

Modules de formation en gestion des cadres du PEV

Niveau
intermédiaire

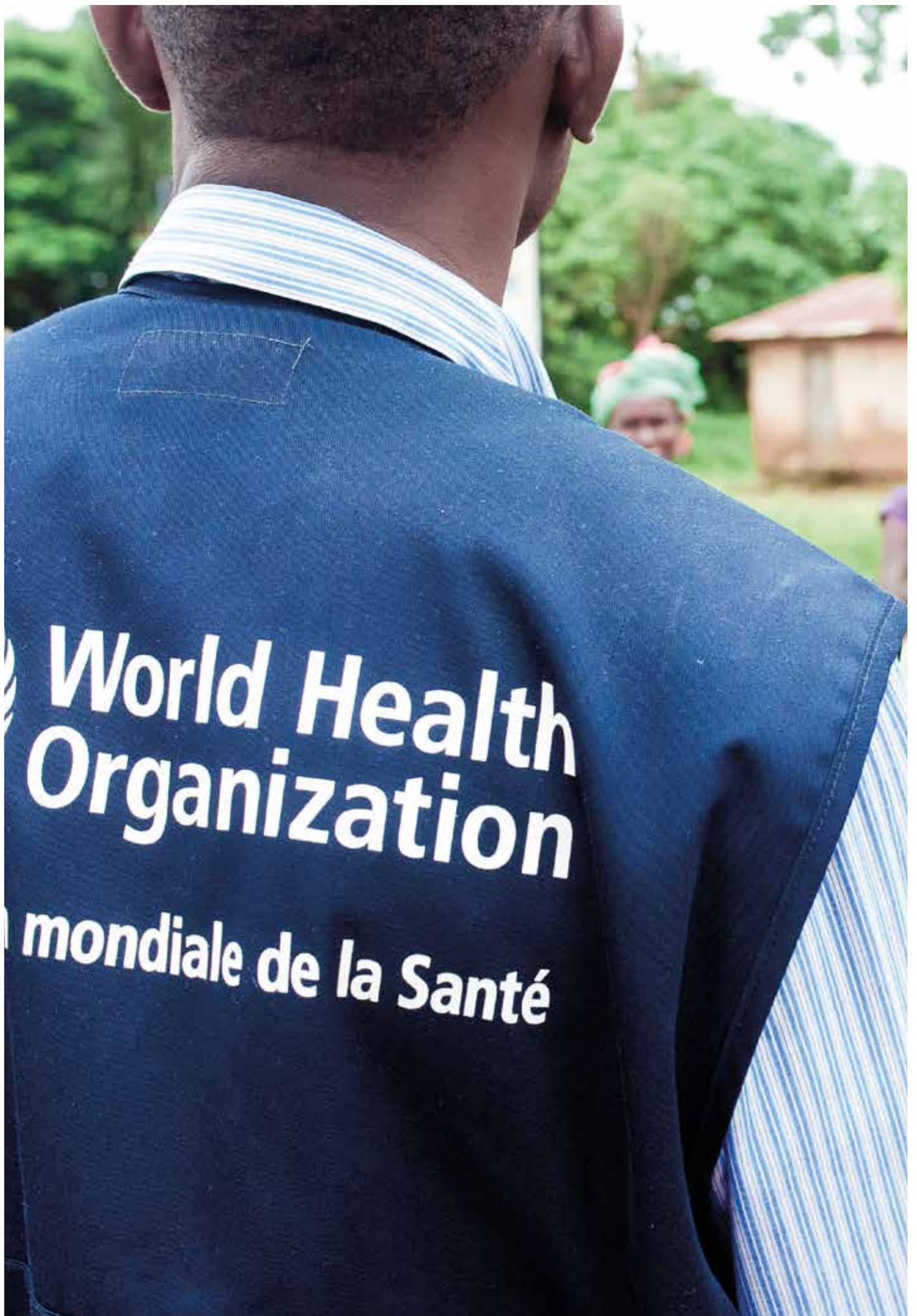
BLOC II. Planification/organisation

Module 5. Augmentation de la
couverture vaccinale



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



**World Health
Organization**

mondiale de la Santé

Modules de formation en gestion des cadres du PEV. Niveau intermédiaire

Liste des modules

BLOC I. Modules introductifs

Module 0. Introduction

Module 1. Approche de résolution des problèmes pour la gestion des services de vaccination

Module 2. Rôle du cadre du PEV

Module 3. Communication et participation de la communauté dans les programmes de vaccination

BLOC II. Planification/organisation

Module 4. Planification des activités de vaccination

Module 5. Augmentation de la couverture vaccinale

Module 6. Financement de la vaccination

BLOC III. Logistique

Module 7. Gestion de la chaîne du froid

Module 8. Gestion des vaccins

Module 9. Sécurité de la vaccination

Module 10. Gestion du transport

Module 11. Maintenance

BLOC IV. Nouveaux vaccins

Module 12. Introduction des vaccins nouveaux et sous-utilisés

BLOC V. Vaccination supplémentaire

Module 13. Comment organiser efficacement des journées nationales de la vaccination antipoliomyélitique et des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole

BLOC VI. Surveillance des maladies

Module 14. Comment conduire efficacement une surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination

BLOC VII. Suivi et évaluation

Module 15. Suivi et gestion des données

Module 16. Supervision formative par les cadres du PEV

Module 17. Conduire une enquête sur la couverture vaccinale

Module 18. Conduire une évaluation du programme de vaccination

BLOC VIII. Supports de formation

Module 19. Guide du formateur

Modules de formation en gestion des cadres du PEV

Niveau intermédiaire

BLOC II. Planification/organisation

Module 5. Augmentation de la couverture vaccinale

Module 5 : Augmentation de la couverture vaccinale

ISBN 978-929031278-9

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2018

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. Module 5 : Augmentation de la couverture vaccinale. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2018. 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.

Imprimé à Brazzaville, République du Congo

Table des matières

Remerciements	V
Abréviations et sigles	V
Glossaire	VII
1. Introduction	1
1.1 Contexte	2
1.2 Objectif du module	2
1.3 Public cible	2
1.4 Objectifs de la formation	2
1.5 Contenu du module	3
1.6 Comment utiliser ce module	3
2. Maladies évitables par la vaccination et vaccins	5
2.1 Maladies cibles et leur prévention par la vaccination	5
3. Stratégies de prestation des services de vaccination	11
3.1 Approche Atteindre Chaque District/Communauté (ACD/ACC)	11
3.2 Principales stratégies d'organisation des services de vaccination	12
3.3 Intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires clés	14
4. Compilation des données sur la population et la couverture	17
4.1 Description de la population et de la zone desservie	18
4.2 Calcul de la population cible annuelle	14
4.3 Calcul du taux de couverture vaccinale par antigène et par vaccin	19
4.4 Calcul du nombre d'enfants non vaccinés	19
4.5 Calcul des taux d'abandon	19
5. Identification des problèmes et proposition de solutions	23
5.1 Analyse des données en vue de l'identification des problèmes	23
5.2 Identification des causes des problèmes	25
5.3 Identification des solutions possibles	26
5.4 Hiérarchisation de vos choix par priorité : quel est votre premier choix ?	28
6. Utilisation des données pour planifier l'augmentation de la couverture vaccinale	31
6.1 Préparation de votre plan de travail	31
6.2 Élaboration du microplan du centre de santé	37
7. Suivi des progrès	43
7.1 Outils de suivi	43
7.2 Suivi des activités planifiées	44



Table des matières

Lectures recommandées	45
Annexe 1. Activités de planification pour atteindre chaque district	47
Annexe 2. Outils de suivi de la couverture vaccinale et d'évaluation des besoins communautaires de vaccination dans votre centre de santé	50
Annexe 2a. Comment élaborer un graphique de suivi des doses administrées et du taux d'abandon chez les enfants de moins d'un an	50
Annexe 2b. Systèmes de suivi pour identifier les perdus de vue par mois de naissance	51
Annexe 2c. Recommandations pour la rétro-information communautaire sur les services de vaccination à travers une enquête conviviale auprès des ménages	52
Annexe 3. Exemples de calculs de base	54
Annexe 4. Analyse des causes et solutions dans le cadre d'une zone présentant un taux d'abandon élevé et un faible taux d'accès	55
Annexe 5. Plan de travail pour les activités de stratégie avancée et autres activités spéciales au niveau communautaire	56
Annexe 6. Plan de travail visant à augmenter la couverture vaccinale par stratégie et type d'activité	57

Remerciements

Le Bureau régional de l'Afrique de l'OMS remercie toutes les personnes ressources du siège de l'OMS et de ses bureaux régionaux, sous-régionaux et nationaux qui ont participé à la révision des Modules de formation en gestion des cadres du PEV - Niveau intermédiaire. Le Bureau remercie également tous les partenaires, notamment le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), John Snow Inc, les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) à Atlanta, la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) et le réseau de soutien à la vaccination NESI (Network for Education and Support in Immunization) pour leur contribution à cette révision.

Abréviations et sigles

ACD/ACC	Atteindre Chaque District/Atteindre Chaque Communauté
ASC	Agents de santé communautaire
BCG	Bacille de Calmette-Guérin (vaccin contre la tuberculose)
CCIA	Comité de coordination inter-agences
DoV	Décennie des vaccins (une nouvelle initiative de l'OMS et ses partenaires)
DTC	Vaccin antidiphtérique, antitétanique et anti-coqueluche
EDS	Enquête démographique et de santé
EGSD	Équipe de gestion sanitaire de district
ESI	Équipe de soutien inter-pays
GAVI	Alliance du vaccin
GIVS	La vaccination dans le monde : vision et stratégie
HepB	Vaccin contre l'hépatite B
Hib	Vaccin contre l' <i>Haemophilus influenzae</i> de type B
IEC	Information, éducation et communication
IM	Initiative pour les micronutriments
IPVC	Intensification périodique de la vaccination de routine
MC	Méningite cérébro-spinale
MEV	Maladies évitables par la vaccination
MII	Moustiquaires imprégnés d'insecticide
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins (2011-2020)
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCV	Pastille de contrôle du vaccin
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PNV	Programme national de vaccination
PPAC	Plan pluriannuel complet
PPP	Partenariat Public Privé
PSRV	Plan stratégique régional pour la vaccination (2014-2020)
RBM	Faire reculer le paludisme
RWG	Groupe de travail régional
SA	Seringues autobloquantes

SAV	Semaine africaine de la vaccination
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SME	Santé de la mère et de l'enfant
SSP	Soins de santé primaires
TA	Taux d'abandon
TB	Tuberculose
TMN	Tétanos maternel et néonatal
TNN	Tétanos néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT/Td	Toxoïde tétanique/Diphtérie-tétanos
VCR	Vaccin contenant la rougeole
VDV	Vaccination et développement des vaccins
VPC	Vaccin antipneumococcique conjugué
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VR	Vaccination de routine ou systématique

Abandon	Différence entre le nombre d'enfants ou de femmes qui commencent à recevoir des vaccins et le nombre d'entre eux qui terminent le calendrier vaccinal. Le taux d'abandon est exprimé en pourcentage.
Couverture vaccinale	Proportion des personnes vaccinées au sein de la population cible.
Insuffisamment vacciné	Un enfant d'un an qui a reçu ses premiers vaccins mais non toutes les doses stipulées par le programme national de vaccination pour les enfants de moins d'un an. Par exemple, un enfant qui a atteint l'âge d'un an et à qui on a administré le BCG à la naissance, Penta1/VPO1 et Penta2/VPO2, mais pas Penta3/VPO3 ou qui a reçu les trois injections de Penta/VPO mais pas le vaccin contre la rougeole, est estimé être « insuffisamment vacciné ». Toutefois, si l'enfant n'a pas encore un an et qu'il « attend » toujours sa deuxième ou troisième dose de Penta, il ne sera pas compté parmi les insuffisamment vaccinés. Pour des raisons d'ordre pratique, le statut vaccinal concernant le vaccin pentavalent (ou le vaccin qui le contient) des enfants d'un an est utilisé comme indicateur du fait d'être « insuffisamment vacciné ». Cette définition pourrait évoluer avec les changements que subiraient les programmes nationaux de vaccination. Actuellement, les pays pourraient commencer à recommander une seconde dose de vaccin contre la rougeole entre 12 et 23 mois. Pour tenir compte de ce changement selon le concept « approprié à l'âge », la définition précédente d'« insuffisamment vacciné » sera élargie pour inclure les enfants insuffisamment vaccinés à 24 mois.
Microplan	Traduction d'un plan de travail annuel en un plan opérationnel détaillé habituellement au niveau du district (ou de l'établissement de santé) indiquant les activités spécifiques, le calendrier de mise en œuvre, le nom des personnes responsables ainsi que les besoins en ressources humaines, matérielles et financières et leur source.
Non vacciné	Un enfant d'un an qui n'a pas reçu les vaccins stipulés par le programme national de vaccination pour les enfants de moins d'un an. Pour des raisons d'ordre pratique, le statut vaccinal concernant le vaccin pentavalent (ou le vaccin qui le contient) des enfants d'un an est utilisé comme indicateur du fait d'être « non vacciné ». Toutefois, les programmes nationaux peuvent choisir d'autres indicateurs (p.ex. « un enfant qui n'a reçu aucun des vaccins stipulés par le programme national de vaccination pour les enfants de moins d'un an », ou comme mentionné ci-dessus, si les programmes nationaux incluent une seconde dose de vaccin contre la rougeole entre 12 et 23 mois, la définition de « non vacciné » sera élargie pour inclure les enfants non vaccinés à 24 mois).
Occasion manquée	Le fait pour un agent de santé de ne pas mettre à profit chaque contact avec des femmes ou responsables d'enfants pour vacciner ces femmes ou les enfants dont ils ont la charge.
Plan annuel	Plan qui couvre des périodes allant de janvier à décembre de chaque année. Le cycle de planification annuelle peut toutefois différer dans certains pays.

Plan financier	État prévisionnel des recettes et des dépenses et comportant notamment des objectifs, des services et le cadre budgétaire.
Plan stratégique ou pluriannuel	Pour les besoins du présent module, un plan pluriannuel couvre un période de cinq ans. Le plan fournit des stratégies à moyen terme et le potentiel de ressources nécessaires pour atteindre les buts et objectifs stratégiques (par exemple le taux de couverture du PEV de routine supérieur à 80 % ou atteignant le statut de certification de l'éradication de la poliomyélite, etc.).
Population difficile à atteindre	Population vivant dans des régions reculées difficiles d'accès tout au long de l'année ou pendant certaines périodes de l'année (par exemple pendant la saison des pluies).
Suivi	Un processus systématique et continu d'examen des données, des procédures et des méthodes afin d'identifier les problèmes, d'élaborer des solutions et de guider les interventions. Le suivi est effectué de façon régulière (de façon quotidienne, hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle). Il est lié à la mise en œuvre des activités du programme. Les informations recueillies servent à orienter continuellement les activités du programme.
Zone d'intervention	Zone géographique comprenant un groupe de communautés déterminé par les autorités sanitaires et devant être desservie par un centre de soins de santé (centre de santé, clinique, poste sanitaire, hôpital etc.) ou par une intervention de santé. Chaque zone d'intervention doit disposer de données sur la population générale et la population cible pour les interventions et stratégies destinées à atteindre la population.

1. Introduction

1.1 Contexte

Le Programme élargi de vaccination (PEV) est un programme mondial essentiel de santé. Son objectif global est de fournir des services de vaccination efficaces et de qualité à la population cible. Cela nécessite à la fois de solides capacités techniques et de gestion du personnel de santé.

Le système de vaccination comprend cinq opérations clés : la prestation de services, la communication, la logistique, l'approvisionnement et la qualité des vaccins ainsi que la surveillance. Il comporte également trois composantes d'appui : la gestion, le financement et le renforcement des capacités.

Comme d'autres programmes de santé, les systèmes de vaccination connaissent constamment des changements, notamment ceux liés à l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, et une expansion du programme pour atteindre de plus larges populations cibles en plus des jeunes enfants. Le PEV doit également faire face aux changements externes liés à la décentralisation en cours et à d'autres réformes de la santé ainsi qu'à l'évolution des partenariats public/privé (PPP) pour la santé.

Pour assurer la continuité des programmes de vaccination, le personnel de santé doit gérer ces changements. Cela exige des compétences spécifiques dans la résolution de problèmes, l'établissement des priorités, la prise de décision, la planification et la gestion des ressources humaines, financières et matérielles mais aussi dans la gestion de la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation des services.

Les programmes nationaux de vaccination (PNV) opèrent dans le contexte des systèmes de santé nationaux, en ligne avec les stratégies mondiales et régionales. Pour la décennie en cours 2011-2020, les principales stratégies de vaccination mondiales sont incluses dans le Plan mondial pour les vaccins (PAMV) 2011-2020 et le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 (PSRV).

Ces plans stratégiques appellent les pays à :

- améliorer la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels ;
- interrompre complètement la transmission du poliovirus et le contenir¹ ;
- parvenir à éliminer la rougeole et à faire des progrès dans l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale² ;

- atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV).

Les approches clés pour la mise en œuvre du PAMV/PSRV incluent :

- la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District/Atteindre Chaque Communauté (ACD/ACC) et d'autres approches localement adaptées et le passage à des services qui ne seront plus déterminés par l'offre, mais plutôt par la demande ;
- l'extension des bénéfices des nouveaux vaccins à tous ;
- la mise en place d'un mécanisme de financement durable de la vaccination ;
- l'intégration de la vaccination dans les politiques et les plans nationaux de santé ;
- la garantie que les interventions sont quantifiées, chiffrées et incorporées dans les différentes composantes des systèmes de santé nationaux ;
- le renforcement des partenariats pour la vaccination ;
- l'amélioration du suivi et de la qualité des données ;
- l'amélioration des capacités humaines et institutionnelles ;
- l'amélioration de la sécurité des vaccins et de la réglementation ;
- la promotion de la recherche et de l'innovation en matière de mise en œuvre.

Le PSRV promeut l'intégration en utilisant les vaccinations comme plate-forme pour une gamme d'interventions prioritaires ou comme composante d'un ensemble d'interventions clés. La vaccination est un élément essentiel des initiatives pour l'élimination et l'éradication des maladies évitables par les vaccins (MEV) et du plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée d'ici 2025.

Il est entendu que, mettant en œuvre les stratégies ci-dessus, les cadres du PEV devront faire face à de nombreux défis et à des contraintes qu'ils auront à résoudre si l'on veut atteindre les objectifs fixés à l'horizon 2020. Renforcer les capacités nationales de gestion des services de vaccination à tous les niveaux du système de santé est un fondement essentiel et une stratégie opérationnelle clé pour réaliser les objectifs des plans stratégiques mondiaux et régionaux.

¹ WHO, CDC and UNICEF (2012). Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018.
² WHO (2012). Global Measles and Rubella Strategic Plan 2012-2020.

Dans cette perspective, l'OMS/AFRO, en collaboration avec des partenaires clés de la vaccination, à savoir l'UNICEF, l'USAID/MCHIP et NESI ont révisé les modules de formation en gestion des cadres du PEV – Niveau intermédiaire. Ces modules sont complémentaires d'autres supports de formation dont les manuels pratiques de formation à la vaccination à l'intention des agents de santé et aussi l'outil de formation interactif PEV/Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Ce module (5) intitulé *Augmentation de la couverture vaccinale* est une partie du Bloc II. Planification/organisation.

1.2 Objectif du module

Ce module a pour but de doter les cadres de programme aux niveaux national et infranational, de compétences leur permettant d'aider les agents de santé périphériques à augmenter la couverture vaccinale dans la zone géographique où ils travaillent. Cela inclut l'utilisation de données locales pour identifier les problèmes et les causes de la faible couverture vaccinale et planifier des solutions pour augmenter la couverture vaccinale. Ce module peut être adapté aux conditions et besoins locaux et peut être utilisé à d'autres niveaux du système de santé dans les pays.

Ce module se focalise sur les différentes stratégies susceptibles d'accroître la couverture vaccinale, notamment par l'appui aux agents de santé du niveau périphérique pour :

- atteindre les non atteints (amélioration de l'accessibilité) ;
- réduire les abandons (amélioration de l'utilisation).

Les autres aspects relatifs à l'augmentation de la couverture vaccinale qui dépendent de la bonne exécution du programme (et de ce fait essentiel à l'accroissement de la couverture vaccinale) sont couverts dans d'autres modules de gestion de niveau intermédiaire (principalement, 2. *Rôle du cadre du PEV* ; 3. *Communication et participation de la communauté dans les programmes de vaccination* ; 7. *Gestion de la chaîne du froid* ; 8. *Gestion des vaccins* ; et 16. *Supervision formative par les cadres du PEV*).

1.3 Public cible

Ce module a été conçu pour améliorer les connaissances du personnel du PEV à tous les niveaux en matière d'augmentation de la couverture vaccinale. On peut y recourir dans le cadre de l'auto-apprentissage ou au cours des formations en atelier avec des formateurs.

1.4 Objectifs de la formation

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

- décrire les principales stratégies pour organiser les services de vaccination :
 - appliquer les stratégies ACD, ACC ;
 - décrire l'intégration des activités de vaccination aux autres interventions clés de santé ;
- analyser les données sur la population et la couverture vaccinale :
 - décrire la population et la zone desservie ;
 - calculer la population cible annuelle ;
 - calculer le taux de couverture vaccinale par antigène :
 - calculer le nombre d'enfants et de femmes non vaccinés ;
 - calculer les taux d'abandon ;
- analyser et identifier les problèmes liés à la couverture vaccinale :
 - analyser les données du programme en vue de l'identification des problèmes ;
 - identifier les causes des problèmes ;
 - identifier et hiérarchiser les solutions envisageables par ordre de priorité ;
- utiliser les données pour planifier les activités visant à accroître la couverture vaccinale :
 - préparer un plan de travail visant à augmenter la couverture vaccinale ;
 - élaborer un microplan de l'établissement de santé ;
- suivre les progrès :
 - utiliser les outils appropriés pour assurer le suivi des activités planifiées.

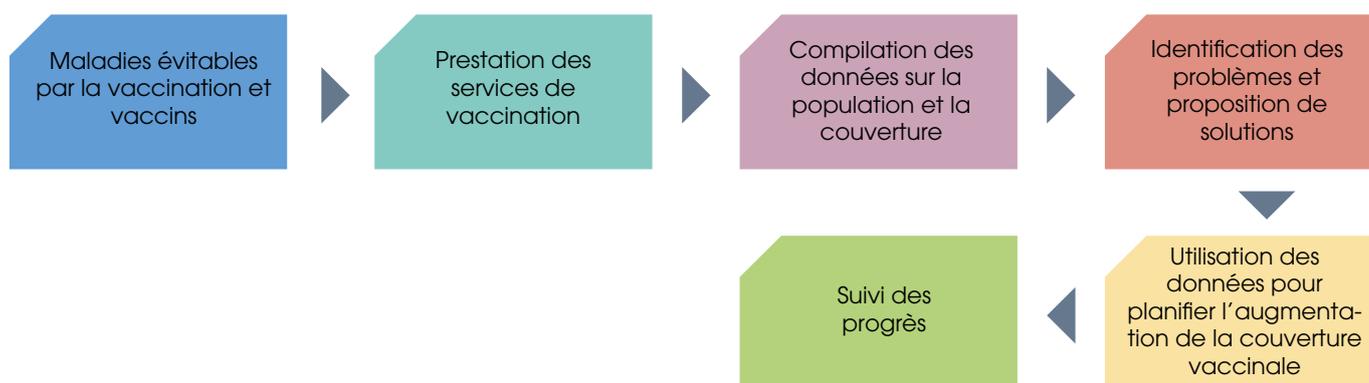


1.5 Contenu du module

Pour améliorer la couverture vaccinale, le cadre du PEV doit exécuter les cinq tâches clés suivantes au niveau du district et du centre de santé :

1. compiler les données sur la population et la couverture vaccinale de votre zone ;
2. analyser les données que vous avez recueillies pour :
 - déterminer les principaux problèmes liés à la faible couverture dans votre zone de service de santé ;
 - déterminer les problèmes d'accès ou d'utilisation ;
 - déterminer les causes des problèmes : approvisionnement, dotation en personnel, service (prestation et demande), IEC (information, éducation et communication) et autres ;
 - déterminer les solutions à mettre en œuvre pour éliminer ces causes ;
 - déterminer les ressources nécessaires (existantes ou supplémentaires) ;
3. classer par priorité en fonction de la zone géographique et des solutions à appliquer en premier ;
4. planifier les activités prioritaires de l'année, y compris la stratégie avancée ;
5. suivre la mise en œuvre et l'impact du plan de travail.

Ce module est divisé en six sections auxquelles s'ajoutent des exemples et des informations supplémentaires dans les annexes. Le module donne un bref aperçu des maladies évitables par la vaccination et des stratégies de prestation de services de vaccination, et met ensuite l'accent sur les cinq tâches clés à mettre en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale au niveau du district/centre de santé. Ces six sections sont :



1.6 Comment utiliser ce module

Lisez tout le texte et faites tous les exercices, en utilisant les données des différents établissements de santé de votre district. Ce processus vous aidera à identifier les établissements de santé à faible performance de votre district. Cela servira ensuite à développer des solutions appropriées pour résoudre les problèmes.

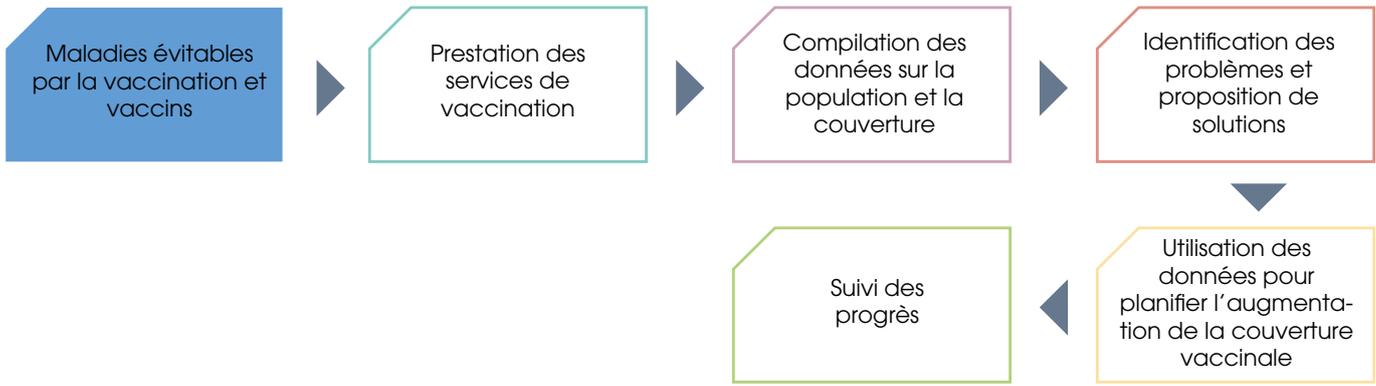
Aidez le personnel de chaque établissement de santé à utiliser ce module. Vous pouvez le faire pendant la visite de supervision et pendant les réunions et séminaires avec le personnel.

Vérifiez la performance de chaque établissement de santé au niveau du district à l'aide des diverses techniques de suivi figurant dans ce module. Vous pouvez le faire pendant les visites de supervision ordinaires et à l'aide des rapports mensuels.

1.6.1 Au niveau de l'établissement de santé

Ce module a été conçu pour l'auto-apprentissage et les travaux de groupe avec formateurs au niveau de district. Lisez tout le texte et faites tous les exercices en utilisant les données des différentes zones desservies par votre établissement de santé. Le personnel de district pourra vous aider pendant les visites ou les réunions de supervision. Posez des questions à chaque occasion. Rappelez-vous : ce module est conçu pour vous aider à développer un plan de travail réaliste avec des activités spécifiques.





2. Maladies évitables par la vaccination et vaccins

2.1 Maladies cibles et leur prévention par la vaccination

Cette section décrit les maladies infectieuses à l'origine de la mortalité ou des incapacités des enfants, et les vaccins susceptibles de les prévenir.

Tuberculose : la tuberculose est causée par une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis*. Elle attaque généralement les poumons et d'autres parties du corps humain, notamment les os, les articulations et le cerveau. La tuberculose peut être contractée par des personnes de tout âge, mais surtout par des enfants âgés de moins de trois ans. La meilleure protection disponible pour les enfants contre la tuberculose est l'immunisation par le vaccin BCG. Le vaccin BCG se présente sous forme de poudre et doit être reconstitué à l'aide du diluant qui l'accompagne avant utilisation. Le vaccin une fois reconstitué est plus sensible à la chaleur que lorsqu'il est sous forme de poudre et doit par conséquent être utilisé dans les six heures, ou éliminé passé ce délai.

Diphtérie : la diphtérie est causée par une bactérie appelée *Corynebacterium diphtheriae* qui produit une toxine pouvant gravement affecter la muqueuse du nez et de la gorge et causant des problèmes respiratoires et même la mort parfois. Une mère peut transmettre des anticorps protecteurs à son enfant mais cette protection dure six mois seulement après la naissance. La méthode la plus efficace pour prévenir la diphtérie est de maintenir un niveau élevé d'immunisation collective. Le vaccin de l'anatoxine diphtérique est administré en combinaison avec le vaccin contre la coqueluche et le tétanos, connu sous le nom de vaccin DTC, ou sous forme de vaccin contenant le DTC (par exemple le vaccin Pentavalent DTC-HepB-Hib).

Coqueluche (toux coquelucheuse) : la coqueluche ou la toux coquelucheuse est une maladie des voies respiratoires causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis*. Cette

bactérie vit dans la bouche, le nez et la gorge. Cette maladie est fréquente chez les enfants non vaccinés dans le monde et est plus dangereuse chez les enfants âgés de moins d'un an. Les anticorps maternels ne peuvent pas protéger les nourrissons et les enfants en bas âge contre la coqueluche. La prévention implique par conséquent l'immunisation à travers le vaccin contre la coqueluche, qui est généralement administré en combinaison avec le vaccin contre la diphtérie et le tétanos appelé vaccin DTC ou avec d'autres vaccins contenant le DTC (par exemple le vaccin Pentavalent DTC-HepB-Hib).

Tétanos néonatal et maternel (TNM) : le tétanos ou trismus est causé une bactérie appelée *Clostridium tetani* qui se développe dans les tissus abîmés (notamment dans les plaies ou le cordon ombilical d'un bébé). Cette bactérie est commune dans la nature et se développe dans les sols contenant du fumier. Elle forme des spores susceptibles de survivre dans la nature pendant des années. La toxine que ces spores produisent empoisonne les nerfs qui contrôlent les muscles, causant des rigidités. Le tétanos peut attaquer les personnes de tout âge. Le tétanos maternel se développe généralement à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Toutefois, la maladie dénommée tétanos néonatal (TNN) est aussi grave chez les nourrissons. Presque tous les bébés qui contractent cette maladie en décèdent. En Afrique, le TNN est la principale cause des décès néonataux. La prévention de cette maladie nécessite que les femmes en âge de procréer (FAP) reçoivent jusqu'à cinq doses de vaccin antitétanique (VAT), conformément au calendrier vaccinal, ce qui permet de protéger les mères et les nourrissons. Les pratiques d'hygiène au cours de l'accouchement et les soins de désinfection des plaies revêtent également une grande importance dans le cadre de la prévention du tétanos. Le vaccin DTC contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche peut prévenir ces trois maladies.

Hépatite B : l'hépatite B est une maladie causée par le virus de l'hépatite B et affecte le foie. Les personnes infectées peuvent porter ce virus pendant plusieurs années et contaminer d'autres personnes. Le virus de l'hépatite B est présent dans le sang, la salive, le sperme, les sécrétions vaginales et dans la plupart des autres sécrétions du corps humain. La prévention de cette maladie se fait par le vaccin contre l'hépatite B administré à la naissance ou dès que possible après la naissance à l'âge de 6, 10 et 14 semaines. Ce vaccin est également administré aux populations exposées à un risque élevé, à savoir notamment les adolescents et les jeunes adultes, puisque ce virus est sexuellement transmissible et se transmet aussi à travers le partage d'aiguilles. Le vaccin contre l'hépatite B est aussi administré aux agents de santé en raison de leur exposition au risque de blessures avec des aiguilles, au sang contaminé et aux produits sanguins.

Poliomyélite (polio) : la poliomyélite est causée par un virus appelé *Poliomyelitis*. C'est une maladie invalidante qui est généralement plus fréquente chez les enfants, mais elle peut également toucher les adultes. La prévention de la poliomyélite implique l'immunisation à travers le vaccin antipoliomyélitique oral actif (VPO). Les anticorps produits par la mère apportent une protection à l'enfant pendant 2 à 3 mois après la naissance. Le VPO est recommandé par le PEV pour l'éradication de la poliomyélite. Ce vaccin est bon marché, facile à administrer, très efficace et ne présente pas de risques. Le calendrier de vaccination de routine du PEV en comprend quatre doses. La première dose est administrée à la naissance. Les trois autres doses sont administrées en combinaison avec le vaccin Pentavalent à l'âge de 6, 10 et 14 semaines. Une dose comprend deux gouttes de vaccin qui sont administrées par voie orale. Le VPO (vaccin trivalent) principalement utilisé dans les pays en développement au cours des dernières décennies est une association de trois types de virus de poliomyélite inactivés : 1, 2 et 3. À partir d'avril 2016, le type 2 a été retiré du VPO car il interfère avec la réaction immunitaire des types 1 et 3. L'actuel vaccin VPO (vaccin bivalent) contient les virus de la poliomyélite inactivés de types 1 et 3. De plus, une dose de Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) a été introduite dans les PVN (programmes de vaccination nationaux) de la plupart de pays en 2015.

Rougeole : très contagieuse, la rougeole est causée par un virus. Elle tue plus d'enfants que toutes les autres maladies cibles du PEV. Elle est constamment présente dans certaines populations et se manifeste souvent dans des proportions épidémiques, surtout dans des conditions de surpeuplement et de pauvreté, lorsqu'un grand nombre de personnes non immunisées est en contact étroit. La prévention de la rougeole implique l'immunisation avec le vaccin contre la rougeole, qui est très efficace. Les enfants âgés de moins de 12 mois, non vaccinés, sont

les plus susceptibles d'être infectés par la rougeole. Par conséquent, tous les enfants devraient recevoir une dose du vaccin contre la rougeole à neuf mois ou avant l'âge d'1 an. Actuellement, l'OMS recommande une seconde dose de vaccin contre la rougeole – aussi dénommée MCV2 (de préférence au cours de la seconde année de vie dans les pays très touchés, et avant l'entrée à l'école dans les pays peu touchés) – pour contribuer à éliminer cette maladie dans le monde. L'OMS recommande que cela soit fait au cours de la seconde année de vie afin de garantir un contact de routine supplémentaire pour la vaccination. Cette mesure devrait aider à fournir les premières doses manquantes, les doses de rappel et les secondes doses de vaccin, et créer l'occasion d'améliorer la couverture. La plateforme de la deuxième année de vie est l'occasion d'intégrer davantage la vaccination avec d'autres interventions de santé telles que les suppléments en vitamine A et nutritionnelles, le suivi de la croissance et le déparasitage. Le vaccin contre la rougeole se présente sous forme de poudre avec un diluant. Il doit être reconstitué avant emploi. Le vaccin reconstitué doit être jeté à la fin de la séance de vaccination ou au maximum six heures après l'ouverture, selon l'éventualité se présentant en premier.

Fièvre jaune : la fièvre jaune est une maladie virale associée à un très fort taux de mortalité. Au cours des épidémies, lorsqu'un grand nombre de personnes est infecté sur une courte période, jusqu'à 50 % des personnes infectées peuvent mourir. Le virus de la fièvre jaune est propagé par des moustiques de type *Aedes* lorsqu'ils piquent les humains. La maladie est endémique dans certains pays d'Afrique (la zone de la fièvre jaune comprend 31 pays) ainsi qu'en Amérique latine. La maladie est prévenue par la vaccination contre la fièvre jaune. Dans le programme de vaccination systématique, le vaccin est administré à 9 mois en même temps que celui de la rougeole. La voie d'administration est la même que pour le vaccin contre la rougeole. Une dose unique assure une protection durant toute la vie contre la maladie de la fièvre jaune ; une dose de rappel du vaccin contre la fièvre jaune n'est pas nécessaire.

Méningite épidémique : la méningite épidémique est causée par une bactérie appelée *Neisseria meningitidis*. Elle affecte les méninges qui recouvrent le cerveau et la moelle épinière. Cette maladie existe dans toutes les régions du monde avec des épidémies périodiques graves dans la zone dite « ceinture de méningite », qui s'étend de l'Afrique de l'Ouest à l'Afrique de l'Est. La contamination par la méningite cérébrospinale se fait via des gouttelettes ou au contact direct. Elle est susceptible de se répandre rapidement en cas de surpopulation ou de mauvaises conditions sanitaires. Les enfants et les jeunes adultes sont les plus exposés à la maladie mais, en cas d'épidémie, les personnes de tout âge sont susceptibles d'être affectées. Au cours des campagnes de masse, le vaccin devrait être

destiné aux personnes âgées de 2 à 30 ans. Pendant les épidémies de méningite cérébrospinale, le vaccin est administré à toute personne âgée de 2 ans ou plus vivant dans les zones affectées.

***Haemophilus influenzae* de type B** : l' *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) est l'un des six types de bactéries qui attaquent les poumons et les méninges, causant pneumonies et méningites. En 2000, on estimait qu'entre 2 et 3 millions de cas graves de maladie, à savoir pneumonies et méningites, étaient causés par cette bactérie et que 450 000 jeunes enfants en sont décédés. Le risque de contracter cette maladie est plus élevé chez les enfants âgés de six mois à deux ans. Le vaccin conjugué contre l'Hib est très efficace et disponible pour la protection de ces enfants dans leur prime enfance. Le vaccin contre l'Hib est administré en combinaison avec le vaccin DTC-HepB (connu sous le nom de vaccin pentavalent ou tout simplement « Penta »).

Infections par le virus du papillome humain : le virus du papillome humain (VPH) est courant dans le monde entier. La plupart des infections liées au VPH ne causent aucun symptôme. Cependant, une infection génitale persistante à VPH peut être une cause de cancer de col de l'utérus chez la femme. Le VPH peut également entraîner d'autres types de cancers ano-génitaux, de l'urètre, de la tête et du cou, et des verrues génitales, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Les infections génitales dues au papillomavirus sont principalement transmises par contact sexuel. L'immunisation – la seule méthode de prévention connue – se fait grâce au vaccin contre le papillomavirus. Ce vaccin est administré en deux doses, à six mois d'intervalle.

Rotavirus : le Rotavirus est la cause la plus courante des gastro-entérites graves chez l'enfant à travers le monde. Ce virus, présent dans tous les pays, est responsable chaque année d'environ 3 millions de cas de diarrhée et de 55 000 hospitalisations à cause de la diarrhée et de la déshydratation chez les enfants âgés de moins de 5 ans. La maladie peut être prévenue par le vaccin oral à rotavirus humain vivant atténué, disponible sous forme liquide depuis 2006 et qui a démontré un bon profil de sécurité et d'efficacité.

Infections pneumococciques : les infections à pneumocoques sont causées par une bactérie appelée *Streptococcus pneumoniae* qui entraîne plusieurs infections différentes, y compris la méningite, la bactériémie, la pneumonie et l'otite moyenne. La maladie peut être prévenue par la vaccination des nourrissons avec les vaccins antipneumococciques conjugués (VPC). Le VPC est susceptible de protéger les enfants contre certains des sérotypes de la bactérie pneumococcique les plus fréquents.

La figure 2.1 (Tableau 1) fournit un résumé des notes d'information de l'OMS formulant des recommandations pour la vaccination de routine de 12 antigènes. Le tableau est régulièrement mis à jour et est disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1_FR.pdf?ua=1



Figure 2.1 Résumé des notes d'information de l'OMS – Vaccination systématique recommandée (« Tableau 1 »), septembre 2016

(mise à jour : avril 2018)

Tableau 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS				
Antigène	Enfants (voir détails tableau 2)	Adolescents	Adultes	Observations (voir détails dans les notes)
Recommandations pour tous les programmes de vaccination				
BCG 1	1 dose			BCG à la naissance et VIH. Stratégie de vaccination universelle à la naissance vs Stratégie de vaccination sélective. Co-administration. Vaccination des groupes plus âgés. Femmes enceintes
Hépatite B 2	3-4 doses (voir notes pour les choix des programmes)	3 doses (pour groupes à haut risque si pas vacciné précédemment) (voir note)		Dose à la naissance Prematuré et faible poids de naissance Co-administration des vaccins et vaccin combiné Définition de la catégorie à haut risque
Polio 3	3-4 doses (au moins une dose VPI avec DTCCV)			VPOb dose à la naissance Critères de transmission et d'importation Type de vaccin
Vaccin contenant le DTC (DTCCV) 4	3 doses	1 Rappel 9-15 ans (dT)		Programme reporté ou interrompu Co-administration du vaccin. Immunisation maternelle
Haemophilus influenzae type b 5	Option 1	3 doses, avec DTCCV		Dose unique si > 12 mois d'âge
	Option 2	2 ou 3 doses, avec rappel au moins 6 mois après l'achèvement de la série primaire		Non recommandé pour enfants > 5 ans Programme reporté ou interrompu Co-administration des vaccins et vaccin combiné
Pneumocoque (Conjugué) 6	Option 1	3 doses, avec DTCCV		Choix du vaccin
	Option 2	2 doses avant 6 mois d'âge, rappel 9-15 mois d'âge		Initié avant 6 mois d'âge Co-administration Rappel pour nourrissons VIH+ et prématurés
Rotavirus 7	Rotarix: 2 doses avec DTCCV RotaTeq: 3 doses avec DTCCV			Choix du vaccin Non recommandé si > 24 mois d'âge
Rougeole 8	2 doses			Vaccin combiné Vaccination précoce du VIH Grossesse
Rubéole 9	1 dose (voir notes)	1 dose (adolescentes et/ou femmes en âge de procréer si non vaccinées auparavant ; voir notes)		Atteindre et maintenir une couverture de 80 % Vaccin combiné et Co-administration. Grossesse
PVH 10		2 doses (filles)		Cible filles 9-14 ans. Vaccination de cohortes multi-âge Grossesse. Groupes plus âgés ≥ 15 années 3 doses VIH et immunodéprimé

Se référer à <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/> pour les dernières mises à jour du tableau et des notes d'information.

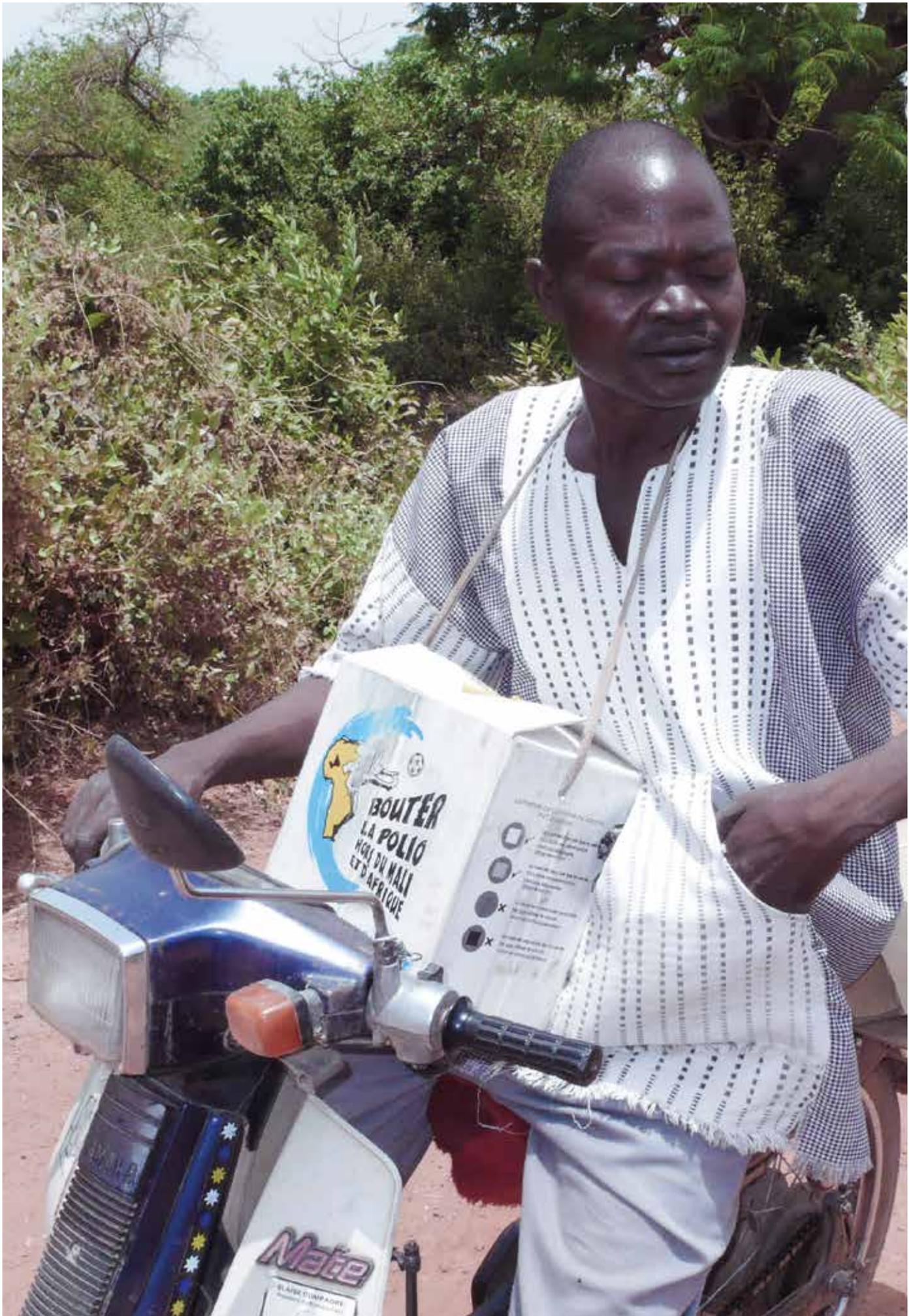
Ce tableau résume les recommandations de l'OMS pour la vaccination des enfants. Il est conçu pour assister le développement des programmes spécifiques des pays et n'est pas destiné à un usage direct par les agents de santé.

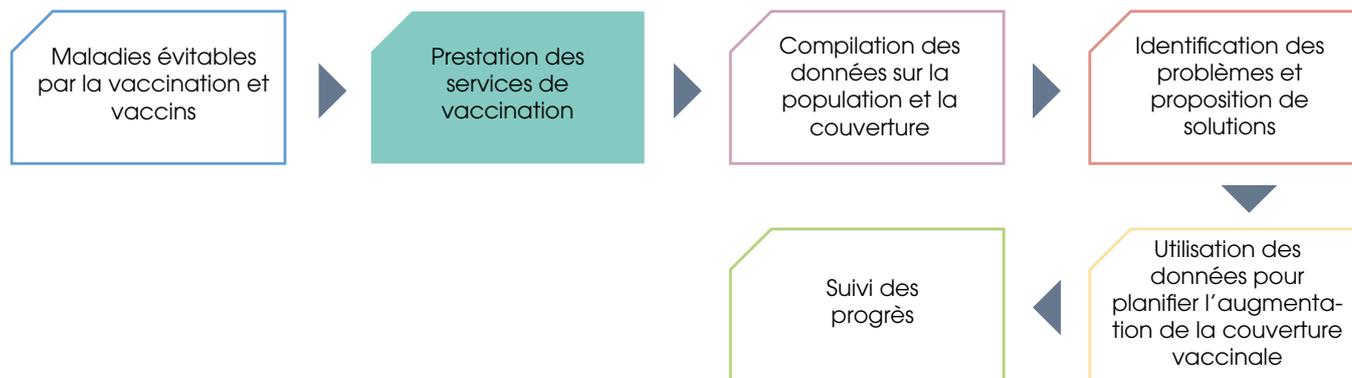
Les programmes spécifiques de chaque pays doivent prendre en compte les considérations locales épidémiologiques, programmatiques, financières et politiques. Même si les vaccins sont universellement recommandés, certains enfants peuvent présenter des contre indications à des vaccins particuliers.

P.1 / 12

(mise à jour : avril 2018)
Tableau 1 : Vaccination systématique recommandée - Résumé des notes d'information de l'OMS

Antigène	Enfants (voir détails tableau 2)	Adolescents	Adultes	Observations (voir détails dans les notes)
Recommandations pour certaines régions				
Encéphalite japonaise ¹¹	vaccin inactivé préparé sur cellules Vero : généralement 2 doses vaccin vivant atténué : 1 dose vaccin vivant recombinant : 1 dose			Choix vaccin et recommandations du fabricant. Grossesse. Immunodéprimée
Fièvre jaune ¹²	1 dose, avec le vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux			
Encéphalite à tiques ¹³	3 doses (> 1 an FSME-Immun et Encepur; > 3 ans TBE-Moscow et EnceVir) avec au moins 1 rappel (tous les 3 ans pour TBE-Moscow et EnceVir)			Définition de la catégorie à haut risque Choix du vaccin Rappel
Recommandations pour certaines populations à risque				
Typhoïde ¹⁴	Vaccin conjugué contre la typhoïde (Typhar-TCV®) : 1 dose, Vaccin Vi polysaccharidique (ViPS) 1 dose ; Ty21a vivant vaccin oral : 3-4 doses (voir note) Dose de rappel (ViPS et Ty21a) 3 à 7 ans après les séries de primovaccination			Définition de la catégorie à haut risque Choix du vaccin
Choléra ¹⁵	Dukoral (WC-rBS) : 3 doses ≥ 2-5 ans, rappel tous les 6 mois ; 2 doses adultes/enfants ≥ 6 ans, rappel après 2 ans Shanchol, Euvacol & MORCVAX : 2 doses ≥ 1 an, dose de rappel après 2 ans			Âge minimum Définition de la catégorie à haut risque
Méningocoque (Conjugué) ¹⁶	MenA conjugué	1 dose 9 - 18 mois (5µg)		2 doses si < 9 mois
	MenC conjugué	2 doses (2-11 mois) avec rappel après un an 1 dose (>12 mois)		Définition de la catégorie à haut risque Choix du vaccin
	Quadrivalent conjugué	2 doses (9-23 mois) 1 dose (>2 ans)		
Hépatite A ¹⁷	au moins 1 dose ≥ 1 an			Niveau d'endémicité ; choix du vaccin ; définition de la catégorie à haut risque
Rage ¹⁸	2 doses			PrEP vs PEP ; définition de la catégorie à haut risque, rappel
Dengue (CYD-TDV) ¹⁹	3 doses 9-45 ans (voir notes)			Séroprévalence ; grossesse et allaitement
Recommandations pour les programmes de vaccination spécifiques				
Oreillons ²⁰	2 doses, avec le vaccin renfermant le vaccin antirougeoleux			Critères de couverture > 80 % Vaccin combiné
Grippe saisonnière (inactivé tri- & quadri- valent) ²¹	Primo vaccination : 2 doses. Revaccination annuelle : 1 dose seulement (voir notes)	Priorité femmes enceintes 1 dose ≥ 9 ans Revaccination annuelle		Cibles prioritaires Dosage plus faible pour les enfants 6-35 mois
Varicelle ²²	1-2 doses	2 doses		Atteindre et maintenir une couverture de ≥ 80 % Grossesse Co-admin avec autres vaccins vivant





3. Stratégies de prestation des services de vaccination

3.1 Approche Atteindre Chaque District/ Communauté (ACD/ACC)

3.1.1 Qu'est-ce que l'approche ACD/ACC ?

L'approche ACD/ACC s'appuie sur les étapes de planification, de gestion et de suivi des centres de santé. Si ces activités sont bien menées, elles permettront d'améliorer la couverture vaccinale et son impact. Le premier niveau de mise en œuvre de l'approche ACD/ACC est le district (ou une unité administrative équivalente). Rendre les districts capables de planifier, mettre en œuvre, surveiller et superviser leurs propres services de vaccination constitue l'un des principaux objectifs de l'approche ACD/ACC. Elle favorise également les partenariats entre les districts, les agents de santé et les communautés afin de permettre aux populations d'accéder aux services de santé et de les utiliser plus facilement ; cette approche met également l'accent sur l'utilisation continue des données du programme dans le but de guider l'évolution des activités et d'apporter une solution aux problèmes rencontrés.

Il existe cinq composantes pour l'approche Atteindre Chaque District :

1. Planification et gestion des ressources – Meilleure gestion des ressources humaines et financières.
2. Atteindre les populations cibles – Meilleur accès aux services de vaccination pour tous.
3. Établissement d'un lien entre les services et les communautés – Instauration des partenariats avec les communautés, afin de promouvoir et de dispenser les services.
4. Supervision formative – Activités de formation régulière sur terrain, rétro-information et activités de suivi avec le concours du personnel de santé.
5. Suivi pour action – Utilisation des outils et rétro-information continue en vue de l'amélioration et de l'auto-évaluation.

L'approche ACD vise à :

- se concentrer sur la planification au niveau du district, du centre de santé et de la communauté ;
- mobiliser les ressources là où elles sont le plus nécessaires ;
- donner aux districts la capacité à et les encourager à analyser leurs problèmes et à mettre en place des solutions concrètes ;
- fournir un appui aux agents en première ligne au niveau des centres de santé et du district.

3.1.2 Les étapes à suivre pour mettre en œuvre l'approche ACD/ACC

La réussite de l'approche ACD/ACC dépend d'un bon leadership et de l'engagement actif des pouvoirs publics à l'échelle nationale et infranationale. Un bon leadership et une bonne gouvernance permettent une meilleure appropriation du programme par les pouvoirs publics et leur implication dans la planification, la mobilisation des ressources et la budgétisation, tout en encourageant la transparence et la responsabilité à tous les niveaux. Les stratégies en vue d'atteindre chaque district peuvent être traduites en action à tous les niveaux, à travers l'intégration des cinq composantes susmentionnées dans les plans d'action :

Au niveau du centre de santé : chaque centre de santé devrait élaborer un microplan basé sur l'analyse de ses propres données identifiant les problèmes et proposant des solutions en utilisant l'approche ACD/ACC comme cadre de référence.

Au niveau du district : chaque district devrait élaborer un plan d'action détaillé qui comprend les 5 composantes de la stratégie Atteindre Chaque District (voir l'annexe 1 pour avoir une liste élargie des activités en fonction du niveau de mise en œuvre).

Au premier niveau infranational/intermédiaire : le premier niveau infranational (souvent provincial ou régional) est celui où sont gérés le renforcement des

capacités des districts, notamment la formation, le suivi et la supervision formative, et la mise en commun des plans d'action de district budgétisés.

Au niveau national : le niveau national est celui qui centralise la macroplanification, la coordination, la gestion des données (y compris analyse et retour sur les données) et l'assistance technique visant à accroître la couverture vaccinale de routine. L'assistance technique peut être fournie à travers le cadre large des responsables nationaux et internationaux du PEV, les épidémiologistes et les logisticiens travaillant actuellement sur les initiatives de lutte contre la poliomyélite, la rougeole et le tétanos néonatal.

3.2 Principales stratégies d'organisation des services de vaccination

Cette section décrit la manière de fournir des services de vaccination aux populations cibles. Plusieurs stratégies existent pour la prestation systématique de services de vaccination dans ou à partir des centres de santé.

3.2.1 Les stratégies les plus courantes pour la prestation des services de vaccination

Stratégie fixe : il s'agit de l'administration quotidienne et régulière des vaccins dans un centre de santé. Dans les établissements de santé desservant de petites zones de population, celles-ci ont généralement lieu à des dates et heures précises. Les grandes structures sanitaires (les services de santé maternelle et infantile des hôpitaux par exemple) peuvent assurer un service de vaccination en permanence dès lors que des patients admissibles se présentent. On a généralement recours à cette stratégie pour offrir des services de vaccination de routine à des communautés qui vivent à proximité des centres de santé (généralement à 5 km à la ronde). Les agents de santé de ces centres de santé devraient régulièrement rencontrer l'agent de santé du village ou de la communauté pour discuter de la planification des séances de vaccination dans la communauté et assurer le suivi des séances de vaccination en stratégie fixe avec l'appui des comités de santé du village (CSV) dans la zone desservie. Au cours de ces réunions, les agents de santé communautaires devraient solliciter l'aide du CSV pour :

- informer publiquement sur les dates et heures des séances de vaccination avec l'appui des crieurs du village ou du quartier ;
- solliciter l'appui des agents de santé communautaires et des bénévoles pendant les séances de vaccination ;
- assurer le suivi des perdus de vue.

L'agent de santé devrait également envoyer des lettres de rappel aux écoles et aux églises de ces communautés.

Lorsque le centre de santé ne dispose pas de réfrigérateur, les agents devraient s'approvisionner en vaccins auprès de l'entrepôt du district et les conserver dans une glacière ou un porte-vaccins.

Stratégie avancée : la stratégie avancée consiste à fournir des services de vaccination aux personnes qui ne peuvent pas se rendre dans des centres de santé ou qui s'y rendent avec difficulté. Cette stratégie est destinée aux communautés vivant à plus de 5 km et moins de 10 km du centre de santé. Les déplacements vers les sites éloignés sont généralement effectués en une journée. Ils sont faits par le personnel des centres de santé à pied, à l'aide de motocyclettes, bicyclettes ou de bêtes de somme.

Une bonne planification impliquant les représentants des communautés reculées (membres des CSV) s'avère importante pour accroître l'efficacité de ces visites, faciliter le choix du site et du lieu et la mobilisation des familles. Les visites mensuelles permettent d'assurer opportunément la protection sanitaire des enfants, bien que des visites moins fréquentes puissent être nécessaires si les distances sont trop longues ou les ressources humaines limitées. Les visites effectuées dans le cadre de la stratégie avancée devraient être programmées de manière à être organisées avant et après la saison des pluies pour avoir accès aux populations ciblées. La cartographie des centres de santé devrait faire ressortir tous les sites éloignés concernés par la stratégie avancée et comporter des données sur la fréquence des visites, l'effectif de la population cible ainsi que d'autres informations.

Stratégie mobile : il s'agit généralement de visites de plus d'une journée effectuées par des agents de santé du district ou de certains services en vue de fournir des services de vaccination aux personnes vivant dans des zones reculées non couvertes par des centres de santé. Les équipes mobiles peuvent voyager pendant plusieurs jours avant d'atteindre ces populations et couvrir plusieurs localités en un seul voyage. Ces voyages sont généralement planifiés et effectués par l'équipe de district ou d'agents de santé après avoir entrepris les préparatifs suivants :

- préparer et examiner la liste des communautés auxquelles rendre visite (cette préparation est particulièrement importante pour les populations de migrants composées essentiellement de communautés pastorales, de pêcheurs et d'agriculteurs saisonniers ainsi que de nomades) ;
- disposer des informations démographiques sur ces communautés ;
- cartographier l'itinéraire à parcourir par l'équipe mobile ;

- bien choisir la période au cours de laquelle l'équipe mobile devra effectuer son voyage, surtout lorsque des communautés nomades sont concernées ;
- s'assurer d'un moyen de transport approprié et de couvrir les frais de subsistance par rapport au plan de la visite ;
- préparer une liste de contrôle permettant de s'assurer que l'équipe dispose des vaccins, des diluants et des équipements légers nécessaires à la chaîne du froid etc. avant qu'elle ne quitte la base.

Intensification périodique de la vaccination de routine (PIRI) : cette stratégie s'avère importante si on veut accroître de manière significative la couverture vaccinale de la population, ou maintenir un niveau élevé de couverture. Les journées de vaccination, les semaines et les journées de la santé de l'enfant et d'autres événements, notamment la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV) et d'autres campagnes de mobilisation communautaire peuvent être intégrés dans cette catégorie. En effet, l'objectif est de rattraper le retard de la couverture vaccinale de routine et d'atteindre des enfants qui n'ont pas reçu les doses de vaccins par le programme de vaccination de routine.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, les équipes de santé au niveau du district ou de la province doivent procéder à l'analyse des données, identifier les zones dont les performances relatives à la couverture vaccinale sont inférieures aux attentes et sélectionner ces zones pour des activités PIRI. L'envergure de ces activités dépendra du nombre de zones ayant réalisé de faibles performances. Les activités PIRI sont à mi-chemin entre la prestation de services de routine et les campagnes et sont des événements périodiques qui visent à augmenter la couverture systématique, c'est-à-dire à augmenter les doses de certains ou de tous les vaccins chez les enfants de moins d'un an, ainsi que chez les femmes enceintes, plutôt qu'à être les premiers moyens de la vaccination. Ils peuvent aussi comprendre d'autres interventions de santé.

Alternativement, de tels événements peuvent prendre la forme de campagnes de communication ou d'information, pour augmenter le soutien de la communauté et la demande pour la vaccination systématique. La procédure standard de planification et de suivi des activités de la stratégie PIRI devrait être suivie.

Pour être en mesure d'apporter un appui aux centres de santé, le cadre du PEV doit connaître les différentes étapes de l'organisation d'une séance de vaccination. Les séances de vaccination doivent être conçues de façon à ce que les personnes à vacciner viennent pour la

première dose et reviennent pour les doses suivantes. Les préparatifs consistent à :

- planifier des dates et des heures pour les séances de vaccination. Les services de vaccination doivent être prévus pour que la population puisse les utiliser. Si les séances ne sont pas fréquentées ou, à l'inverse, si elles sont trop fréquentées, les dates ou les heures des séances devront peut-être être modifiées :
 - assurez-vous que le personnel du centre de santé sera disponible pour organiser la vaccination aux dates et heures proposées et que vous aurez à disposition les vaccins et autres fournitures dont vous avez besoin pour ces jours ;
 - informez tous les membres de la communauté des dates et heures des vaccinations ;
- faire en sorte que les vaccins, les fournitures et le matériel soient disponibles. En général, les mêmes types de fournitures sont nécessaires pour la séance de vaccination en stratégie fixe, avancée ou mobile. Il s'agit notamment des vaccins, du matériel d'injection, des boîtes de sécurité, des supports de tenue des dossiers (registres pour les enfants et les femmes, cartes de vaccination pour les enfants et les femmes, fiches de pointage) ;
- organiser l'espace pour la commodité et le confort des agents de santé et des patients. Le lieu que vous préparez pour la vaccination devrait être :
 - dans un endroit propre qui n'est pas exposé directement à la lumière du soleil, à la pluie ou à la poussière ; les vaccinations en stratégie avancée peuvent se faire dans un bâtiment ou en plein air ;
 - pratique pour les agents de santé qui préparent et administrent les vaccins ;
 - facilement accessible pour les personnes à vacciner, mais organisé de manière à ce qu'une foule ne puisse se constituer autour du poste de vaccination ;
 - assez calme afin que les agents de santé soient en mesure d'expliquer ce qu'ils font et de donner des conseils.

Pour plus d'informations sur l'organisation des séances de vaccination, veuillez vous reporter au document intitulé *Vaccination pratique. Module 5. Organisation d'une séance de vaccination.*

3.2.2 Fournir des services de vaccination aux populations difficiles à atteindre

Les populations déplacées : les réfugiés et les personnes vivant dans des situations d'urgence sont souvent les plus infectées par les maladies, en raison des conditions instables, de l'absence de services de vaccination,

des mouvements migratoires et des situations de surpopulation. Tous les enfants et les femmes vivant dans des camps de réfugiés ou dans des situations d'urgence en raison d'une catastrophe doivent donc être immédiatement vaccinés pour éviter d'éventuelles épidémies. Dans ces camps, il faut organiser des services de vaccination en stratégie avancée chaque semaine afin d'accroître le taux de couverture vaccinale de routine. La rougeole en particulier constitue un risque dans le cas des situations d'urgence, le taux de mortalité de cette maladie pouvant s'élever à près de 50 %. Par conséquent, l'objectif minimum de vaccination devrait être d'administrer rapidement le vaccin antirougeoleux à tous les enfants âgés de 6 à 9 mois à moins de 15 ans et de la vitamine A à tous les enfants âgés de 6 à 59 mois. Les campagnes visant à vacciner les populations qui vivent dans des situations d'urgence sont de nature à empêcher le déclenchement des épidémies et à compléter les services de vaccination de routine.

Les populations nomades : les populations nomades dans nos pays sont des communautés qui n'ont pas de domicile permanent et qui effectuent par conséquent des déplacements périodiques au cours desquels elles s'établissent temporairement à certains endroits. Il importe par conséquent de mettre sur pied des programmes visant à fournir régulièrement des services de vaccination de routine à ces catégories de personnes, dont la culture et le mode de vie rendent les femmes et les enfants vulnérables aux maladies. La première étape pour résoudre ce problème consiste, pour les équipes de district, à identifier et à retracer les mouvements migratoires de ces communautés et à élaborer un calendrier de prestation de services qui tienne compte de leurs itinéraires et de leur localisation en ayant recours à la stratégie mobile. Soulignons qu'il faut s'assurer que tous les programmes des services de vaccination mobiles et avancés intègrent toujours à leur budget le transport, les moyens de transport, le nombre de séances, les distances séparant ces sites du centre de santé, les frais de carburant pour effectuer les aller-retour sites de vaccination/centre de santé.

Les populations géographiquement difficiles d'accès : certaines populations n'ont pas accès aux services de santé à cause des longues distances qui les séparent du centre de santé ou des barrières géographiques telles que les montagnes, les forêts, les rivières/lacs ou encore par manque des moyens de transport appropriés. Le cadre du PEV doit prendre conscience de cette situation et planifier des stratégies appropriées pour atteindre ces populations.

Les bidonvilles : il existe dans la plupart des villes des bidonvilles qui sont généralement mal desservis, car les services de vaccination et autres interventions sanitaires

sont la plupart du temps absents de ces zones. Le cadre du PEV doit planifier de fournir des services de vaccination à ces populations dans ce contexte, en plaidant pour l'établissement de services de santé permanents ou en utilisant des services de stratégie avancée.

Les populations issues des sectes réticentes : certaines sectes religieuses/certains groupes sont contre la vaccination et peuvent être composés de groupes importants d'enfants et de femmes vulnérables. Ces groupes ont tendance à subir des flambées explosives de MEV (maladies évitables par les vaccins) comme la rougeole et la diphtérie. Il est à ce titre important que le PEV identifie ces groupes, et leurs spécificités qui conduisent à une hésitation à se faire vacciner, et qu'il fasse un plaidoyer pour la vaccination par le biais d'une sensibilisation de leurs dirigeants. Dans certains cas, les autorités administratives devraient être associées à ces efforts pour assurer la protection de la communauté, au sens large.

3.3 Intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires clés

Au cours des activités de vaccination en stratégies fixes, avancées et mobiles, ou lors des PIRI, la vaccination devrait être intégrée aux autres interventions de soins de santé primaires. Le renforcement des services de vaccination doit être considéré comme une occasion de fournir d'autres interventions prioritaires de santé d'une manière équitable. Des liaisons potentielles existent pour accélérer la prestation des soins de santé primaires au niveau des établissements de santé en y incluant la vaccination de routine des enfants et des femmes en âge de procréer et les principales initiatives de santé publique.

Pourquoi intégrer ? L'intégration des services de santé aide à améliorer l'acceptabilité des interventions. De plus, la plupart des communautés n'ont accès aux services sanitaires que pendant les séances de vaccination (au cours des activités de vaccination en stratégies avancées, mobiles et PIRI). Par conséquent, la plateforme de vaccination fournit une très bonne occasion d'apporter des services aux populations cibles. Ce système aide également à partager les coûts de mise en œuvre des programmes et améliore par conséquent le rapport coût-efficacité des interventions des soins de santé primaires.

Que faut-il intégrer ? Lors de l'intégration, l'agent de santé ne devrait pas combiner toutes les activités de soins de santé primaires mais s'assurer que les interventions sont complémentaires les unes des autres, les approvisionnements/intrants disponibles, les interventions faciles à mener. Par exemple, les interventions comme l'administration de la vitamine A et du vaccin contre la rougeole se complètent.

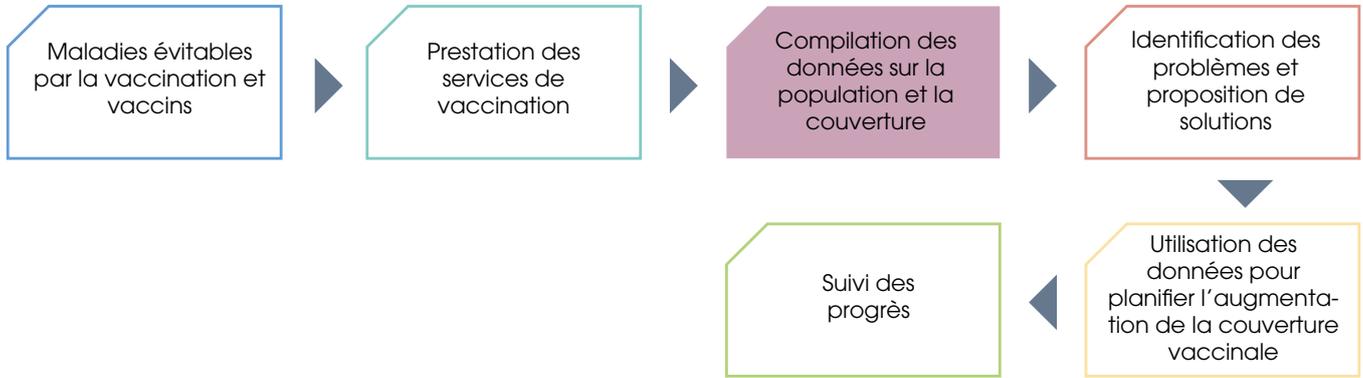
Comment intégrer ? Cette intégration devrait se faire via des services en stratégies fixe, avancée ou mobile. Dans le cadre d'une intervention PIRI, l'intégration devrait toujours être pratiquée. En fonction des interventions à intégrer, vous pourriez avoir besoin d'une logistique séparée, d'un espace dédié et d'équipement pour les services complémentaires et ces mesures pourraient impliquer de mettre en œuvre un poste séparé pour chacun d'entre eux, par ex. pesée des bébés, tracé des courbes de croissance, fourniture des traitements, vaccination, soins prénataux, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), éducation sanitaire etc.

Combinaisons indiquées pour l'intégration avec la vaccination :

- **Initiative pour les micronutriments (IM) :** l'Initiative pour les micronutriments associe déjà avec succès l'administration de la vitamine A à la vaccination des enfants en bas âge. En outre, l'administration du fer et de la vitamine A aux femmes enceintes se présentant au centre de santé pour des soins prénataux s'accompagne souvent d'une vaccination antitétanique.

- **Faire reculer le paludisme (RBM) :** au cours des séances de vaccination de routine, des moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent être distribuées aux femmes enceintes ou aux enfants ayant reçu toutes les doses de vaccination prévues dans le calendrier vaccinal. Ces moustiquaires peuvent également être distribuées pendant la vaccination contre la rougeole lors des campagnes de vaccination, surtout en Afrique où la mortalité infantile causée par la rougeole et le paludisme est très élevée.
- **Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) :** les séances de vaccination (fixes, avancées ou mobiles) constituent des occasions idéales pour mettre en œuvre la stratégie PCIME, par le biais d'une stratégie complète de pesage et d'examen de routine des enfants pour détecter les maladies. Toute maladie de l'enfant détectée, telle que la diarrhée, la toux ou le paludisme, peut alors être correctement traitée.





4. Compilation des données sur la population et la couverture

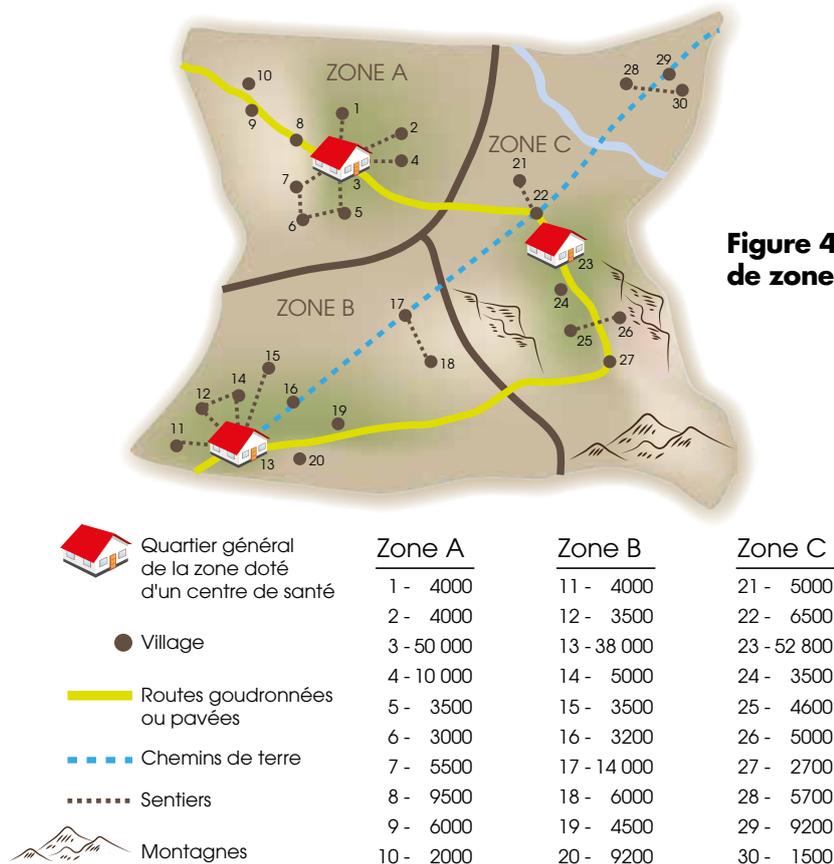
La première étape pour augmenter la couverture vaccinale est de compiler les données existantes sur la population et la couverture vaccinale. Les données sur la population proviendront de données issues de dénombrements officiels ou de données locales. Les données sur les vaccinations effectuées ou sur le nombre de doses administrées proviendront des centres de santé ou des districts.

4.1 Description de la population et de la zone desservie

L'obtention des informations relatives à la population et à la zone à desservir vous aidera à déterminer pourquoi les gens n'ont pas recours aux services de vaccination, à identifier les moyens d'accroître leur utilisation et à

planifier les activités de stratégies avancées. La liste ci-dessous renseigne sur le type d'information à collecter :

- localisation des villages, population totale de chaque village, distances des villages aux centres de santé ;
- routes, voies ferrées, climat et obstacles saisonniers (ex. : routes inondées pendant la saison des pluies), barrières géographiques, ruisseaux, montagnes, temps nécessaire pour le voyage ;
- autres barrières, culturelles, divisions ethniques, langue etc ;
- organisations culturelles, groupes communautaires, leaders communautaires, organisations non gouvernementales.



Exercice 1

Énumérez les noms des principales zones géographiques ou communautés que vous avez couvertes par des services fixes ou avancés de vaccination.

Tâche 1 : insérez les noms dans la colonne a des tableaux 4.1a et 4.1b.

Tâche 2 : insérez la population totale pour chaque zone dans la colonne b des tableaux 4.1a et 4.1b.

4.2 Calcul de la population cible annuelle

Traditionnellement, les programmes du PEV ont fonctionné avec deux types de populations cibles annuelles : une pour les vaccins administrés aux enfants et l'autre pour le vaccin antitétanique administré aux femmes. Toutefois, la vaccination s'étendant au cours de la vie, la population cible devrait tenir compte des différents groupes à partir du calendrier mis en œuvre dans les différents pays (par ex. adolescentes pour le VPH et autres). Pour ces autres groupes, les populations cibles devraient être calculées à partir du recensement national/ des enquêtes démographiques et de santé (EDS) en collaboration avec les instituts de statistiques nationaux.

4.2.1 S'agissant des vaccins pour enfants

Pour calculer le nombre d'enfants nés en une année qui devront recevoir les vaccins du calendrier national de vaccination (c'est-à-dire BCG, DTC ou Penta, VPO, hépatite B, rougeole, fièvre jaune et Hib), utilisez la formule suivante :

$$\text{Nombre d'enfants âgés de moins d'un an} = \text{Population totale} \times p^*/100$$

(p^* = pourcentage d'enfants âgés de moins d'un an au sein de la population totale)

Exemple : si la population totale est de 300 000 habitants et que les enfants âgés de moins d'un an représentent 3 % de cette population, alors le nombre d'enfants âgés de moins d'un an est de 9 000 ($300\,000 \times 3/100 = 9000$).

De manière générale, les enfants âgés de moins d'un an représentent 3 à 4 % de la population totale. Si vous disposez d'estimations plus précises grâce à un recensement organisé dans votre pays, vous pouvez les utiliser. Assurez-vous d'utiliser les statistiques officielles les plus récentes.

4.2.2 S'agissant du vaccin antitétanique

Les femmes en âge de procréer⁴ constituent la population cible du vaccin antitétanique (VAT). Toutefois, la population des « femmes enceintes » est utilisée pour suivre la tendance de l'administration du VAT. Pour des raisons pratiques, le PEV présuppose que le nombre de femmes enceintes est égal au nombre de naissances c'est-à-dire aux enfants de moins d'un an. Si vous n'avez pas les statistiques démographiques, vous pouvez utiliser la formule suivante pour déterminer la taille de la population cible :

$$\text{Nombre de femmes enceintes} = \text{Population totale} \times p^*/100$$

(p^* = pourcentage des enfants de moins d'un an dans la population totale)

Exemple : si la population totale est de 300 000 habitants et que les enfants âgés de moins d'un an représentent 3 % de cette population, alors le nombre de femmes enceintes est de 9 000 ($300\,000 \times 3/100 = 9\,000$).

(*) Vous remarquerez que ce nombre est égal à celui des enfants âgés de moins d'un an.

Exercice 2

Reportez-vous aux tableaux 4.1a et 4.1b.

Tâche 1 : faites la liste de vos chiffres de la population cible : les enfants de 0 à 11 mois (colonne c).

Tâche 2 : indiquez le nombre de doses de vaccin administrées au groupe d'âge cible au cours de la précédente période de 12 mois, par ex : Penta1, Penta3 et vaccin antirougeoleux (colonnes d à f).

Tâche 3 : calculez la couverture vaccinale de l'année précédente, par ex : Penta1, Penta3 et vaccin anti-rougeoleux (colonnes g à i). Vous pouvez calculer le taux de couverture pour tout autre vaccin ayant été administré (les vaccins contre l'hépatite B, la fièvre jaune, le Hib, le VAT1, VAT2+) et pour la supplémentation en vitamine A.

4.3 Calcul de la couverture vaccinale par antigène et par vaccin

Pour déterminer le niveau de couverture, vous devez connaître :

- le chiffre total de la population cible (le dénominateur) : les enfants âgés de 0 à 11 mois (nourrissons survivants) pour le BCG, le Penta, le VPO, l'hépatite B, la rougeole, la fièvre jaune et le Hib, et les femmes enceintes pour le vaccin antitétanique (VAT). Les chiffres les plus fiables devraient être utilisés : le recensement national de la population ou les données régulièrement actualisées du registre de la zone locale ;
- pour chaque vaccin, le nombre de doses administrées à la population cible dans une période donnée (le numérateur).

En fonction du niveau de votre service, recueillez ces données en :

- examinant les rapports réguliers des centres de santé ;
- examinant les registres disponibles au niveau de l'unité d'information sanitaire ou du centre de santé ;
- obtenant des informations auprès d'autres prestataires de santé ou cadres de programme sur leurs activités de vaccination.

Pour calculer la couverture vaccinale, utilisez la formule ci-dessous :

$$\text{Taux de couverture (\%)} = \frac{\text{Numérateur (doses administrées à la population cible au cours des 12 mois précédents)}}{\text{Dénominateur (population cible annuelle)}} \times 100$$

Exemple : couverture vaccinale annuelle des enfants (BCG, Penta, VPO, rougeole, hépatite B, fièvre jaune, HiB et vitamine A) :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants âgés de moins d'1 an ayant reçu le nombre correct de doses au cours des 12 derniers mois}}{\text{Population cible annuelle d'enfants âgés de moins d'1 an}} \times 100$$

Exemple : couverture annuelle du VAT2+ :

$$\frac{\text{Nombre de femmes enceintes ayant reçu des doses de VAT2+ au cours des 12 derniers mois}}{\text{Population cible annuelle de femmes enceintes}} \times 100$$

4.4 Calcul du nombre d'enfants non vaccinés

Un enfant non vacciné est un enfant âgé d'un n'ayant pas reçu les vaccins prévus dans le calendrier national de vaccination pour les enfants âgés de moins d'un an.

$$\text{Population cible pour l'antigène} - \text{Enfants vaccinés avec cet antigène} = \text{Enfants non vaccinés pour l'antigène dans le groupe d'âge cible}$$

4.5 Calcul des taux d'abandon

L'abandon est une comparaison entre le nombre d'enfants qui commencent à recevoir les vaccinations et le nombre d'enfants qui ne reçoivent pas les doses suivantes pour une vaccination complète.

L'abandon peut être estimé à travers plusieurs combinaisons de vaccins et de leurs doses, par exemple :

- entre le BCG et le vaccin antirougeoleux ;
- entre le Penta1 et le Penta2 ;
- entre le Penta1 et le vaccin antirougeoleux ;
- entre le Penta1 et le Penta3 ;
- entre le vaccin antirougeoleux 1 et le vaccin antirougeoleux 2, etc.

Cette analyse vous permet d'identifier les obstacles auxquels font face les services de vaccination.



Exercice 3

Utilisez le tableau 4.1a.

Tâche 1 : estimez le nombre annuel d'enfants non vaccinés qui n'ont pas reçu le Penta3 (colonne j) ou le vaccin contre la rougeole (k).

Population cible (c) - Enfants immunisés avec Penta3 dans le groupe d'âge cible (e) = Enfants non immunisés dans le groupe d'âge cible avec Penta3 (j)

En utilisant la même formule, faites les calculs pour le vaccin contre la rougeole (colonne k).

Tâche 2 : calculez les taux d'abandon annuels en utilisant vos données dans le tableau 4.1a pour Penta1-Penta3, Penta1-rougeole (colonnes l et m) ou pour toute autre combinaison de vaccins que vous avez sélectionnée.

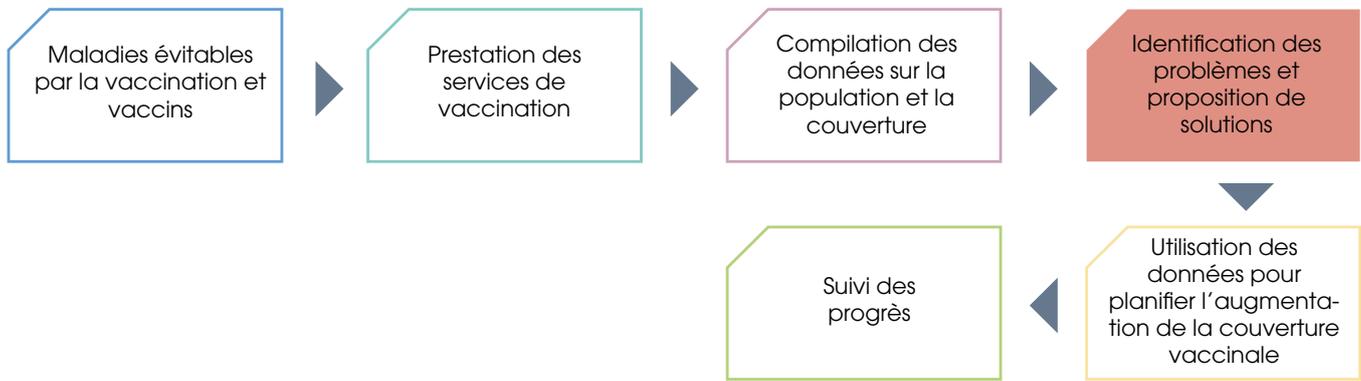
Taux d'abandon Penta1-Penta3 :

$$\frac{\text{Penta1 (d)} - \text{Penta3 (e)}}{\text{Penta1 (d)}} \times 100 = \text{Taux d'abandon Penta1 - Penta3 (\%)} \quad (l)$$

Taux d'abandon Penta1-vaccin contre la rougeole :

$$\frac{\text{Penta1 (d)} - \text{Doses de vaccin contre la rougeole administrées (f)}}{\text{Penta1 (d)}} \times 100 = \text{Taux d'abandon Penta1 - vaccin contre la rougeole (\%)} \quad (m)$$





5. Identification des problèmes et proposition de solutions

5.1 Analyse des données en vue de l'identification des problèmes

Pour que la vaccination soit efficace dans la prévention des cas et des décès, chaque enfant devrait être complètement vacciné. Il existe deux méthodes pour évaluer la capacité de réduction des maladies par la vaccination :

- en mesurant la couverture vaccinale pour chaque vaccin, en comparant le nombre de doses administrées au nombre d'enfants en bas âge cibles destinés à les recevoir ;
- en mesurant le taux d'abandon, en comparant le nombre d'enfants en bas âge qui ont commencé à recevoir des vaccinations au nombre d'enfants en bas âge qui ont reçu toutes les doses de vaccin exigées.

Les sources permettant de collecter ces informations sont :

- la fiche de pointage ;
- le registre de vaccination ;
- la carte de vaccination ;
- les formulaires de synthèse des données de vaccination.

Après avoir déterminé la couverture vaccinale, vous devez interpréter les données par rapport aux cibles planifiées. Vous devez répondre aux questions spécifiques suivantes :

- Quelle est la couverture vaccinale par rapport aux objectifs ? (voir le *Module 4. Planification des activités de vaccination*)
- Quelle est la couverture vaccinale par rapport aux chiffres de la période précédente ?
- Quels étaient les résultats de chaque centre de santé ?
- Que pouvez-vous dire de l'accès physique (déduit de la couverture Penta1) ?
- Y a-t-il une différence entre les niveaux de couverture des divers vaccins administrés en même temps ?

- Tous ceux qui y ont accès continuent-ils à utiliser les services ?

Vous avez fixé vos objectifs de vaccination et suivez vos services. Vous avez remarqué que le taux de la couverture vaccinale n'augmente pas. Pour corriger cette situation, vous devez d'abord identifier les problèmes existants, puis déterminer les causes de chaque problème. La faible couverture peut être causée par une ou plusieurs des grandes catégories de problèmes suivants, éventuellement associés :

- 1. l'inaccessibilité (barrières géographiques et autres) :** dans ce cas, les enfants et les femmes ne sont pas atteints du tout ou n'utilisent pas du tout les services ;
- 2. les abandons :** ce groupe commence la vaccination, mais ne revient pas pour terminer le calendrier ;
- 3. les occasions manquées :** dans ce groupe, les enfants et les femmes ont eu un contact avec l'agent de santé mais pour une raison autre. Par exemple, une femme vient avec son enfant qui souffre de diarrhée, mais l'agent de santé ne lui a pas demandé s'ils étaient vaccinés et ne les a pas vaccinés ;
- 4. l'ignorance :** dans ce groupe, certaines personnes ignorent l'existence des services de vaccination ou croient que la vaccination peut nuire pour des raisons socioculturelles.

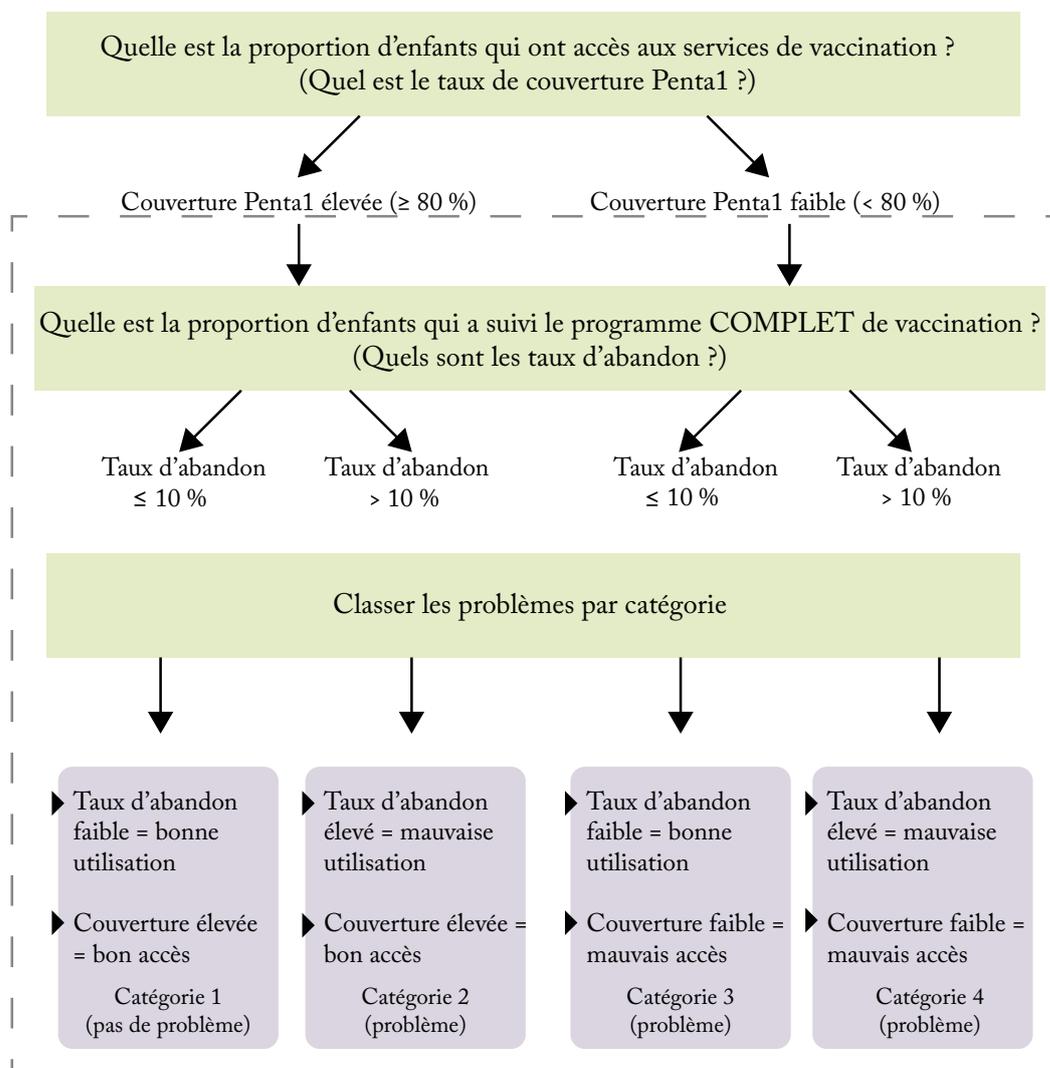
L'observation des résultats de la (faible) couverture vaccinale peut aider à identifier le type de problème et ses causes (Tableau 5.1).



Tableau 5.1 Observations et problèmes sur la couverture vaccinale de district

Observation dans un district	Diagnostic du problème
Taux de couverture élevé de Penta1, faible taux d'abandon	Pas de problème
Taux de couverture élevé de Penta1, taux d'abandon élevé	Problème d'utilisation
Faible taux de couverture de Penta1, faible taux d'abandon	Problème d'accès
Faible taux de couverture de Penta1, taux d'abandon élevé	Problèmes d'utilisation et d'accès

Figure 5.1 Toutes les options possibles pour les taux de couverture vaccinale et les taux d'abandon, classées en quatre catégories



Exercice 4

Continuez à vous référer au tableau 4.1a

Veillez préciser dans la colonne « n » la qualité de l'accès (mauvaise ou bonne) en fonction de la couverture en Penta1 (« bonne » correspond, dans le cadre de cet exercice, à une couverture en Penta1 > 80 % dans la tranche d'âge cible et « mauvaise » correspond à une couverture en Penta1 < 80 % dans la tranche d'âge cible).

Veillez préciser dans la colonne « o » la qualité de l'utilisation (bonne ou mauvaise) en fonction du taux d'abandon (« bonne » correspond, dans le cadre de cet exercice, à un taux d'abandon ≤ 10 % dans la tranche d'âge cible et « mauvaise » correspond à un taux d'abandon > 10 % dans la tranche d'âge cible).

Portez le numéro de la catégorie du problème (1, 2, 3, 4) dans la colonne « p ».

Note : rappelez-vous qu'une augmentation de l'accessibilité et donc une croissance de la couverture Penta1 s'accompagnera initialement d'une montée des abandons. Toutefois, au cours des deux à trois mois suivants, si vous continuez à fournir le Penta2 et le Penta3 d'une manière systématique, vous noterez une amélioration progressive des taux d'abandon.

5.2 Identification des causes des problèmes

Pour identifier les causes des problèmes, il est important de s'entretenir avec la communauté desservie et le personnel de santé. Pour respecter le calendrier de vaccination, impliquez davantage la communauté en lui demandant comment rendre le service plus accessible

pour elle. En outre, le personnel de santé devrait chercher à savoir pourquoi les enfants ne commencent pas ou n'achèvent pas le calendrier de vaccination. Les entretiens de sortie et les observations pendant les séances par le superviseur fournissent aussi des indications utiles. En identifiant les causes de la faible fréquentation, il est toujours important de demander « *mais pourquoi ?* ».

Exercice 5

En tant que groupe, énumérez les principales causes des problèmes liés au taux d'abandon élevé et à l'accès limité au sein de votre centre de santé en fonction des rubriques suivantes :

- approvisionnement ;
- dotation en personnel ;
- prestation de services ;
- participation communautaire/demande.

Exercice 6

Individuellement, déterminez pourquoi le taux de couverture vaccinale n'est pas plus élevé dans le centre de santé. Pour ce faire, vous devrez d'abord identifier les problèmes et ensuite leurs causes (**note** : on vous demandera de trouver des solutions à ces problèmes plus tard dans un autre exercice). Procédez comme suit :

Identifiez les problèmes et leurs causes dans un centre de santé :

Tâche 1 : déterminez si les abandons constituent un problème.

Utilisez la formule pertinente pour calculer le taux d'abandon dans le centre de santé, en fonction des niveaux de couverture suivants :

Penta1 71 % ; VPO1 55 % ; VAT1 25 % ; vaccin antirougeoleux 31 % ; VPO3 ; 44 % ; Penta3 57 % ; VAT2 18 %.

- Quel est le taux d'abandon entre le Penta 1 et le vaccin antirougeoleux ?
- Quel est le taux d'abandon entre Penta1 et Penta3 ?
- Quel est le taux d'abandon entre VAT1 et VAT2 ?

Les abandons constituent-ils un problème dans le centre de santé ? Si oui :

- Décrivez le problème sur la feuille de travail prévue à cet effet. Indiquez le taux d'abandon et dites pourquoi ce taux constitue un problème de votre point de vue.
- Donnez les causes pouvant expliquer ce taux d'abandon dans la deuxième colonne de votre feuille de travail.

Tâche 2 : dites si la difficulté liée à l'accès géographique constitue un problème. La difficulté géographique constitue-t-elle un problème pour le centre de santé ? Si oui :

- Décrivez ce problème dans la première colonne de la feuille de travail.
- Donnez les causes possibles de ce problème dans la seconde colonne de la feuille de travail.

Après avoir fait cet exercice, discutez de vos réponses avec le formateur.

En étudiant les données de routine recueillies dans chaque centre de santé, vous pouvez déterminer si des problèmes

existent, où ils existent, et tirer des conclusions judicieuses sur le type de problèmes.

5.3 Identification des solutions possibles

Une fois que les causes de la faible couverture ont été identifiées, vous devez trouver des solutions appropriées pour les éliminer. Posez-vous les questions suivantes :

- Quelles sont les solutions possibles ?

- Lesquelles sont les plus appropriées ?
- Les solutions proposées sont-elles réalisables ?
- Qui mettra en œuvre ces solutions ?
- Quelles ressources seront requises ?

Le cadre présenté dans le tableau 5.2 peut vous aider dans votre analyse.

Tableau 5.2 Cadre permettant d’identifier les causes et les solutions du faible taux de couverture

Programme	Domaine du Problème	Cause du problème	Solutions nécessitant les ressources existantes	Solutions nécessitant des ressources supplémentaires
Personnel/formation				
Logistique				
Prestation de services Quantité Qualité				
Gestion/planification				
Collecte des données/Rapports				
Suivi et supervision				
IEC		IEC		

Il existe plusieurs solutions possibles pour chaque problème. En voici quelques exemples :

- communication améliorée avec la communauté ;
- formation ;
- supervision ;
- mobilisation de ressources supplémentaires ;
- utilisation d'autres stratégies de vaccination, ex. : stratégie avancée, journées locales de vaccination, discussions thématiques de groupes, etc. ;
- partenariat avec le secteur privé ;
- implication des ONG.

Tableau 5.3 Exemples de problèmes de faible couverture et leurs causes éventuelles révélés au cours d'échanges entre le personnel sanitaire et la communauté

Problèmes	Causes éventuelles des problèmes	Solutions
Les parents n'amènent pas leurs enfants au centre de santé pour qu'ils y reçoivent les doses de vaccination restantes (problème d'utilisation – d'abandon).	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents de santé n'ont pas clairement expliqué aux parents les types de vaccins nécessaires, à quel moment ils doivent être administrés et leur importance. • Les agents de santé ne comprennent pas quels sont les types de vaccins devant être administrés, à quel moment ils doivent être administrés et leur importance. • Les obstacles décourageant les parents à retourner vers les centres de santé sont notamment les heures d'ouverture des cliniques, les coûts et les longues attentes. • L'attitude du personnel est inappropriée. Les agents de santé n'ont aucun respect pour les parents ou ne montrent aucun intérêt pour la santé des enfants. 	
L'enfant et la mère ne sont pas vaccinés lorsqu'ils se rendent au centre de santé parce que l'un d'entre eux est malade (problème d'utilisation – occasion manquée)	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents santé oublient de vérifier les dossiers ou de poser des questions sur les vaccins et les doses ayant été administrées à l'enfant ou à la mère. • Les agents de santé n'ont pas su tirer parti de chaque contact avec les femmes en âge de procréer pour leur expliquer la nécessité et l'importance du vaccin contre le tétanos, surtout lorsqu'elles amènent leurs enfants à la vaccination. • Les agents de santé ne comprennent pas les contre-indications de la vaccination (ils ne comprennent pas que les enfants atteints d'une maladie mineure peuvent être vaccinés). • Les agents santé n'arrivent pas à expliquer aux parents qu'il est admis de vacciner un enfant atteint d'une maladie mineure. • Les vaccins ne sont pas disponibles le jour « J ». • D'autres fournitures nécessaires à la vaccination sont indisponibles. 	
Les agents de santé n'arrivent pas à déterminer quels sont les vaccins qui ont été administrés à l'enfant (problème d'utilisation- occasion manquée)	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents ne présentent pas les carnets de vaccination. • Les dossiers des centres de santé ne sont pas bien tenus et ne permettent pas de trouver facilement le dossier de l'enfant. • Il n'existe pas de système de suivi au sein du centre de santé. 	
Les femmes enceintes n'ont pas recours au vaccin contre le tétanos (problème d'utilisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Certains obstacles contribuent à décourager les femmes quant à la vaccination, notamment le coût ainsi que les questions de genre et d'ordre culturel. • Les femmes ne connaissent pas l'importance du VAT. 	
Les enfants ne reçoivent pas tous les vaccins qu'on devrait leur administrer au cours d'une consultation (problème d'utilisation – occasion manquée)	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents de santé oublient de vérifier les dossiers de vaccination ou de demander quels vaccins et doses un enfant/une mère a reçu/es. • Les agents de santé ne comprennent pas quels sont les vaccins indiqués, à quel moment les administrer et pourquoi ces vaccins sont nécessaires. • Tous les vaccins ne sont pas disponibles ou proposés au centre de santé au cours d'une même journée. • Il y a une pénurie de certains vaccins au centre de santé. 	
Les enfants et les femmes enceintes ne se rendent jamais au centre de santé pour commencer à recevoir des doses de vaccin (problème d'accès)	<ul style="list-style-type: none"> • Les centres de santé sont trop éloignés. • Les heures d'ouverture des centres de santé ne conviennent pas à la communauté ou ne sont pas comprises par elle. • Les activités de stratégie avancée ne sont pas fréquentes ou alors la communauté n'a pas été bien informée de l'heure et du lieu de ces activités. • Des considérations d'ordre culturel, financier, racial, de genre et autres sont des obstacles aux services de vaccination. 	

Exercice 7

Comme lors de la précédente étape d'identification des causes, les solutions devraient normalement découler de la consultation de la communauté et des échanges entre tous les agents de santé du centre de santé et le superviseur.

Tâche 1 : choisissez un des problèmes du tableau 5.3 et indiquez les solutions envisagées par les différentes parties.

Les solutions proposées par la communauté

- 1.
- 2.

Les solutions proposées par les agents de santé

- 1.
- 2.

Les solutions proposées par votre superviseur

- 1.
- 2.

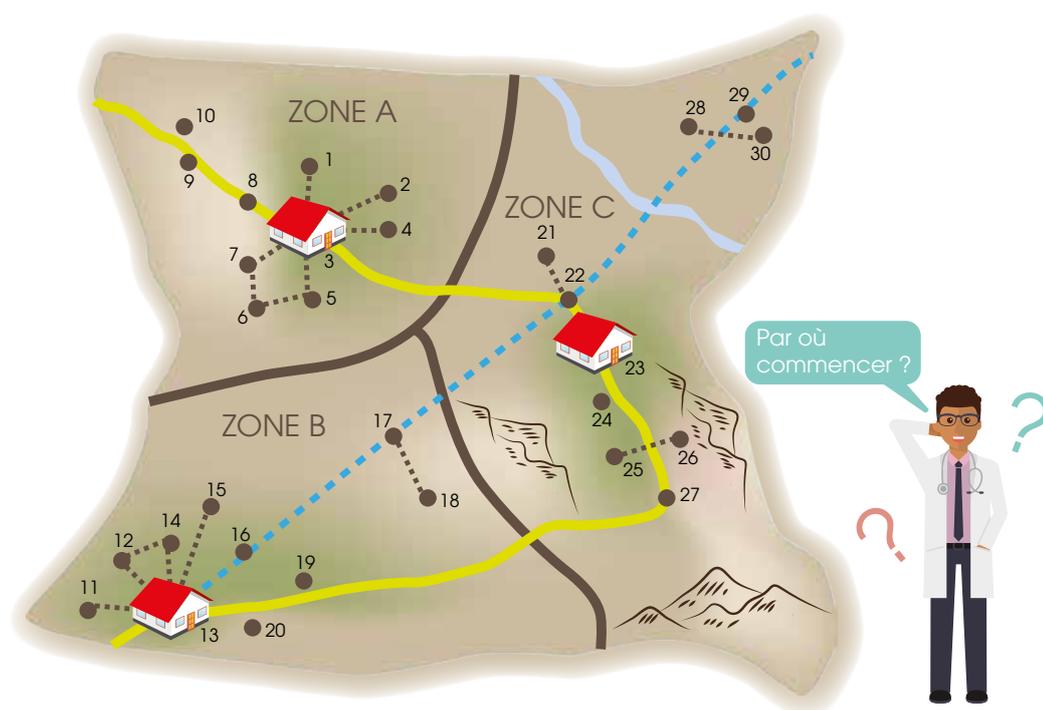
Tâche 2 : sur la base de la liste des solutions envisageables, proposez votre solution et remplissez la colonne intitulée « Solutions » dans le tableau 5.3.

5.4 Hiérarchisation de vos choix par priorité : quel est votre premier choix ?

Examinez les données du tableau 4.1a et choisissez la zone prioritaire sous la colonne « a » où vous commencerez à mettre en œuvre les solutions énumérées. Pour ce faire, vous devrez d'abord examiner la population non vaccinée des colonnes « j, k » pour donner la priorité à la zone de couverture ayant le plus grand nombre d'enfants non

vaccinés. Examinez ensuite la catégorie de problème et classez par priorité les zones qui appartiennent à la catégorie 4, forts abandons et faible accès. Remplissez la colonne « q », en marquant l'ordre de priorité de chaque zone. À la fin, la décision pour la priorité doit reposer sur la situation locale et la faisabilité.

Figure 5.2 Informations sur la zone - hiérarchisation des choix par priorité



Exercice 8

Examinez le tableau 5.2 et choisissez parmi les solutions que vous avez identifiées à l'exercice 7 celles qui peuvent être appliquées avec les ressources déjà disponibles. Quelles solutions nécessitent des ressources externes supplémentaires ?

Utilisez la page suivante pour marquer vos réponses.

1. Ressources disponibles

2. Ressources supplémentaires nécessaires

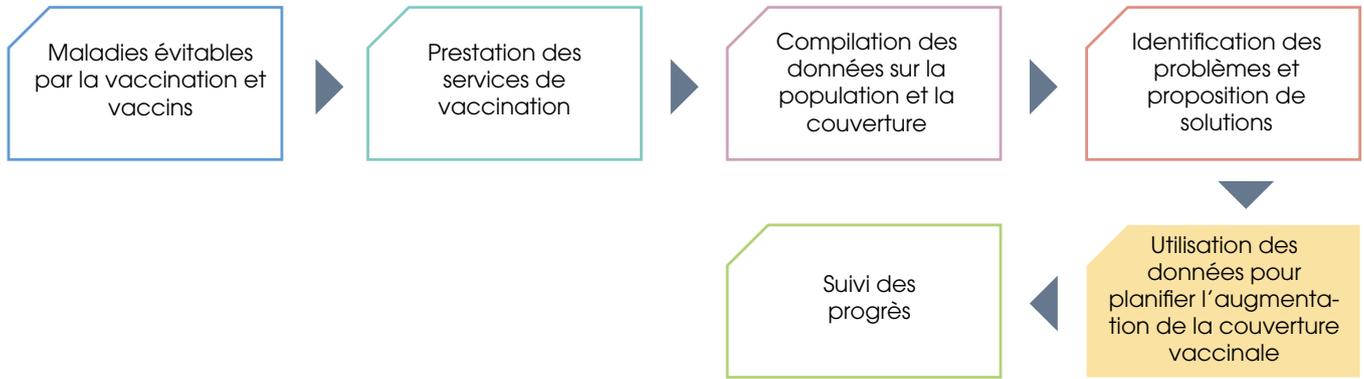
Question : revenez à la figure 5.1. Parmi les quatre options, pouvez-vous indiquer celle qui :

a) créera un gaspillage des ressources du PEV ?

b) nécessitera plus de ressources pour résoudre le problème ?

Vérifiez vos réponses avec le formateur.





6. Utilisation des données pour planifier l'augmentation de la couverture vaccinale

6.1 Préparation de votre plan de travail

6.1.1 Fixer des objectifs de couverture

Les centres de santé devraient se fixer deux types d'objectifs de couverture :

A. des objectifs de couverture pour les vaccinations infantiles (BCG, Penta, VPO, rougeole, fièvre jaune, vitamine A et tout autre vaccin fourni).

B. des objectifs de couverture pour la vaccination avec le VAT2+ pour les femmes enceintes.

A. Fixer les objectifs pour la vaccination infantile

Les objectifs de couverture pour la vaccination infantile sont définis pour une seule année et représentent l'augmentation minimum du pourcentage pour l'année en question. Nous sommes arrivés au terme de l'année 2016 et vous voulez définir les objectifs de 2017 dans votre région. L'objectif national est d'atteindre 100 % de couverture d'ici 2020.



Exercice 9

Définissez les objectifs de couverture vaccinale pour une année pour les vaccins infantiles suivants : BCG, Penta, VPO3, rougeole, fièvre jaune. Pour ce faire, suivez les étapes ci-dessous :

Étape 1 : déduisez la couverture actuelle dans votre zone de l'objectif national. Faites-le pour chaque vaccin.

Exemple :

Vaccin	Objectif national d'ici 2020 (%)	-	Taux de couverture actuel dans votre région (%)	=	Différence (%)
BCG	100	-	65	=	35
Penta3					
VPO3	100	-	35	=	65
Rougeole	100	-	30	=	70
Fièvre jaune	100	-	30	=	70

Étape 2 : déterminez le nombre d'années entre l'année pour laquelle vous définissez actuellement les objectifs et l'année cible de l'objectif national.

Exemple : il y a quatre années entre l'année 2017 et 2020.

Étape 3 : divisez la différence entre l'objectif national et votre couverture actuelle par le nombre d'années entre 2017 et 2020 (quatre). Vous obtiendrez l'augmentation minimum de votre taux de couverture pour chaque année.

Vaccin	Taux de couverture actuel (%)	+	Augmentation minimum annuel de votre taux de couverture (%)	=	Objectif pour 2017 (%)
BCG	65	-	9	=	74
Penta3	35		16		51
VPO3	35	-	16	=	51
Rougeole	30	-	17	=	47
Fièvre jaune	30	-	17	=	47

Étape 4 : ajoutez l'augmentation minimum du pourcentage de votre couverture chaque année au taux de couverture actuel dans votre zone. La somme de ces chiffres représente votre objectif pour l'année suivante.

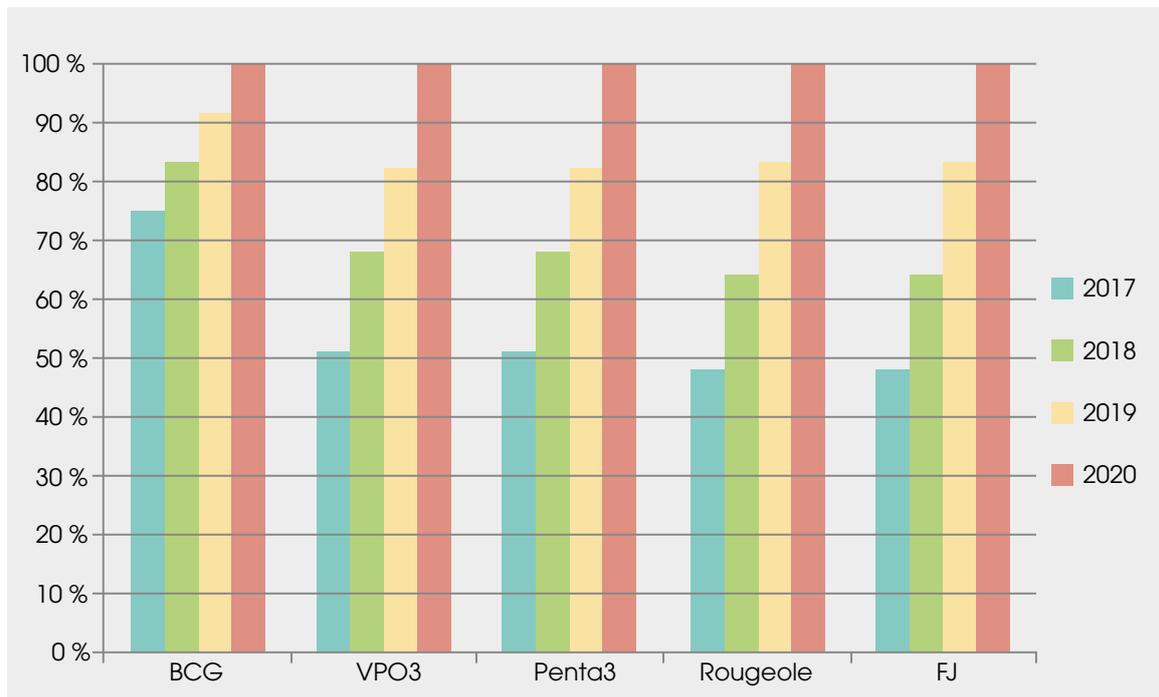
Exemple :

Vaccin	Différence entre le taux de couverture vaccinale actuel et l'objectif national	Nombre d'années séparant de l'objectif national	Pourcentage minimum annuel entre l'année de référence et l'année cible de l'objectif national
BCG	35 %	4	~9
Penta3	65 %	4	~16
VPO3	65 %	4	~16
Rougeole	70 %	4	~17
Fièvre jaune	70 %	4	~17

La figure 6.1 illustre la méthode décrite ci-dessus. Elle montre que le pourcentage d'augmentation de la

couverture devrait au moins être le même chaque année pour atteindre l'objectif national.

Figure 6.1 Exemples d'objectifs de couverture annuelle par antigène pour 2017–2020



B. Fixer les objectifs pour la couverture vaccinale du VAT/Td

L'administration du VAT/Td aux femmes a pour but principal de protéger leurs bébés contre le tétanos néonatal, mais en même temps les femmes elles-mêmes sont protégées contre le tétanos. Le calendrier de vaccination du VAT/Td est plus complexe que celui des vaccinations infantiles. La période de protection contre le tétanos est différente pour chacune des cinq doses de VAT/Td.

L'OMS recommande que la combinaison de la dose adulte de l'anatoxine diphtérique avec l'anatoxine tétanique (Td) soit le choix rationnel pour la prophylaxie de la diphtérie et du tétanos. Avant d'administrer le vaccin dans les services de soins prénataux, il convient de vérifier le statut vaccinal de la femme enceinte (dans

ses antécédents ou par carte), indépendamment de l'intention de poursuivre la grossesse. Administrez si la femme n'a pas été préalablement vaccinée ou si son statut d'immunisation est inconnu, donnez deux doses de VAT/Td un mois avant l'accouchement et d'autres doses selon les tableaux de la figure 6.2 - si la femme a eu entre une et quatre doses de VAT dans le passé, donnez une dose de VAT/Td avant l'accouchement (un total de cinq doses protège pendant toute la période de procréation). Pour que la femme soit protégée pendant la grossesse, la dernière dose de VAT doit être administrée au moins deux semaines avant l'accouchement. Notez les doses données dans un registre standard d'immunisation VAT et sur une carte de vaccination personnelle ou dans un dossier de santé maternelle. La carte de vaccination personnelle devrait être conservée par la femme.

Figure 6.2 Vaccination maternelle contre le tétanos – calendrier de vaccination

Tableau 1 Calendrier de vaccination contre l'anatoxine tétanique pour les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes sans exposition préalable au VAT, Td ou DTC^a

Dose de VAT ou TD	Quand administrer	Durée estimative de protection
1	Au 1 ^{er} contact ou le plus tôt possible pendant la grossesse	Aucune
2	Au moins 4 semaines après VAT1	1 à 3 ans
3	Au moins 6 mois après VAT2 ou pendant la grossesse suivante	Au moins 5 ans
4	Au moins 1 an après VAT3 ou pendant la grossesse suivante	Au moins 10 ans
5	Au moins 1 an après VAT4 ou pendant la grossesse suivante	Pour toutes les années de maternité et peut-être plus longtemps

^a Source : *Information de base pour le développement de la politique de vaccination*. Mise à jour Genève 2002. Organisation mondiale de la Santé (document OMS/V&B/02.28), page 130.

- Si la femme peut présenter une preuve écrite de vaccination durant la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence avec le vaccin contenant le tétanos (par ex. DTC, DT, Td, VAT), administrez les doses comme indiqué au tableau 2.

Tableau 2 Directives de vaccination contre l'anatoxine tétanique pour les femmes qui ont été vaccinées pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence^b

Âge à la vaccination	Vaccinations antérieures sur la base d'informations écrites	Vaccinations recommandées	
		Contact présent ou grossesse	Plus tard (à intervalles d'au moins un an)
Petite enfance	3 DTC	2 doses de VAT/Td (min. 4 semaines d'intervalle entre les doses)	1 dose de VAT/Td
Enfance	4 DTC	1 dose de VAT/Td	1 dose de VAT/Td
Âge scolaire	3 DTC + 1DT/Td	1 dose de VAT/Td	1 dose de VAT/Td
Âge scolaire	4 DTC + 1DT/Td	1 dose de VAT/Td	Aucune
Adolescence	4 DTC + 1DT à 4-6 ans + 1 VAT/Td à 14-16 ans	Aucune	Aucune

^b adapté de Galzaka AM. *La base immunologique pour les séries de vaccination. Module 3 : Tétanos*. Genève. Organisation mondiale de la Santé. 1993 (OMS/PEV/GEN/93.13), page 17.

Source : OMS (2006). *La vaccination maternelle contre le tétanos. Gestion intégrée de la grossesse et des naissances (IMPAC)*. Disponible sous : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf

Tout comme les objectifs de couverture fixés pour les vaccinations infantiles, l'objectif du VAT/Td2+ est un objectif annuel basé sur l'objectif national. Pour définir

un objectif de couverture VAT/Td2+, suivez la procédure en 4 étapes décrite ci-dessous dans l'exercice 10.

Exercice 10

Dans cet exercice, vous fixerez les objectifs de couverture du VAT administré aux femmes. Supposez que vous êtes à la fin de l'année 2016 et que vous vouliez fixer les objectifs annuels de la couverture du VAT/Td2+ pour le secteur sanitaire C de l'année 2020. Supposez aussi que :

- l'objectif national à atteindre d'ici la fin de 2020 est un taux de couverture vaccinale du VAT/Td2+ de 100 % ;
- le taux de couverture actuel du VAT2+ chez les femmes enceintes est de 46 %.

Pour calculer les objectifs du secteur sanitaire C, il faut suivre la procédure de fixation des objectifs de la couverture vaccinale. Veuillez écrire vos réponses dans le tableau ci-dessous. À la fin de cet exercice, veuillez vérifier vos réponses avec le formateur.

Calcul des objectifs de couverture vaccinale du VAT/Td2+**Étape 1**

(Objectif de couverture nationale du VAT2+) – (Taux de couverture actuel du VAT/Td2+ en %) = Différence **(A)**

Étape 2

(Année cible pour atteindre l'objectif national) – (Année de définition de l'objectif national) = Nombre d'années entre l'année de définition de l'objectif national et l'année en cours **(B)**

Étape 3

$\frac{A \text{ (Différence entre l'objectif national et le taux de couverture actuel)}}{B \text{ (Nombre d'années entre les deux objectifs)}}$ = Augmentation minimum du taux de couverture par an en % **(C)**

Étape 4

Couverture actuelle (VAT2+) + Augmentation minimum du taux de couverture par an = Objectif annuel pour VAT/Td2+ (%) **(D)**

6.1.2 Définir les stratégies de pérennisation de la couverture vaccinale de routine

Les plans d'action du district et du centre de santé devraient se focaliser sur les stratégies qui contribueront à améliorer et à pérenniser la couverture de routine. Certaines stratégies visant à surmonter les problèmes courants sont énumérées ci-dessous :

1. Augmenter l'accès à la vaccination en s'assurant que tous les entres de santé fournissent des services de vaccination et effectuent des activités appropriées de stratégie avancée.
2. Saisir chaque occasion pour vacciner tous les enfants et femmes éligibles.
3. Organiser des activités spéciales telles que les semaines de la vaccination, surtout dans les zones ayant une couverture de services de santé de mauvaise qualité ou faible.
4. Créer de nouveaux établissements de santé fixes selon les besoins.
5. Accroître la capacité des centres de santé à fournir des services de vaccination à travers la dotation en personnel et le développement des compétences. Ils devraient tous avoir un effectif suffisant compétent dans la prestation des services de vaccination.
6. Associer d'autres prestataires de soins de santé hors du ministère de la Santé (ex : secteur privé) dans la prestation des services de vaccination.

7. Stimuler la participation communautaire à travers l'implication des communautés dans la sensibilisation et la promotion de la vaccination, le suivi communautaire des perdus de vue lors du suivi, l'éducation et le conseil familiaux en matière de santé.

8. S'assurer que toute la logistique de la vaccination est disponible en permanence et fonctionne correctement.

Stratégies visant à réduire les occasions manquées de vaccination : selon le PEV, les stratégies suivantes permettent de réduire les occasions manquées :

- Utiliser l'approche de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : saisir les occasions que les autres programmes, notamment ceux relevant de la PCIME, peuvent offrir pour la vaccination.
- Contrôler le statut vaccinal de routine des enfants et des femmes en visite de consultation externe.
- Former les agents de santé aux contre-indications réelles des vaccins.
- Organiser des campagnes de rattrapage dans les endroits difficiles à atteindre.
- Ouvrir plus de services de santé de stratégie avancée pour rapprocher les services du patient.

Stratégies de réduction des abandons : le programme PEV suggère les mesures suivantes pour réduire le taux d'abandon :

- Assurer l'approvisionnement continu en vaccins.
- Reprogrammer les services annulés si possible.
- Lancer la mobilisation sociale sur l'importance et les avantages de la vaccination.
- Ouvrir plus de services en stratégie avancée pour couvrir les populations difficiles à atteindre.
- Tenir les registres de vaccination complètement à jour par les agents de santé.
- Mettre en place un système de suivi des perdus de vue au niveau des centres de santé qui associe les agents de santé communautaires, les comités de santé de village (CSV) et les ONG locales.

Exercice 11

À l'aide du tableau 6.1 et de l'exemple de l'annexe 6, préparez un plan de travail (microplan) pour l'augmentation de la couverture vaccinale et suggérez les diverses stratégies pour couvrir les populations difficiles à atteindre dans le district. Proposez au moins trois stratégies permettant d'atteindre les populations inaccessibles ou vivant dans des zones reculées. Utilisez l'espace destiné à cet effet.

Stratégie 1 :

Stratégie 2 :

Stratégie 3 :

Après avoir identifié les stratégies, indiquez les activités et remplissez les autres colonnes du tableau 6.1 (référez-vous aussi à l'annexe 6 pour voir l'exemple théorique de ce tableau).

Tableau 6.1 Plan de travail pour augmenter la couverture vaccinale par stratégie et type d'activité

N°	Activités	Où ?	Qui est responsable ?	Quand ?		Ressources		Observations
				Début	Fin	Disponibles	À mobiliser	
A	Stratégie 1							
A1	Activité 1							
A2	Activité 2							
A3	Activité 3							
A4	Activité 4							
A5	Activité n							
A6	Sous-total de la stratégie 1							
B	Stratégie 2							
B1	Activité 1							
B2	Activité 2							
B3	Activité 3							
B4	Activité 4							
B5	Activité n							
B6	Sous-total de la stratégie 2							
C	Stratégie 3							
C1	Activité 1							
C2	Activité 2							
C3	Activité 3							
C4	Activité 4							
C5	Activité n							
C6	Sous-total de la stratégie 3							
	Total							

6.1.3 Mener des activités

Commencer par élaborer un plan de travail comprenant les activités prioritaires que vous avez l'intention de mener au cours de cette année, notamment les activités liées à la mobilisation sociale et à l'implication de la communauté. Ces activités devraient être déduites de l'analyse des problèmes, de leurs causes et des solutions que vous venez de proposer. S'agissant du plan de travail, il est nécessaire que vous fixiez des objectifs réalistes de couverture vaccinale que vous pourrez atteindre à la fin de l'année. Si vous connaissez le taux que vous souhaitez atteindre, alors vous avez plus de chance d'y parvenir. C'est pourquoi il est nécessaire que chaque centre de santé fixe ses objectifs au début de l'année. Le fait de se fixer des objectifs traduit,

d'une part, que vous savez ce que vous souhaitez réaliser et vous permet, d'autre part, d'évaluer les progrès réalisés par rapport à l'atteinte de ces objectifs tout en étant satisfait de votre travail. Votre plan de travail vous permettra aussi de déterminer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités et leurs sources prévues.

6.1.4 Finaliser votre plan de travail

Recourez à tous les éléments du plan que vous avez élaboré jusqu'ici et inspirez-vous du modèle proposé ci-après pour finaliser le plan de travail de votre centre de santé. Consultez le *Module 4. Planification des activités de vaccination* pour avoir d'autres orientations sur la procédure de planification.

Méthodologie de préparation d'un plan d'action de vaccination

- 1. Introduction :** faire une brève introduction en indiquant la raison de l'élaboration du plan d'action.
- 2. Renseignements de base et analyse de la situation :** faire une analyse sur les maladies de l'enfant dans votre zone cible sur la base des statistiques disponibles. Identifier les principaux problèmes et les limites.
- 3. Objectifs et cibles :** formuler des objectifs et des cibles du programme qui soient mesurables.
- 4. Stratégie :** faire une analyse critique des stratégies du PEV existantes. Décrire les stratégies proposées et les approches qui seront appliquées. Essayer d'identifier des stratégies innovantes pour une mise en œuvre effective du programme. Mettre en exergue le rôle central des communautés pour appuyer les activités de vaccination au niveau local.
- 5. Activités :** afin d'atteindre les cibles susmentionnées, préparer un tableau d'activités pour chaque cible. Choisir des dates de mise en œuvre de ces activités, désigner des responsables ou les organisations responsables et les inclure dans ce tableau.
- 6. Suivi et évaluation :** décrire comment vous avez l'intention d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan et définir les indicateurs qui vous permettront d'évaluer l'atteinte de vos objectifs spécifiques. Indiquer des dates butoir et procédures de rédaction des rapports ainsi que le niveau auquel ces rapports doivent être soumis.
- 7. Estimation du budget :** en vous basant sur le tableau d'activités, il faut déterminer le coût de chaque activité et préparer un projet de budget général du plan. Il faut par ailleurs calculer le coût total du plan et indiquer les ressources financières disponibles ainsi que leur provenance. Cette section doit également permettre de déterminer les besoins en ressources, afin de permettre au responsable du programme de se rapprocher des partenaires pouvant apporter un soutien.
- 8. Annexes :** votre plan doit être basé sur des informations essentielles, notamment des données statistiques sur la vaccination et les graphiques permettant d'apprécier l'évolution des maladies cibles ou celle de la couverture vaccinale dans la zone desservie.

6.2 Élaboration du microplan du centre de santé

Le microplan pour les activités de vaccination du centre de santé devrait être intégré dans le plan général du centre de santé et faire partie du plan global du district sanitaire mentionné dans la section 6.1. Il devrait en outre constituer un instrument de plaidoyer pour obtenir le soutien des autorités locales, des autres organismes publics, des partenaires d'ONG et de certaines parties prenantes. Les microplans sont des documents dynamiques qui doivent être régulièrement révisés et mis à jour périodiquement (au moins tous les six mois) pour qu'ils reflètent l'environnement changeant dans lequel ils évoluent. À titre d'illustration, l'échec à atteindre une

cible trimestrielle peut nécessiter que la stratégie qui avait été adoptée soit repensée et que le microplan soit modifié.

En effet, les situations imprévisibles affectant l'environnement politique ou financier, les problèmes logistiques, les nouvelles initiatives sanitaires nationales (par exemple l'introduction de nouveaux vaccins) qui nécessitent la mobilisation du personnel, ainsi que les grèves et d'autres événements de nature à provoquer des mouvements de population sont susceptibles d'affecter l'organisation des séances de vaccination. Ceux-ci devraient par conséquent être pris en considération lors de la mise à jour des microplans.

Les microplans devraient proposer des solutions réalistes aux problématiques importantes soulevées et aux défis auxquels font face les cadres du programme dans des districts et des centres de santé spécifiques. Au cours de la microplanification, les équipes de santé adoptent une démarche de résolution des problèmes s'inspirant des réalisations du passé, des obstacles actuels à l'accroissement de la couverture vaccinale, à la qualité du service et à la disponibilité des ressources (notamment la disponibilité du temps et des ressources humaines, matérielles et financières). Ces microplans devraient aussi permettre la hiérarchisation des activités, la définition d'objectifs réalistes assortis d'échéances, le traitement des questions de pérennisation, la programmation d'évaluations régulières du niveau de mise en œuvre et de réalisation, ceci dans l'optique de faciliter une révision opportune.

Pour élaborer un microplan efficace, il faut mener un certain nombre d'actions détaillées dans les sections suivantes.

6.2.1 Au niveau du centre de santé

Déterminer la zone desservie par le centre de santé

Une zone de responsabilité est l'ensemble des communautés devant être desservies par un centre de santé. Comment identifier ces communautés ?

- Obtenir la liste des communautés concernées auprès du district (si elle est disponible).
- Établir la liste des communautés vivant dans la zone desservie par le centre de santé avec le concours des membres des communautés.
- Se rapprocher des leaders communautaires afin de confirmer la liste de ces communautés.
- Mettre les données à jour, en intégrant les « nouvelles » communautés par rapport aux précédents passages des AVS (celles qui n'avaient pas été atteintes jusque là).
- Définir les limites géographiques de chaque communauté avec l'appui des leaders communautaires.
- Calculer les distances entre chaque communauté et le centre de santé.

- Faire une estimation démographique de chaque communauté présente dans la zone desservie.

Estimation des populations de chaque communauté dans la zone desservie

Cette estimation peut être obtenue directement à partir des données du recensement de la population lorsque le nombre d'enfants âgés de moins d'un an et le nombre de femmes en âge de procréer sont disponibles. On peut aussi obtenir l'effectif de la population totale des communautés à partir des données du recensement, et partir du principe que les enfants âgés de moins d'un an représentent 4 % de la population et les femmes en âge de procréer âgées de 15 à 49 ans représentent 22 % de la population.

L'estimation de la population des différentes communautés peut également être obtenue à partir des microplans des AVS existantes et/ou des informations recueillies auprès des différents leaders communautaires. Dans des situations particulières, un simple recensement de la communauté par la méthode du porte-à-porte est également possible.

Regrouper les communautés par stratégie

Le choix de la stratégie pour la prestation des services de vaccination à adopter est déterminé sur la base des distances qui séparent les communautés du centre de santé. Les communautés vivant dans un rayon de 5 km du centre de santé doivent recevoir directement des services de vaccination en stratégie fixe au sein de l'établissement (à condition qu'il n'y ait aucun autre obstacle). Voir ci-après pour les stratégies choisies en fonction des distances :

- moins de 5 km : stratégie fixe ;
- entre 5 – 10 km : stratégie avancée ;
- au-delà de 10 km : stratégie mobile.

Ces distances ne sont données qu'à titre indicatif afin de faciliter la planification ; la situation locale réelle doit être prise en compte.

Exemple : la population totale de la communauté Kana = 890
 Enfants <1 an = $890 \times 4\% = 890 \times 4/100 = 35,6$ (~36)
 Femmes en âge de procréer = $890 \times 22\% = 890 \times 22/100 = 195,8$ (~196).

Exercice 12

Tâche 1 : dressez la liste des noms des communautés couvertes par votre centre de santé pour des séances en stratégie fixe ou des visites en stratégie avancée et complétez le tableau 6.2.

Tâche 2 : incluez la population totale de la communauté et la cible pour les enfants < 1 an et les femmes en âge de procréer.

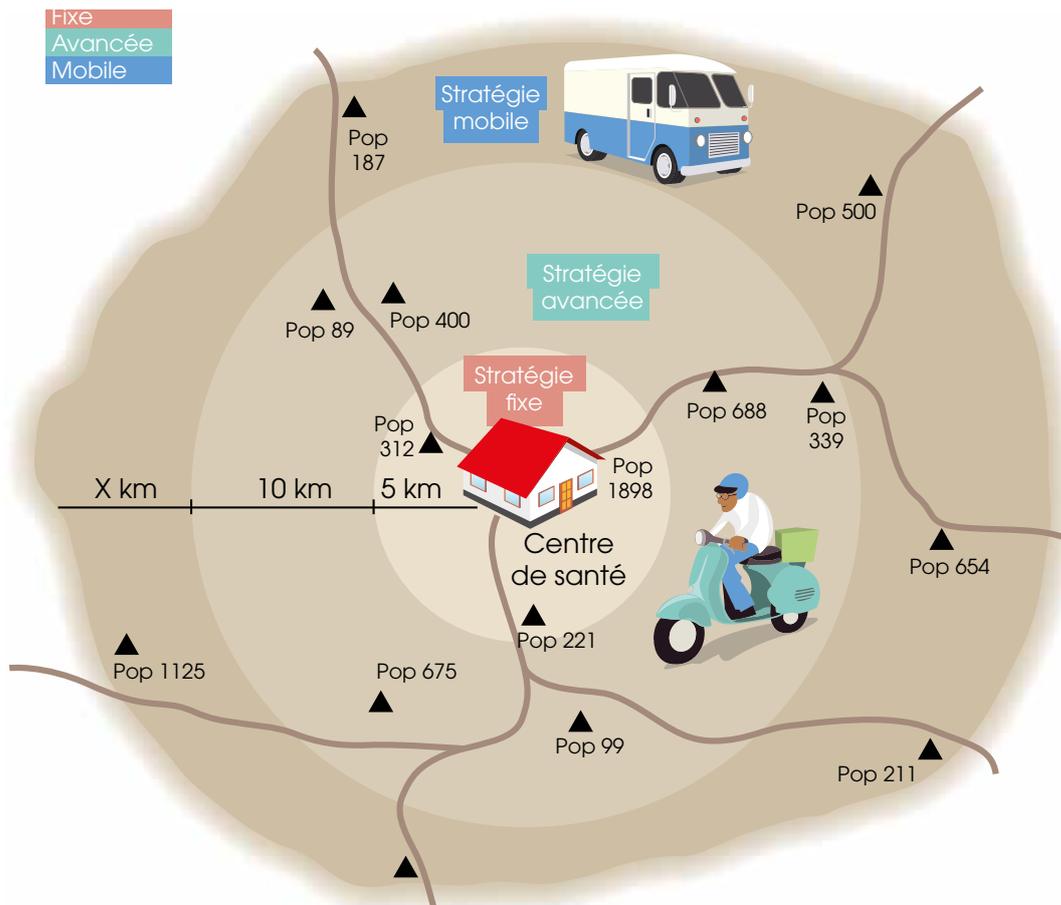
Exercice 13

Tâche 1 : présentez les informations sur les communautés montrées dans la figure 6.3 dans un tableau et indiquez également si la communauté est difficile à atteindre.

Tâche 2 : indiquez la distance approximative qui sépare chaque communauté du centre de santé et regroupez ces communautés par stratégie.

Tâche 3 : utilisez toutes les informations pour dessiner une carte de la zone desservie par le centre de santé.

Figure 6.3 Communautés regroupées par distance/stratégie



Traçage d'une carte de la zone desservie

Les cartes des zones de responsabilité mises à jour constituent l'un des éléments clés du processus de microplanification. Il convient de tracer des cartes détaillées des zones desservies par les centres de santé et les districts. Les cartes de district devraient faire ressortir les établissements de santé (publics et privés), les principales localisations de la population, les routes, les distances, les fleuves, les sites de stratégie avancée actuels, etc. La carte devrait intégrer tous ces détails en précisant les limites de la zone desservie, la localisation des zones difficiles d'accès ou de celles présentant un nombre élevé d'enfants non vaccinés, et tout obstacle à la fourniture des services de vaccination (à savoir notamment des inondations saisonnières, des montagnes, des cours d'eau etc.).

Cette carte devrait être simple, mais informative :

- Indiquer la flèche en direction du nord.
- Déterminer les limites de la zone desservie et situer le centre de santé.
- Indiquer toutes les communautés vivant dans la zone desservie.
- Faire ressortir les caractéristiques géographiques/limites sur la carte (cours d'eau, montagnes, principales routes, etc.).
- Indiquer les estimations de la population totale et de la population cible (enfants âgés de moins d'un an) de chaque communauté.

Il faut indiquer la stratégie adoptée pour couvrir chaque localité.

Tableau 6.2 Renseignements de base sur la zone desservie par le centre de santé

District	Nom de la communauté	Population totale	Population cible		Estimation de la distance par rapport au centre de santé			Zone difficile d'accès (O/N)	Stratégie F=Fixe A=Avancée M=Mobile
			Enfants <1 an (4 %)	Femmes en âge de procréer (22 %)	< 5 km	5 à 10 km	> 10 km		

Déterminer le nombre de séances à organiser par centre de santé fixe

Vous devriez décider de la fréquence des séances de vaccination. Pour ce faire, suivez les étapes suivantes :

1. Calculez l'effectif de votre population cible annuelle.
2. Divisez cet effectif par 12 pour obtenir l'effectif de la population cible mensuelle.
3. Calculez la moyenne des contacts établis par mois et par enfant et femme en âge de procréer cibles en vue de la vaccination. Ces données dépendent du calendrier de vaccination. Supposez que la moyenne des contacts en vue de la vaccination est égale à 8.
4. Multipliez l'effectif mensuel de la population cible par 8 pour obtenir le nombre total de contacts par mois.
5. Maintenant, vous devez vous inspirer de votre expérience et décider du nombre de personnes que vous pouvez vacciner à chaque séance : 10, 20 ou 30 personnes. Supposons que vous pouvez vacciner jusqu'à 20 mères et enfants par séance, divisez le nombre total de vos contacts mensuels par 20. Le rapport obtenu vous permettra de déterminer le nombre de séances à organiser par mois pour pouvoir vacciner jusqu'à 20 patients par séance.

Après avoir arrêté le nombre de séances par mois (ou par semaine), il faut discuter avec les membres de la communauté pour choisir les dates et heures qui leur conviennent pour l'organisation de ces séances de vaccination.

- Assurez-vous que tous les responsables d'enfants et femmes admissibles sont informés de la date de ces séances de vaccination.

- Fournissez ces services de manière fiable, conformément à l'annonce faite.
- Améliorez la gestion des stocks et conservez en réserve un stock de sécurité équivalent à un cycle d'approvisionnement en aiguilles, seringues, diluants et vaccins.

Planification des séances en stratégie avancée

Étape 1 : déterminer la population cible (PC) par mois. Additionnez l'effectif des populations cibles de chaque communauté à desservir par des visites en stratégie avancée et divisez la somme obtenue par 12.

Étape 2 : déterminer le nombre de séances de vaccination par mois. Divisez la PC mensuelle par 10 (qui représente le nombre de clients) et multipliez le résultat par le nombre de personnes chargées de la vaccination. À titre d'illustration, si la séance de vaccination doit être conduite par 2 agents de santé, appliquez la formule suivante : $[PC / (10 \times 2)]$.

Étape 3 : identifier les sites pour la stratégie avancée au sein des communautés. Rencontrez les représentants des communautés (le comité de santé du village) en vue de choisir le site où se tiendront les séances de vaccination.

Regroupez les communautés qui sont proches l'une de l'autre pour qu'elles participent à une même séance de vaccination en stratégie avancée (avec le comité de santé du village).

Le nombre de patients par séance et par agent de santé estimé ici à 10 est donné à titre indicatif à des fins de planification.

Par souci de pragmatisme, évitez de planifier plus d'une séance en stratégie avancée par semaine.

Exercice 14

Utilisez l'effectif de la population cible du tableau 6.2 pour calculer le nombre de séances de vaccination organisées dans le cadre des stratégies fixe et avancée.

Élaborer votre microplan

Rencontrez les membres des différentes communautés et déterminez les jours qui leur conviennent pour organiser des séances de vaccination en stratégie fixe ou avancée. Préparez un programme d'activités à mener au cours du mois ou du trimestre, en indiquant les différentes séances de vaccination et les autres types d'activités. Le plan de travail devrait comprendre :

- la planification des séances, y compris les jours de vaccination ;
- le type de stratégie adoptée pour atteindre la communauté ;
- les différents moyens de transport ;
- les autres types d'activités planifiées, à savoir les visites mobiles dans les communautés vivant dans des zones reculées avec l'appui du niveau du district (transport etc.) ;
- les activités visant à apporter des solutions aux problèmes identifiés ;
- le suivi des séances de vaccination réalisées par rapport à celles planifiées.

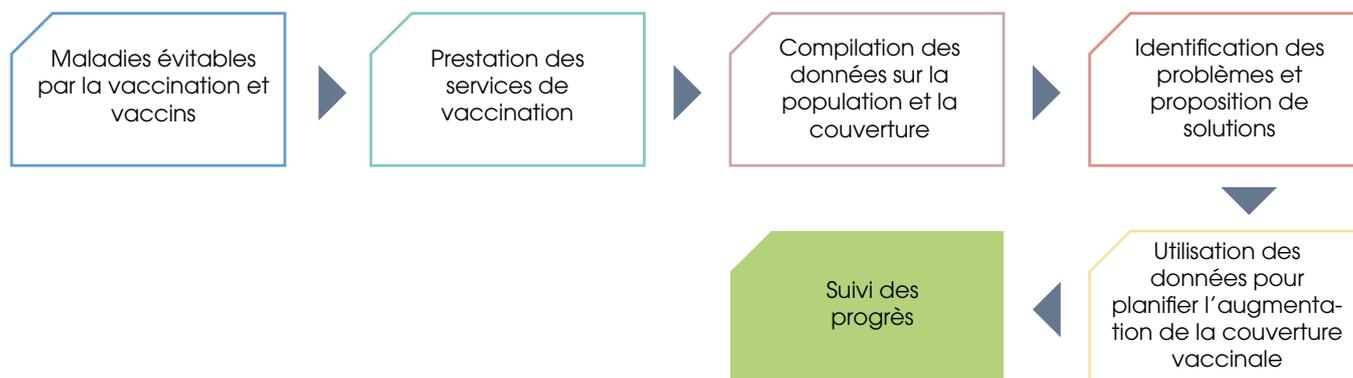
6.2.2 Au niveau du district

Chaque district rassemble les plans de tous les centres de santé et y ajoute les activités spécifiques au district afin de former le microplan du district. L'équipe de gestion sanitaire du district intègre tous les microplans des centres de santé dans le microplan du district. Ce dernier devrait inclure :

- la planification des séances mobiles de vaccination ;
- une carte du district montrant les services et les principaux centres de santé ;
- les circuits de distribution du vaccin
- le programme de supervision et les noms des superviseurs.

Le plan complet ainsi que son coût devraient être adressés au responsable du district pour approbation et allocation des fonds.





7. Suivi des progrès

La comparaison de ce que vous avez réalisé avec vos cibles comprend plusieurs étapes. D'abord, vous planifiez votre programme et fixez vos cibles. Ensuite, vous exécutez les activités de votre programme et enregistrez vos résultats. Puis vous comparez vos résultats avec vos cibles à partir de vos fiches récapitulatives de vaccination. Vous pourrez ainsi savoir où vous en êtes. Ce processus s'appelle le suivi.

Le suivi du programme de vaccination signifie l'observation permanente et la collecte continue de données sur le programme de vaccination ainsi que la réalisation des ajustements nécessaires en cas d'écarts pour s'assurer que les progrès suivent les prévisions.

Le suivi peut être quotidien, hebdomadaire, mensuel ou trimestriel, selon le but. Pour s'assurer que les objectifs sont atteints dans les délais impartis, il est essentiel de suivre les progrès au moins chaque mois. La fonction la plus importante est de suivre la tendance de la couverture vaccinale et les taux d'abandon au niveau local. Ils devraient être comparés avec la période précédente et l'objectif prévu.

7.1 Outils de suivi

Pour effectuer un bon suivi des activités de vaccination, il vous faut de bons outils, notamment :

- la carte de santé de l'enfant ;
- le registre des vaccinations ;
- les feuilles de pointage de la vaccination ;
- la fiche récapitulative mensuelle de la vaccination ;
- les rapports d'enquêtes sur la couverture vaccinale ;
- le graphique de suivi de la vaccination ;
- les rapports mensuels sur la vaccination et les maladies cibles et autres.

L'un des meilleurs outils de suivi de la couverture vaccinale est **le graphique de suivi de la vaccination** (voir annexe 2a) qui montre les progrès réalisés par les agents de santé en ce qui concerne l'augmentation de la couverture vaccinale

dans la zone desservie par le centre de santé. Ce graphique permet aux agents de santé de comparer le nombre de personnes réellement vaccinées chaque mois avec les cibles de couverture. Chaque vaccin, et même chaque dose du même vaccin, peut faire l'objet d'un graphique de suivi. Pour qu'un graphique soit facile à lire, il est recommandé de ne pas intégrer plus de deux composantes de vaccin sur un même graphique. Cela facilitera le suivi simultané des progrès de la vaccination pour deux composantes ainsi que le calcul des taux d'abandon entre ces composantes. Vous pouvez par exemple représenter le Penta1 et le Penta3 sur un même graphique. Cela vous permettra de suivre la réalisation des objectifs du district pour le Penta3 ainsi que les taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta3. Il peut également s'avérer utile pour suivre les taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta2/Penta3.

Le graphique de suivi de la vaccination résume l'information donnée dans les rapports mensuels de vaccination. Si les rapports ne sont pas complets pour un district, le chiffre cumulatif de la couverture vaccinale baissera et ne reflétera pas la situation réelle. Le graphique de suivi de la vaccination en sera affecté, puisque la ligne montrant votre performance réelle sera bien en dessous de votre ligne cible prévue. D'où la nécessité de suivre la complétude des rapports en même temps que la couverture vaccinale.

Le centre de santé est l'endroit typique où ce graphique est utilisé, mais il peut aussi l'être à un niveau plus élevé (district, province et central).

- Gardez les graphiques et autres outils de suivi pour suivre les résultats en termes de couverture vaccinale et de taux d'abandon dans le district (voir annexes 2a, 2b, 2c).
- Mettez à jour régulièrement ces graphiques lorsque vous recevez de nouvelles données des centres de santé.
- Identifiez les centres de santé qui rencontrent des problèmes.
- Renforcez l'appui apporté aux centres de santé dont les résultats sont insuffisants.

7.2 Suivi des activités planifiées

Le tableau 7.1 fournit un modèle permettant de suivre la mise en œuvre des activités qui appuient l'augmentation de la couverture vaccinale. Ce type d'outil permet de consigner si les problèmes identifiés sont suivis jusqu'au

bout par le membre du personnel responsable. Les raisons pour lesquelles les cibles n'ont pas été atteintes dans les délais impartis et les mesures correctives à apporter doivent être mentionnées dans la colonne Observations.

Tableau 7.1 Outil de suivi des activités

Zone :

Année :

Activité	Personne(s) responsable(s)	Délai	Pourcentage de l'activité réalisé	Observations
1.				
2.				
3.				
4.				

Lectures recommandées

Organisation mondiale de la Santé. Accroître la couverture vaccinale au niveau du centre de santé. Genève, 2002. Disponible à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69620/WHO_V%26B_02.27_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (version anglaise consultée le 18 janvier 2017).

Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre de l'approche Atteindre Chaque District. Guide à l'intention des équipes de santé de district. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. 2008. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/service_delivery/RED_French_final.pdf (version anglaise consultée le 5 décembre 2016).

WHO (2009). Periodic intensification of routine immunization (PIRI): Lessons learned and implications for action. Geneva: World Health Organization. Disponible en anglais à l'adresse suivante :

www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/PIRImonograph_Feb09.pdf (consulté le 18 janvier 2017).

Organisation mondiale de la Santé. Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. Genève, 2013. Disponible à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79315/9789242504989_fre.pdf?sequence=1 (consulté en anglais le 5 décembre 2016).

Organisation mondiale de la Santé. Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet de vaccination - PPAc. Genève, 2013. Disponible à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128052/WHO_IVB_14.01F_fre.pdf?sequence=1 (version anglaise consultée le 18 janvier 2017).

Organisation mondiale de la Santé. Vaccination pratique - Guide à l'usage des personnels de santé. WHO/IVB Genève, 2015. Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/immunization/documents/training/en/> (version anglaise consultée le 18 janvier 2017).

Organisation mondiale de la Santé. Guide pratique pour la conception, l'utilisation et la promotion des fiches conservées à domicile dans les programmes de vaccination. WHO/IVB/15.05F. Genève, 2015. Disponible à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204128/9789242508956_fre.pdf?sequence=1 (version anglaise consultée le 18 janvier 2017).

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. 2015. Disponible à l'adresse suivante :

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192560/9789290312109.pdf?sequence=1> (version anglaise consultée le 5 décembre 2016).

WHO (2017). Guide for the development of national immunization policies in the African Region. Regional Office for Africa: World Health Organization. Non encore publié.

WHO (2017). WHO planning guide to reduce missed opportunities for vaccination (MOV), for decision-makers and programme managers at the national and subnational levels. Immunization, Vaccines and Biologicals, Geneva: World Health Organization. Non encore publié.

Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. GIVS La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015. 2005. Disponible à l'adresse suivante :

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69352/GIVS_fre.pdf?sequence=1 (version anglaise consultée le 18 janvier 2017).

Sites Internet

OMS - Vaccination, vaccins et produits biologiques :

<http://www.who.int/immunization/fr/>

OMS - Vaccination, vaccins et produits biologiques (Prestation de services) :

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/service_delivery/fr/

OMS - Vaccination, vaccins et produits biologiques (Notes de synthèse) :

http://www.who.int/immunization/position_papers/fr/

Annexe 1. Activités de planification pour Atteindre Chaque District

1. Planification et gestion des ressources

La planification au niveau du district et des centres de santé devrait identifier les ressources nécessaires pour atteindre toutes les populations cibles permettant une bonne gestion et la pérennisation des résultats. Une planification efficace implique les éléments suivants : a) la compréhension de la zone desservie par le district/le centre de santé (analyse de situation) ; b) une hiérarchisation des problèmes par ordre de priorité et l'élaboration de microplans destinés à combler les grandes lacunes ; c) dans le cadre de la microplanification, la préparation d'un budget qui reflète de façon réaliste les ressources financières, matérielles et humaines disponibles ; et d) la révision, la mise à jour et la définition des coûts régulières des microplans en vue de répondre aux évolutions des besoins.

Au niveau du district

- Élaborer des microplans annuels complets.
- Planifier toutes les réunions de supervision avec les agents de santé et les populations.
- Organiser des réunions périodiques visant à analyser les données et évaluer les performances.

Au niveau national

- Se servir des PPAC pour réaliser une estimation réaliste des coûts financiers et humains nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie ACD/ACC au niveau du district.
- Veiller à ce que tous les éléments des microplans de district soient inclus dans les plans pluriannuels complets.
- Identifier toutes les insuffisances de financement ou de ressources humaines.
- Utiliser le CCIA national pour mobiliser des fonds.
- Préparer l'estimation des coûts pour assurer l'atteinte d'au moins 80 % de couverture dans tous les districts.
- Examiner les ressources humaines pour assurer la performance et les liens entre les programmes de vaccination et les autres programmes de santé.

2. Atteindre les populations cibles

Il s'agit d'un processus visant à améliorer l'accès aux services de vaccination et aux autres services de santé et l'utilisation de ces services en offrant un bon rapport coût-efficacité au travers d'un ensemble de stratégies de prestation de service qui répondent aux besoins des populations cibles.

Au niveau du district

- Suivre les enfants cibles par le biais d'un registre.
- Utiliser une carte simple dessinée à la main montrant les villages de la zone desservie par chaque service de santé.
- Revoir les plans de séances de vaccination fixes pour assurer qu'ils répondent aux besoins des communautés.
- Élaborer et budgétiser un microplan pour les activités de stratégie avancée sur la base d'un calendrier adapté aux besoins des communautés.
- Assurer la participation du personnel de santé aux activités de stratégie avancée toutes les deux semaines au minimum.
- Veiller à garantir la disponibilité des fournitures, registres/formulaires et autorisations appropriées pour tout déplacement dans le cadre d'une activité de stratégie avancée.
- Prévoir un moyen de transport approprié aux activités de stratégie avancée : par exemple, moto pour une distance de 6 km à 20 km ou bicyclette pour une distance inférieure à 5 km.
- Identifier un point focal communautaire actif.
- Planifier et mettre en œuvre des activités de stratégie avancée avec la participation de la population.
- Intégrer d'autres interventions (vitamine A au minimum) dans les activités de stratégie avancée, en accord avec la population.
- Instaurer une communication de qualité entre les prestataires de service et la population.
- Classer les zones desservies par les centres de santé par ordre de priorité en fonction du nombre total d'enfants non vaccinés et partiellement vaccinés.
- Élaborer des plans visant à organiser les activités de stratégie avancée et d'intensification périodique des vaccinations de routine (PIRI) afin de réduire le nombre d'enfants non vaccinés.
- Identifier des conseillers en vaccination pouvant apporter leur appui à la planification et au suivi des activités de stratégie avancées.

Au niveau infranational (État, province ou région)

- Classer les districts par priorité en fonction du nombre total d'enfants non ou partiellement vaccinés.
- Organiser des ateliers de réorientation pour les districts prioritaires, dans le but d'élaborer des microplans de district en s'appuyant sur le module 5 de formation en gestion des cadres du PEV. *Augmentation de la couverture vaccinale.*

- Apporter un appui aux plans et à la mise en œuvre d'activités d'intensification destinées à augmenter la couverture et à réduire le nombre d'enfants non vaccinés et insuffisamment vaccinés dans les districts prioritaires.

Au niveau national

- Analyser tous les districts, notamment les taux de couverture et d'abandon, de même que la population non et partiellement vaccinée, les cartes et la rétro-information.
- Aider les districts à conduire une analyse des goulets d'étranglement en matière de couverture vaccinale et à définir les stratégies appropriées.
- Étudier les politiques, stratégies, plans et budgets nationaux relatifs aux activités de stratégie avancée, notamment du point de vue de la gestion du transport.
- Assurer le suivi systématique des activités de stratégie fixe et avancée dans le district, en incluant la supervision formative, les mesures correctives et la rétro-information.

3. Supervision formative

Au niveau du district

La supervision formative vise à promouvoir la fourniture de services de qualité en évaluant et renforçant régulièrement les compétences, les attitudes et les conditions de travail des prestataires des services de soins. La supervision régulière ne devrait pas se limiter au remplissage d'une liste de contrôle et à la production d'un rapport. Elle devrait comprendre le renforcement des capacités pour fournir des services sûrs et de bonne qualité dans les districts. Elle devrait également élever les compétences des agents de santé par un soutien sur site, la formation, le suivi et la rétro-information. Cela devrait passer par la préparation de microplans et de budgets de district.

- Le superviseur de district rend visite aux unités de soins au moins une fois par mois afin de leur prêter son assistance pour la planification, l'élaboration de budgets, le suivi, la formation et la résolution des problèmes.
- Pendant sa visite, le superviseur devrait :
 - rester au moins 2-3 heures ;
 - former le personnel sur des thèmes particuliers, tels que la sécurité et la gestion des déchets ;
 - observer les agents de santé pendant les séances de vaccination pour s'assurer que la qualité et la sécurité sont garanties ;
 - observer les agents de santé lorsqu'ils forment d'autres collègues ;
 - fournir les dernières informations techniques ; et

- suivre la progression par le biais d'un diagramme affiché au mur.
- Les superviseurs doivent être mobiles. Pour chaque visite de supervision, le transport doit être planifié, fourni et budgétisé.
- Les visites des agents de santé au niveau du district devraient être considérées comme des occasions de formation.
- Les agents de santé qui se rendent en visite au district devraient en profiter pour prendre des fournitures et des formulaires.
- Il n'est pas nécessaire que la visite de supervision ne porte que sur la vaccination, tant que le superviseur lui accorde une attention suffisante.

Au niveau infranational (État, province ou région)

- Organiser des formations de formateurs et de superviseurs dans les domaines techniques prioritaires.
- Mettre en place une supervision formative régulière dans les districts prioritaires, conformément aux plans.

Au niveau national

- Passer en revue le mandat et les tâches des superviseurs et évaluer le plan national de supervision.
- Redéfinir le mandat des superviseurs pour améliorer le soutien sur site et/ou la formation dans les centres de santé.
- Estimer les besoins en formation des superviseurs.
- Déterminer et obtenir les ressources nécessaires pour permettre des visites régulières de supervision.

4. Liens entre la population et les prestataires de service

Au niveau du centre de santé

- Identifier un agent de mobilisation ayant pour mission de faire savoir à la communauté que l'agent chargé de la stratégie avancée est arrivé et que les séances avec lui ont commencé.
- Assister à toutes les séances.
- Mobiliser les enfants et les mères.
- Consulter pour décider du lieu et de l'heure de la tenue de la séance.
- Informer la population de la prochaine session.

Au niveau du district

- En collaboration avec les agents de santé, tenir des réunions régulières avec les acteurs concernés pour discuter de la performance, identifier les problèmes de santé locaux et convenir de solutions, par exemple, diminuer le

taux d'abandon en repérant les patients perdus de vue.

- Constituer des réseaux communautaires (canaux de communication).

Au niveau infranational (État, province ou région)

- Élaborer/réviser des stratégies et des plans qui permettront de disposer systématiquement de points focaux communautaires ou de comités dans les districts prioritaires.

Au niveau national

- Identifier le point focal national pour le plaidoyer, les communications et la mobilisation sociale.
- Passer en revue les stratégies et plans nationaux, notamment du point de vue de l'accompagnement des agents de santé dans l'amélioration des liens entre population et service.

5. Suivi pour action

Au niveau du centre de santé

- Déterminer la population cible et la zone desservie par chaque centre de santé, en consultation avec l'équipe du district, et en informer les niveaux provincial et national.
- Enregistrer chaque dose de vaccin donnée pour tous les antigènes inscrits dans le PEV, dans les postes fixes comme pendant les activités de stratégie avancée.
- Enregistrer les stocks de vaccins et calculer le taux de perte.
- Penta1 est l'indicateur standard pour l'accès dans un souci de normalisation et de simplicité. Les autres indicateurs continueront d'être utilisés pour mesurer la qualité et l'impact du service.
- Tracer la courbe cumulative mensuelle de la couverture en pourcentage Penta1 et Penta3, et suivre les abandons entre Penta1 et Penta3.
- Veiller à ce que chaque centre de santé dispose d'une carte dessinée à la main où figurent les villages et les populations.
- S'assurer que la communauté participe à la détermination des cibles de vaccination et est informée de ces dernières.
- Compiler des données, en discuter au cours des réunions mensuelles de district avec le superviseur et faire une analyse critique des numérateurs et dénominateurs.

Au niveau du district

- Suivre la complétude et la soumission dans les délais impartis des rapports de couverture vaccinale et de surveillance.

- Tracer la courbe cumulative de la couverture mensuelle du Penta1 et du Penta3 afin d'assurer le suivi des doses administrées et des taux d'abandon.
- Faire la distinction entre l'enregistrement et la notification de la vaccination effectuées en stratégies fixes et avancées.
- Calculer le pourcentage de services de santé n'ayant pas connu de rupture de stock de vaccins (quel qu'il soit) pendant le mois.
- Enregistrer les vaccins en stock et les taux d'utilisation pour chaque centre de santé.
- Identifier les problèmes et les solutions appropriées au niveau local.
- Rassembler les informations à faire parvenir au niveau provincial tous les mois.
- Calculer le pourcentage de services de santé ayant reçu un nombre suffisant (exact ou supérieur) de seringues autobloquantes pour toutes les opérations de vaccination systématique de l'année.
- Planifier les activités de vaccination supplémentaires le cas échéant.
- Conduire une enquête sur les flambées épidémiques et la riposte.

Au niveau infranational (État, province ou région)

- Organiser des réunions trimestrielles à l'intention des équipes de district et des superviseurs.
- Analyser les données de district et leur fournir une rétro-information.

Au niveau national

- Renforcer les capacités nationales pour créer et tenir à jour une base de données d'indicateurs au niveau des districts, notamment des cartes.
- Examiner la soumission en temps opportun, la complétude et la précision des rapports du district.
- Comparer les numérateurs et dénominateurs aux différents niveaux (national, infranational et district), pour vérifier leur cohérence.
- Parvenir à un consensus national sur les dénominateurs et les recommandations relatives à l'élaboration des rapports.
- Identifier les districts et les provinces prioritaires pour le renforcement du système de suivi, d'évaluation, de surveillance et de notification.
- Mettre en œuvre les activités conçues pour corriger les déficits de performance des niveaux infranational et de district.

Annexe 2. Outils de suivi de la couverture vaccinale et d'évaluation des besoins communautaires de vaccination dans votre centre de santé

Annexe 2a. Comment élaborer un graphique de suivi des doses administrées et des taux d'abandon chez les enfants âgés de moins d'un an

1. Calculez la population cible annuelle et mensuelle pour la vaccination.

- Utilisez l'effectif actuel des enfants âgés de moins d'un an obtenu à partir des données de recensement officielles ou du recensement de votre propre communauté. Si vous ne disposez pas de ces chiffres, faites des estimations en multipliant l'effectif de la population totale par 4 %.
- Pour obtenir l'effectif de la population cible mensuelle, il faut diviser le nombre d'enfants âgés de moins d'un an par 12.

2. Inscrivez les informations requises en haut du graphique (zone et année). Consignez les chiffres cibles mensuels à la gauche et à la droite du graphique. Écrivez le nom et la dose du vaccin dans les cellules du bas, par exemple Penta1 et vaccin antirougeoleux ou Penta1 et Penta3.

3. À la fin de chaque mois, il faut inscrire le nombre total de vaccins administrés.

- Repérez les cellules situées sous le graphique. Repérez l'espace réservé au mois que vous enregistrez. Écrivez le nombre correspondant à ce mois dans l'espace prévu à cet effet.
- Ajoutez le total du mois en cours au total cumulé du mois précédent pour obtenir le total cumulé actuel.
- Dessinez sur le graphique un point correspondant au total cumulé à la droite de la colonne du mois que vous enregistrez. Tracez une ligne entre le nouveau point et le point du mois précédent.

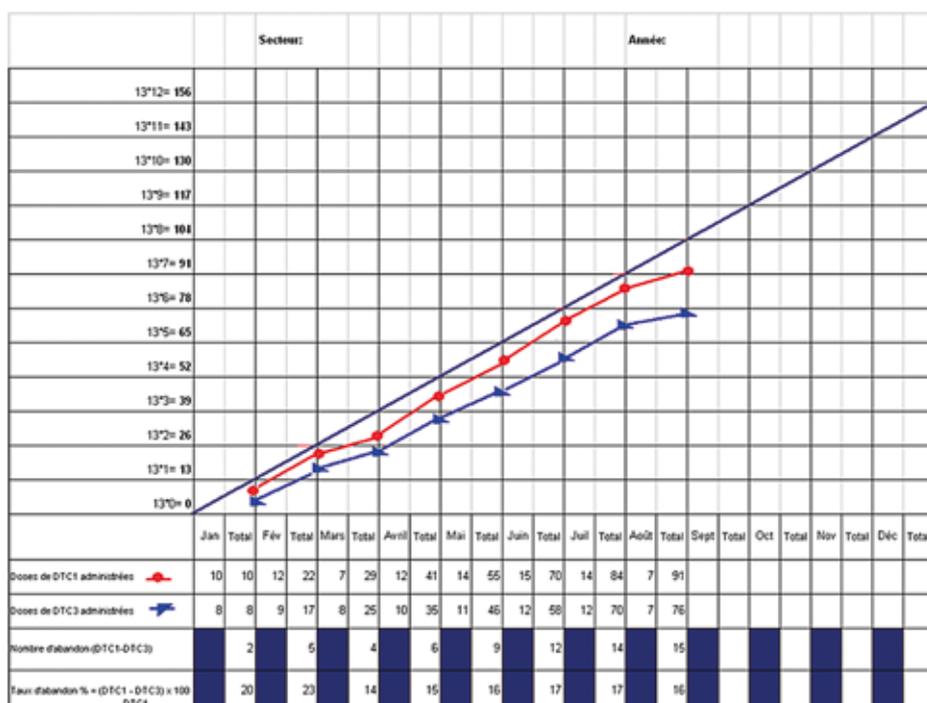
4. Soustrayez le total cumulé de Penta1 du total cumulé de Penta3. Vous obtiendrez le total cumulé des taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta3 pour cette période de l'année.

5. Calculez le taux d'abandon (TA) cumulé en utilisant la formule suivante :

$$TA = \frac{(\text{total cumulé* de Penta1} - \text{total cumulé de Penta3})}{\text{Total cumulé de Penta1}} \times 100$$

* Le cumul signifie le nombre total de doses de vaccin administrées pendant le mois en cours, auquel s'ajoutent les totaux mensuels des mois précédents. Utilisez la même période pour chaque dose et vaccin. Par exemple, le nombre cumulé des doses de DTC1 administrées à la fin du mois de mars est égal au nombre total de doses administrées en janvier, additionné au nombre total de doses administrées en février, et au nombre total de celles administrées en mars.

Graphique de suivi des doses administrées et des taux d'abandon chez les enfants de moins d'un an



Annexe 2b. Systèmes de suivi pour identifier les perdus de vue par mois de naissance

Pour vous aider à déterminer le taux d'abandon (c'est-à-dire les enfants et les femmes qui ne retournent pas à la vaccination quand il le faut), il faut concevoir un système de suivi. Ce système de suivi peut se baser sur les registres de vaccination (soit sous forme de livre ou de boîte à cartes) ou sur les graphiques individuels des patients. Les tampons ou autocollants sont utilisés pour identifier les enfants n'ayant pas respecté leurs calendriers de vaccination.

Comment concevoir un système de suivi sur la base des cartes de vaccination

1. Se procurer une boîte légèrement plus large qu'une carte de visite.
2. Se procurer 12 intercalaires et écrire un mois de l'année sur chacun d'eux.
3. Garder une copie de la carte de vaccination de chaque enfant (les parents gardant l'original) ou d'une carte similaire contenant les informations suivantes :
 - la date de naissance de l'enfant (jour/mois/année) ;
 - le nom de l'enfant ;
 - les noms de la mère et du père de l'enfant ;
 - l'adresse de l'enfant, le nom du village ;
 - les dates de vaccination de l'enfant.
4. Il faut noter sur la carte de vaccination le vaccin (le numéro de lot), la dose et la date de chaque vaccin administré à l'enfant (commencer par la première vaccination de l'enfant). Il faut toujours informer les parents ou le responsable de l'enfant de la prochaine date à laquelle il devra ramener l'enfant pour qu'il achève entièrement son calendrier de vaccination.
5. Mettre la carte dans la boîte, derrière l'intercalaire correspondant au mois au cours duquel l'enfant devra recevoir le prochain vaccin.
6. Garder les cartes derrière chaque intercalaire correspondant, en les classant en fonction du patronyme de l'enfant afin de pouvoir les retrouver facilement en

cas de besoin au cours d'une campagne de vaccination intense.

7. À la fin du mois, enlever toutes les cartes restées derrière l'intercalaire du mois en question.
8. Mener des activités de suivi (par exemple des visites de porte-à-porte) en faveur de tout enfant dont la carte sera restée dans la boîte (pour les inviter à poursuivre leur calendrier de vaccination).
9. Si toutes les activités de suivi d'un mois spécifique ont été menées, déplacer l'intercalaire de ce mois vers l'arrière de la boîte.
10. Si le suivi n'est pas terminé pour un enfant, déplacer la carte au mois suivant.
11. À la fin de l'année, il faut déplacer les cartes restantes avec l'intercalaire vers le mois approprié de l'année suivante.

Comment concevoir un système de suivi sur la base du registre de vaccination

1. Organiser votre registre de vaccination en fonction de la date de naissance de l'enfant. Voir les exemples ci-après. L'organisation en fonction de la date de naissance est importante. Un registre organisé en fonction de la date de visite ne permettra pas d'identifier facilement les enfants perdus de vue.
2. Enregistrer les dates de toutes les vaccinations.
3. À la fin de chaque mois, il faut parcourir le registre de vaccination pour identifier les enfants n'ayant pas reçu les vaccinations requises (par exemple, si votre programme prévoit d'administrer le vaccin contre la rougeole aux enfants âgés de neuf mois, alors les enfants qui sont nés en janvier devraient être vaccinés au cours du mois de septembre. Au 30 septembre, vous pouvez identifier parmi les enfants nés en janvier ceux qui n'ont pas été vaccinés contre la rougeole).
4. Enregistrer chaque enfant devant recevoir des vaccins.
5. Entreprendre des activités de suivi.

Exemple : registre et carte de vaccination d'enfants âgés de moins d'un an.



Contenu de base d'une fiche de vaccination conservée à domicile

Bien que non exhaustive, les 10 éléments répertoriés ci-dessous sont considérés nécessaires pour la fiche de vaccination conservée à domicile afin que celle-ci puisse remplir son rôle et ses fonctions pour les services de vaccination :

1. Numéro d'identification unique.
2. Informations de base permettant d'identifier l'enfant.
3. Coordonnées du service médical.
4. Nom du vaccin et de la maladie contre laquelle l'enfant devrait être protégé.
5. Champ structuré pour indiquer la date d'administration de chaque vaccin et chaque dose.
6. Champ structuré pour indiquer la date de la prochaine visite de vaccination systématique.
7. Zone pour indiquer les vaccins reçus en dehors du calendrier de vaccination systématique (y compris les vaccins administrés durant les activités de vaccination supplémentaires [AVS]) et les vaccins nouvellement introduits.
8. Annotations de l'agent de santé / allergies connues et manifestations post vaccinales indésirables.
9. Zone pour la signature/le tampon d'agrément de l'agent de santé.
10. Information permettant de contrôler la version du formulaire.

Source : OMS (2015). *Guide pratique pour la conception, l'utilisation et la promotion des fiches conservées à domicile dans les programmes de vaccination.*

De plus, même si son intérêt est sous-estimé dans bien des cas, il est indispensable que l'apparence visuelle de la fiche de vaccination conservée à domicile soit de bonne facture pour permettre une communication efficace. À titre d'exemple, l'emplacement ou l'enchaînement des informations dans la fiche ont des répercussions sur la manière dont elles seront remarquées, lues et prises en compte par les responsables de l'enfant. L'utilisation d'une taille de police inadéquate (trop petite ou trop grosse) et un espace insuffisant pour écrire lisiblement peut avoir un effet sur l'efficacité globale de la fiche conservée à domicile.

Actions à éviter lors de la révision de la fiche de vaccination conservée à domicile :

- Ne pas inclure une quantité tellement considérable d'informations que la fiche paraît surchargée et prête à confusion.
- Ne pas concevoir des fiches contenant beaucoup d'éléments écrits pour des régions où le niveau d'alphabétisation des responsables des enfants et des agents de santé est faible.
- Ne pas utiliser des couleurs ou des formulations

qui sont étrangères à la culture ou au contexte local(e).

- Ne pas inclure de sujet à traiter qui nécessite trop de rédaction ou trop de temps pour être rempli.
- Ne pas imprimer de quantités importantes de fiches à conserver à domicile avant d'avoir préalablement testé les changements apportés au niveau du format et du contenu.
- Après la conception de la fiche conservée à domicile, son importance doit être renforcée en intégrant son utilisation pratique dans des politiques et procédures de programmes sanitaires en :
 - guidant les agents de santé avec plusieurs formations et retours par le biais d'une supervision formative ;
 - augmentant la motivation à conserver les fiches conservées à domicile ;
 - gérant la transition entre les versions d'une fiche de vaccination conservée à domicile ;
 - prévoyant les besoins et en gérant les ruptures de stock de fiches de vaccination conservées à domicile ;
 - adoptant une approche à vie pour la vaccination : conséquences sur le plan de l'enregistrement et du suivi.

Annexe 2c. Recommandations pour la rétro-information communautaire sur les services de vaccination à travers une enquête conviviale auprès des ménages

Ce questionnaire permet d'avoir un retour d'information sur la situation des services de vaccination dans les zones proches du centre de santé. Il donne des informations sur le nombre d'enfants et de mères n'ayant pas respecté leur calendrier de vaccination, l'effectif de la population qui n'a jamais été atteint, les raisons qui expliquent pourquoi les enfants et les femmes ne vont pas ou ne retournent pas à la vaccination et comment les femmes pensent que les services de vaccination puissent être améliorés. Vous n'aurez pas besoin de beaucoup de temps pour conduire cette enquête. Une journée suffira. C'est l'occasion de discuter directement avec les responsables des enfants et de savoir comment améliorer les services de vaccination et pourquoi les personnes admissibles n'y ont pas recours.

Les résultats de cette enquête ne sont représentatifs que des familles que vous avez interrogées. Cette enquête est destinée à compléter et non pas à remplacer les rapports de routine.

L'objectif est d'enquêter sur au moins 5 enfants ou mères qui ne sont pas vaccinés ou qui n'ont pas poursuivi leur calendrier de vaccination. Suivez les étapes ci-après :

1. Préparez un questionnaire comme celui présenté dans l'exemple suivant afin de l'utiliser au cours des entretiens.

2. Collectez et compilez les données.

- Visitez les familles vivant au plus près du centre de santé jusqu'à identification d'au moins cinq enfants ou mères n'ayant pas été vaccinés ou qui n'ont pas poursuivi leurs calendriers de vaccination. Il n'est pas indispensable de choisir les familles de manière aléatoire. Elles peuvent être interrogées dans n'importe quel ordre. Il faut demander à toutes les femmes de donner une raison expliquant pourquoi elles n'ont pas recours à la vaccination pour leurs enfants âgés de moins de deux ans ou pour les femmes en âge de procréer. Il faut également demander à chaque femme de faire des suggestions en vue de l'amélioration de la qualité des services sanitaires.

- Faites le total du nombre de familles visitées de la rubrique A et de l'état vaccinal des enfants et des femmes interrogées dans le cadre du sondage de la rubrique B. Enregistrez le total dans l'espace indiqué sur le formulaire.

3. Analysez les données.

4. Faites des investigations pour savoir pourquoi les enfants et les femmes n'ont pas été complètement vaccinés. Établissez une liste de toutes les raisons données (rubrique C) et des suggestions formulées en vue de l'amélioration du service sanitaire (rubrique D). Discutez des solutions envisageables avec les ressources existantes et celles supplémentaires, si nécessaire.

Feuille de pointage et questionnaire pour l'enquête conviviale auprès de ménages*

Centre de santé :

Date du questionnaire :

Nombre d'enfants âgés de < 1 an :

Nombre de familles vivant dans la zone desservie par le centre de santé :

Réponse	Pointer ici		Total	
	Enfants(e)	Mères (m)	(e)	(m)
A. Nombre de familles auxquelles on a rendu visite				
B. Statut vaccinal				
Non vaccinés				
Partiellement vaccinés				
Complètement vaccinés				
C. Nom de l'enfant	Les raisons données expliquant la vaccination partielle ou la non vaccination			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
C. Nom de la mère	Les raisons données expliquant la vaccination partielle ou la non vaccination			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
D. Suggestions en vue d'amélioration				
1.				
2.				
3.				

* Les informations concernant la supplémentation en vitamine A peuvent être intégrées dans ce questionnaire.

Annexe 3. Exemples de calculs de base

A. Calcul de la population cible

Le district de Ficticia est peuplé de 10 000 habitants, dont 4 % d'enfants âgés de moins d'un an et 20 % d'enfants âgés de moins de 5 ans.

Population cible pour la vaccination par mois et par an

$$\text{Population cible par an} = \frac{10\,000 \times 4}{100} = 400 \text{ enfants âgés de moins d'un an (ou de femmes enceintes)}$$

$$\text{Population cible par mois} = \frac{400}{12} = \text{environ } 33 \text{ enfants âgés de moins d'un an (ou de femmes enceintes)}$$

B. Calcul de la couverture vaccinale

L'année dernière, les centres de santé dans la zone périurbaine du district de Ficticia ont administré aux enfants âgés de moins d'un an 102 doses de vaccin Penta3 et 73 doses de vaccin contre la rougeole. Si le nombre de doses de vaccin Penta3 administrées l'année dernière est de 102 et la population cible des enfants âgés de moins d'un an dans la zone périurbaine est de 150, alors le taux de couverture vaccinale du Penta3 est égal à 68 %.

$$\text{Le taux de couverture du Penta3} = \frac{102 \times 100}{150} = 68 \%$$

Le taux de couverture vaccinale contre la rougeole se calcule de la même manière.

$$\text{Le taux de couverture de la rougeole} = \frac{73 \times 100}{150} = 49 \%$$

C. Évaluation du nombre d'enfants non vaccinés avec le Penta3

L'année dernière, les centres de santé de la zone périurbaine du district de Ficticia ont administré 102 doses de Penta3 et 73 doses de vaccins contre la rougeole aux enfants de moins d'un an. Si le nombre de doses de vaccins Penta3 administrées l'année dernière est de 102 et la population cible d'enfants de moins d'un an de la zone périurbaine du district est de 150, alors la couverture par le Penta3 sera de 68 %.

Individus non vaccinés au sein de la population (e) = population cible (b) - enfants vaccinés au sein du groupe d'âge cible (c)
ou

Individus non vaccinés au sein de la population (e) = population cible (b) - [population cible (b) X couverture du groupe d'âge cible (d)]

Nom de la zone desservie	Population âgée de moins d'un an	Penta3			Rougeole		
		Nombre d'enfants vaccinés avec le Penta3	Taux de couverture %	Nombre d'enfants non vaccinés avec le Penta3	Nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole	Taux de couverture %	Nombre d'enfants non vaccinés contre la rougeole
a	b	c	d	e	f	g	h
Zone périurbaine	150	102	68	48	73	49	77
Zone 2	100	52	52	48	45	45	55
Zone 3	50	27	53	23	26	51	24
Zone 4	100	86	86	14	85	85	15
Total	400	267	67	133	229	57	171

D. Calculer le taux d'abandon entre le Penta1 et le Penta2 chez les enfants âgés de moins d'un an

Au cours de l'année précédente, les centres de santé dans la zone périurbaine du district de Ficticia ont administré aux enfants âgés de moins d'un an, jusqu'au mois d'août, 91 doses de vaccin de Penta1 et 76 doses de vaccin de Penta3. Le taux d'abandon en zone périurbaine se calcule de la manière suivante :

$$\text{Taux d'abandon entre le Penta1- Penta3} = \frac{91-76 \times 100}{91} = 16 \%$$

Si le taux d'abandon est supérieur à 10 %, les agents de santé dans la zone périurbaine devraient faire une évaluation pour en déterminer les raisons.

Annexe 4. Analyse des causes et solutions dans le cadre d'une zone présentant un taux d'abandon élevé et un faible taux d'accès

	Causes des problèmes associés à des taux d'abandon élevés et à un mauvais accès	SOLUTIONS	
		Avec des ressources limitées	Avec des ressources supplémentaires
Qualité de fournitures	Vaccin fourni avec une durée de conservation courte, vieux réfrigérateur à remplacer	Informier le superviseur pour assurer un meilleur approvisionnement du vaccin Améliorer l'entretien du matériel	Nouveau réfrigérateur
Quantité de fournitures	Ruptures de stock fréquentes Insuffisance de boîtes de sécurité Insuffisance de diluants	Meilleure prévision des besoins et de la demande au niveau local Contacter le superviseur pour qu'il s'assure de la fourniture de boîtes de sécurité en quantité suffisante Contacter le superviseur pour qu'il s'assure que le diluant est envoyé en même temps que les vaccins et en quantité suffisante	
Qualité du personnel	Tout le personnel n'est pas formé à l'utilisation des pastilles de contrôle de vaccins (PCV) ou à l'introduction de nouveaux vaccins	Les superviseurs au niveau des districts doivent dispenser des formations internes Se servir de la planification de la campagne du VPO pour conduire la formation sur les PCV (pastilles de contrôle des vaccins)	Organiser un séminaire / programme de formation de courte durée sur le PEV
Effectif du personnel	Un membre du personnel est parti le mois dernier et n'a pas encore été remplacé	Organiser la relève par un autre agent de santé du même centre de santé après formation au PEV	Recruter un remplaçant
Demande et qualité du service	Peu de mères reçoivent des soins prénataux Le taux de couverture du VAT est faible De nombreuses mères perdent les carnets de leurs bébés	Encourager les visites prénatales au cours de tous les contacts Conserver des dossiers complets au niveau du centre de santé et les emporter avec soi au cours des services de sensibilisation	Organiser des discussions thématiques de groupe Organiser les JLV pour accroître la couverture du VAT2+
Demande et quantité de service	Incapacité à fournir des activités de stratégie avancée pendant la saison des pluies Faible affluence pour certaines activités de stratégie avancée	Discuter avec la communauté pour décider des meilleurs dates pour organiser des séances	Nécessité d'un véhicule 4x4 pour effectuer les activités de stratégie avancée

Annexe 5. Plan de travail pour les activités de stratégie avancée et autres activités spéciales au niveau communautaire

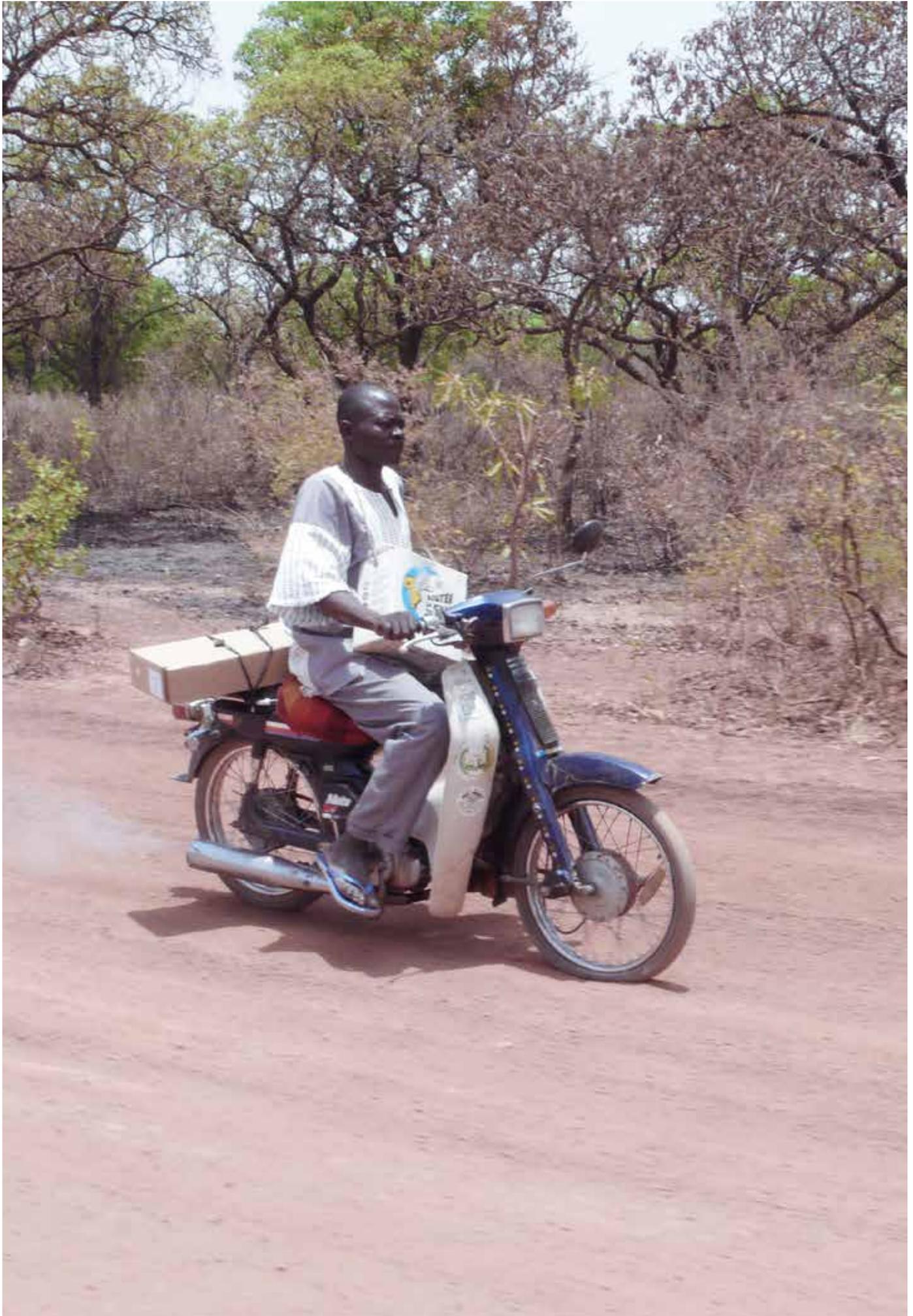
Communauté	Type d'activité (ex : services en stratégie avancée ou autres interventions spéciales)	Date prévue		Personne responsable	Besoins en ressources			Observations
		Début	Fin		Transport	Fonds	Autres (à spécifier)	
1.	2 ^e activité de stratégie avancée	4 mai	4 mai	Mme V	Oui	Indemnités journalières (3 jours)	Fournitures de bureau Affiches Vaccins Diluants	Conjointement avec l'équipe PCIME
2.	Mobilisation sociale	15 juin	15 juin	Mme B Mlle C	Bus public	Non	Affiches Échantillons Vaccins	Gestionnaire du PEV avec le personnel de l'unité d'éducation sanitaire
3.	1 ^{ère} activité de stratégie avancée	12 juin	12 juin	Mme V	Véhicule de particulier	Non	Affiches Dépliants Vaccins Diluant Seringues Boîte de sécurité	La communauté est déjà informée à la mi-mai
3.	2 ^e activité de stratégie avancée	14 juillet	14 juillet	Mme V	Oui	Non	Faire la même chose que précédemment	En premier lieu, rencontrer le chef de la communauté
3.	3 ^e activité de stratégie avancée	15 août	15 août	Mme V	Oui	Non	Faire la même chose que précédemment	Faire la même chose que précédemment
4.	Discussion thématique de groupe	4 juillet	4 juillet	Mme B	Bus public	Indemnité journalière (1 jour)	Questionnaires destinés aux membres du groupe	Discussion le 5 juillet au matin
5.	Supervision	8 sept.	9 sept.	M. G	Bus public	Indemnité journalière (1 jour)	Questionnaire, document de politique	Vérifier la mise en œuvre des recommandations précédentes

Annexe 6. Plan de travail visant à augmenter la couverture vaccinale par stratégie et type d'activité

District : Bangoba

Année : 2016

N°	Activités	Où ?	Qui est le responsable ?	Quand ?		Ressources		Observations
				Début	Fin	Disponibles	À mobiliser	
A	Stratégie 1 : formation							
A1	Activité 1 : préparer le manuel de formation	ministère de la Santé publique	Mme C (Responsable du PEV)	Jan.	Avril	4000 \$ (OMS)		Consultant identifié par l'OMS
A2	Activité 2 : tester le manuel du PEV (1er cours)	District N	Mlle L (Point focal pour la formation)	4 mai	8 mai	1500 \$ (ministère de la Santé publique)		Inviter 2 personnes de Bangoba
A3	Activité 3 : formation continue	Centres de santé B, F et K	Mme C/Mlle L	15 mai	18 mai	250 \$ (ministère de la Santé publique)		S'assurer que le point focal est disponible
A4	Activité 4 : cours de formation	Bangoba et autres centres de santé	Mme C/Mlle L	12 juin	8 juillet	Non	8500 \$ (Rotary)	Organisation d'une réunion de levée de fonds avec le Rotary
A5	Activité 5 : évaluation des activités de formation	Tout le district	Mme C/Mlle L	5 sept.	18 sept.	800 \$ (ministère de la Santé publique)	1200 \$ (OMS)	Financements compris dans le budget de l'OMS
A6	Sous-total Stratégie 1					6550 \$	9700 \$	
B	Stratégie 2 : chaîne du froid							
B1	Activité 1 : remplacer le réfrigérateur dans le centre de santé	Centre de santé	M. D (Responsable de la chaîne du froid)	Mars	Avril	Non	1500 \$ (UNICEF)	Visite au représentant de l'UNICEF
B2	Activité 2 : examiner le suivi du contrôle de la température dans 3 centres de santé	Centres de santé : A, F, W	M. D	Mai	Juin	150 \$ (ministère de la Santé publique)		Discuter des rapports avec M. D
B3	Activité 3 : introduire la chaîne rapide dans le district B	Bangoba	Mme C et M. D	Juillet	Octobre		2000 \$ (UNICEF) 1200 \$ (Royaume-Uni)	Commencer comme test, puis étendre si les résultats sont bons
B4	Activité 4 : envoyer M. J. réparer le réfrigérateur à vaccins	Au niveau des provinces	M. D	1 ^{er} août	15 août		750 \$ (OMS) 750 \$ (UNICEF)	Vérifier les dates avant d'envoyer M. J
B5	Activité 5 : obtenir du carburant pour les réfrigérateurs	Centre de santé	M. D	Jan.	Déc.	200 \$ (ministère de la Santé publique)		Activité de routine
B6	Sous-total Stratégie 2					350 \$	6200 \$	





**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

<http://www.afro.who.int/>