Analyse et priorisation des programmes

Identification des problèmes et priorisation des zones et des populations sur la base de l'accès, de l'utilisation, des cas de VPD, du nombre élevé de personnes non vaccinées ou du grand nombre des populations à haut risque.

1f) Analyse des causes profondes

Identification des problèmes sous-jacents, des raisons du faible accès ou de la faible utilisation de la vaccination, des actions et personnes appelées à résoudre ces problèmes.

Planification des séances

2a) Planification des séances

Pour l'année suivante, la procédure et les tableaux nécessaires à la planification d'un certain nombre de séances, les stratégies d'intervention et les principales ressources permettant d'atteindre les populations cibles éligibles, un accent particulier étant mis sur les populations à haut risque.

Collaboration avec les communautés

3a) Engagement des communautés

Planification des activités mensuelles et annuelles pour chaque acteur identifié dans l'Outil 1d. Évaluation des acteurs afin de renforcer les liens avec les communautés.

Supervision de soutien

4a) Liste de contrôle de la supervision de soutien

Exemple générique détaillé de la liste de contrôle à utiliser par le personnel de district.

4b) Supervision de soutien des formations sanitaires et fiche d'auto-évaluation

Brève évaluation de la formation sanitaire soit par le personnel de district, soit par le personnel de la formation sanitaire lui-même sous forme d'auto-évaluation.

4c) Programme de la supervision de soutien

Outil de planification pour la programmation des visites mensuelles des formations sanitaires par le personnel de district.

Suivi**5a) Tableau de bord**

Tableau utilisé au sein de la formation sanitaire pour le suivi des activités de vaccination de tout un mois.

Chaînes d'approvisionnement et matériels d'injection**6a) Logistique et chaînes d'approvisionnement****6b) Matériels d'injection****Outils facultatifs et exemples****Outils de suivi facultatifs****OP. Échéancier**

Liste des femmes et des enfants (avant une séance) devant être vaccinés.

OP. Mon Village, ma maison (exemple venant du Malawi)

Graphique de suivi de la couverture vaccinale dans la communauté.

OP. Suivi des défaillants

Liste des femmes et des enfants (après une séance) ayant besoin de suivi pour avoir manqué une séance. Cette liste doit être utilisée de pair avec une boîte de rappel.

OP. Fiche de suivi

Fiche de suivi de la communauté permettant de déterminer pourquoi les enfants n'ont pas été vaccinés ; elle peut être comparée avec les données précises du registre des vaccinations de la formation sanitaire.

OP. Suivi des programmes des séances

Permet à la formation sanitaire de planifier les séances de vaccination dans chaque village, agglomération, voisinage de la zone de desserte.

Planification des séances facultatives**OP. Calcul de la dimension des séances**

Méthode alternative de calcul de la dimension des séances (notamment le nombre d'injections).

OP. Plan sommaire des activités

Fiche utile qui résume les activités par rapport à budgétiser.

OP. Plan de travail annuel de la vaccination de routine

Permet de vérifier, sous la forme d'un calendrier, les séances mensuelles programmées et les séances tenues effectivement.
A brief assessment for HF review either by district staff or self-assessment by HF staff

1a. Analyse situationnelle: Caractéristiques socio démographiques

Nbre de populations, identifier les populations à haut risque, les noms des villages ou des centres de santé, les noms et contacts des agents de santé ou des chefs de village et la stratégie de distribution des vaccins par endroit

Peut être adapté pour les niveaux district ou de centre de santé. Exemple ici est la Formation sanitaire

Date de remplissage: _____ Nom de la Zone / Province: _____ District _____ Formation sanitaire: _____

No	Nom des villages participants / Sites pour les services de SMNE (si aucune donnée par les villages, utiliser les données de la formation sanitaire)	Nom du chef de village / représentant et numéro de téléphone	'Identifier et nommer les «communautés à haut risque» (par exemple l'accès, la pauvreté, la religion, la langue, la profession, les nomades, les citadins pauvres)	Agent de santé communautaire (nom et numéro de téléphone / contact)	Distance ou temps jusqu'à l'établissement de santé (km ou minutes)	Population totale		Population cible éligible pour l'année en cours:							Mode de prestation de service		
						Naissances vivantes	Nourrissons survivants	12-23 mois	12-59 mois	Femmes enceintes	Femmes en age de procréere (15-45)	Population cible pour le vaccin contenant la toxoïde tetanique	Cible du vaccin contre le VPH	Autres interventions de la santé de la mère, nouve né et enfant (SMNE)		Site fixe (F), Avancé(A) ou Mobile (M)	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
Total																	

1b. Cartographie sociale des populations vulnérables (formation sanitaire ou district)

Évaluation de l'équité identifiant le nombre de population à haut risque, les caractéristiques, les principaux obstacles sociaux à la vaccination et les raisons d'être à haut risque ainsi que les actions du programme pour surmonter ces obstacles

Peut être adapté pour les niveaux de district ou formation sanitaire. Exemple ici est la formation sanitaire.

Date de remplissage: _____ Nom de la Zone / Province: _____ District _____ Formation sanitaire: _____

No	Communautés à haut risque identifiées (quelques exemples ci dessous)	Nom des villages participants / Sites pour les services de SMNE (Dans les cas où aucune donnée par les villages n'utilise les données de la formation sanitaire)	Population totale	Principaux obstacles identifiés à la vaccination complète - Accès et utilisation (barrières sociales et géographiques, envisager de demander		Recommandations pour les stratégies et les actions du programme
				supply	demand	
	les zones urbaines pauvres					
	migrants					
	minorités ethniques					
	zones rurales éloignées					
	nouvelles zones urbaines ou rurales					
	autres					
	autres					
	autres					

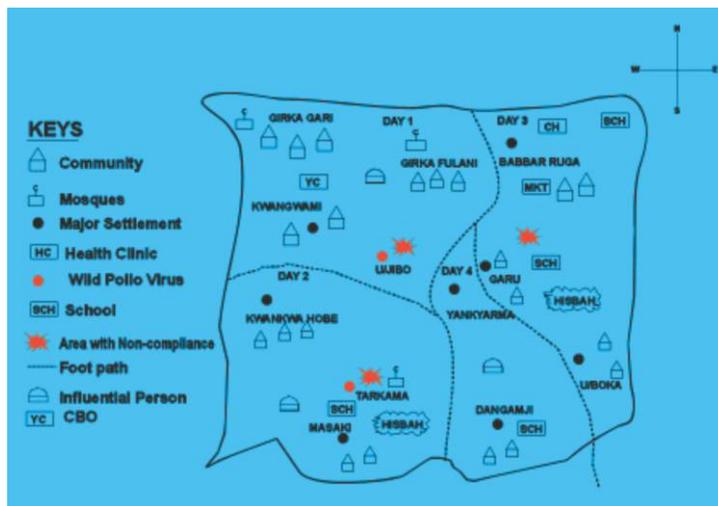
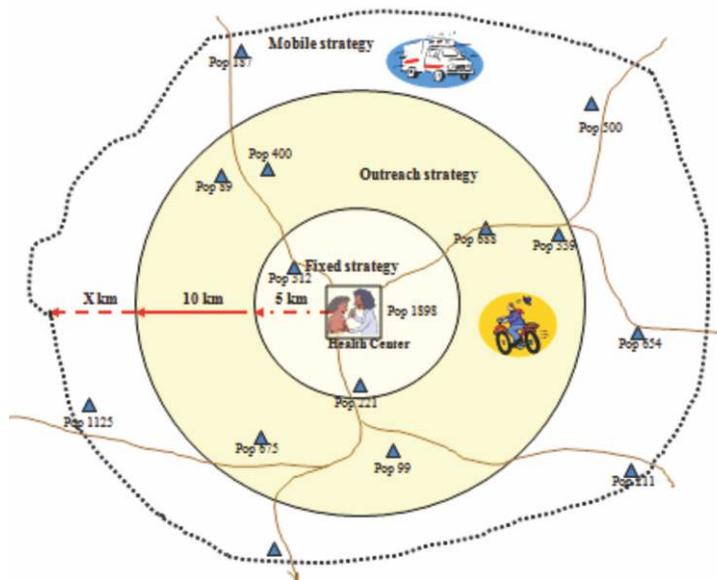
1c. Carte (formation sanitaire ou district)

Représentation schématique de la zone de desserte (urbaine ou rurale) montrant la géographie de la zone, les repères et points de rassemblement, les populations clés à haut risque et leurs attributs, les barrières sociales et la stratégie de distribution par site

Peut être adapté pour les niveaux de district ou formation sanitaire. Exemple ici est la formation sanitaire

Date de remplissage: _____

Nom de la Zone / Province: _____ District: _____ Formation sanitaire: _____



Représenter schématiquement la zone de responsabilité pour aider à mieux comprendre les populations.

Utilisez les cartes existantes et construisez sur celles-ci une carte à la main ou en utilisant des données GIS qui reflètent des aspects plus larges que la santé:

- la géographie (comme les routes, les transports, les principaux points de repère, les écoles, les points de rassemblement, les marchés)
- les aspects de distance sociale
- les stratégies aet sites de stratégies avancée

Les cartes urbaines et rurales peuvent être significativement différentes

les cartes urbaines et rurales peuvent être significativement différentes

Distinction de la distance pour la stratégie avancée doit inclure la cartographie des barrières sociales, la présence de « communautés à haut risque ». Cela devrait aussi inclure la cartographie des caractéristiques spéciales (y compris l'accès, la religion, la langue, la profession par exemple).

La carte devrait être complétée par une analyse des problèmes et un outil de planification des sessions mettant en évidence les caractéristiques principales de la population et les données démographiques dans la zone de responsabilité, ainsi que le numéro de contact de l'agent de santé communautaire.



1f. Analyse des causes à la racine

Identifier les problèmes sous-jacents / les raisons de faible accès / utilisation de la vaccination et les actions et personnes nécessaires pour résoudre ces problèmes.

Principalement un outil pour le district, mais pourrait être adapté pour la formation sanitaire.

Exemple of tableau présenté ici avec l'analyse de l'arr^ete de poisson. D'autres possibilités consistent à demander 5 fois pourquoi, évaluer l'offre / la demande ou les facteurs favorables ou l'arbre des problèmes.

Date de remplissage: _____ Nom de la Zone / Province: _____

District _____ Formation sanitaire: _____

Composants du système / lien vers les barrières sociales	Problèmes Identifiés	Cause première du problème	Solution avec des ressources limitées	Solution nécessitant des ressources supplémentaires et une assistance de la part du district	Personnes responsables et échéancier possible
Atteindre la population cible (problèmes avec des sessions, atteindre des populations spéciales (populations vulnérables), 2ème année de vie, filles (VPH), femmes (VAT / Td)					
Supervision formative					
S'engager avec les communauté					
Monitoring et utilisation des données pour action					
Planification et gestion des ressources					
Chaine du froid et gestion des vaccins					
Integration avec les autres programmes: Santé maternelle infantile et néonatale ou nutrition.					
Surveillance					

Utilisez un diagramme en arête de poisson pour vous aider à trouver de vraies solutions

Ce que c'est: Un diagramme en arête de poisson aide les membres de l'équipe à représenter graphiquement les causes profondes d'un problème ou d'une condition, leur permettant de vraiment diagnostiquer le problème plutôt que de se concentrer sur les symptômes.

Pourquoi le faire: les «solutions» qui ne traitent que les aspects superficiels d'un problème ont peu de chance de réussir. Identifier les sources d'un problème - les causes profondes - aide les équipes à développer des solutions durables. Le plus souvent vous faites des diagrammes en arêtes de poisson, plus il devient facile et rapide!

Qui: A small, focused team should conduct the fishbone analysis. This might include, for example:

- Les agents de santé, Vaccinateurs, personnes focales PEV et autres personnes expérimentant ou affectées par le problème
- Les superviseurs ou les gestionnaires qui pourraient avoir un aperçu du problème, un rôle dans la résolution du problème, ou de bonnes compétences de facilitation pour aider à faire avancer le processus
- QIT members, y compris les leaders / membres de la communauté

Comment construire un diagramme en arête de poisson:

Rédiger un énoncé de problème clair, sur lequel tous les membres de l'équipe sont d'accord

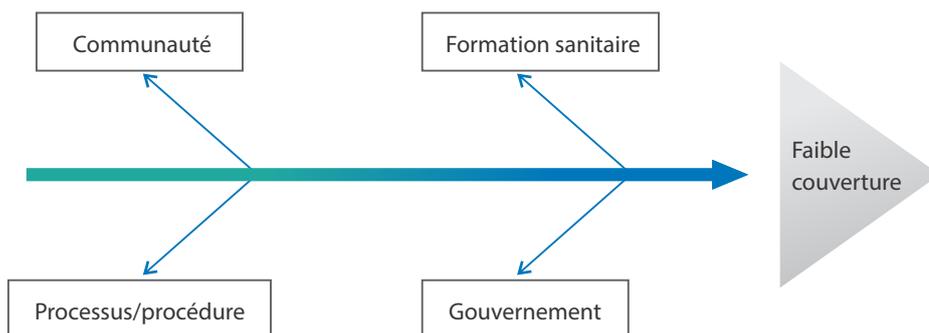
1. Enoncé du problème

Écrivez l'énoncé du problème sur le côté droit de votre papier, à la tête du «poisson». Tracez une ligne avec une flèche vers la tête du poisson, c'est «l'épine dorsale» du poisson. Dans l'exemple présenté ici, le problème est une faible couverture



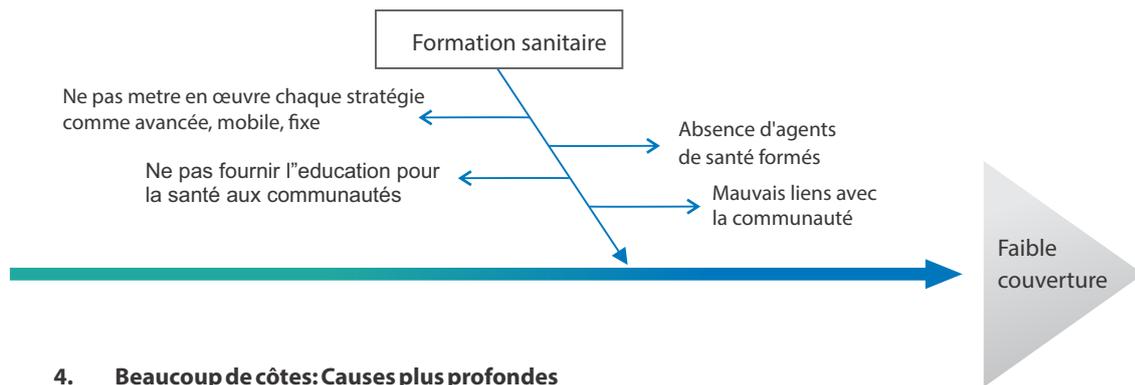
2. Catégorisation

Faites un remue-méninges sur les principales catégories qui pourraient faire partie du problème. Reliez-les à la colonne vertébrale, en "côtes". Certaines catégories communes sont énumérées ci-dessous. (D'autres exemples incluent le système de santé, la géographie, les matériaux, la politique, l'environnement, la culture / tradition, les méthodes, l'information.)



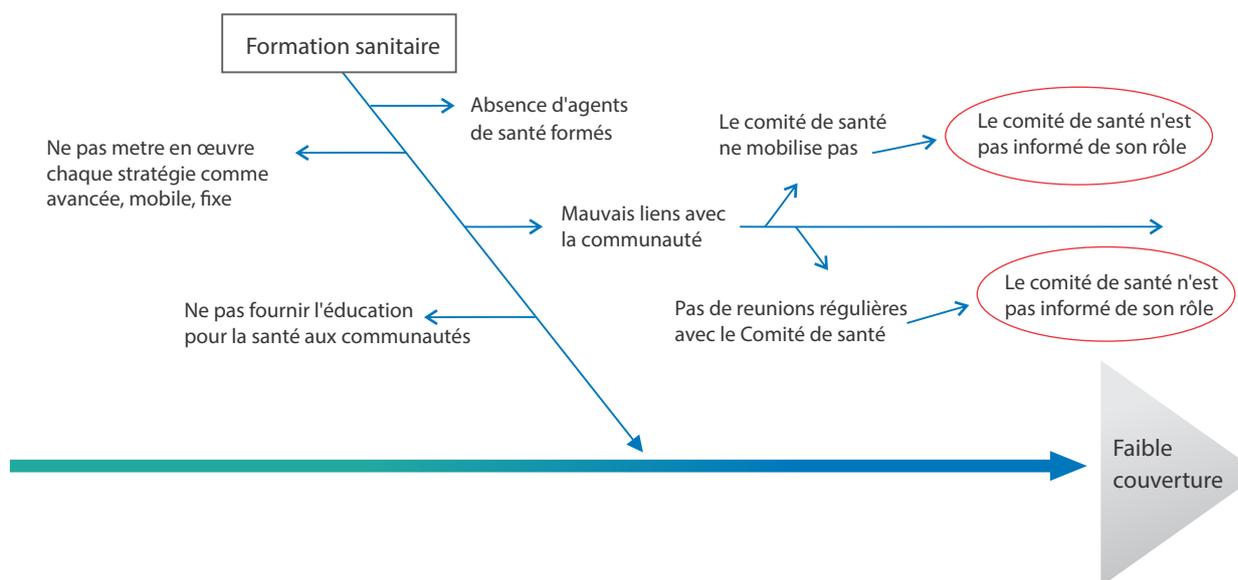
3. Facteurs contributifs

Faites un remue-méninges sur les causes possibles du problème dans chaque catégorie (ou choisissez-en une où vous pouvez agir). Fixez chacune à la côte appropriée. Idéalement, chaque facteur contribuera parfaitement à une seule catégorie, mais certaines causes peuvent entrer dans plusieurs catégories.



4. Beaucoup de côtes: Causes plus profondes

Vous pouvez vous retrouver avec plusieurs branches de chaque côte successivement plus petit. Continuez à pousser plus loin pour une compréhension claire. Posez la question "pourquoi" 2-5 fois



5. Identifiez les principales raisons / causes profondes

Testez les causes profondes en recherchant les causes qui apparaissent plus d'une fois. S'attaquer à la cause première d'un problème peut affecter de nombreux facteurs contributifs et l'aborder peut avoir des effets de grande portée. D'autres options pour décider quelle raison principale / principale cause à traiter incluent:

- L'impact probable de la prise en charge de cette cause (plus l'impact probable est important, plus il est important d'y remédier)
- À quel point il sera difficile de s'attaquer à la cause profonde
- Les ressources disponibles pour s'attaquer à la cause profonde
- S'il existe un ordre logique pour adresser les causes profondes

Le processus de recherche de la bonne cause à traiter peut impliquer des essais et des erreurs. Si l'équipe décide de s'attaquer à une cause fondamentale identifiée et que le problème persiste, ce n'est probablement pas la cause première. Jetez un autre regard sur les causes profondes identifiées et continuez à demander "Pourquoi?"

Remarque 1: la suppression d'un facteur contributif peut améliorer la situation, mais n'empêche pas nécessairement le problème de se produire. C'est une façon de distinguer un facteur contribuant d'une raison principale / cause principale

Remarque 2: JSI UI-FHS Project Fishbone Diagram Job Aid, December 2017 Essayez des solutions sous votre contrôle pour améliorer la situation. Partagez également votre arête de poisson avec les plus hauts. Demandez-leur de vous aider à résoudre les causes profondes que votre équipe ne peut pas résoudre.

2a. Planification des sessions

Se référer à l'annexe 4.1 du guide OMS Vaccination pratique:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206455/1/9789242549096_fre.pdf

Pour l'année à venir, le processus et les tableaux requis pour planifier le nombre de séances, les stratégies de prestation et les ressources clés pour atteindre la population cible admissible, en mettant l'accent sur les populations à risque élevé.

Un outil basé sur la formation sanitaire.

Exemples de tableaux donnés ci-dessous, mais se référer à Immunisation en pratique pour le processus.

Date de remplissage: _____ Nom de la Zone / Province: _____

District _____ Formation sanitaire: _____

Centre de santé: plan de session global					Estimation de la fréquence des sessions	Population totale de la communauté	Fréquence des sessions (30 enfants par vaccinateur par session)	
Nom de la communauté (Notez que cela inclut toutes les communautés, dont certaines peuvent être programmées pour des sessions fixes (au centre de santé) et d'autres pour la stratégie avancée)	Distance de la FS en km ou temps requis pour atteindre la FS (minutes)	Type de session (fixe ou avancée)	Population totale	Fréquence des sessions			1 vaccinateur par session	2 vaccinateurs par session
					Calendrier pour 4-5 contacts			

Nom du village/ services/ sites d'offres de services	Population cible par an							Distance ou temps jusqu'au poste de vaccination (km ou minutes)	# injections par an	Type de session Fixe (F), Avancée (A) & Mobile (M)	Sessions			autres activités clés de SMNI pour intégration (eg. Vit A ou mebendazole)	Populations à haut risque
	naissances vivantes	nourrissons survivants	femmes enceintes	femmes en âge de procréer (15-45)	Population cible pour le vaccin contenant l'anatoxine tétanique	12-23 mois	12-59 mois				Cible VPH	Jour de la session	# par mois		
A	B	C	D	E	F	G	J		K	N	O	P	Q	R	
Total															

4a. Liste de contrôle de la supervision formative

Exemple générique complet d'une liste de contrôle de supervision d'appui à l'usage du personnel de district.

Outil basé au district

Nom et type de formation sanitaire: _____

Nom (s) et poste du fournisseur de soins de santé (s): _____

Nom du superviseur: _____

Date de la supervision: _____

Partie 1: Format d'évaluation

Pratiques clés	Excellent	Acceptable	Besoins de travail

Note: Cochez (✓) une colonne pour chaque pratique. Les pratiques devraient inclure des normes techniques nationales concernant des pratiques telles que la vérification et l'enregistrement des températures du réfrigérateur deux fois par jour, conformes à la politique de contre-indication de la vaccination et à la politique sur les flacons multidoses; ainsi que des pratiques reflétant des attitudes positives, par exemple communiquer clairement des informations clés aux gardiens d'enfants, traiter les familles avec gentillesse et sensibilité, respecter et travailler en coopération avec les superviseurs.

Part 2: Donnez votre feedback au (x) prestataire (s) de santé sur ce qu'il fait bien et sur ce qu'il doit améliorer. Discutez ensuite des zones les plus faibles et parvenez à un accord avec le (s) fournisseur (s) sur un ou trois domaines qu'ils acceptent d'améliorer. Si possible, le directeur de l'établissement devrait participer.

Part 3: Discuter avec le (s) prestataire (s) de la façon dont des améliorations peuvent être apportées dans les un à trois domaines plus faibles. Considérez ce que vous pouvez faire pour aider, ce que le ou les prestataire doivent faire et ce que les autres (directeur d'établissement, personnel au niveau du district ou de la province, leaders communautaires ou membres) doivent faire pour remédier aux pratiques les plus faibles. Notez le plan dans le formulaire ci-dessous. Conservez cette copie et donnez une autre copie au (x) fournisseur (s). Finalement, proposez approximativement quand vous pourriez revenir pour évaluer les pratiques à nouveau.

Note: La partie de l'évaluation de la supervision formative se fait au moyen d'une combinaison d'observation, de questions aux prestataires et d'examen des dossiers. Ne jamais critiquer ou corriger un prestataire en public. Si un ou deux prestataires ont besoin d'améliorer un certain domaine, discuter, ou même démontrer, comment le faire mieux devant tout le personnel. Il est préférable de présenter le problème comme un problème que tous peuvent résoudre ensemble; par exemple, certains prestataires donnent des informations incomplètes aux mères et ne les invitent pas à poser les questions. Comment tous les prestataires peuvent-ils améliorer cela?

Le superviseur devrait conserver les formulaires d'évaluation avec les points d'action agréés de commun accord afin de pouvoir comparer les résultats au fil du temps. Il / elle devrait toujours apporter ces formulaires d'évaluation et d'agrément de points d'actions de la dernière supervision à la suivante.

General Information

- 1 Nom de la formation saniataire: _____ Qui possède la FS: _____
District _____ Etat _____
- 2 Date de la visite: _____ Date de la supervision antérieure: _____
- 3 Nom et position de la personne contactée/supervisée: _____
- 4 Population totale de la zone de responsabilité: _____
- 5 Target population cible pour l'année: _____ Total naissantes/femmes enceintes: _____
Nourrissons survivants: _____ femmes en age de procréer: _____
- 6 Sites de vaccination fixes: _____ Site de stratégies avancées: _____
Mobile: _____
- 7 Ya t-il des communautés difficiles d'accès? Oui _____ Non _____
- 8 Si oui, Nombre de communautés difficiles d'atteindre: _____ Total population: _____
- 9 Les activités du PEV sont elles menées par un personnel formé au PEV? Oui _____ Non _____
- 10 Si oui, quand? _____
- 11 Le document de politique du PEV est il disponible? Oui _____ Non _____
- 12 Les plans et budgets du pays sont-ils préparés chaque année? Oui _____ Non _____

II. Plan PEV:			
No	Description	Oui	Non
1	Existe-t-il un plan de travail PEV mis à jour (mensuel / trimestriel), comprenant les stratégies avancées et mobiles?		
2	Y a-t-il des vaccins annuels et trimestriels, des seringues AB, des seringues de dilution et des boîtes de sécurité prévues pour la FS?		
3	Les services avancés et fixes ont-ils été rétablis selon l'approche ACD?		
4	Existe-t-il un plan de mobilisation sociale intégré au plan PEV?		
III. Offre des services de vaccination			
1	Est-ce que toutes les séances de vaccination prévues ont eu lieu?		
2	La FS a-t-elle monitoré sa couverture vaccinale tous les mois?		
3	Si oui, comparez la couverture par rapport à l'ensemble de la zone de responsabilité pour les nourrissons survivants?		
4	Couverture BCG _____ (___%)		
	Couverture au Pentavalent3 _____ (___%)		
	Couverture VPO3 _____ (___%)		
	Couverture PCV3 _____ (___%)		
	Couverture Rota2 _____ (___%)		
	Coverage Rougeole _____ (___%)		
	Couverture femmes enceintes au VAT2+ _____ (___%)		

III. Offre des services de vaccination		
5	Couverture VAT2+ femmes en age de procréer _____ (____%)	
6	Is Vitamin A given as part of your routine EPI program?	
7	La vitamine A est-elle administrée dans le cadre de votre programme PEV de routine?	
7	Y a-t-il un mécanisme de traçage des défaillant? Si oui, précisez —	
IV. Outils de monitoring du PEV		
1	Le graphique de monitoring de la vaccination a-t-il été mis à jour pour le mois en cours et utilisé correctement??	
2	Le taux d'abandon est-il monitoré mensuellement?	
3	Quel est le taux d'abandon actuel pour les vaccins énumérés ci-dessous?	
4	i) PENTAVALENT1-PENTAVALENT3 _____%	
5	ii) PENTAVALENT1-VAR1 _____%	
6	iii) Femmes enceintes VAT1-VAT2 _____%	
7	iv) Femmes non enceintes VAT1-VAT2 _____%	
8	Un superviseur a-t-il visité ce centre de santé au dernier trimestre??	
9	Y a-t-il eu des commentaires écrits du superviseur??	
10	Y a-t-il eu des réunions régulières d'évaluation de la performance du PEV menées par le comité de santé de Boma?	
11	L'agent de santé communautaire a-t-il été impliqué dans les évaluations du PEV?	
12	Si oui qui et à quelle fréquence?	
13	Avez-vous déjà exploré le degré de satisfaction des utilisateurs pour le PEV?	
V. Gestion des vaccins et de la chaîne du froid		
1	Y a-t-il suffisamment de vaccins pour au moins un mois au niveau de la FS?	
2	La personne de la chaîne du froid connaît-elle les mesures à prendre pendant une interruption de courant?	
3	Y a-t-il assez de mèches et de verres?	
VI. Sécurité des Injections		
1	Y a-t-il une quantité suffisante de seringues autobloquantes pendant un mois?	
2	Des boîtes de sécurité sont-elles utilisées pour les aiguilles et les seringues?	
3	L'incinérateur est-il disponible et utilisé correctement??	
4	Utilisez-vous une seringue de dilution pour chaque flacon?	
5	A la fin des sessions du PEV, que faites-vous avec les boîtes de sécurité remplies? (Spécifier: _____)	

VI. Sécurité des Injections			
6	Que faites-vous face à des Manifestations Adverses suivant la vaccination (MAPI)? (Spécifier: _____)		
VII. Mobilisation communautaire / implication communautaire			
1	Comment la mobilisation est-elle menée pour la vaccination dans la communauté??		
2	Qui mobilise la population cible au niveau communautaire?		
3	La communauté participe-t-elle à la sélection du site de sensibilisation?		
4	La communauté participe-t-elle à la planification des séances de sensibilisation??		
5	Y a-t-il une participation communautaire à la mobilisation des mères?		
6	À quelle fréquence les comités de santé communautaire se réunissent-ils?		
VIII. Soutien du niveau supérieur			
1	Cette formation sanitaire reçoit-elle des commentaires sur les rapports mensuels du PEV?		
2	Cette formation sanitaire reçoit-elle des politiques et des lignes directrices du PEV?		
3	Le district conduit-il des réunions de revues? Si "oui," A quelle fréquence?		
4	Est-ce que ce centre de santé reçoit un soutien financier pour mener les services du PEV?		
5	Est-ce que ce centre de santé reçoit régulièrement du kérosène ou du gaz??		
6	Cet établissement de santé reçoit-il régulièrement des formats de rapports?		
IX. Observations by supervisors			
1	La date d'expiration et le numéro de lot des vaccins sont-ils enregistrés?		
2	Avez-vous des réfrigérateurs en panne? Combien? _____, Type: _____, Raisons du non fonctionnement		
3	Le réfrigérateur est-il placé près du mur, d'un l'objet chauffant, de la lumière du soleil?		
4	Quelle est la température actuelle du réfrigérateur?		
5	Est-ce que quelqu'un enregistre la température du réfrigérateur deux fois par jour, y compris les week ends?		
6	La température du réfrigérateur est-elle supérieure à + 8°c et / ou <2° c au cours du dernier mois? Quelle était la plage?		
7	Y a-t-il des matériaux inutiles placés sur le dessus du réfrigérateur?		
8	Y a-t-il suffisamment de packs de glace dans le compartiment de congélation?		
9	Y at-il du gel au-delà de la quantité acceptable au-dessus de 5 mm?		
10	Quelle est la méthode de décongélation?		
11	Les vaccins sont-ils stockés dans le compartiment approprié?		
12	Y a-t-il un vaccin qui a dépassé la date de péremption dans le réfrigérateur?		

IX. Observations par les superviseurs			
13	Y a-t-il des flacons de vaccin sans étiquette dans le réfrigérateur?		
14	Y a-t-il des vaccins PENTAVALENT ou VAT congelés confirmés par un test d'agitation?		
15	Y a-t-il des flacons avec PCV qui ont atteint le point de non utilisation?		
16	Les aiguilles sont-elles séparées de la seringue après utilisation?		
17	Les aiguilles sont-elles recapuchonnées?		
18	Est-ce qu'une seule seringue de dilution est utilisée pour un flacon?		
19	Les horaires de vaccination des enfants et des femmes et la contre-indication à la vaccination ont-ils été expliqués?		
20	Le statut vaccinal des enfants et des mères est-il vérifié?		
21	Les mères sont-elles informées du moment de la prochaine vaccination?		
22	Y a-t-il des vaccins BCG et antirougeoleux reconstitués avant 6 heures?		
23	Le nombre de flacons de vaccin antirougeoleux / BCG disponibles est-il égal au nombre de flacons de diluants?		
24	La politique sur les flacons multi-doses ouverts est-elle utilisée?		
25	Les flacons ouverts sont-ils correctement étiquetés et conservés dans le réfrigérateur?		
26	Y a-t-il un endroit spécifique dans le réfrigérateur pour les flacons ouverts?		
27	Cet établissement de santé utilise-t-il des feuilles de pointage et des formats de rapport appropriés?		
28	Les feuilles de pointage et les formats de rapport utilisés sont-ils correctement classés?		
29	Les rapports sont-ils complets?		
30	Les rapports sont-ils faits à temps?		
31	Vérifier la validité des doses en comparant les rapports de vaccination provenant des registres pour: 1) PENTAVALENT1 à PENTAVALENT2 2) VAT1 à VAT2		
32	Vérifier la validité des doses en vérifiant l'âge de l'enfant lors de la réception du vaccin 1) Nombre de doses de PENTAVALENT1 reçues avant l'âge de 6 semaines au cours du mois précédent. Nombre: _____ 2) Nombre de doses de ROUGEOLE reçues avant l'âge de 9 mois au cours du mois précédent. Nombre: _____ 3) Nombre d'enfants vaccinés après l'âge d'un an et mal classifiés et déclarés comme étant sous un dans le mois précédent. Nombre: _____		
33	Les dates de naissance de tous les enfants sont-elles documentées?		
34	Toutes les dates de réception du vaccin sont-elles documentées?		
35	Y a-t-il un agent de santé affecté en stratégie avancée communautaire??		
36	Existe-t-il un registre d'inscription au PEV pour la communauté??		
37	Les pertes en vaccin sont-elles monitorées?		
38	Si oui, comparez le taux de perte de : 1. BCG _____% 2. VAR _____%, 3. PENTAVALENT _____% 4. VPO _____%, 5. VAT _____%		

X. Interview de sortie des clients**Questions:**

1. Les parents / gardiens ont-ils été informés du vaccin et des MAPI?
2. Est-ce que les clients savent quand revenir pour la prochaine vaccination?

	Question 1		Question 2	
1^{ère} Interview	Oui	Non	Oui	Non
2^{ème}	Oui	Non	Oui	Non
3^{ème}	Oui	Non	Oui	Non
4^{ème}	Oui	Non	Oui	Non
5^{ème}	Oui	Non	Oui	Non

4b. Supervision de soutien des formations sanitaires et fiche d'auto-évaluation

Une brève évaluation pour la revue de la FS par le personnel du district ou l'auto-évaluation par le personnel des FS.

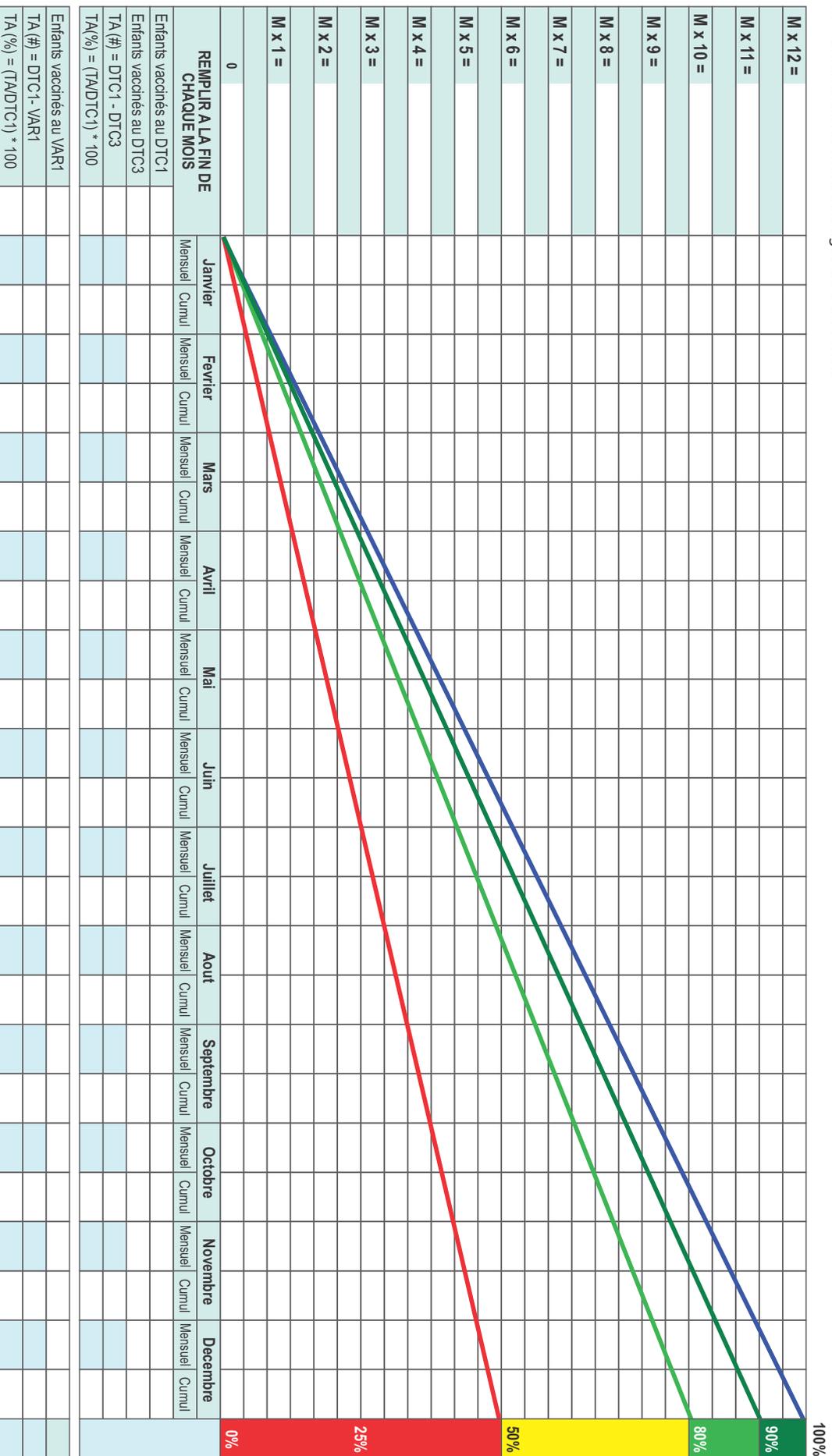
Pour une utilisation au niveau de la formation sanitaire, soit par district (dans le cadre de la supervision de soutien) ou le personnel de l'établissement de santé (comme auto-évaluation)

Nom du district: Xx		Quartier: Yy		Nom / Type d'établissement de santé FS/Dispensaire				
	Nu- méro	Année: 20XX Nom de l'évaluateur Auto evaluation (AE) or Supervision Formative (SF)	Jour / Mois de la revue		5/1 AB SA	10/2 AB SA	4/3 MJ SS	18/4 AB SA
Planifi- cation	1	Carte (limites des zones de captage, agglomérations, FS, sites pour SA)?	Non	Non	Oui	Oui		
	2	Liste des villages de la zone de responsabilité avec leur population de moins d'un an et population totale	Non	Non	Non	Oui		
	3	Zone d'attente (places assises)?	Non	Oui	Oui	Oui		
	4	Affiche sur le PEV en langue locale dans la salle d'attente?	Non	Oui	Oui	Oui		
	5	Horaire de session fixe ou avancée affichée sur le mur dans la salle d'attente?	Non	Oui	Non	Oui		
	6	Toutes les sessions fixes/ avancées tenues le mois dernier?	Oui	Non	Non	Non		
	7	Copie du rapport mensuel PEV envoyé pour le mois précédent?	Oui	Oui	Non	Oui		
	8	Registre PEV avec toutes les colonnes appropriées disponibles?	Non	Non	Oui	Non		
	9	Les colonnes du registre ont été remplies correctement?	Non	Non	Non	Non		
Don- nées	10	Données dans le registre = données dans le rapport mensuel (le mois dernier)?	Non	Oui	Non	Oui		
	11	Feuilles de pointage utilisées au cours du dernier mois?	Non	Non	Oui	Oui		
	12	Couverture cumulative / graphique de suivi des abandons mis à jour?	Oui	Oui	Non	Oui		
	13	Formulaire d'évaluation dans le dossier?	Non	Oui	Oui	Oui		
	14	Auto-évaluations enregistrées par le personnel de la FS le mois précédent?	Non	Oui	Non	Oui		
	15	Transaction de vaccin standard et registre d'approvisionnement disponible?	Non	Oui	Non	Oui		
	16	Transaction et approvisionnement de vaccins en cours d'utilisation, corrects, à jour?	Non	Oui	Non	Oui		
	17	Au moins deux porte vaccins de type GEOSTYLE?	Oui	Oui	Oui	Oui		
	18	Suffisamment de seringues de reconstitution (5ml, 18g)/ aiguilles en stock?	Non	Non	Oui	Oui		
Vac- cins	19	Assez seringues / aiguilles BCG en stock?	Oui	Oui	Non	Oui		
	20	Assez seringues stériles / aiguilles (0.5ml, 23g / 25mm) en stock?	Non	Non	Oui	Non		
	21	Assez de cartes de santé pour enfants?	Non	Non	Oui	Non		
	22	Au moins une boîte de sécurité inutilisée en stock?	Non	Non	Oui	Oui		
	23	Les fournitures sont soigneusement rangées?	Non	Non	Non	Non		
Maté- riel d'injec- tions	24	Seringues / aiguilles usagées brûlées / enterrées (toutes seringues / aiguilles brûlées)?	Non	Non	Oui	Oui		
	25	Zone autour de la FS sans seringues et aiguilles usagées?	Non	Non	Oui	Oui		
Total	Number		5	11	13	19		
	%		20%	44%	52%	76%		

5.a Tableau de bord

Un tableau utilisé au niveau des établissements de santé pour suivre mensuellement les performances cumulatives de vaccination par mois

M = Enfants cibles mensuels âgés de 0 à 11 mois



6.a Logistique et chaînes d'approvisionnement

Date de remplissage: _____ Zone: _____ District: _____ Formation sanitaire: _____

Vaccins et fournitures	Population cible (Tool 3)		Doses	Couverture attendue %	Sessions par semaine	Semaines par an	Taille moyenne de la session	Taille du flacon		Etat de la politique multidoses de flacons entamés	Taux de perte anticipé	Doses nécessaires		Tampon / Sécurité	
	No.	A						No.	B			No.	C		No.
BCG (Naissances vivantes)		120								No	89%	960	80		
Hep B dose de naissance			1					10							
Pentavalent (Nourrissons survivants)			3		5			1							
Oral Polio Vaccine (OPV) (LB)			4		5			10							
VPI			1		5			1							
VAR/R/R			2		2			10							
FJ			1		2			10							
Vaccin PCV (SI)			3		5			1							
VaccinRotavirus (SI)			2		5			2							
Toxine Tétanique (VAT/Td) (Enceinte)			2		3			10							
VPH			2		2			10							
Men A			1		2			10							
Vit A 100.000 IU* (< 1 an)			2		2										
Vit A 200.000 IU** (2-5 ans)			6		0.5										
Mebendazole-500mg (12-59 mois)			1		0.5										
Autre fourniture (MILD, etc.)															

Taille moyenne de la session (F) = Pop cible. (A) * Doses par cible (B) * Couverture prévue (C) / (Sessions par semaine (D) * # semaines par an €
Taux de perte (I) = (Doses de flacons ouverts par session - Doses administrées par session) / Doses de flacons ouverts par session
Consommation mensuelle = # flacons ouverts par mois * # doses par flacon
Besoins mensuels = besoin annuel / 12

Une formule basée sur la population est utilisée pour simplifier! La méthode proposée ici est une tentative de simplification
Toutes les données d'entrée proviennent de la micro-planification (c'est-à-dire la population cible, la couverture prévue, la fréquence des sessions et # semaines par an).
De plus, il est nécessaire d'entrer des informations sur le vaccin utilisé (taille et statut du flacon en ce qui concerne la politique multidoses de flacons entamés, c'est-à-dire le nombre de semaines qu'un flacon ouvert peut être réutilisé. La fréquence d'approvisionnement est mensuelle au niveau de la Formation sanitaire

6.b Prévisions en matériel d'injection

Date de remplissage: _____ Zone: _____ District: _____ Formation sanitaire: _____

Matériel d'injection	Vaccin annuel et fournitures nécessaires			Calculs	Seringues nécessaires	
	Doses A	Flacons B	Stock tampon (25%) C		Annuel E	Mensuel F
Seringues autobloquantes BCG 0.05ml (Outil 6A (J) = annuellement)				1 par dose		
Seringues BCG de Dilution 1ml (Outil 6A (J)/20= annuellement)				1 par flacon		
Seringues AB pour vaccin Pentavalent 0.5ml (Outil 6A (J) = Annuellement)				1 par dose		
Seringues AB pour vaccin anti Pneumococcique 0.5ml (Outil 6A (J) = Annually)				1 par dose		
Seringues AB pour VAR 0.5ml (Outil 6A (J) = Annuellement)				1 par dose		
Seringues de Dilution VAR 5ml (Outil 6A (J)/10 = Annuellement)				1 par flacon		
Seringues AB pour VAT pour femmes enceintes 0.5ml (Outil 6A (J) = Annuellement)				1 par dose		
Total seringues						
Boîte de sécurité 5 litres (# Boîtes de sécurité = Total (0.5+0.05+ 1 + 5) ml/100)				1 pour 100 seringues		

Il n'est pas nécessaire d'ajouter un facteur de perte en plus des doses de vaccins estimées. Cela conduira à une double comptabilisation du gaspillage, puisque l'estimation des doses de vaccin a déjà inclus un taux de perte.

OP. Échéancier

Échéance: liste des enfants éligibles de moins de 5 ans et des femmes avant la session (dû et défaillant)

Objectif: s'assurer que la communauté est informée avant la session et que les enfants et les femmes éligibles seront présents pour la session de vaccination.

Listes de suivi pour les enfants et les mères avant la séance de vaccination.

Liste de suivi des enfants

Nom de la Formation sanitaire: _____ Date: _____

Nom du Village: _____

	Nom de l'enfant	Nom de la mère	Age en Mois	Remarques
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
etc				

Liste de suivi des femmes pour les doses de VAT

Nom de la Formation sanitaire: _____ Date: _____

Nom du Village: _____

	Nom de la femme	Statut vaccinal VAT	Remarques
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
etc			

Calendrier de vaccination
Naissance: BCG et VPO 0
A 6 semaines: Penta1, PCV1, VPO1 and Rota1
A 10 semaines: Penta2, PCV2, VPO2 and Rota2
A 14 semaines: Penta3, PCV3, VPO3 and VPI
A 9 mois: VAR1 et FJ

INSTRUCTIONS POUR LE SUIVI DU STATUT D'IMMUNISATION DES ENFANTS DANS UN VILLAGE (OUTIL MVMM)

Cet outil est utilisé pour suivre l'état d'immunisation des enfants dans une communauté. C'est la responsabilité de chaque chef de village de veiller à ce que chaque enfant de son village soit protégé contre les maladies évitables par la vaccination.

a. Comment suivre le statut vaccinal des enfants dans un village

- 1 Enregistrer tous les enfants de moins d'un an dans le village.
- 2 Pendant l'enregistrement, collecter des informations sur tous les antigènes reçus à l'aide d'un cahier.
- 3 Transférer les informations du carnet sur ce graphique.
- 4 Suivi mensuel des enfants et mise à jour des antigènes reçus le mois précédent à l'aide d'un cahier.
- 5 Transférez les informations du carnet sur ce graphique.
- 6 Lorsqu'un enfant naît dans le village, enregistrez l'enfant et collectez toutes les informations de vaccination

b. Comment écrire sur ce graphique

- 1 Écrivez le premier enfant en bas de ce tableau et les suivants en haut.
- 2 Écrivez le nom de l'enfant en écrivant à la fois le nom de l'enfant et le nom du père (nom de famille).
- 3 Écrivez la date de naissance de chaque enfant en indiquant le jour, le mois et l'année de naissance de l'enfant.
- 4 Indiquez le sexe de l'enfant. Ecrire M pour un homme et F pour une femme.
- 5 Indiquer les vaccinations données à l'enfant en écrivant la date à laquelle l'antigène a été reçu dans la cellule fournie sous chaque antigène. La date devrait avoir le jour, le mois et l'année.
- 6 Si l'enfant a un an, vérifier s'il a reçu tous les vaccins et cocher oui ou non sous immunisation complète.

c. Comment utiliser ce tableau

- 1 Ce tableau devrait être gardé en lieu sûr par le chef ou toute personne nommée par le chef.
- 2 Ce tableau devrait être utilisé à la fois par les volontaires et les agents de santé pour surveiller la couverture vaccinale dans leur village.
- 3 Ce tableau devrait être rendu public lorsque l'occasion se présente, afin que les communautés puissent

OP. Suivi des défailants

Se référer à la boîte à échéancier dans la vaccination pratique et le suivi des perdus de vue

Liste des enfants de moins de 2 ans et des femmes qui ont raté la session (compilé après la session)

Objectif: veiller à ce que les enfants et les femmes qui ont manqué la séance de vaccination soient suivis.

SUIVI DES ENFANTS NON VACCINES

Listes de suivi pour les enfants et les mères après la séance de vaccination

Liste de suivi des enfants

Nom du centre de santé _____ Date: _____

Nom du Village: _____

	Nom de l'enfant	Nom de la mère	Age en Mois	Autre Information
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
etc				

Liste de suivi des doses de VAT chez les femmes

Nom du centre de santé _____ Date: _____

Nom du Village: _____

	Nom de la femme	Statut vaccinal VAT	Autre Information
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
etc			

OP. Fiche de suivi

Se référer à l'analyse de situation et planning dans la vaccination pratique

Visites dans les villages prioritaires pour mesurer le statut vaccinal des enfants et des femmes -porte à porte

Le but de cette étape est de comprendre les raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas vaccinés et l'écart de vaccination dans la communauté et de comparer les résultats avec le registre. En cas de divergences entre les résultats et le registre, le registre sera complété et amélioré.

Date : _____ Village / Nom de la zone: _____ Distance du Site fixe: _____ km

Nom de la formation sanitaire: _____ Nom du chef d'équipe: _____

Questions sur la vaccination des enfants de moins de deux ans (0-23 mois) et des mères (femmes en âge de procréer (15-49 ans))

Réponse	Pointage			Total
A. Comptabiliser le nombre de ménages visités				
B. Statut de vaccination par carte:	Compte d'enfants	Compte de mères	Total d'enfants	Total de mères
Non vacciné (jamais vacciné)				
Partiellement vacciné				
Adéquatement ou totalement vaccinés (pour leur âge)				
Aucune carte disponible carte perdue				
Aucune carte disponible Jamais vacciné				
C. Nom de l'enfant	Raisons données pour être partiellement ou jamais immunisé			

D. Nom de la mère	Raisons données pour être partiellement vacciné avec VAT / Td

E. Suggestions pour l'amélioration

OP. Suivi des programmes des séances

Monitorer le programme des sessions (fixe, mobile, mobile (préciser « au besoin ») moyens de transport et contact avec la communauté

Objectif: planifier des séances de vaccination dans chaque village / localité / quartier de la zone de recrutement du centre de santé

Nom de villages / agglomérations / quartiers dans la zone de desserte de l'établissement de santé	Activité pour aborder la communauté à haut risque (« Difficile à atteindre ») ¹ spécifier le type	type de session (fixe, mobile ou mobile)	Fréquence des sessions (hebdomadaire, mensuel, etc...)	Nom du contact communautaire et numéro de téléphone #	Date prévue et de mise en œuvre	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Jun	Juil	Aout	Sep	Oct	Nov	Dec
					Date planifiée:												
					Date mise en œuvre:												
					Date planifiée:												
					Date mise en œuvre:												
					Date planifiée:												
					Date mise en œuvre:												
					Date planifiée:												
					Date mise en œuvre:												
					Sessions menées:												
					Date planifiée:												
					% menées												
					Date planifiée:												
					Date menée:												
Suivi de la mise en œuvre de la session et notification des problèmes																	
Autres activités et autres interventions																	
-																	

¹ Les communautés à haut risque sont les communautés représentant les plus grands écarts d'immunité. L'analyse des facteurs d'inégalité identifie les groupes à haut risque possibles. Peut inclure les citadins (pauvres des villes), les populations isolées, les travailleurs migrants, les réfugiés, les groupes ethniques spéciaux, les groupes religieux, etc.

OP. Calcul de la dimension des séances

Table 4b: Combien de séances sont nécessaires dans le village / établissement ou quartier?

Objectif: décider de la fréquence des sessions, en fonction de la taille de la population totale. La dernière vous donnera un nombre gérable d'enfants pour une stratégie avancée

Population Totale	Population cible annuelle (enfants <1 an)	Population Totale	Population cible annuelle (enfants <1 an)	Injections par an <i>10 injections par enfant</i>	Nombre moyen d'injections	Type de Session	Frequence des sessions par mois	Nombre de sessions recommandées
3% population totale*		4% population totale*		Population cible annuelle x 10	Nombre annuel d'injections / 12	type	Fixe >80 injections par session; Avancée >40 injections par session	Revue, basée sur le jugement
3%		4%						
100,000	3,000	75,000	3,000	21,000	1,750	fixe	21.9	journalier
66,667	2,000	50,000	2,000	20,000	1,667	fixe	20.8	3 fois par semaine
13,333	400	10,000	400	4,000	333	fixe	4.2	hebdomadaire ou journalier
20,000	600	15,000	600	6,000	500	avancée	12.5	3 fois par semaine
16,667	500	12,500	500	5,000	417	avancée	10.4	2 fois par semaine
11,667	350	8,750	350	3,500	292	avancée	7.3	2 fois par semaine
10,000	300	7,500	300	3,000	250	avancée	6.3	Hebdomadaire
6,667	200	5,000	200	2,000	167	avancée	4.2	Hebdomadaire
5,000	150	3,750	150	1,500	125	avancée	3.1	Deux fois par semaine
3,333	100	2,500	100	1,000	83	avancée	2.1	Deux fois par semaine
1,667	50	1,250	50	500	42	avancée	1.0	mensuel
1,000	30	750	30	300	25	avancée	0.6	mensuel
833	25	625	25	250	21	avancée	0.5	Tous les 2 mois
500	15	375	15	150	13	avancée	0.3	Tous les 2 mois
333	10	250	10	100	8	avancée	0.2	Tous les 3 mois
167	5	125	5	50	4	avancée	0.1	Tous les 3 mois

OP. Plan sommaire des activités

Zone: _____ District: _____ Formation sanitaire: _____

s/n	Activités	Details	Date de début	Date de fin	Cout total	Person responsable	Remarques
A	Plannification et gestion des ressources						
A1							
A2							
A3							
B	Atteindre toutes les populations éligibles						
B1							
B2							
B3							
C	S'engager avec les communautés						
C1							
C2							
C3							
D	Supervision Formative						
D1							
D2							
D3							
E	Monitoring et utilisation des données pour action						
E1							
E2							
E3							
	Grand total						

OP. Plan de travail annuel de la vaccination de routine

Date de remplissage: _____ Zone: _____ District: _____ Formation sanitaire: _____

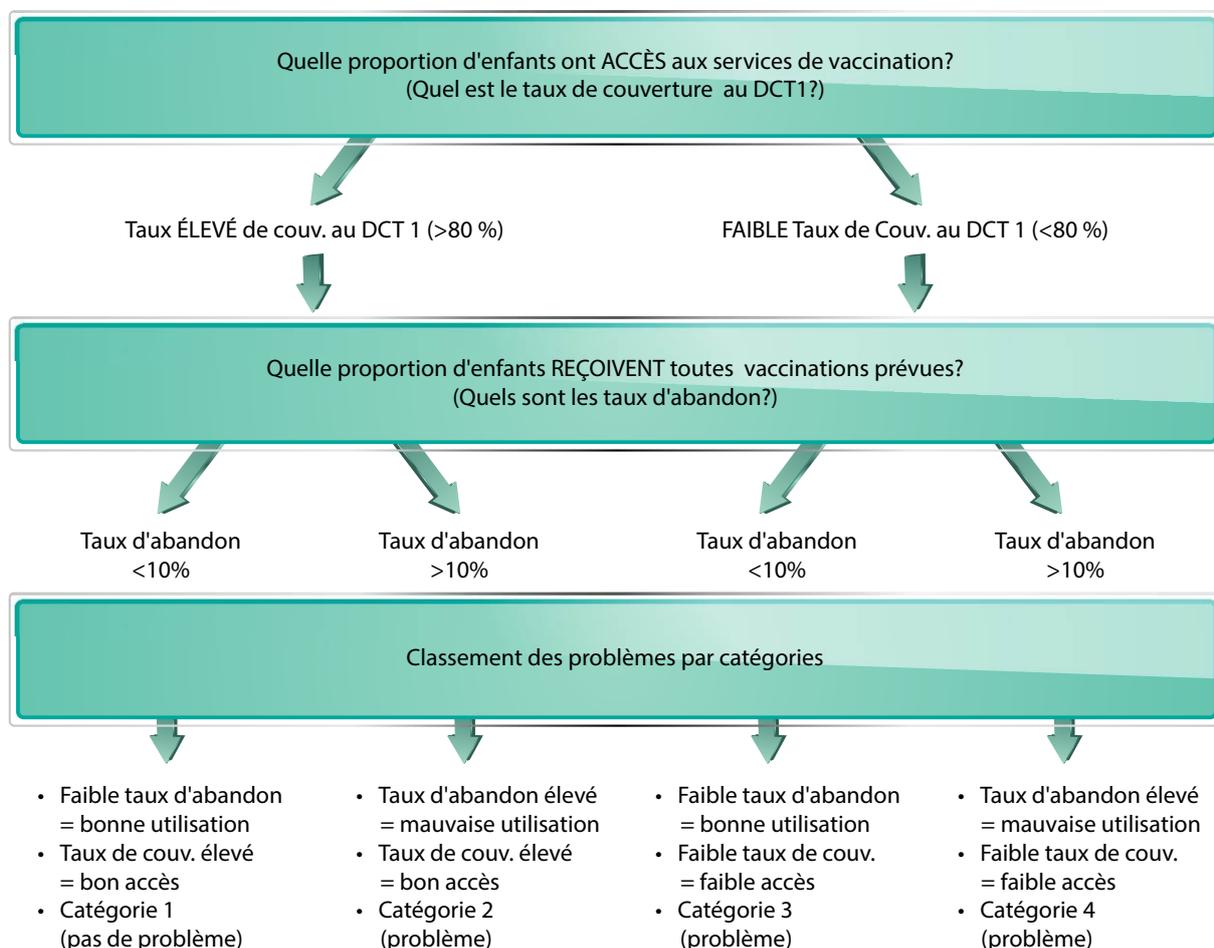
Nom du site de fourniture de service	Plan de Session (Fixe/Avancée)	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUN	JUL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Total sessions planifiées	Total sessions tenues	% sessions PEV tenues VS planifiées
Fixe	Date planifiée															
	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
	Date planifiée															
	Date de tenue															
Avancée 1	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
	Date planifiée															
	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
Avancée 2	Transport															
	Date planifiée															
	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
Avancée 3	Date planifiée															
	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
	Date planifiée															
Avancée 4	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
	Date planifiée															
	Date de tenue															
Avancée 5	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
	Date de tenue															
	% sessions tenues selon le plan															
	Transport															
Grand Total																



ANNEXE 3

ANALYSE DE L'ACCÈS ET DES CAS D'ABANDON

ANNEXE 3: ANALYSE DE L'ACCÈS ET DES CAS D'ABANDON²



Catégorie 1 : Pas de problème

Forte couverture en DCT1 = **bon accès**

Faibles taux d'abandon = **bonne utilisation et fourniture régulière de services de bonne qualité**

Catégorie 2 : Problème

Forte couverture en DCT1 = **bon accès**

Taux d'abandon élevés = **faible utilisation** et/ou **fourniture irrégulière** de services ou services de **mauvaise qualité**.

Catégorie 3 : Problème

Faible couverture en DCT1 = **faible accès**

Faibles taux d'abandon = **bonne utilisation et fourniture régulière** de services de **bonne qualité**, au moins dans les zones accessibles

Catégorie 4 : Problème

Faible couverture en DCT1 = **faible accès**

Taux d'abandon élevés = **faible utilisation** et/ou **fourniture irrégulière** de services ou services de **mauvaise qualité** au moins dans les zones accessibles

² Increasing immunization coverage at the health facility level, WHO/V&B/02.27
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

