

# Modules de formation en gestion des cadres du PEV

Niveau  
intermédiaire

BLOC VII. Suivi et évaluation

Module 15. Suivi et gestion  
des données

---

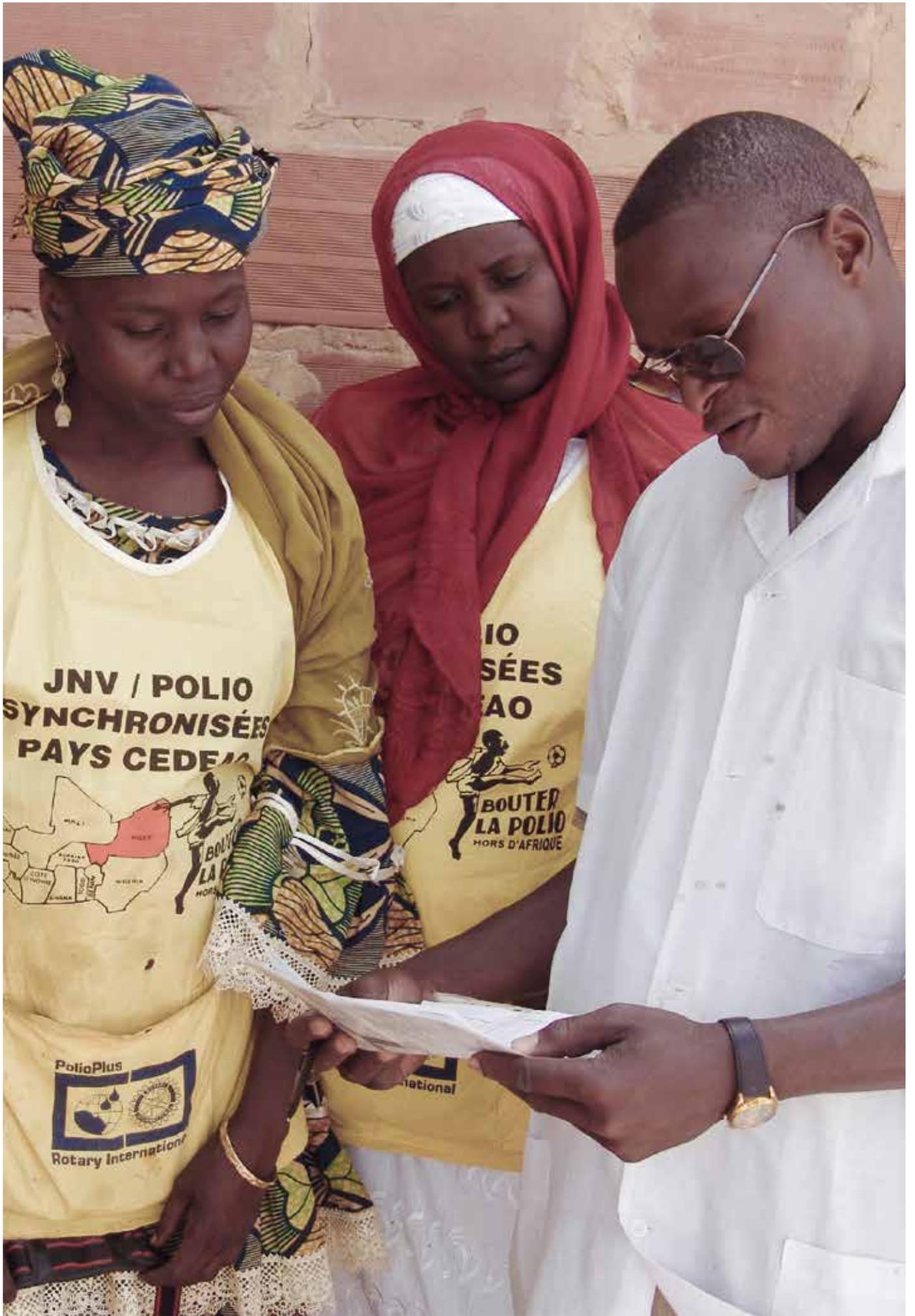


Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique





# 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 VII. Suivi et évaluation

Module 15. Suivi et gestion  
des données

## Module 15 : Suivi et gestion des données

ISBN 978-929031288-8

© 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 15. Suivi et gestion des données. 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

<b>Remerciements</b>	V
<b>Abréviations et sigles</b>	V
<b>Glossaire</b>	VII
<b>1. Introduction</b>	1
1.1 Contexte	1
1.2 But du module	2
1.3 Public cible	2
1.4 Objectifs de la formation	2
1.5 Contenu du module	2
1.6 Comment utiliser ce module	2
<b>2. Système de suivi</b>	3
2.1 Qu'est ce que le suivi et pourquoi est-il important ?	3
2.2 Quels aspects du programme de vaccination doivent faire l'objet d'un suivi ?	3
2.3 Comment est suivi le système de vaccination ?	3
2.4 Quels niveaux du programme de vaccination doivent être suivis ?	4
<b>3. Identifier les sources d'informations</b>	5
<b>4. Sélectionner les indicateurs de suivi</b>	7
4.1 Marche à suivre pour formuler des indicateurs	7
4.2 Types d'indicateurs	7
4.3 Sélection des indicateurs	8
4.4 Indicateurs pour le suivi de la vaccination systématique	10
4.5 Indicateurs essentiels	11
4.6 Indicateurs ACD/ACC : suivi pour l'action	13
4.7 Autres indicateurs	13
<b>5. Recueillir les données pour le suivi</b>	15
5.1 Données démographiques	15
5.2 Collecte des données et outils de suivi	15
<b>6. Gérer les données recueillies</b>	19
6.1 Valider les données reçues	19
6.2 Veiller à la qualité des données	20
6.3 Valider les données de vaccination au moyen d'enquêtes	22
6.4 Gérer les données	23
<b>7. Analyser et interpréter les informations</b>	27
7.1 Analyse et interprétation des données au niveau des établissements de santé avec votre point focal de district	28
7.2 Analyse et interprétation des données au niveau du district/de la province	31
7.3 Analyse et interprétation des données au niveau national	32
<b>8. Utiliser les données pour l'action</b>	33
8.1 Préconiser des mesures à travers le suivi	33
8.2 Trouver des solutions et ajouter des mesures correctives à votre plan de travail	33
8.3 Rétro-information et actions anticipatives	35



# Table des matières

<b>Lectures recommandées</b>	39
<b>Annexe 1. Indicateurs essentiels</b>	40
<b>Annexe 2. Modèle de feuille de pointage pour un établissement de santé</b>	44
<b>Annexe 3. Fiche récapitulative de la vaccination</b>	46
<b>Annexe 4. Diagramme de suivi de la vaccination</b>	47
<b>Annexe 5. Fiche récapitulative de la saisie et du délai de soumission des rapports mensuels de surveillance au niveau du district</b>	50
<b>Annexe 6. Guide pour l'élaboration de rapports sur la collecte et la vérification des données</b>	51
<b>Annexe 7. Outils de suivi de l'approche Atteindre Chaque District (ACD)</b>	51

## 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
AT	Anatoxine tétanique
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
CCIA	Comité de coordination inter-agences
CEIS	Système d'information PEV informatisé
DHMT	Equipe de gestion sanitaire de district
DQA	Contrôle de la qualité des données
DTC3	3 <sup>e</sup> dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
DVDMT	Outil de gestion des données vaccinales par district
ECV	Enfant complètement vacciné
EDS	Enquête démographique et de santé
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae type b
HMIS	Système de gestion de l'information sanitaire
HPV	Vaccin contre le virus du papillome humain
IEC	Information, éducation et communication
JNV	Journées nationales de vaccination
LQAS	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
MAPI	Manifestations postvaccinales indésirables
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
TMN	Tétanos maternel et néonatal
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins (2011-2020)
PAN	Protégé à la naissance
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCV	Pastille de contrôle des vaccins
Penta	Vaccin pentavalent (DTC + HepB + Hib)
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PFME	Politique des flacons multidoses entamés

PNV	Programme national de vaccination
PPAC	Plan pluriannuel complet
PSRV	Plan stratégique régional pour la vaccination (2014-2020)
RIM	Module de vaccination de routine
TN	Tétanos néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VCR (MCV)	Vaccin contenant la rougeole
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

<b>Activité</b>	Tâche ou ensemble de tâches interdépendantes qui visent à générer un produit ou un résultat.
<b>Cibles</b>	Catégories exprimées exclusivement en termes mesurables par rapport à chaque objectif. Elles sont liées à des échéances précises et ont des délais spécifiques pour atteindre le niveau ou le résultat souhaité.
<b>Couverture</b>	Mesure dans laquelle les services rendus couvrent le besoin éventuel de ces services dans la communauté.
<b>Évaluation (résultats)</b>	Examen des intrants, processus et résultats d'un projet ou d'un programme mené pour mesurer la performance et déterminer la promptitude et la capacité à s'acquitter de rôles et responsabilités ou à atteindre des objectifs. Il est lié aux politiques et systèmes dans le cadre desquels fonctionne le programme.
<b>Évaluation</b>	Estimation périodique de la situation générale du programme : performance, efficacité et efficience. Elle est liée aux politiques, processus de programme et systèmes dans le cadre desquels fonctionne le programme, aux choix stratégiques, aux résultats et à l'impact.
<b>Indicateur</b>	Variable utilisée pour comparer la performance en termes d'efficacité, d'efficience et de résultats. L'indicateur mesure la réalisation par rapport au résultat escompté d'un objectif.
<b>Insuffisamment vacciné</b>	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.
<b>Mise en œuvre</b>	Acte consistant à entreprendre réellement une action projetée et planifiée.

<b>Non vacciné</b>	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).
<b>Objectif</b>	Résultat qu'un programme, un projet ou une institution vise à atteindre, à savoir produits quantifiables ou changements positifs attendus de la mise en œuvre d'un plan.
<b>Performance</b>	Niveau d'accomplissement de la capacité opérationnelle d'un programme ou d'une personne.
<b>Plan d'action</b>	Document qui définit les activités destinées à générer un résultat/produit dans le cadre d'un programme spécifique ; il précise qui fait quoi, quand, comment et pour combien.
<b>Programme</b>	Entité cohérente de projets ou services connexes qui sont dirigés par un groupe de personnes en vue d'atteindre des objectifs précis.
<b>Progrès</b>	Étape atteinte vers la réalisation d'un objectif ou d'un but.
<b>Projet</b>	Ensemble d'activités planifiées de manière à ce que le personnel du projet atteigne des objectifs spécifiques dans des limites financières et de temps.
<b>Repère</b>	Étape significative de réalisation d'une activité en cours.
<b>Stratégie</b>	Description de la manière dont les objectifs du PEV seront atteints, à savoir les types de services ou les méthodes d'intervention.
<b>Suivi</b>	Processus systématique et continu d'examen des données, des procédures et des pratiques en vue de déceler les problèmes, d'élaborer des solutions et d'orienter les interventions. Le suivi s'effectue régulièrement (sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle). Il est lié à la mise en œuvre des activités du programme. Les informations recueillies dirigent les activités du programme.
<b>Supervision</b>	Processus destiné à orienter, appuyer et aider les prestataires de service à s'acquitter de leurs tâches et à atteindre les objectifs organisationnels. La supervision s'effectue à l'aide d'une liste de vérification ou d'un questionnaire, qui aident le superviseur à évaluer la situation eu égard aux différents aspects du programme ou du projet.
<b>Taux d'abandon</b>	Comparaison entre le nombre d'enfants ou de femmes qui commencent à recevoir les vaccins et le nombre d'enfants ou de femmes qui ne reçoivent pas les doses suivantes pour une vaccination complète. Il s'agit d'une mesure de l'utilisation des services.

# 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 contenir<sup>1</sup> ;
- parvenir à éliminer la rougeole et à faire des progrès dans l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale<sup>2</sup> ;

- 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.

<sup>1</sup> WHO, CDC and UNICEF (2012). Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018.  
<sup>2</sup> 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).

Le présent module (15) intitulé *Suivi et gestion des données* fait partie du bloc VII. suivi et évaluation.

## 1.2 But du module

Le présent module a pour objectif de fournir des orientations aux cadres de programmes de vaccination sur les besoins en termes de suivi des activités de vaccination, la façon de réaliser ce suivi et d'utiliser les données générées pour prendre des mesures.

## 1.3 Public cible

Ce module est destiné aux cadres du PEV aux niveaux national, régional (provincial) et des districts, aux enseignants des établissements de formation et aux partenaires qui participent à ou appuient les activités de vaccination.

## 1.4 Objectifs de la formation

À la fin de ce module de formation, les participants seront en mesure de :

- Identifier les étapes et les composantes du système de suivi.
- Identifier les types de données de suivi générées par le système de vaccination, les outils fondamentaux de collecte des données et les sources d'informations.
- Discuter des caractéristiques de bons indicateurs programmatiques.
- Appliquer les techniques de base de la vérification des données et de leur qualité.

- Analyser les facteurs qui ont un impact sur la qualité du système de suivi de la vaccination.
- Utiliser le diagramme de suivi de la vaccination pour visualiser la couverture et utiliser les informations pour prendre des décisions programmatiques.
- Évaluer et interpréter de façon constructive les données de suivi du programme de vaccination.
- Utiliser le processus de suivi pour orienter ou ajuster les actions en fonction du programme.

## 1.5 Contenu du module

Ce module est axé sur les points suivants :

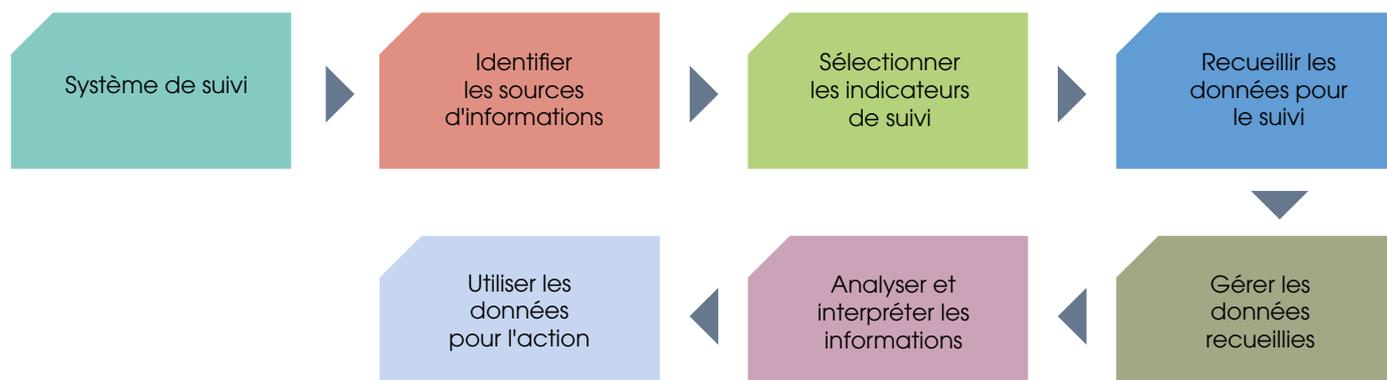
- Principes du processus de suivi.
- Outils pour la collecte et la gestion des données.
- Analyse et interprétation des données.
- Indicateurs essentiels et leurs caractéristiques.
- Qualité du système et des données de suivi.
- Utilisation du suivi pour la prise de décision et l'adoption de mesures.

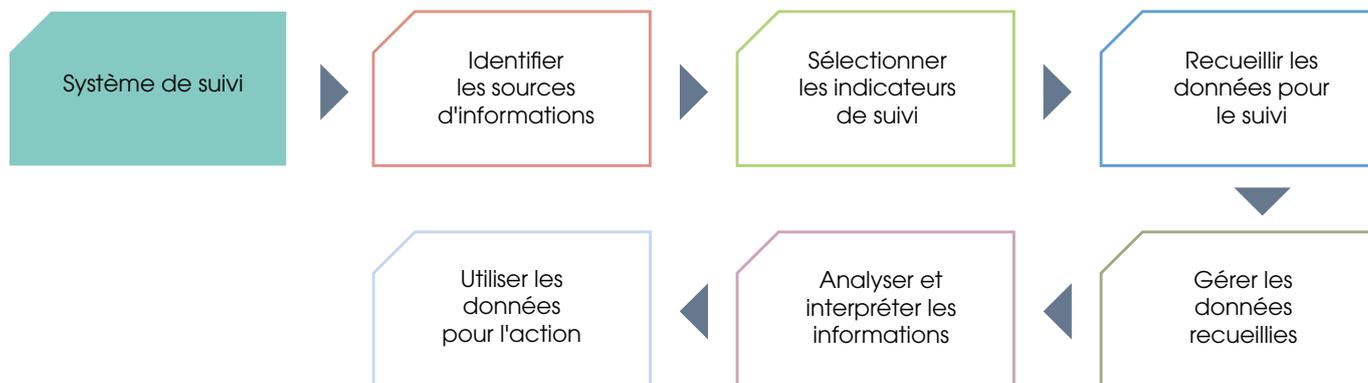
Le module est divisé en sept grandes sections présentées plus bas.

## 1.6 Comment utiliser ce module

Ce module présente le processus de suivi des services de vaccination. Pour l'utiliser :

- Lire le texte de référence.
- Poser des questions ou demander des éclaircissements au facilitateur sur le contenu technique du module.
- À la fin de chaque exercice, discuter des réponses avec le groupe ou le facilitateur.
- Faire des présentations de groupe ou en séance plénière en cas de demande.
- Ce module ou certains de ses chapitres peuvent être adaptés et utilisés en tant qu'outil de formation continue.





## 2. Système de suivi

### 2.1 Qu'est-ce que le suivi et pourquoi est-il important ?

Le suivi de l'information sanitaire comporte l'observation, la collecte et l'examen de données programmées. Le « suivi pour l'action » va plus loin, non seulement en analysant les données, mais aussi en les utilisant à tous les niveaux pour orienter le programme et mesurer les progrès, repérer les domaines nécessitant des interventions particulières, et apporter des révisions d'ordre pratique aux plans.

Le suivi, composante essentielle de tout plan, est un processus systématique et continu d'examen des données, des procédés et des pratiques. Il est utilisé pour mesurer les progrès, déceler les problèmes, élaborer des solutions et orienter les politiques et les interventions. Le suivi est un outil important pour les gestionnaires à tous les niveaux. Il peut aider à améliorer la qualité du programme de vaccination en garantissant que :

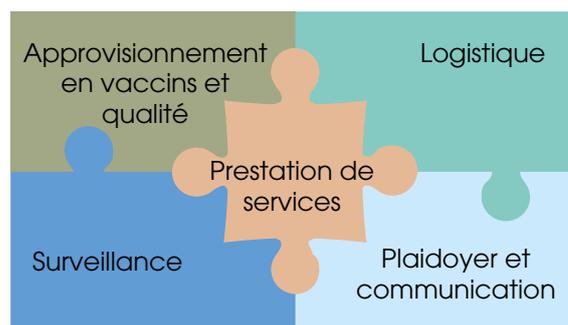
- Tous les nourrissons et les femmes enceintes sont vaccinés.
- Les vaccins et le matériel pour des injections sûres sont livrés en temps utile et en quantité suffisante.
- Le personnel est convenablement formé et encadré.
- Les données sur l'incidence des maladies et les manifestations postvaccinales indésirables sont recueillies, relatées et analysées.
- La communauté a confiance dans les vaccins fournis et dans les services de vaccination qu'elle reçoit.

### 2.2 Quels aspects du programme de vaccination doivent faire l'objet d'un suivi ?

Pour assurer le suivi de votre programme de vaccination, il est utile de diviser le système de vaccination en cinq composantes opérationnelles et en trois composantes d'appui (voir Module 1).

Les composantes opérationnelles comprennent : la prestation de services ; l'approvisionnement en vaccins et leur qualité ; la logistique et la chaîne du froid ; la surveillance (qui inclut le suivi) ; les activités de plaidoyer et de communication (figure 2.1). Les composantes d'appui comprennent : gestion, financement et renforcement des capacités. Toutes ces composantes doivent faire l'objet d'un suivi.

**Figure 2.1 Composantes opérationnelles des systèmes de vaccination**



### 2.3 Comment est suivi le système de vaccination ?

Maintenant que vous connaissez les cinq différentes composantes opérationnelles et les trois composantes d'appui et que vous comprenez que chacune d'entre elles peut être divisée en parties plus petites pour faciliter le suivi, il vous faut décider du degré de qualité ou du type de résultats que vous visez dans votre programme. Par exemple : les taux d'abandon sont très importants pour le suivi de la composante 1 « Prestation de services ». Mais quel est le taux d'abandon que vous estimez être acceptable ?

La qualité que vous espérez atteindre dans votre programme est définie comme un « objectif du programme », un « point de référence » ou une « norme ». L'élaboration d'indicateurs de bonne qualité est la première, et l'une des plus importantes étapes du suivi des progrès de votre programme de vaccination. Les indicateurs devront être élaborés lors du processus de planification.

## 2.4 Quels niveaux du programme de vaccination doivent être suivis ?

Pour faire en sorte que votre programme de vaccination fasse l'objet d'un suivi systématique, chaque niveau du système de santé doit être inclus. Pour simplifier, trois niveaux sont utilisés dans ce document : centre de santé, district et niveau national. Il n'est pas toujours possible

d'utiliser le même indicateur pour chaque niveau car les données ne sont pas disponibles ou car l'indicateur n'est pas pertinent. Dans ces cas, il pourrait s'avérer nécessaire d'adapter l'indicateur à chaque niveau différent du système. Un programme de suivi bien conçu mesurera la qualité des services de vaccination à chaque niveau du système de santé.

### QUESTIONS UTILES AVEC RÉPONSES INTÉGRÉES

<b>Que faut-il suivre ?</b>	Le suivi couvre l'ensemble du programme de vaccination et toutes ses composantes.
<b>À quel niveau le suivi doit-il avoir lieu ?</b>	Du niveau national au district/à la province ou du district à l'établissement de santé (ceci pourrait vous aider à choisir des outils de suivi spécifiques à un niveau particulier).
<b>Quand et à quelle fréquence ?</b>	La périodicité varie. Le suivi peut se faire tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, tous les trimestres ou tous les ans.
<b>Comment assurer le suivi ?</b>	Les rapports des niveaux intermédiaires ou périphériques peuvent être obtenus par des méthodes <b>passives</b> (attendre de les recevoir) ou <b>actives</b> (les réclamer ou aller les chercher dans les centres de santé). Dans la méthode active, on peut aussi se rendre dans les bureaux sanitaires pour y collecter les informations requises. Lorsqu'il s'agit d'une activité de suivi de grande envergure, telle qu'un examen annuel, on peut aussi recourir à des enquêtes ou à des discussions de groupe ciblées.
<b>Qui fait partie de l'équipe de suivi ?</b>	Elle peut être composée d'une seule personne ou d'une équipe de votre unité. Dans une opération de suivi intégrée (suivi conjoint), elle peut comprendre plusieurs membres des services de santé de la famille/santé de l'enfant ou d'épidémiologie.
<b>Quels sont vos outils de suivi ?</b>	Choisissez des outils appropriés qui répondent à vos besoins. Dans le cas d'un suivi conjoint, limitez vos questions aux domaines clés pour ne pas mettre trop de pression sur le personnel local qui est interrogé ou qui fournit la documentation et qui doit répondre aux questions des différents membres de l'équipe.
<b>À qui faire rapport ?</b>	Le suivi implique des personnes à d'autres niveaux auxquelles l'information recueillie doit être communiquée – le supérieur immédiat, la personne qui a fourni l'information et la communauté.
<b>Aspects économiques : combien cela coûtera-t-il ?</b>	Examinez les coûts relatifs des interventions de suivi : par exemple, indemnité journalière, essence, fournitures de bureau, etc.
<b>Comment se fait la rétro-information ?</b>	Comment les résultats sont-ils réintroduits dans le système : par lettre, par bulletin, par téléphone (utilisez des affiches murales, des cartes, des graphiques et des tableaux récapitulatifs mensuels pour afficher vos résultats) ?

#### Exercice 1

Travail individuel suivi d'une discussion de groupe

Tâche 1 : examiner les définitions du processus de suivi données dans le glossaire.

Tâche 2 : sur la base de ces définitions et de votre expérience, faire la distinction entre :

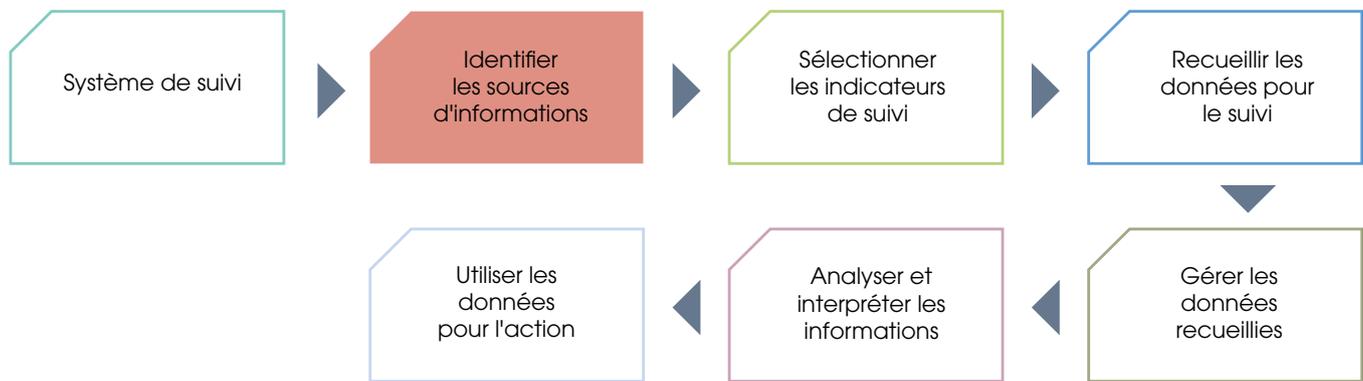
a) Suivi et évaluation :

- Différences entre suivi et évaluation.
- Ce que l'évaluation et le suivi ont en commun.

b) Suivi et supervision.

c) Différences entre suivi et supervision.

d) Qu'est-ce que l'évaluation et la supervision ont en commun ?



### 3. Identifier les sources d'informations

Les systèmes d'information nationaux varient d'un pays à l'autre. Le pays peut avoir un système de suivi de la vaccination dédié ou un système national (commun) d'information (et de gestion) sanitaire (SNIS).

Quel que soit le système, il incombe au cadre national du PEV d'établir les besoins du programme de suivi afin que les informations sur les variables minimales nécessaires soient collectées et disponibles en temps voulu pour faciliter l'évaluation des progrès, repérer les problèmes et prendre des décisions administratives à différents niveaux.

Les sources d'informations sont nombreuses. Dans les districts, la plupart des données proviennent des rapports de notification systématique de l'administration. On peut glaner d'autres informations dans les rapports périodiques (mission technique, financière, de supervision) et les études, comme sur la couverture vaccinale, ou d'autres types d'enquêtes, et les évaluations de programme.

**Au niveau des établissements de santé**, celles-ci peuvent inclure :

- Des données de recensement pour l'approvisionnement des populations cibles et pour calculer les performances des programmes.
- Les feuilles de pointage de la vaccination pour vérifier que le décompte correspond aux chiffres fournis.
- La carte de vaccination de l'enfant pour voir les dates auxquelles il a été vacciné et la validité de la vaccination ainsi que la conservation des cartes pour aider à l'évaluation du programme du PEV par un recensement et des études sur la couverture.
- Le registre de vaccination, qui consigne l'historique de la vaccination de l'enfant, sert de sauvegarde si la carte est perdue et permet de vérifier si les chiffres de la vaccination correspondent aux données des rapports sur les feuilles de pointage, tableaux de suivi, fiche récapitulative ainsi que l'évaluation utilisée

durant le programme du PEV, notamment les auto-évaluations sur la qualité des données, les enquêtes, etc.

- Les fiches récapitulatives mensuelles de la vaccination pour réunir les données et vérifier que les cibles vaccinales mensuelles ont été atteintes et que le nombre de vaccinations signalées correspond à celui qui figure dans le registre de vaccination.
- Un système de suivi des personnes qui ne se présentent pas sous forme de registres, de système de fiches de stock, de registres de vaccination électroniques, de registres de communautés de villages.
- Le diagramme de contrôle de la température de la chaîne du froid pour observer la régularité du suivi quotidien.
- Les formulaires de commande des vaccins et les registres/fiches de stock des vaccins pour veiller à la bonne gestion des vaccins.
- La feuille d'inventaire du matériel de vaccination et de la chaîne du froid pour comparer ce qui est réellement disponible et l'état du matériel.
- Les registres des patients externes et hospitalisés pour instaurer une surveillance active des maladies cibles.
- Les rapports de notification systématique des maladies cibles pour comparer le nombre de cas signalés à celui des cas enregistrés.

**Au niveau du district, de la province ou du pays**, certaines des sources courantes d'informations comprennent :

- Les rapports mensuels sur le nombre de vaccins administrés et la survenue des maladies cibles
- Les rapports d'enquête sur la couverture vaccinale
- Les rapports de supervision
- Le registre d'inventaire de la chaîne du froid
- Les rapports d'examen de la chaîne du froid
- Les rapports d'évaluation/examen du programme
- Les procès-verbaux des réunions du CCI.

**Tableau 3.1 Exemples de sources d'informations**

Indicateur	Informations nécessaires/variables		Source
<b>Établissement de santé :</b> pourcentage d'enfants complètement vaccinés à la fin de leur première année de vie dans la zone desservie	Numérateur	Enfants ayant reçu des doses valides de toutes les premières doses des vaccins avant l'âge d'un an	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registre des vaccinations</li> <li>Feuille de pointage des établissements de santé</li> </ul>
	Dénominateur	Cohorte de naissance de cette période pour la zone desservie	Unité de planification de district (rapport de recensement de la population)
<b>District/province :</b> pourcentage d'établissements de santé dont la couverture par le vaccin pentavalent <sup>3</sup> est d'au moins 80 %	Numérateur	Nombre d'établissements de santé ayant vacciné au moins 80 % des nourrissons ciblés avec le vaccin pentavalent <sup>3</sup>	Fiches récapitulatives de l'établissement de santé
	Dénominateur	Nombre total d'établissements de santé du district administrant des vaccins	Liste des établissements de santé du district Unité de planification de district (rapport de recensement de la population)
<b>Niveau national :</b> pourcentage du financement public pour la vaccination systématique	Numérateur	Total des fonds pour les activités de vaccination décaissés par l'État pour la vaccination systématique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministère de la Santé</li> <li>Ministère des Finances</li> <li>Département des finances de l'administration du district</li> </ul>
	Dénominateur	Total des dépenses pour les activités de vaccination	Ministère de la Santé

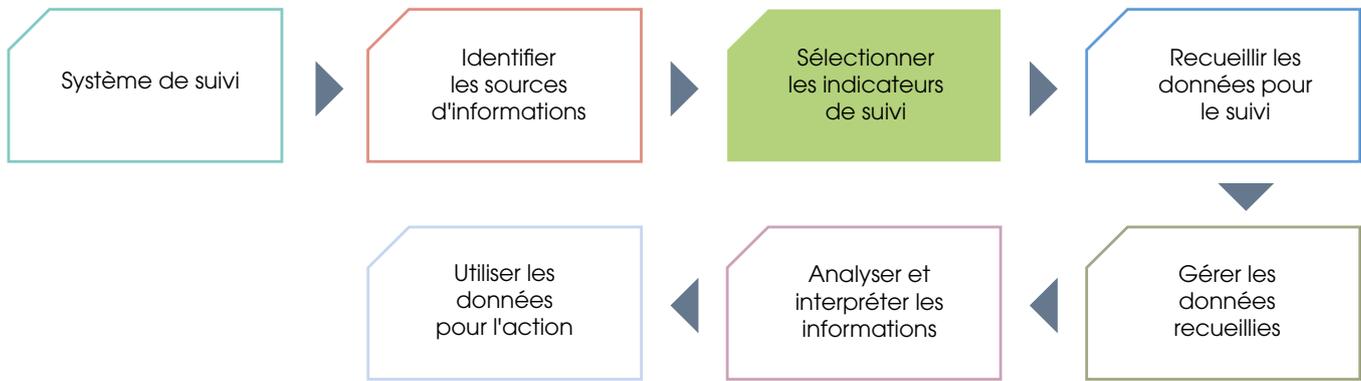
**Exercice 2**

Faites la liste des sources d'information les plus pertinentes que vous utiliserez pour vérifier et interpréter chacune des situations suivantes. Expliquez pourquoi la source est essentielle et quelle pourrait être la raison d'une telle situation.

A. Vous avez reçu des rapports d'un district dans lesquels le nombre de vaccinations avec la troisième dose de vaccin pentavalent est supérieur à celui avec la première dose, et qui ne contiennent aucune information concernant le BCG.

B. Un examen des rapports de réception des vaccins et des rapports sur les performances de la vaccination indique que 720 000 vaccins contre la rougeole ont été ajoutés au stock national de vaccins au cours de l'année écoulée. Toutefois, le nombre total de vaccins administrés pendant cette même période n'a été que de 130 675.

Quand vous avez terminé l'exercice, utilisez un tableau à feuilles mobiles pour présenter vos réponses à votre groupe.



## 4. Sélectionner les indicateurs de suivi

### 4.1 Marche à suivre pour formuler des indicateurs

Qu'est-ce qu'un indicateur ? Un indicateur est une variable mesurable utilisée comme une représentation d'un facteur ou d'une quantité associé/e (mais non mesuré/e ou mesurable). Les indicateurs doivent être définis en termes précis et sans ambiguïté pour décrire clairement et exactement ce qui est mesuré. Là où cela s'avère pratique, l'indicateur doit donner une relativement bonne idée des données requises et de la population parmi laquelle l'indicateur est mesuré. Il doit y avoir au moins un indicateur pour chaque résultat. Des indicateurs de bonne qualité sont ciblés, clairs et spécifiques. Le changement mesuré par l'indicateur doit représenter le progrès que le programme espère réaliser.

La formulation des indicateurs n'est pas une tâche facile. Elle comprend plusieurs étapes :

#### Marche à suivre pour formuler des indicateurs

- **Étape 1. Parvenir à un consensus parmi le personnel du programme** sur la nécessité et l'utilisation du suivi des progrès et des questions pour lesquelles les indicateurs doivent être développés (voir 4.3.2). Le personnel identifiera une liste d'indicateurs de suivi et de repères qui aideront à s'assurer que la mise en œuvre s'effectue suivant le plan.
- **Étape 2. Identifier les indicateurs** qui sont considérés comme essentiels pour le suivi. Les indicateurs doivent pouvoir spécifier :
  - La population cible (pour qui)
  - La quantité (combien)
  - La qualité (avec quel succès)
  - Le niveau administratif (où)
- **Étape 3. Définir chaque indicateur potentiel** pour fournir une description complète des données requises. Ceci inclura l'utilisation

envisagée, le numérateur et le dénominateur, les sources et les méthodes de collecte de données, le personnel impliqué, le timing (périodicité de mesure) et les limites.

- **Étape 4. Sélectionner des indicateurs** sur la base de critères de faisabilité. Les indicateurs pour le suivi doivent être incorporés au plan lui-même et étroitement liés aux moyens disponibles pour la collecte et le traitement des données.
- **Étape 5. Définir (adopter) les indicateurs** et établir un repère pour chacun d'entre eux pour utilisation en vue de mesures répétées à intervalles réguliers. Si l'indicateur est sélectionné pour la première fois, il est recommandé de le tester sur le terrain avant son adoption.

La liste initiale d'indicateurs potentiels peut être longue. Après discussion, le nombre est réduit aux indicateurs essentiels.

### 4.2 Types d'indicateurs

L'objectif du programme de vaccination est d'atteindre une forte couverture vaccinale de la population cible à travers la prestation de services de qualité, à l'aide des ressources humaines, matérielles et financières disponibles, afin de réduire la morbidité et la mortalité, d'éliminer ou d'éradiquer les maladies avec les vaccins disponibles. Pour mesurer tous les paramètres ci-dessus dans le plan, les indicateurs de suivi sont classés en domaines clés :

- **Indicateurs d'intrant** : ce sont des indicateurs préalables au processus de mise en œuvre, politiques de vaccination, contributions en ressources (humaines, matérielles, financières).
- **Indicateurs de processus** : ce domaine examine la fonctionnalité et la qualité du système de vaccination et comprend toutes les activités : planification, financement, qualité de la prestation de service, sécurité de la vaccination, évaluation du programme et de son efficacité, formation etc.

- **Indicateurs d'extrait** : résultats immédiats du programme, par exemple, couverture vaccinale et autres résultats ou produits contribuant à la réalisation des objectifs du programme.
- **Indicateurs de résultat** : ils ont trait aux objectifs du programme, à savoir réalisation du but final, ex. : éradication de la poliomyélite, élimination du tétanos néonatal, etc.
- **Indicateurs d'impact** : ils sont liés à la réalisation du but final, ex. : réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies ciblées.

## 4.3 Sélection des indicateurs

### 4.3.1 Généralités

Les considérations suivantes doivent être prises en compte lors de la sélection des indicateurs :

- Dans quelle mesure la collecte des données pour l'indicateur est-elle pratique et réalisable ?
- Quelle est l'importance des informations fournies par un indicateur pour le processus global de mise en œuvre des domaines clés du programme ?
- Quelle est la difficulté de la méthode de mesure d'un indicateur particulier en termes de temps, d'argent et de complexité ?
- Quelles sont les qualités requises de l'indicateur ? Peut-il mesurer le niveau des réalisations ou les modifications des paramètres d'une activité ? Peut-il aussi être utilisé pour **comparer les progrès** entre plusieurs périodes ou différentes zones où le programme est opérationnel ? Un indicateur peut-il fournir des explications permettant de réaliser une **analyse efficace**, laquelle fait partie du processus de suivi ?

Suivre tous les aspects du programme demanderait un trop grand nombre de ressources (humaines, matérielles et financières). Il faut donc choisir les indicateurs par ordre de priorité. Le cadre du PEV doit être à même de les adapter aux besoins du programme et de ne garder que les plus pertinents.

### 4.3.2 Critères de sélection des indicateurs

Prenons l'exemple du Penta3, les indicateurs doivent répondre aux critères suivants :

- **Pertinent (approprié)** : porter sur la question ou le domaine de programme qui vous intéresse (ex. : le Penta3 est un indicateur pertinent à appliquer pour le suivi du programme de vaccination).
- **Sensible** : saisir les variations de valeurs dans une fourchette raisonnable (ex. : la proportion des enfants qui ont reçu la 3<sup>e</sup> dose du vaccin pentavalent avant leur premier anniversaire. Quand nous faisons référence à la couverture

Penta3, nous voulons toujours dire la tranche d'âge des enfants de 6 semaines à 1 an. Les enfants vaccinés au-delà de cette tranche ne sont pas comptés dans le cadre de l'indicateur de couverture Penta3).

- **Spécifique** : refléter un objectif ou une cible spécifique spécifique (ex. : taux de couverture Penta3, qui se réfère spécifiquement à la proportion des enfants qui ont reçu leur 3<sup>e</sup> dose de PENTA, ou tout autre vaccin contenant du PENTA, avant leur 1<sup>er</sup> anniversaire).
- **Techniquement valide** : être basé sur les informations techniques les plus récentes (ex. : l'efficacité du PENTA3 validée dans beaucoup d'essais épidémiologiques et cliniques).
- **Réalisable dans le cadre de la collecte** : trois sous-critères sont inclus :
  - Les données sont facilement disponibles ou peuvent être recueillies avec des efforts supplémentaires raisonnables (feuilles de pointage de vaccination ou carte de santé de l'enfant portant des informations sur le PENTA1/3)
  - Les données recueillies sont fiables (les rapports viennent d'une source officielle, ex. : les rapports de vaccination indiquant la couverture PENTA1/3 proviennent de l'infirmier responsable de l'établissement de santé ou du bureau de district). Ceci indique la fiabilité de la source (mais n'indique pas la fiabilité technique des données notifiées, qui peuvent être incomplètes ou contenir des fautes de frappe ou des erreurs. Les données ne peuvent être considérées comme fiables qu'après validation des données notifiées dont il sera question plus loin dans ce module).
  - Les données sont accessibles (les chiffres relatifs au PENTA1/3 sont toujours présents dans les rapports mensuels au niveau de l'établissement de santé qui eux-mêmes sont accessibles par l'agent de santé ou le superviseur).
- **Simple** : simple et compréhensible pour l'utilisateur (convivial, ex. : un agent de santé de l'établissement de santé peut facilement compter le nombre d'enfants qui ont reçu une troisième dose de PENTA et ceux qui ont abandonné).
- **Vérifiable** : l'indicateur relatif au PENTA3 se base sur le nombre de doses administrées selon les feuilles de pointage de l'établissement de santé ou les rapports récapitulatifs du district. Les feuilles de pointage sont conservées pendant une période spécifiée. Cette information peut être vérifiée si besoin.

### Exercice 3

Travail individuel.

Examinez les critères des indicateurs ci-dessous par rapport au **taux d'abandon** et expliquez pourquoi il peut être choisi en tant qu'indicateur de suivi important. Utilisez la notation (sur une échelle de 1 à 5) pour indiquer la puissance du taux d'abandon en tant qu'indicateur par rapport à chaque critère (1 signifie "Ne répond pas au critère" et 5 signifie "Répond parfaitement au critère").

Critères de l'indicateur	Le taux d'abandon répond-il aux critères en tant qu'indicateur ?	Et si oui, pourquoi ?	Note
• Pertinent (approprié)			
• Sensible			
• Spécifique			
• Techniquement valide			
• Faisable			
◦ Disponible			
◦ Accessible			
◦ Fiable			
• Simple (convivial)			
• Vérifiable			

Le choix des indicateurs de suivi dépend de nombreux facteurs, dont quelques-uns sont examinés ci-dessous.

- des indicateurs de suivi pour la mobilisation des ressources, etc.

#### 4.3.3 Indicateurs par composante du programme

Si vous décidez d'intensifier le suivi d'une ou de plusieurs composantes de votre programme pour remédier à des insuffisances, il vous faudra alors choisir des indicateurs pertinents pour la composante concernée, par exemple :

- des indicateurs de suivi pour la chaîne du froid ;
- des indicateurs de suivi pour les stocks de vaccins ;

#### 4.3.4 Indicateurs par niveau de suivi

Comme exemple, prenez à nouveau l'indicateur de la couverture du vaccin Penta3. Le tableau ci-après illustre son utilisation appropriée à différents niveaux du système de santé.



**Tableau 4.1 Comparaison de l'utilisation de l'indicateur de la couverture Penta3 selon les niveaux du système de santé**

Indicateur	Niveau d'utilisation			
	Établissement de santé	District	Province	Pays
Couverture Penta3	XXX	XXX	XXX	XXX
Nombre d'enfants non ou incomplètement vaccinés avec le Penta	XXX	XX	XX	X
Proportion d'établissements de santé avec couverture Penta3 $\geq 90\%$	-	XXX	XX	X
Proportion de districts ayant atteint une couverture Penta3 de $\geq 90\%$	-	-	XXX	XXX

Remarque : XXX – niveau le plus approprié ; XX – modérément approprié ; X – niveau le moins approprié.

#### Exercice 4

Dans leurs groupes respectifs, les participants examineront de manière critique le tableau 4.1 et feront une évaluation similaire pour les indicateurs suivants :

- Taux de pertes de vaccin
- Ruptures de stocks de vaccin
- Exhaustivité des rapports sur les maladies cibles
- Proportion du financement public consacré à la sensibilisation/ aux services de supervision.

Après avoir rempli le tableau, les participants discutent et justifient leur notation en plénière.

## 4.4 Indicateurs pour le suivi de la vaccination systématique

Les participants peuvent se référer au Module 1 : *Approche de résolution des problèmes pour la gestion des services de vaccination* relatif aux cinq composantes opérationnelles suivantes des systèmes de vaccination (prestation de services ; approvisionnement et qualité des vaccins ; logistique et chaîne du froid ; surveillance, y compris suivi ; et plaidoyer et communication – voir figure 2.1) et aux trois composantes d'appui (gestion du programme, financement durable et renforcement des capacités) des systèmes de santé.

Pour couvrir le système de vaccination tout entier, toutes les composantes opérationnelles et les composantes d'appui doivent être suivies, afin d'obtenir une image complète du programme. Le suivi comprend :

1. **Le niveau de couverture de chaque vaccin** (et de chaque dose du même vaccin) inclus dans le calendrier national de vaccination.
2. **Le pourcentage des enfants complètement vaccinés de moins d'un an** : un enfant complètement vacciné de moins d'un an est un enfant qui a **reçu toutes les doses valides** de vaccins dans le cadre de la primovaccination telle que prévue par le calendrier national.

3. **Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu les doses adéquates de VAT**. C'est le nombre de femmes enceintes ayant reçu une dose adéquate de VAT-2, VAT-3, VAT-4 et VAT-5 pendant la grossesse (aussi dénommé VAT-2+).

4. **Le pourcentage des enfants protégés contre le TN à la naissance (PAN)**. C'est une méthode alternative pour déterminer la couverture VAT-2+ (en particulier lorsque le VAT-2+ est peu fiable). Pour suivre le PAN, les agents de santé notent pendant les visites Penta1 si l'enfant a été protégé à la naissance par le statut VAT de la mère. Le PAN est alors estimé comme suit :

$$\% \text{ PAN} = \frac{\text{Nombre enfants protégés}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 100$$

Remarque : un enfant en bas âge est protégé si la mère a reçu une dose valide de VAT+ (au moins deux semaines avant l'accouchement).

5. **Taux de PFA non-polio** : il se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas (chez les enfants de < 15 ans) par le nombre du total des enfants de < 15 ans de la zone de couverture multipliée par 100 000.

**6. Incidence signalée du tétanos néonatal (TN) :** nombre de nouveaux cas de TN pour 1000 naissances vivantes. Il se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas de tétanos néonatal par le nombre total de naissances vivantes multiplié par 1 000.

**7. Incidence signalée des cas confirmés de rougeole au sein de la population :** il se calcule en divisant le nombre de cas de rougeole confirmés par la population totale dans la zone de couverture. Le résultat est exprimé sous forme de taux, avec la population en millions/par million d'habitants.

**8. Disponibilité des vaccins et fournitures :** il se calcule en divisant la somme des jours pendant lesquels chaque vaccin ou fourniture était disponible par le nombre total de jours de la période de référence, le résultat doit être multiplié par 100.

**9. Taux d'abandon :** surtout pour les BCG-Penta3 ; Penta1-Penta3 ; Penta 1-VAR1 (première dose du vaccin contenant une valence rougeole) et VAR1-VAR2.

**10. Taux de perte de vaccins :** se référer au Module 8. *Gestion des vaccins.*

**11. Exhaustivité du rapport.**

**12. Délais de soumission du rapport.**

**13. Nombre de cas (ou incidence) d'autres maladies évitables par la vaccination.**

**14. Taux d'investigation des cas/flambées :** nombre de cas/flambées signalés des maladies cibles ayant fait l'objet d'une enquête, divisé par le nombre du total de cas/flambées de maladies cibles signalés x 100.

**15. Existence d'un système de détection et de notification des MAPI.**

## 4.5 Indicateurs essentiels

Une liste d'indicateurs essentiels pour le suivi des services de vaccination au niveau national a été développée (annexe 1). Ces indicateurs sont pertinents, réalisables pour recueillir et interpréter les données et sont peu exigeants en termes de temps et de coût. L'ensemble d'indicateurs essentiels est représentatif mais limité et doit être suivi au niveau national à l'aide du système d'information sanitaire existant. Ces indicateurs :

- fournissent un profil concret et représentatif de l'état du programme national de vaccination ;
- Permettent le suivi de la performance du pays ; On suppose que l'ensemble d'indicateurs essentiels est commun à chaque programme national et fournit les informations clés requises par tous les cadres du PEV ;
- permettent des comparaisons entre pays et le suivi du programme au niveau mondial.

Les indicateurs essentiels sont inclus dans le Formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF, afin d'avoir une source uniforme d'informations sur les systèmes nationaux de vaccination. Au regard des récents développements dans la réforme du secteur de la santé et de l'objectif d'atteindre chaque district et chaque enfant, un accent particulier a été mis sur les informations pertinentes au niveau du district. Toutes les informations contenues dans le Formulaire conjoint de déclaration et que produisent les indicateurs essentiels doivent faire partie du Système national d'information sanitaire. Cependant, tous les aspects du suivi du système national de vaccination ne sont pas inclus. Les directeurs nationaux de programme ne sont pas limités à cet ensemble d'indicateurs essentiels, des choix supplémentaires peuvent être faits conformément aux objectifs spécifiques du programme national.

Le tableau 4.2 montre un récapitulatif des indicateurs de suivi liés aux composantes opérationnelles et aux composantes d'appui du système de vaccination.



**Tableau 4.2 Résumé des indicateurs de suivi relatifs au système de vaccination**

Composantes d'appui	Paramètre de mesure	Indicateurs
Prestation de services	Accès	Couverture par le vaccin pentavalent
	Couverture	Couverture par : BCG, Penta3, VPO3, HepB3, Hib3, rougeole, fièvre jaune, Vitamine A, VAT2+
	Équité	Couverture Penta3 (DTP3) par zone desservie ou par district
	Utilisation	Taux d'abandon pour Penta1 à Penta3 ; Penta à rougeole 1ère dose et rougeole 1ère dose à rougeole 2e dose
Logistique et chaîne du froid	Disponibilité Gestion fonctionnelle	Disponibilité et permanence des services (équipement et transport adéquats pour la distribution, les services de proximité et la supervision) Stockage et distribution des vaccins. Taux de perte des vaccins
Approvisionnement en vaccins et qualité	Prévision ; Commande	Stocks de vaccins (minimum, maximum et stocks critiques) Sources des vaccins (qualité)
Surveillance et suivi	Efficacité du système de rapportage	Exhaustivité des rapports soumis Délais de soumission des rapports
	Incidence des maladies ; décès ; incidence des MAPI	Taux d'incidence des maladies Proportion des cas confirmés par un laboratoire Taux de mortalité Taux de létalité MAPI signalés et ayant fait l'objet d'une recherche
Plaidoyer et communication	Engagement politique	Existence d'un plan Existence d'une politique de vaccination Présence de comités actifs de santé communautaire
Viabilité/durabilité financière	Participation communautaire	Financement public des vaccins pour la vaccination « générale » et systématique
	Financement durable	Dépenses de fonctionnement du programme Engagement pour financer sur plusieurs années (pouvoirs publics et partenaires)
Ressources humaines et institutionnelles	Supervision	Visites de supervision dans les établissements de santé Compétence/adéquation, formation
	Personnel	Disponibilité de ressources humaines adéquates
Gestion	Capacité à planifier et à mettre en œuvre	Existence de micro-plans dans chaque district Rapports sur la mise en œuvre des plans

## 4.6 Indicateurs ACD/ACC : suivi pour l'action

Adapter et utiliser les indicateurs de processus ci-après pour réaliser le suivi (« Suivi pour l'action ») dans les districts et établissements de santé (repris à partir de l'outil de suivi de l'approche ACD, voir annexe 7).

- Pourcentage des districts qui effectuent au moins une réunion d'évaluation par trimestre au cours de laquelle les données, les tendances et le suivi de l'action font l'objet de discussions avec les établissements de santé.
- Pourcentage du total des rapports de vaccination que les districts reçoivent mensuellement [remarque : les rapports reçus des établissements de santé doivent l'être dans les délais impartis et doivent aussi être complets pour être considérés comme « mis à jour ».]
- Pourcentage des établissements de santé qui ont des graphiques représentant le suivi de la vaccination mis à jour, correctement rédigés et affichés chaque trimestre de façon visible sur le site.

**Remarque :** les trois critères doivent être remplis pour être valides. La définition de « mise à jour » doit être déterminée au niveau national.

Ces indicateurs de base mesurent les efforts que les districts et les établissements sanitaires déploient pour la soumission, l'évaluation et la mise à jour des données de la vaccination. Ils visent à rappeler aux établissements de santé et aux équipes de santé des districts (et à informer les personnes se trouvant à des niveaux plus élevés du système de santé) l'importance d'utiliser des données spécifiques locales pour faire des ajustements en temps opportun en matière de vaccination et d'autres services de soins de santé primaires.

En plus de déterminer si les districts et les établissements de santé effectuent un suivi des données et en discutent, les superviseurs veulent aussi savoir si les données sont vraiment comprises et utilisées dans la résolution de problèmes, et identifier la meilleure façon d'atteindre toutes les populations cibles (un exercice plus qualitatif que quantitatif). Ces aspects qualitatifs du « suivi des activités » peuvent être évalués lors de la supervision formative, des réunions d'évaluation, des discussions conjointes entre les districts et les établissements de santé au cours de la micro-planification, etc.

Ci-dessous, vous trouverez une liste indicative de questions que les districts et les établissements de santé devraient poser lors de l'analyse des problèmes de couverture et pour décider des mesures à prendre en réponse :

- Quelles sont les principales causes de la faible couverture dans votre structure ou zone du district/desservie ?
- Y a-t-il des problèmes d'accès et / ou d'utilisation ?
- Quelles sont certaines des principales causes de ces problèmes (approvisionnement, personnel, prestation et demande de services, IEC, etc.) ?
- Quelles solutions locales peuvent remédier le mieux à ces causes ?
- Quelles ressources (existantes ou supplémentaires) sont nécessaires pour mettre en œuvre des solutions ?
- Comment pouvez-vous réviser votre plan sur la base de l'analyse ci-dessus ?
- Y a-t-il des options dans votre district pour mener et documenter une recherche opérationnelle visant à améliorer la performance et à explorer des innovations ?
- Comment pouvez-vous mieux impliquer les communautés dans la compréhension des tendances des données, de ce qu'elles signifient, et comment les communautés elles-mêmes peuvent aider à y faire face ?

## 4.7 Autres indicateurs

Pour mesurer le progrès d'un pays par rapport aux objectifs de vaccination régionaux et mondiaux, les indicateurs suivants sont utilisés :

### Indicateurs de processus

- Proportion de pays qui fournissent au moins chaque trimestre une rétro-information écrite sur la vaccination au niveau du district.
- Proportion de pays ayant un plan stratégique de 3-5 ans pour le système national de vaccination.
- Proportion de pays ayant un plan d'activités annuel national pour les services de vaccination.
- Pays à risque ayant introduit la vaccination contre la fièvre jaune dans leur calendrier PEV.
- Proportion de pays ayant un plan de sécurité des injections comme composante du plan d'activités national.

### Indicateurs d'extrait

- Proportion de pays ayant une couverture HepB3  $\geq 90$  %.
- Proportion de pays ayant une couverture contre la rougeole (première dose, MCV1)  $\geq 90$  %.
- Proportion de pays qui ont introduit de nouveaux vaccins et des vaccins sous-utilisés dans leur calendrier PEV.

### Indicateurs de résultat

- Proportion de pays ayant obtenu le statut d'élimination du tétanos maternel et néo-natal (TMN) (tous les districts ayant moins de 1 cas de TN pour 1000 naissances vivantes).
- Proportion de pays ayant atteint l'objectif d'élimination de la rougeole.

Ces dernières années, les pays utilisent souvent de « nouveaux » indicateurs pour calculer le nombre d'enfants « non vaccinés » et « incomplètement vaccinés » en chiffres absolus. L'avantage de cette méthode est de montrer aux

décideurs le nombre réel de ces enfants, parfois occulté par des pourcentages moins impressionnants, et de les pousser à prendre des mesures vigoureuses pour améliorer la prestation des services de vaccination. Cette méthode est particulièrement efficace dans les pays très peuplés où des centaines de milliers voire des millions d'enfants tombent dans ces catégories.

Nous vous recommandons donc fortement d'utiliser dans vos analyses et rapports ces indicateurs en parallèle avec les proportions de couverture communes exprimées en pourcentages (prière de se référer au « Glossaire » pour les définitions).

### Exercice 5

Travail individuel.

Veillez cocher « vrai » ou « faux ».

	Vrai	Faux
1. Le taux de couverture Penta3 indique que l'enfant est totalement vacciné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selon l'OMS, les taux d'abandon dans un bon programme de vaccination devraient être :	inférieurs à 10 %	<input type="checkbox"/>
	inférieurs à 20 %	<input type="checkbox"/>
3. L'indicateur de rupture de stocks des vaccins indique que tous les vaccins de votre magasin ne sont pas conservés dans un réfrigérateur ou une chambre froide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les indicateurs utilisés par votre programme de vaccination peuvent mesurer vos succès et vos échecs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le même indicateur peut être utilisé pour le suivi et pour l'évaluation de votre programme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le niveau de l'indicateur de base pour le taux de couverture du vaccin anti-rougeoleux devrait être $\geq 70\%$ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penta1 est un indicateur d'impact.		

Une fois l'exercice terminé, montrez vos réponses au facilitateur.

### À retenir :

1. Choisir des indicateurs pertinents, valables sur le plan technique, simples et mesurables.
2. Choisir les indicateurs selon le niveau de programme qui fait l'objet de votre suivi : local, de district ou national.
3. Tenir compte, en choisissant les indicateurs, des composantes du programme de vaccination (prestation de services, logistique, qualité des vaccins, surveillance et plaidoyer) ainsi que des éléments transversaux (financement, ressources humaines et gestion) ; ils ont tous des indicateurs spécifiques de suivi (décrits dans l'annexe 1 de ce module).



## 5. Recueillir les données pour le suivi

### 5.1 Données démographiques

Pour pouvoir estimer la proportion du groupe cible ayant été vacciné, il est indispensable de disposer des données démographiques par âge et zone géographique (zone de desserte de l'établissement de santé, district, territoire national). Malheureusement, il est difficile d'obtenir des données démographiques de qualité à l'échelle nationale. Dans la plupart des pays, le recensement de la population date de plus d'une dizaine d'années. Les recensements effectués dans certains pays (par des volontaires communautaires) ne sont pas bien organisés et, quand ils le sont, ils ne sont pas agréés par les autorités.

Les différents groupes de population ciblés par les services de vaccination sont :

- Les nourrissons (0-11 mois) pour les premières vaccinations/la supplémentation en vitamine A.
- Les enfants (0-23 mois) pour les pays ayant introduit la seconde dose de VAR dans leur calendrier vaccinal PEV.
- Les enfants (0-59 mois), vaccins supplémentaires contre la poliomyélite.
- Les enfants (de 9 mois à 59 mois), vaccins supplémentaires de suivi pour la rougeole/rubéole.
- Les enfants (0-14 ans), surveillance de la paralysie flasque aigüe.
- Les enfants (9 mois-14 ans), vaccins supplémentaires de rattrapage pour la rougeole/rubéole.
- Les femmes enceintes, pour l'anatoxine tétanique.
- Les femmes en âge de procréer (d'ordinaire 15-49 ans), vaccination systématique et vaccin supplémentaire d'anatoxine tétanique.

La plupart des programmes de vaccination de la Région africaine ciblent les nourrissons de 0-11 mois dans le cadre de la primovaccination. Ce groupe change à partir du nombre de naissances vivantes (peut être estimé

à partir des taux de fertilité si non disponible dans l'estimation, pour les vaccins administrés à la naissance – BCG, hépatite B, dose du nouveau-né, VPO zéro) aux nourrissons survivants (pour les doses subséquentes – de la première à la troisième dose du vaccin Pentavalent, VPO, vaccin anti-pneumococcique conjugué, vaccin contre le rotavirus ; fièvre jaune et rougeole). Le nombre de nourrissons survivants prend en considération la mortalité infantile prévalente et devrait être légèrement inférieur au nombre de naissances vivantes.

Pour les données à collecter :

- Utiliser la meilleure estimation de la taille de la population cible.
- Utiliser la source la plus fiable (p. ex., le dernier recensement national ou les mises à jour du Bureau central des statistiques).
- Veiller à la cohérence des dénominateurs dans les rapports d'autres initiatives, par ex. poliomyélite, nutrition, paludisme, grossesse à moindre risque, etc.

### 5.2 Collecte de données et outils de suivi

#### 5.2.1 Collecte des données au niveau du centre de santé

Au niveau des établissements de santé, on collecte les données à l'aide des outils suivants :

- Feuille de pointage
- Registre des vaccinations
- Diagramme de suivi des vaccinations
- Cartes de vaccination
- Fiches de rappel ou tout autre système de recherche des perdus de vue (fiche de stock, registres des agents de santé du village, registre des chefs locaux etc.)
- Formulaires de rapport des prestations de services des activités de vaccination supplémentaires
- Rapports de surveillance sur les MEV

### 5.2.2 Collecte des données au niveau du district/de la province

- Rapport mensuel
- Rapports hebdomadaires (surveillance des maladies évitables par la vaccination)
- Diagramme de suivi de la couverture vaccinale
- Carnets de bord des visites de supervision formative
- Réunions mensuelles de synthèse (suivi de l'exhaustivité et des délais de soumission des rapports)
- Autres rapports

### 5.2.3 Collecte des données au niveau national ou central

- Base de données de la vaccination
- Base de données de surveillance des MEV (polio, rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal, méningite, nouveaux vaccins (ex. rotavirus, VPH), etc.
- Base de données des activités de vaccination supplémentaires (résultats administratifs, de suivi indépendant)
- Rapports annuels (rapport national, Formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF, rapports annuels de situation ou de progrès)
- Tous les rapports d'évaluation (revue du PEV, enquête de couverture vaccinale du PEV, contrôle de la surveillance, rapport d'évaluation de la gestion efficace de la vaccination, inventaire de la chaîne de froid, etc.)

#### Conseils importants pour cette étape :

- L'outil de collecte des données doit être approprié et contenir toutes les variables à enregistrer pour éviter le regroupement des informations par le prestataire de service.
- L'outil doit être disponible au point de prestation de services à tout moment pour s'assurer que toutes les informations (type, date de vaccination, doses administrées, numéro de lot sur le flacon, etc.) sont enregistrées.
- Les doses administrées sont pointées immédiatement après l'administration des vaccins (et non avant ou beaucoup plus tard).

Pour tenir compte des changements et éviter la perte d'informations, il est important de revoir ponctuellement les outils de collecte des données chaque fois qu'il y a de nouvelles interventions comme l'introduction de nouveaux vaccins ou la supplémentation en vitamine A ou un changement dans la composition du vaccin.

Collecter des informations qui ne seront pas utilisées ne fera qu'alourdir inutilement la charge de travail de l'agent de santé. Par ailleurs, la charge supplémentaire de travail est cause d'erreurs humaines. En revanche, une rationalisation excessive peut compromettre l'exactitude, l'exhaustivité et l'utilité des informations collectées.

Les erreurs de pointage les plus courantes sont :

- Pointer avant que le vaccin ne soit administré (l'enfant peut ne pas recevoir le vaccin).
- Pointer à la fin de la session selon le nombre de doses contenues dans les flacons usagés (les doses « perdues » peuvent être comptées).
- Pointer les vaccinés sous une tranche d'âge (inclure ceux qui sont hors de l'âge cible) déformera le numérateur.

Pour évaluer les stratégies de prestation de services, il est recommandé de pointer séparément les services et de compléter les informations sur le registre de vaccination.

L'outil de collecte des données doit contenir les variables utilisées pour générer les indicateurs. Par exemple, pour pouvoir calculer le taux d'abandon du vaccin pentavalent, il est essentiel de disposer de données sur les premières et troisièmes doses de ce vaccin.

La feuille de pointage doit fournir des informations sur le nombre de doses d'un vaccin particulier administré pendant une période particulière (session et date de vaccination) à une tranche d'âge particulière. Le registre doit comporter suffisamment d'informations pour identifier l'enfant et montrer les dates d'administration et indiquer si l'enfant est complètement vacciné dans le cadre de la primovaccination.

*On trouvera dans les annexes 2 et 3 des exemples de feuilles de pointage et un formulaire récapitulatif.*

Les données provenant des feuilles de pointage doivent être consolidées, manuellement ou électroniquement, pour être transmises au district. Le district consolide les données pour les utiliser et les transmettre au niveau suivant pour atteindre en fin de compte le niveau central.

Un outil essentiel pour le suivi de la couverture vaccinale est le **diagramme de suivi de la vaccination**. Il montre les progrès réalisés eu égard à la couverture de la population cible dans la zone de desserte de votre établissement de santé. Il résume les informations qui figurent dans les rapports mensuels de vaccination. Ce diagramme vous permet de comparer le nombre de personnes que vous vaccinez effectivement tous les mois avec vos cibles de couverture.

Chaque vaccin, et même chaque dose du même vaccin, peut avoir un diagramme de suivi. Pour que votre diagramme soit facile à consulter, ne pas inclure plus de deux composants dans un même diagramme. Ceci vous permettra de suivre simultanément les progrès de la vaccination de deux composants et de calculer les taux d'abandon entre eux. Par exemple, vous pouvez enregistrer Penta1 et Penta3 dans un diagramme et suivre la réalisation de la cible pour Penta3 et les taux d'abandon entre Penta1 et Penta3. Les établissements de santé (ou les districts) disposant d'un bon système de suivi utilisent les diagrammes ci-après de suivi de la vaccination :

- BCG, rougeole et fièvre jaune ; Penta1 et Penta3 ; VPO1 et VPO3 ; AT1 et AT2+.
- Pour établir le diagramme de suivi de la vaccination, voir la figure à l'annexe 4 (A4.1).

Au niveau de l'établissement de santé, certains outils, comme le registre de vaccination, sont disponibles pour suivre le statut vaccinal de chaque enfant et repérer les perdus de vue ou ceux dont les parents ont oublié ou laissé passer la date à laquelle l'enfant devait être vacciné.

Au niveau du district, les outils de suivi se fondent sur les rapports réguliers des établissements de santé sur la vaccination, l'incidence des maladies et d'autres informations (sur la chaîne du froid, les niveaux de stock des vaccins, la disponibilité de matériels pour les injections, etc.). Ils peuvent inclure :

- Le diagramme de suivi de la couverture vaccinale du district : c'est l'outil de suivi le plus important qui permet aux responsables sanitaires du district de voir si le programme est en phase avec les objectifs et cibles nationaux, aussi bien en matière de couverture vaccinale que de taux d'abandon. Ce diagramme doit être affiché dans le bureau sanitaire du district.
- Les districts peuvent aussi calculer les taux de couverture vaccinale dans les villages/zones difficiles d'accès, afin d'y intervenir le cas échéant.
- Les districts doivent suivre la survenue des maladies cibles en fonction des taux de couverture vaccinale, au moyen de cartes et de graphiques.
- Le suivi du district doit inclure toutes les composantes du système de vaccination (distribution des vaccins et équipement de

la chaîne du froid, leur bonne utilisation, l'application sur le terrain de la politique vaccinale actualisée, comme les pastilles de contrôle des vaccins).

- La fiche récapitulative de l'exhaustivité et des délais de soumission des rapports mensuels de surveillance systématique émanant des établissements de santé (voir annexe 5).

Le niveau provincial/régional (le cas échéant) doit suivre toutes les composantes opérationnelles par district et par mois pour répertorier celles qui sont loin d'atteindre la cible et fournir l'appui nécessaire. Les outils incluent des cartes et des graphiques. Ce niveau doit également élaborer des outils pour suivre annuellement la formation du personnel de santé.

Au niveau national, divers outils de suivi fournissent des informations aux autorités et aux partenaires internationaux :

- Les bases de données sur la vaccination et les maladies cibles ont été élaborées pour fournir des données de suivi aux responsables des programmes de vaccination, aux ministères de la santé et aux partenaires locaux et internationaux. Le rapport du ministère de la Santé soumis à l'OMS/UNICEF par le biais du Formulaire conjoint de déclaration fournit un résumé annuel des données relatives à la vaccination, des maladies cibles et des indicateurs du système de santé aux gouvernements, à l'OMS et à l'UNICEF. Grâce à cet outil, les trois parties utilisent les mêmes dénominateurs et numérateurs et partagent les données avec d'autres partenaires.
- En prenant ces bases de données pour référence, d'autres outils de suivi sont élaborés, comme les tableaux et graphiques sur la l'exhaustivité et les délais de transmission des rapports, les taux d'abandon, les taux de couverture par districts et provinces, la répartition des maladies cibles par région administrative, par âge, sexe, etc.
- On dispose d'outils pour le suivi des équipements de la chaîne du froid (inventaires), la distribution des équipements, la gestion et la distribution des stocks de vaccins (registre des vaccins et fiches de stock), et d'autres outils.

## Exercice 6

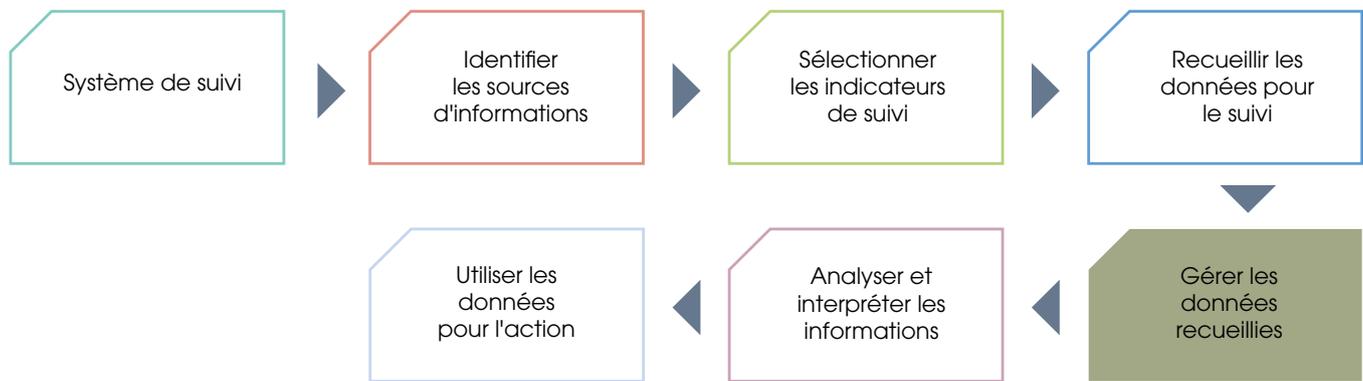
Travail individuel.

En tant que membre de l'équipe cadre de gestion du district sanitaire (ECD), vous êtes responsable des services de vaccination du district, et, de ce fait vous devez rendre compte des progrès des activités de vaccination à l'équipe.

**Vous devez accomplir la tâche suivante :**

Établir la liste des 10 indicateurs principaux que vous souhaitez suivre et des outils de collecte des données pour le suivi. Créer un tableau avec colonnes et y inclure les éléments de cette tâche (à savoir : indicateur, sa fonction, outils requis pour collecter l'information, etc.)





## 6. Gérer les données recueillies

Le suivi ne s'arrête pas à la collecte des données au point de production. Les données doivent être validées en vérifiant leur exactitude, leur exhaustivité et elles doivent être analysées. De plus, toutes les données collectées doivent être stockées de manière sûre pour être disponibles.

### 6.1 Valider les données reçues

#### 6.1.1 Exhaustivité et délais de soumission des rapports

Les unités responsables de la gestion des données doivent établir l'inventaire de tous les rapports reçus et évaluer l'exhaustivité des rapports pour la période considérée. Celle-ci est calculée d'après le nombre total des rapports attendus (**dénominateur**) et le nombre de rapports reçus (**numérateur**). Cette proportion est exprimée en pourcentage. Si les rapports ne sont pas complets pour un district, le chiffre de couverture vaccinale cumulatif baissera et ne reflétera pas la situation réelle. Votre graphique de suivi de la vaccination sera affecté, puisque la ligne montrant votre performance réelle sera largement au-dessous de votre ligne cible planifiée. D'où la nécessité de suivre l'exhaustivité du rapport en même temps que la couverture vaccinale. Le bureau de santé du district doit avoir une liste de contrôle qui aidera à vérifier la réception des rapports en provenance des établissements de santé et à faire le suivi des rapports qui n'ont pas été soumis.

#### 6.1.2 Délais de transmission des rapports

Quand les rapports arrivent du terrain au district/à la province ou au niveau national, il faut effectuer une évaluation des délais de soumission du rapport eu égard au calendrier convenu. Avec l'exhaustivité, cela peut se faire à l'aide d'un outil de suivi fourni à l'annexe 5.

Le gestionnaire des données doit calculer la proportion (%) des rapports qui ont été reçus dans les délais impartis (**numérateur**) sur tous les rapports attendus pour la même période (**dénominateur**). Idéalement, toutes les données doivent être disponibles et analysées à temps

afin qu'elles fournissent les informations sur la situation qui prévaut et puissent être utilisées pour agir par le biais de programmes. Les rapports tardifs entravent la réponse prompte aux problèmes et aux inexactitudes. Les pays peuvent avoir des dates limites différentes pour la soumission des rapports.

Le calendrier proposé pour le flux des données mensuelles régulières est, pour ce qui concerne les données de l'établissement de santé, que ces données atteignent le district le 7 du mois suivant, le district doit quant à lui synthétiser et partager les données avec le niveau provincial pour le 15, et avec le niveau national pour le 21 du mois. Toutefois, les données arrivées en retard ne doivent pas être mises de côté ; elles doivent être utilisées pour la mise à jour des données existantes définies à tous les niveaux.

À la réception des rapports en retard, les gestionnaires des données doivent inclure les chiffres dans la base de données et la transmettre au niveau suivant. Les districts ne doivent pas attendre les rapports en retard du dernier établissement de santé pour envoyer le leur. **S'ils le font, ils risquent de dépasser la date limite de soumission de leur rapport.** Si les données en retard ne sont pas soumises, cela influe sur la couverture générale du district et, par voie de conséquence, sur la couverture vaccinale nationale ou sur les taux d'incidence de la maladie.

Affichez sur le mur, ou à tout autre endroit visible, un calendrier sous forme de tableau mis à jour avec les noms des établissements et les dates de soumission de tous les formulaires reçus. Réagissez immédiatement vis-à-vis des établissements de santé qui n'envoient pas leur rapport, appelez/communiquez avec l'infirmier ou un responsable et rappelez-lui d'envoyer son rapport dès que possible.

### 6.1.3 Valider et vérifier les données

Avant de soumettre le rapport au niveau suivant, la personne en charge doit en vérifier l'exactitude et le valider, par le biais d'une signature ou d'un tampon daté. Une validation des données et un protocole de vérification doivent être élaborés et utilisés pour que toutes les personnes qui gèrent les données soient conscientes des normes et les appliquent uniformément.

Le rapport doit être vérifié par recoupement quant aux caractéristiques de la qualité des données, y compris pour la validité, la précision, l'exhaustivité, l'actualité (fait d'être à jour ou actuel) et la cohérence (annexe 6). Exemples :

- Comparer les chiffres de vaccination BCG pour les sujets de moins de 1an avec le nombre de naissances vivantes (hôpital, dispensaire et à domicile) – le premier chiffre ne doit pas être supérieur au deuxième.
- Les chiffres pour les antigènes administrés en même temps, notamment DTC1, VPO et Penta1 (ainsi que pour le VPC 1 ou le Rota1 s'ils sont introduits), doivent être les mêmes, puisque ces vaccins sont souvent administrés pendant la même visite. Il en est de même pour les chiffres des 2ème et 3ème doses de ces vaccins.
- Dans les vaccinations de série (Penta, VPO, HepB, Hib, Penta, VPC, papillomavirus, etc.), les doses initiales ne devraient pas être inférieures aux doses subséquentes. La troisième dose peut être inférieure du fait des abandons. Par exemple, Penta1 sera plus grand que Penta2 qui sera plus grand que Penta3 pour les doses fournies par rapport à la couverture atteinte.
- Si la vitamine A est administrée avec le vaccin anti-rougeoleux, les nombres respectifs de vaccinations devraient en général être les mêmes.
- Il est conseillé aux pays de la région situés dans la zone où sévit la fièvre jaune d'inclure le vaccin anti-amaril dans le calendrier vaccinal et de l'administrer aux nourrissons de 9 mois en même temps que le vaccin contre la rougeole. Si cette association se fait avec succès, les chiffres de performance devraient également correspondre. Ces règles s'appliquent en général, à moins qu'il y ait un problème d'enregistrement ou de rupture de stock d'un antigène.

Toujours vérifier les données par recoupement, soit de manière sélective, soit aléatoire. Exemple :

- Choisir un vaccin.
- Recalculer la somme des chiffres de chacun des établissements de santé (ou du district).
- Comparer la somme présentée au chiffre que vous avez calculé.
- Changer tous les mois de manière aléatoire le vaccin dont vous vérifierez les chiffres.

- Comparer les mêmes chiffres dans différents rapports pour en vérifier la cohérence.
- Discuter de toute divergence avec le niveau inférieur.

Actuellement, les systèmes d'information dans beaucoup de pays sont équipés de systèmes informatiques modernes qui peuvent être d'une grande aide pour effectuer des additions, des agrégations de données et des analyses exactes. Toutefois, même le meilleur ordinateur ne peut améliorer la qualité des données. Rappelez-vous que si vous saisissez des données inexactes, votre ordinateur ne les corrigera pas pour vous. L'analyse que vous obtiendrez peut ne pas correspondre à la réalité sur le terrain et vous induira en erreur.

### 6.1.4 Stocker les données

À des fins de vérification et aussi de restitution des informations chaque fois qu'il le faut, les dossiers et rapports doivent être stockés à tous les différents niveaux. Le stockage des données peut se faire sous forme de support papier et/ou électroniquement. Dans l'établissement de santé, tous les outils de collecte de données doivent être conservés à tous les niveaux pendant une période d'au moins trois ans, selon les procédures opérationnelles standard du pays. Il se peut que les districts et les niveaux supérieurs utilisent des ordinateurs ; toutefois, il est important de sauvegarder les informations pour éviter de perdre les données au cas où le système tomberait en panne. Le stockage des données est également utile pour effectuer la supervision des établissements de santé et l'examen des registres à des fins de vérification externe. Il s'agit là principalement de l'examen des documents de l'établissement de santé pour s'assurer que les cibles et les populations cibles sont correctement définies et que les plans de vaccination font l'objet d'un suivi régulier en vérifiant l'exhaustivité et les délais de soumission des rapports.

## 6.2 Veiller à la qualité des données

En général, les rapports administratifs de routine constituent la principale source de données. Toutefois, ces rapports présentent plusieurs limites et de multiples facteurs peuvent influencer sur leur exactitude et sur la qualité des données. Par exemple :

- Facteurs démographiques et administratifs :
  - Données de recensement imprécises : des chiffres de recensement anciens et des taux de croissance démographique dépassés peuvent fausser le dénominateur (p.ex., population cible <1 an).
  - Chevauchement des zones de desserte dû à des changements de limites administratives et de frontières de district.

- Afflux ou rapatriement de larges populations de réfugiés provenant de zones/pays avoisinants.
- Données du secteur privé et des ONG non incluses dans ces rapports.
- Facteurs humains :
  - Motivation insuffisante du personnel.
  - Tentation d'« ajuster » les données pour indiquer une couverture plus élevée.
  - Pressions pour un rapport biaisé à la hausse
  - Absentéisme du personnel pour des raisons familiales, congés de maternité ou maladies chroniques menant à des lacunes dans les rapports.
- Connaissances/compétences insuffisantes :
  - Inexactitude dans la saisie des données.
  - Mauvaise compréhension des formulaires et procédures de notification.
- Facteurs liés à la mauvaise gestion du programme :
  - Négliger d'enregistrer tous les vaccins administrés (notamment les vaccins administrés dans les hôpitaux).
  - Mauvais système de collecte (ou de réception) des données provenant d'établissements de santé d'accès difficile.
  - Perte de dossiers.

Un ou plusieurs des facteurs ci-dessus peut créer des incohérences et des inexactitudes dans les rapports, ce qui compromet la qualité des données et réduit la fiabilité du système de notification dans son ensemble. Il faut par conséquent un système de vérification intégré pour assurer l'exactitude et l'exhaustivité. Ceci peut être complété par l'examen des données avec le superviseur ainsi que par des évaluations de la qualité des données et des enquêtes.

### 6.2.1 Garantir la qualité des données par le biais de revues systématiques

L'évaluation des systèmes de vaccination, la vérification de la qualité des données ou l'autoévaluation de la qualité des données constituent une boîte à outils flexible composée de méthodes visant à évaluer différents aspects du système de suivi de la vaccination et de la qualité des données à tous les niveaux, depuis le district jusqu'aux établissements

de santé. Ces outils ont pour but d'aider les pays à diagnostiquer les problèmes et de fournir des orientations pour améliorer le suivi du PEV dans le cadre de la stratégie Atteindre Chaque District (ACD). Ils aident à déterminer l'exactitude du nombre de vaccinations rapportées et la qualité du système de suivi de la vaccination.

Le but final est d'intégrer les options les plus pertinentes pour un pays donné pour en faire une pratique systématique afin que l'attention se porte constamment sur l'amélioration des pratiques de suivi et sur la gestion des activités de vaccination. Ces outils sont conçus par et pour le personnel qui utilise les données de la vaccination aux niveaux national, provincial ou des districts.

#### Comment réalise-t-on l'évaluation des systèmes de vaccination, la vérification de la qualité des données et l'autoévaluation de la qualité des données ?

Une évaluation initiale du système et une analyse des données documentaires/historiques sont effectuées par un groupe de spécialistes des données, immédiatement suivies par une évaluation pratique dans plusieurs provinces/régions, districts et établissements de santé afin de fournir un auto-diagnostic du système de suivi du pays. L'évaluation comprend un examen de l'exactitude des données à différents niveaux et un questionnaire auto-administré qui examine les questions liées à la qualité du suivi (ex. : disponibilité de cartes de vaccination, utilisation de feuilles de pointage, pratiques d'enregistrement et d'élaboration de rapports directement observées).

Ces aspects sont ensuite analysés, les forces et les faiblesses identifiées, les conclusions déduites et les recommandations pratiques faites. Ces recommandations devront être converties en liste de mesures correctives visant à améliorer l'utilisation de données exactes, opportunes et complètes pour la mise en place d'actions à tous les niveaux. Il s'agit du plan d'amélioration de la qualité des données. Cela se fait durant un atelier national, auquel les principaux acteurs participent. Ce plan sera inclus dans le plan national de vaccination (PNV) et le programme pluriannuel complet (PPAC). Une équipe dédiée à la qualité des données sera mise sur pied et fera partie du CCIA technique pour suivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité des données.



## Exercice 7

Vous avez été nommé.e infirmier/ère de la santé publique dans le district K de Hopelandie. L'une de vos responsabilités (telle que spécifiée dans votre description de poste) est de gérer le programme de vaccination du district. En examinant les fichiers de supervision, vous avez remarqué que dans un certain nombre de rapports de supervision récents, le système de rapportage de la couverture vaccinale a été qualifié d'« insuffisant ». En effet, l'un des superviseurs l'a trouvé « peu fiable ».

Vous devez accomplir les tâches suivantes :

Tâche 1 : identifier les problèmes éventuels se rapportant au programme qui rendent le système de rapportage peu fiable.

Tâche 2 : pour chaque problème, donner cinq raisons possibles pour lesquelles les superviseurs n'ont pas été satisfaits du système de rapportage du district.

Tâche 3 : après avoir déterminé ces cinq raisons possibles, proposez des mesures d'amélioration de la qualité du rapportage pour chacune des raisons.

Une fois que les participants ont terminé l'exercice, le facilitateur peut demander à l'un d'entre eux d'afficher leurs réponses sur le tableau de conférence pour une discussion de groupe.

## 6.3 Valider les données de vaccination au moyen d'enquêtes

Les rapports systématiques des établissements de santé fournissent des informations importantes concernant la couverture vaccinale. Toutefois, les estimations de la couverture vaccinale fondées sur les données administratives peuvent être inexactes, comme indiqué dans la section précédente. Périodiquement (tous les 3 à 5 ans), ou à l'occasion d'une évaluation complète du programme, les cadres du programme peuvent décider de mener des enquêtes pour valider la couverture vaccinale du pays ou du district. Les enquêtes menées selon les règles sont des outils utiles pour la validation des données.

Par exemple, les registres de l'établissement de santé peuvent montrer que plus de 100 % des enfants dans la zone de desserte correspondante ont été vaccinés, sans toutefois indiquer que certains d'entre eux n'appartenaient pas à la zone de desserte officielle. L'avantage d'une enquête de couverture est qu'elle indique aussi combien de personnes ont été vaccinées correctement, c'est-à-dire à l'âge prescrit et à l'intervalle prescrit pour l'administration des doses. On trouvera ci-dessous différentes méthodes d'enquête pour la collecte, le suivi, la vérification et la validation des données de vaccination.

### 6.3.1 Enquête par échantillonnage en grappes du PEV

C'est l'enquête la plus conventionnelle pour les programmes nationaux de vaccination (et aussi pour d'autres programmes de santé) et la plus utilisée du fait de sa simplicité, fiabilité et comparabilité. Cette technique permet l'échantillonnage d'un petit nombre

de la population cible et fournit des données qui sont valides sur le plan statistique. L'enquête utilise des grappes et des ménages avec des enfants cibles âgés de 12 à 23 mois choisis au hasard (pour évaluer la couverture vaccinale des enfants contre toutes les maladies cibles) ou des enfants de 0 à 11 mois (pour évaluer la couverture AT parmi les mères et savoir ainsi si les enfants ont été protégés contre le tétanos néonatal à la naissance).

Les résultats de l'enquête :

- ont un degré d'exactitude d'environ plus ou moins 5 % or 10 % ;
- affichent un niveau de confiance de 95 %, ce qui répond aux critères statistiques.

Cette technique a toutefois quelques limites : elle permet de tirer des conclusions uniquement sur l'ensemble de la population enquêtée. Elle ne permet pas d'établir des comparaisons entre différentes grappes ou sous-sections de cette population. Si l'on prévoit des différences importantes dans la vaccination des enfants dues, par exemple, à l'urbanisation, à des facteurs géographiques ou à des facteurs sociaux et économiques, pour lesquels différentes stratégies vaccinales sont appliquées, il faut alors stratifier la population et mener des enquêtes indépendantes dans chaque strate. En outre, ces enquêtes doivent être réalisées de manière rigoureuse dans l'échantillonnage et l'exécution pour éviter que les biais ne faussent les résultats.

Se référer au Module 17. *Conduire une enquête sur la couverture vaccinale* qui décrit en détails cette étude avec méthodologie révisée afin de minimiser les biais lors de la sélection des grappes.

### 6.3.2 Enquêtes démographique et de santé (EDS)

On mène d'ordinaire ces enquêtes tous les 5 ans pour évaluer de nombreux indicateurs socio-économiques et sanitaires différents, y compris la vaccination. Au cours de l'enquête, la couverture vaccinale est évaluée à l'aide d'une des méthodes décrites dans cette section.

### 6.3.3 Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS)

Ces enquêtes sont d'ordinaire menées tous les 10 ans. Elles fournissent des données à jour sur les indicateurs socio-économiques et sanitaires, y compris la vaccination. Elles servent aussi de base pour l'action future. Les EDS et les MICS constituent des initiatives de très large ampleur, leurs résultats soient disponibles à (très) longue échéance.

### 6.3.4 Enquête LQAS (échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité)

Cette enquête est conçue pour contrôler si un « lot » (la population échantillonnée) satisfait aux normes fixées. Elle est fondée sur une hypothèse nulle : soit la norme est satisfaite et le « lot » est accepté soit elle n'est pas satisfaite et le « lot » est rejeté. Cette méthode convient davantage aux secteurs de production (p. ex., production de vaccins), mais elle est utilisée aussi bien dans les enquêtes pour valider l'élimination du tétanos néo-natal que pour évaluer la couverture vaccinale.

### 6.3.5 Méthodes d'échantillonnage utilisées pour les enquêtes

Parce que les populations sont d'ordinaire nombreuses et que le temps et les ressources disponibles pour les études sont limités, il n'est en général pas possible d'étudier chaque unité élémentaire ou chaque unité de liste comprenant une population. Pour cette raison, il est pratique de choisir un échantillon de la population à partir duquel on fera des estimations concernant l'ensemble de la population. Pour ces estimations, certaines méthodes d'échantillonnage scientifiquement valables doivent être utilisées.

- **Échantillonnage aléatoire simple** : mode d'échantillonnage simple selon lequel chaque unité d'échantillonnage a une chance égale de figurer dans l'échantillon. Faire d'abord la liste de toutes les unités (base d'échantillonnage) parmi lesquelles l'échantillon sera choisi de manière aléatoire. Ce processus est coûteux en temps et en argent.
- **Échantillonnage systématique** : cette méthode peut faire gagner beaucoup de temps et d'efforts et est plus efficace dans certaines situations que l'échantillonnage aléatoire simple. Pour appliquer cette méthode, choisir au hasard la première unité. Choisir ensuite les unités suivantes de manière systématique, par ex. une

personne sur cinq figurant sur la liste ou une maison sur dix dans la rue.

- **Échantillonnage stratifié** : méthode d'échantillonnage qui consiste à choisir au hasard les individus qui font partie d'un échantillon après avoir divisé la population en tranches mutuellement exclusives appelées strates pour estimer les paramètres de la population. Diviser la population en groupes ou strates, par exemple, sexe, âge, emplacement géographique (urbain/rural ou provinces du nord/provinces du sud, etc.). Choisir ensuite un échantillon aléatoire simple de chaque strate au moyen du même intervalle d'échantillonnage.
- **Échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés** : type d'échantillonnage où l'échantillon est prélevé par étapes successives jusqu'à ce que les dernières unités d'échantillonnage, p.ex., ménages ou individus, soient choisies. Lors de la première étape, une liste de vastes unités d'échantillonnage est préparée. Il peut s'agir de villes, de villages ou d'écoles. Un échantillon de ceux-ci est choisi de manière aléatoire. Pour chacune des unités retenues lors de la première étape, une liste plus petite d'unités d'échantillonnage est établie (par exemple, si les unités de la première étape sont des villes, les unités de la deuxième étape pourraient être des maisons ou des ménages). Un échantillon de ces unités secondaires est alors choisi de manière aléatoire parmi chacune des unités primaires retenues, puis étudié.

## 6.4 Gérer les données

À la fin de chaque mois, les gestionnaires de district et provinciaux doivent examiner toutes les données recueillies par le biais des déclarations passives et actives. Les étapes suivantes permettent d'assurer que le gestionnaire sera en bonne position pour prendre des mesures en rapport avec les données qu'il reçoit.

- **Examiner attentivement les rapports reçus** : tous les rapports doivent être passés au crible pour voir s'il y a des blancs, des inexactitudes (erreur de calcul ou mauvais placement des chiffres, par exemple) et des incohérences. Il faut essayer d'en trouver la raison et d'apporter les corrections nécessaires.
- **Se centrer sur les indicateurs et domaines prioritaires** : rassembler les données qui mesurent les progrès et examiner les résultats provenant de lieux où la performance a été insuffisante par le passé ou de ceux où des changements inattendus de performance se sont produits.

- **Consolider les données** : préparer un rapport à transmettre au niveau administratif suivant. Le rapport mensuel comprend certaines des données nécessaires pour mesurer les progrès et est destiné à être utilisé par tous les niveaux. Les données qui ne sont pas présentées dans le rapport mensuel, comme le résultat des visites de supervision, doivent aussi être consolidées.
- **Analyser les données** : la section ci-après décrit comment analyser les données pour mesurer les progrès vers la réalisation des cibles.

#### 6.4.1 Utiliser une base de données informatisée

Dans l'idéal, les données recueillies dans les rapports mensuels et d'autres sources doivent être consolidées dans une base de données informatique pour faciliter les recherches et pour générer des tableaux et des graphiques utiles. La base de données doit être suffisamment exhaustive pour inclure toutes les données quantitatives fournies par le rapport mensuel, à savoir doses de vaccins, incidence des maladies, MAPI, approvisionnement en vaccins et niveaux de stocks, etc. On trouve de nombreux exemples de bases de données informatisées dans les pays. Vous trouverez ci-après certains programmes informatiques qui peuvent aider à gérer les données de la vaccination recueillies sur le terrain.

- **Module de vaccination de routine (RIM)** : système informatisé de gestion des données pour les programmes nationaux de vaccination développé par l'OMS et les CDC. Ce logiciel aide à la collecte et à la gestion des données mois par mois, par district. Cette base de données intègre aussi les données démographiques par district pour permettre le calcul de la couverture vaccinale par district et intègre les données de plusieurs années pour les pays.
- **Outil de gestion des données vaccinales de district (DVTMT)** : il fournit des applications pour l'enregistrement des rapports et des analyses mensuels sur la vaccination. Il aide à suivre :
  - la performance de la prestation des services (doses de vaccin perdues, couverture vaccinale et abandons) ;
  - les indicateurs clés de la gestion des stocks de vaccin au niveau du district (disponibilité des fournitures, qualité du stockage des vaccins, respect du principe de groupage)
- **Systèmes de gestion des données de surveillance des cas** : ces outils de gestion des données et bases de données offrent une large gamme de menus pour collecter et établir des rapports sur des données basées sur des cas individuels, par zone administrative. Ce système est disponible pour la polio, la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos

néonatal, les maladies visées par les nouveaux vaccins (rotavirus et vaccins pneumococciques) et la méningite.

- **Bases des données des activités de vaccination supplémentaires** : les données des activités de vaccination supplémentaires sont également prises en charge par une série d'outils, notamment :
  - Base de données des rapports administratifs de couverture : utilisée pour les rapports administratifs par district (cible, nombre de vaccins, couverture vaccinale, doses utilisées, MAPI, vaccins utilisés pour toutes les activités de vaccination supplémentaires relatives aux MEV).
  - Rapport de monitoring indépendant : utilisé pour les activités de vaccination supplémentaires contre la polio durant l'évaluation du processus final.
  - Données LQAS : pour la prise en charge des données LQAS lors des activités de vaccination supplémentaires liées à la polio dans les zones spécifiques.
- **Système d'information du PEV informatisé (CEIS)** : logiciel sur base Windows développé par le siège de l'OMS pour l'analyse de la couverture de vaccination et l'incidence des maladies par district. L'analyse inclut la couverture vaccinale par antigène et les taux d'abandon.
- **COSAS et COSAS-AT** : un programme pour aider à analyser les résultats de l'échantillonnage en grappes du PEV des enfants de 12 à 23 mois pour les vaccinations primaires (COSAS) et des mères pour la vaccination AT (COSAS-AT).
- **Epi cost** : ce logiciel utile fournit des informations sur les techniques d'établissement des coûts et peut être utilisé pour estimer les coûts de diverses composantes du PEV : matériel de la chaîne du froid, coût des vaccins du PEV, etc. Il est particulièrement utile aux pays qui ont l'intention d'introduire de nouveaux vaccins ou de nouvelles technologies.
- **Epi info** : un logiciel standard qui facilite la collecte des données et l'analyse épidémiologique pour suivre les changements des tendances des maladies et de la couverture vaccinale. Il fournit divers menus pour l'analyse au niveau du district ou de la province, crée des graphiques et d'autres outils analytiques. Ce programme est couramment utilisé et bon nombre de ses menus servent à modifier d'autres logiciels (p. ex. : le nouveau programme intitulé IFA – Information pour l'Action).
- **Epi Map, MapInfo, Health Mapper, ARC, GIS** : ces programmes fournissent des

applications pour l'analyse de diverses données de surveillance (détection des cas de maladie, lieux des flambées, zones à haut risque, etc.) ou toutes autres données y compris les niveaux de couverture vaccinale. Ces programmes aident les cadres du PEV à présenter les données aux décideurs et aux partenaires sous une forme conviviale pour les inciter à participer aux activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources.

- **Information for Action (IFA)** : il s'agit d'un outil logiciel élaboré pour l'informatisation des données de surveillance des programmes de vaccination qui utilisent les logiciels Epi Info et Epi Map. Le système est axé sur les maladies mais comprend également une section sur la vaccination qui permet la saisie de données mensuelles de couverture par district. Il est également utile pour la rédaction des rapports, l'analyse des données reçues du terrain et la rétro-information.

Tous les programmes logiciels susmentionnés sont disponibles au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ou au siège de l'OMS.

#### Rappel :

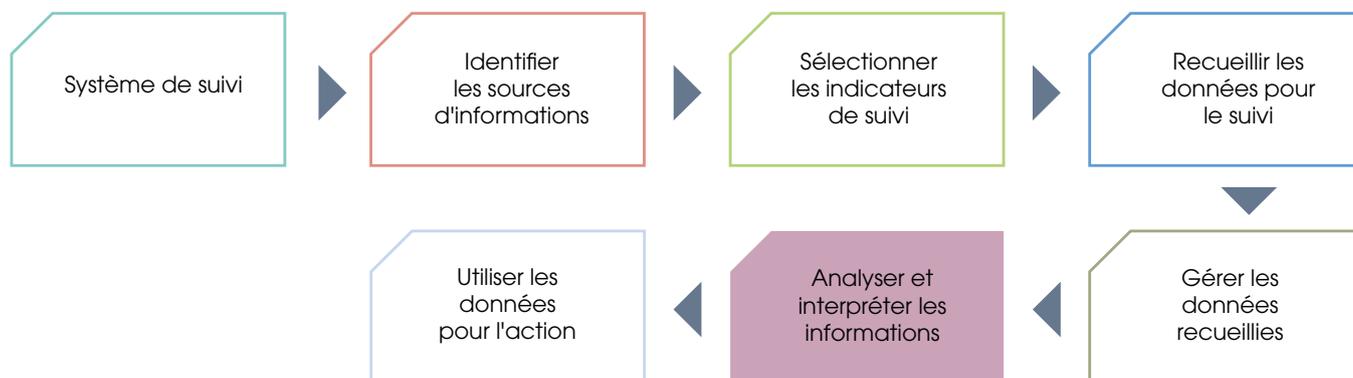
- Il existe de nombreuses sources de données sur les programmes de vaccination systématique – recueillir les informations auprès de toutes les sources pertinentes, y compris d'autres départements/unités et ministères.
- Tout mettre en œuvre pour recevoir régulièrement les rapports de toutes les sous-unités de votre district/province/pays (exhaustivité).
- Vérifier et revérifier les données collectées pour vous assurer de leur exactitude et de leur exhaustivité.
- Les informations doivent être envoyées au niveau suivant dans les délais impartis (délais de soumission). Ne pas oublier d'inclure les données arrivées en retard dans votre rapport suivant avec une note d'explication.
- En tant que principale partie prenante de votre programme, analyser et interpréter fréquemment et régulièrement les informations recueillies.

Un certain nombre de pays utilisent des bases de données HMIS pour la gestion des données au niveau opérationnel, dans le but d'éviter la multiplicité des outils à la base. Ces pays doivent garantir que les données de la vaccination sont totalement incluses dans le système et veiller à ce que leur exhaustivité, leur qualité et leurs délais de transmission sont maintenues. En outre, ils doivent tenir à jour un tableau de bord pour les indicateurs clés et les données brutes mensuelles par district générées, sur la base des normes régionales.

Pendant la réunion de consultation des partenaires régionaux sur l'intégration entre les données du PEV et le HMIS intégré, qui s'est tenue à Kampala le 14 novembre 2016, un accord portant sur 5 exigences clés a été conclu pour mieux inclure les données de la vaccination dans le logiciel HMIS intégré :

- Les éléments des données du PEV, les séances de vaccination, l'administration des vaccins, la disponibilité et l'utilisation des vaccins, les MAPI, et la surveillance doivent être intégralement inclus dans la base de données HMIS.
- Le tableau de bord du PEV avec les indicateurs clés à inclure pour maintenir la capacité du PEV dans le but d'accéder aux informations nécessaires relatives au suivi des performances mensuelles et à la prise de décision.
- Garantir la disponibilité des données brutes mensuelles par district par le biais d'un bureau local pour une analyse hors ligne additionnelle par le personnel du PEV et (la/les) partager avec la région.
- Garantir la flexibilité de la mise à jour du système pour l'introduction de nouveaux vaccins.
- Une période de transition est requise durant laquelle les deux systèmes doivent fonctionner en parallèle.



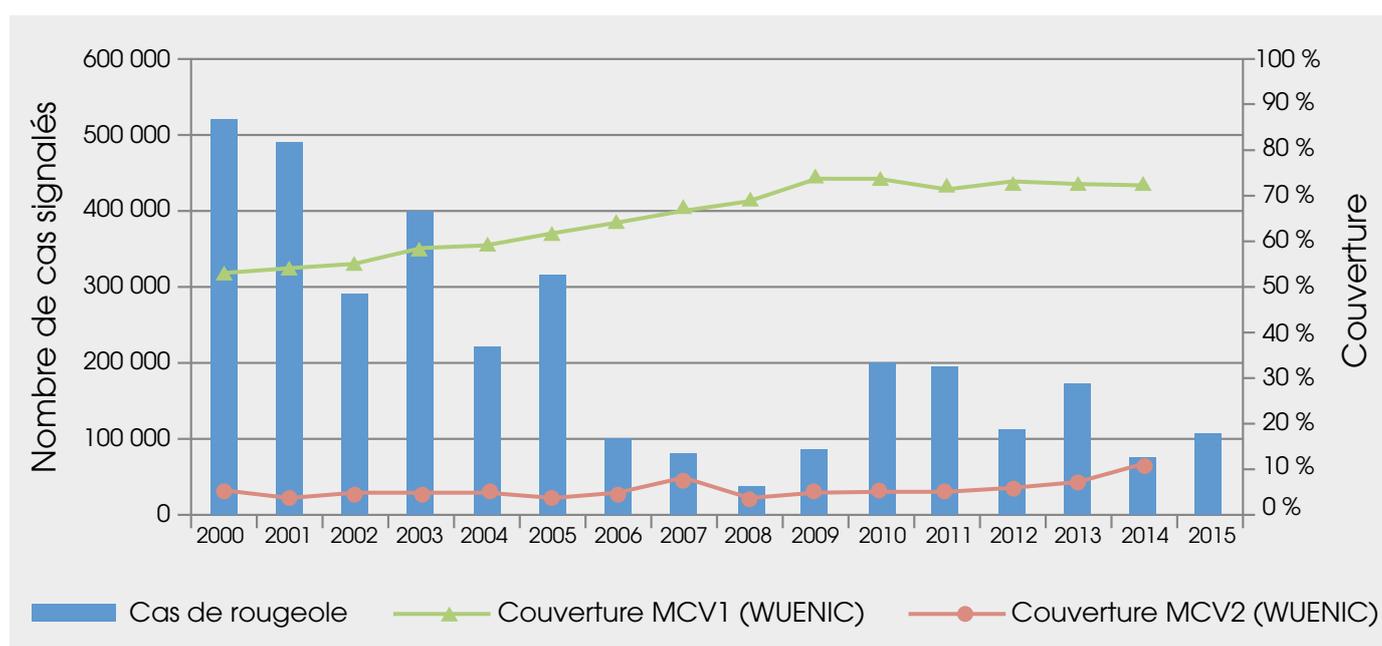


## 7. Analyser et interpréter les informations

Les données ne deviennent utiles que lorsqu'elles ont été traitées et analysées. Le processus de suivi génère des données de diverses sources : rapports systématiques, enquêtes spéciales, rapports de supervision, observations personnelles et autres. Ces données doivent être assemblées et analysées pour suivre votre programme selon les cibles et indicateurs établis. Toutes ces données sont valables. Vous devez à présent appliquer les indicateurs décrits à la section 4 pour calculer les taux ou les proportions. Au niveau des établissements de santé, ceux-ci vous aideront à mesurer et à comparer vos données par rapport aux cibles fixées et avec les résultats atteints au cours de la période précédente. En outre, les niveaux supérieurs utiliseront les données pour comparer les zones de différents districts ou provinces et cerner ainsi les fluctuations régionales des taux de couverture.

On peut élaborer quelques graphiques de base pour les données, comme par exemple la couverture par zone de desserte, au niveau national ou du district. Ces graphiques sont utiles car ils donnent une forte représentation visuelle de la situation, sont faciles à comprendre et car on peut facilement s'y référer. Les graphiques sur les tendances durant une période donnée sont également informatifs parce qu'ils montrent les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs fixés ou l'augmentation/la réduction des taux de couverture vaccinale par rapport à une maladie cible comme illustré dans la figure 7.1 ci-dessous.

**Figure 7.1 Nombre de cas de rougeole déclarés et couverture régionale rougeole premières et deuxièmes doses, Région africaine 2000-2015.**



L'étendue de l'analyse et de l'interprétation des données générées par le suivi dépend du niveau du système de santé. On peut l'illustrer conjointement avec les indicateurs de base du programme de vaccination comme décrit à l'annexe 1.

## 7.1 Analyse et interprétation des données au niveau des établissements de santé avec votre point focal de district

Le tableau 7.1 vous aidera à analyser et à interpréter vos données relatives à la vaccination par composante du programme au niveau des établissements de santé.

**Tableau 7.1 Analyse et interprétation des données par composante du programme au niveau des établissements de santé**

### a) Prestation de services

Indicateurs de suivi	Points à examiner	Interprétations/raisonnements possibles
Taux de couverture vaccinale pour Penta1, Penta3 et rougeole.	<p>Comparez le nombre de vaccins administrés ce mois-ci aux chiffres du mois dernier. Y a-t-il des changements : les chiffres ont-ils augmenté ou diminué ?</p> <p>Calculez la couverture cumulative réalisée pendant cette période.</p>	<p>Après cet examen, vous aurez une bonne idée des succès et des problèmes se rapportant aux prestations des services de vaccination. Si vous n'atteignez pas les cibles PENTA3, cherchez-en les raisons et les obstacles. Le superviseur peut vous suggérer d'utiliser la technique du « mais pourquoi » pour explorer diverses options. Des modules antérieurs, vous avez appris qu'au niveau des établissements de santé, il y a quatre catégories principales de problèmes qui perturbent le programme : les abandons, les occasions manquées, les enfants et les femmes difficiles d'accès, l'inaccessibilité géographique.</p> <p>Utilisez le niveau de couverture PENTA1 pour savoir si vos groupes cibles ont un accès suffisant à la vaccination.</p> <p>Utilisez les taux de couverture anti-rougeoleuse pour savoir si votre établissement s'investit suffisamment dans les initiatives accélérées de lutte contre la maladie.</p> <p>Découvrez pourquoi certains sites n'ont pas envoyé de rapports : absentéisme, congé annuel, rupture de communication ?</p> <p>La communauté est-elle informée des séances et le calendrier des séances suscite-t-il l'adhésion ?</p>
Taux d'abandon : Penta1 à Penta3.	À partir du graphique de suivi de la vaccination, calculez les valeurs mensuelles et cumulées des taux d'abandon.	<p>Raisons du nombre élevé d'abandons dans la zone de desserte ; trouvez de quelles communautés il s'agit.</p> <p>Discutez avec votre personnel et les tuteurs en visite des contraintes possibles : accès ? occasions manquées ? les deux ? Ou encore rupture de stock du vaccin ?</p> <p>Continuez à explorer les causes ! Le superviseur vous dira comment les autres établissements dans le district ont résolu le même problème dans leur zone de desserte.</p>
Fourniture suffisante de seringues autobloquantes pendant l'année.	Vérifiez les stocks de seringues autobloquantes pendant la période considérée.	Si une rupture de stock de seringues s'est produite, c'est un problème grave : la sécurité de la vaccination peut être compromise. Est-ce une vraie pénurie ou est-elle liée au système de livraison à un niveau quelconque ? À vous de le découvrir !

**b) Logistique et chaîne du froid**

Indicateurs de suivi	Points à examiner	Interprétations/raisonnements possibles
Taux de perte de vaccins.	<p>Calculer le taux de perte de votre établissement (voir l'annexe 1 pour les calculs).</p> <p>Précisez : la taille des flacons de vaccin utilisés ; le nombre de flacons ouverts pour utilisation ; le nombre de flacons fermés jetés.</p>	<p>Ceci est un indicateur crucial, surtout pour les nouveaux vaccins, qui sont beaucoup plus chers que les vaccins traditionnels du PEV. Si l'analyse montre des taux élevés de pertes, il peut y avoir plusieurs raisons à envisager :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La date de péremption des vaccins fournis est-elle courte et certains flacons ont-ils dû être jetés sans être ouverts ? ! La politique relative au flacon multidoses (MDVP) est-elle appliquée correctement par le centre de santé ?</li> <li>• Y a-t-il eu des programmes d'information communautaire pour amener davantage d'enfants à se faire vacciner de façon à ce que les flacons ouverts puissent être utilisés plus rationnellement ?</li> </ul> <p>D'autres raisons peuvent expliquer le taux élevé de pertes, continuez à réfléchir ! Ne répondez pas seul à toutes les questions du superviseur, faites participer les autres. Vous trouverez bien la réponse.</p>

**c) Approvisionnement et qualité des vaccins**

Indicateurs de suivi	Points à examiner	Interprétations/raisonnements possibles
<p>Rupture de stock de vaccins.</p> <p>L'établissement de santé n'a pas disposé de l'un ou de tous les vaccins du PEV pendant une certaine période.</p>	<p>Les besoins en vaccins (annuels, mensuels) sont-ils connus ?</p> <p>Des séances de vaccination ont-elles dû être annulées pour cause de rupture de stock de vaccins ?</p> <p>Les vaccins ont-ils été livrés/ commandés selon les besoins ?</p> <p>Les quantités utilisées correspondent-elles aux vaccinations effectuées ?</p> <p>Les besoins d'un vaccin particulier ont-ils dépassé la fourniture ?</p> <p>Votre analyse et les contrôles physiques révéleront s'il y a eu une vraie rupture de stock.</p>	<p>La question de la rupture de stock de vaccins met en évidence un problème de gestion des vaccins à plusieurs niveaux, y compris au niveau de l'établissement de santé, où le problème peut être lié à certaines des questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calculs et commandes inexacts des besoins du centre de santé.</li> <li>• D'autres activités ont consommé certains des vaccins qui ont été commandés pour la vaccination systématique.</li> <li>• La rupture de stock peut être liée à un afflux de réfugiés nécessitant la vaccination urgente de la population cible.</li> <li>• Il y a eu un problème d'approvisionnement – la quantité de vaccins livrée est inférieure à la commande. Si tel est le cas, il faut en discuter avec le superviseur et le comité de santé du dispensaire pour trouver une solution.</li> <li>• Ce peut être le résultat d'un taux élevé de pertes inévitables (une partie de la communauté ne respecte pas les séances de vaccination).</li> </ul> <p>Vous pourrez à la longue trouver la cause véritable de la rupture de stock dans le centre de santé.</p>

### d) Surveillance

Indicateurs de suivi	Points à examiner	Interprétations/raisonnements possibles
Exhaustivité de la notification des maladies cibles à l'établissement de santé.	La communauté notifie-t-elle les cas à l'établissement de santé ?	La communauté est-elle renseignée sur les maladies évitables par la vaccination : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition non professionnelle/appellation locale.</li> <li>• Complications possibles.</li> <li>• Croyances et tabous culturels éventuels lesquels ?</li> </ul>
Délais de la notification des maladies cibles à l'établissement de santé.	Pourquoi la communauté notifie-t-elle tardivement les cas ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition standard des cas et format approprié dans le registre.</li> <li>• Disponibilité de formulaires d'enquête sur les cas.</li> </ul>
Nombre de cas/décès notifiés.	Tous les cas/décès sont-ils enregistrés et compilés avec les variables requises (âge, sexe, état vaccinal) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi y a-t-il une augmentation soudaine des cas :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Flambée</li> <li>◦ Cas extérieurs à la zone desservie</li> </ul> </li> </ul>
Investigation des cas.	À l'aide de graphiques en barres et avec des courbes, quelle est la tendance par mois et sur 2-3 ans ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tendance (sur 2-3 ans) indique-t-elle une réduction correspondante des cas avec une augmentation de la couverture ?</li> </ul>
Tendance des cas et décès.	De quelle manière le nombre de cas et la couverture vaccinale sont-ils corrélés ?	

### e) Communication

Indicateurs de suivi	Points à examiner	Interprétations/raisonnements possibles
Engagement et participation de la communauté.	<p>Y a-t-il un problème dans l'utilisation des services par la communauté entière ou par un groupe particulier ?</p> <p>Dans quelle mesure les organisations communautaires, les guérisseurs locaux, les ONG participent ?</p>	<p>Le plan de l'établissement de santé n'inclut peut-être pas les activités de mobilisation sociale.</p> <p>Il n'y a pas d'interaction entre le personnel du point de prestation des services et la communauté.</p> <p>Absence d'utilisation ou sous-utilisation des structures communautaires.</p> <p>Les prestataires de services manquent d'aptitude à communiquer.</p>

## 7.2 Analyse et interprétation des données au niveau du district/de la province

Lorsque vous effectuez le suivi au niveau du district, de la province/région/zone, posez-vous les questions importantes suivantes :

a) Ai-je les données nécessaires pour mesurer – Les données sont-elles disponibles à temps, complètes et exactes ? Sinon :

- Les fiches/formulaires de rapport et les feuilles de pointage sont-elles disponibles dans tous les établissements de santé/districts ?
- Tous les établissements de santé/districts fournissent-ils les données requises ?
- Quels sont les établissements/districts faibles qui ont besoin d'un appui supplémentaire – formation, communication ?

b) Qu'indiquent les données en termes de :

- Couverture
- Autres indicateurs systémiques
- Quelles sont les tendances ?
- Quels sont les établissements de santé/districts dont la performance est bonne/insuffisante ?
- Quels sont les enseignements tirés des établissements/districts qui ont la meilleure performance : planification, mobilisation sociale ?
- Y a-t-il une corrélation entre les données de couverture et les données sur la maladie ?

c) Examiner avec les établissements de santé/districts (au cours des réunions ou des visites de supervision, etc.) les données et les causes des problèmes rencontrés

d) Fournir une rétro-information écrite sur le résultat de l'analyse

e) Élaborer des solutions et réviser les plans.

### Éléments clés pour l'analyse :

1. Où se trouve la population ? Répartition de la population sur un territoire donné.
2. Où se trouvent les populations difficiles d'accès ? Zones à faible couverture.
3. Où se trouvent les populations non atteintes ? Zones ayant le nombre le plus élevé d'enfants non vaccinés.
4. Où se situent les problèmes d'accès aux services de vaccination ? Zones de desserte ayant Penta1 < 90 %.
5. Où le recours aux services est-il faible ? Les zones où les taux d'abandon sont élevés ?

Voici ci-dessous quelques-unes des questions sur l'analyse :

- Quelle est la couverture vaccinale actuelle de mon district/ma province pour les vaccins BCG, Penta1/Penta3 ? Ce sont des indicateurs clés, comme mentionné ci-dessus, pour la couverture

vaccinale et l'accès et ils constituent la base du calcul des taux d'abandon.

- Quels étaient les chiffres de la couverture pour les mêmes vaccins l'année dernière ? Pendant les trois dernières années ?
- La couverture vaccinale de mon district/ de ma province a-t-elle augmenté, baissé, ou est-elle restée stable pendant ces périodes ? Suis-je près ou loin des cibles de couverture fixées par le plan annuel ou pluriannuel ?
- Quels sont les établissements de santé qui ont des taux de couverture < 80 % ? Quel est l'établissement de santé le moins performant du district ? Pour les services de santé en général et les services de vaccination en particulier ? Quels sont les principaux obstacles que rencontrent les établissements dont la performance est mauvaise ?
- Quels sont les facteurs persistants du district/ de la province qui empêchent d'atteindre les cibles prévues ?
  - L'exhaustivité des rapports de surveillance est-elle satisfaisante pour chaque mois et le taux cumulé pour l'année précédente ?
  - Quels sont les sites de notification qui n'ont pas envoyé de rapports de surveillance des maladies ?
  - Analysez les données par période, lieu, âge et sexe. Préparez des graphiques ou des courbes pour mettre en évidence les résultats et observez les tendances mensuelles ou annuelles.

### Rappel :

- Passer toujours en revue avec le personnel de l'établissement de santé (pendant les réunions ou les visites de supervision) les données recueillies et insister sur la nécessité de les analyser, et de déterminer les problèmes et leurs causes.
- Fournir une rétro-information sur l'analyse des données.
- Sur la base de l'analyse des données, élaborer des solutions et réviser les plans.



## 7.3 Analyse et interprétation des données au niveau national

C'est le plus haut niveau où l'analyse des données sur la couverture vaccinale seule peut avoir plusieurs facettes.

- Calculez les taux de couverture vaccinale par district pour trouver ceux qui ont atteint 80 % ou plus de taux de couverture. Trouvez les stratégies utilisées pour parvenir à ces résultats.
- Identifiez les districts qui n'ont pas réussi à atteindre la cible. Examinez les données des 3 à 5 années précédentes. De nombreux facteurs comme l'existence d'un budget, la présence de vaccins, de moyens de transport ou de personnel influent sur les taux de couverture. Toutefois,
- Examinez la répartition géographique des établissements de santé à l'aide des cartes de district disponibles. Dans quelle mesure les services sont-ils accessibles aux groupes de population ? Quels sont les groupes particuliers qui ne sont pas couverts ?
- Procédez à une vérification plus approfondie pour voir si des interventions spécifiques sont en place pour les régions insuffisamment desservies.

### Exercice 8

Travail individuel et discussion de groupe.

Le tableau ci-dessous répertorie le niveau de couverture vaccinale réalisé tous les mois en 2015 pour le VPO, Penta et VAT dans un établissement de santé. La population cible de l'établissement est de 1350 enfants < 1an. La couverture cible pour 2015 pour VPO3 et Penta3 est de 75 %, pour VAT2+, elle est de 50 %.

	VPO1	VPO3	PENTA1	PENTA3	AT2+
<b>Janvier</b>	80	60	80	75	30
<b>Février</b>	70	60	70	60	20
<b>Mars</b>	75	70	75	65	25
<b>Avril</b>	55	35	55	50	15
<b>Mai</b>	80	55	80	75	30
<b>Juin</b>	80	80	80	80	30
<b>Juillet</b>	80	65	80	75	25
<b>Août</b>	50	35	50	45	15

Vous devez vous acquitter des tâches suivantes :

Tâche 1 : en partant du principe que le nombre d'enfants à atteindre mensuellement est uniforme au cours de l'année, calculer le nombre effectif de personnes vaccinées par mois avec DTP1, DTP3 et AT2+.

Tâche 2 : enregistrer ces chiffres et tracer la courbe de suivi de la vaccination.

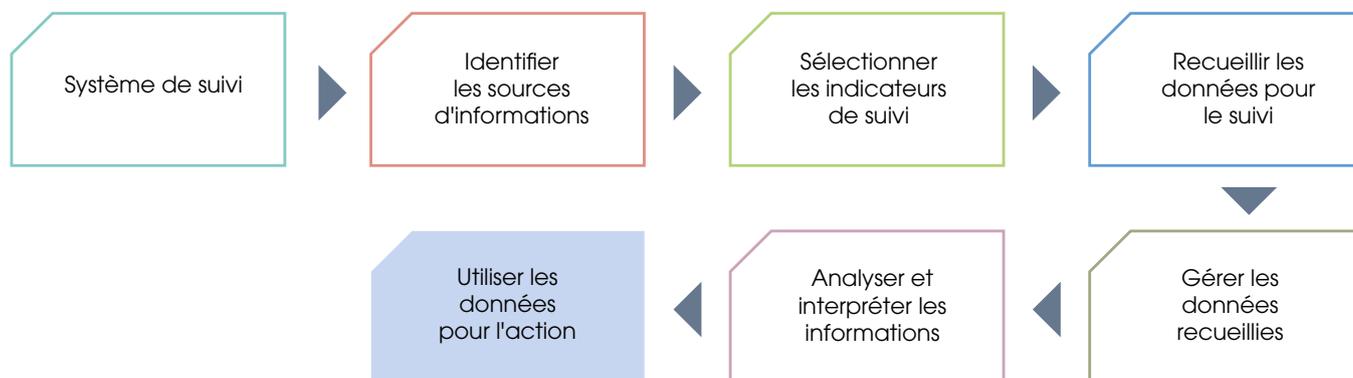
Tâche 3 : calculer les taux d'abandon pour VPO1-VPO3 en mai et pour Penta1-Penta3 en août.

Tâche 4 : calculer la moyenne d'enfants vaccinés de janvier à août.

Tâche 5 : analyser et interpréter les données, et répondre aux questions suivantes :

- L'établissement de santé atteindra-t-il ses cibles en matière de vaccination des enfants et des femmes enceintes d'ici la fin 2016 ?
- Si non, quelles seraient les raisons possibles de cet échec ? Quelle augmentation mensuelle moyenne faut-il pour atteindre la cible ?

À la fin de l'exercice, l'animateur organisera une discussion de groupe.



## 8. Utiliser les données pour l'action

### 8.1 Préconiser des mesures à travers le suivi

L'intérêt renouvelé de la focalisation sur le district et l'établissement de santé s'appuie beaucoup sur un suivi efficace du système de vaccination tout entier à tous les niveaux, en agissant sur les résultats du suivi. L'une des raisons principales pour lesquelles on met en œuvre un système de suivi est d'identifier les problèmes et de déterminer des solutions qui amélioreront la qualité du programme de vaccination. Ayant établi un système de suivi fiable, le cadre de niveau intermédiaire doit être préparé à lutter contre les problèmes et difficultés. Dans cette section, il s'agit de prendre des mesures précisément pour rectifier ou prévenir les problèmes. Ce chapitre décrit différents problèmes et mesures correctives prises à différents niveaux pour améliorer les performances du programme sur la base du suivi de la vaccination et de l'analyse des données de surveillance.

#### Concepts clés :

- Les données doivent être utiles pour vous.
- Évitez de recueillir des données que vous n'allez pas utiliser.
- Les données non organisées ne fournissent pas suffisamment d'information pour la prise de décision.
- Les données collectées et bien organisées enclenchent des actions judicieuses.

Les mesures varieront par niveau et même par pays dans certains cas. Une liste des mesures possibles aux différents niveaux, de l'établissement de santé au niveau national, est présentée ci-dessous.

### 8.2 Trouver des solutions et ajouter des mesures correctives à votre plan d'action

Le tableau 8.1 décrit quelques exemples basés sur des situations réelles au niveau des établissements de santé.



## 8.2.1 Actions au niveau de l'établissement de santé

**Tableau 8.1 Lacunes observées dans la gestion des programmes de vaccination et mesures correctives proposées au niveau de l'établissement de santé**

Observations/ interprétations	Action
Mauvaise compréhension des zones de desserte, chevauchement, incertitudes concernant la taille de la population cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le personnel de district aide l'établissement de santé à déterminer les zones de desserte et la population cible.</li> <li>• Les données doivent être affichées à l'aide de cartes et de tableaux montrant les limites et les chiffres de population pour chaque groupe cible.</li> <li>• Il convient d'examiner les moyens de collecter des informations sur le dénominateur auprès de la communauté (p. ex. : registre des naissances).</li> </ul>
L'enregistrement et les rapports sur la vaccination sont peu satisfaisants	<p>Le district doit organiser un séminaire ou une discussion sur l'importance de la collecte des données avec le personnel de l'établissement de santé ainsi qu'une formation continue sur les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque vaccination doit être enregistrée et signalée, y compris celles effectuées pendant les séances de vaccination des groupes mal desservis, par le secteur privé, les hôpitaux et d'autres prestataires.</li> <li>• Des diagrammes, tableaux et cartes murales standard doivent être largement utilisés par les établissements de santé à des fins d'auto-supervision.</li> <li>• Les taux d'abandon doivent aussi être suivis et des mesures prises pour minimiser leur effet sur le programme. L'établissement de santé doit intensifier les efforts visant à : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ utiliser des méthodes de recherche des personnes qui ne se présentent pas ;</li> <li>◦ augmenter les activités des services de proximité pour les zones difficiles d'accès ;</li> <li>◦ établir davantage de liens avec les communautés et demander le soutien des notables/volontaires, etc.</li> </ul> </li> </ul>
Imprécision ou absence de vaccination annuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur la base des niveaux de couverture actuels et des objectifs à long terme, le responsable de district et le point focal de l'établissement de santé calculent les cibles annuelles de vaccination, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 2017 : 60 %</li> <li>◦ 2018 : 70 %</li> <li>◦ 2019 : 80 %.</li> </ul> </li> </ul>
Cibles faibles pour l'établissement de santé, eu égard à l'adéquation des compétences du personnel de terrain dans la gestion des vaccins, surtout dans le suivi des stocks et des pertes de vaccin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutez de la question avec les superviseurs de district et, avec leur appui, organisez une formation continue du personnel de santé concernant la manipulation des vaccins, le contrôle des stocks et les mesures à prendre pour réduire le taux de perte de vaccins : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ • utilisation de PCV ;</li> <li>◦ • adoption de la politique du flacon entamé ;</li> <li>◦ • contrôle strict de l'utilisation des vaccins et autres.</li> </ul> </li> </ul>
Liaison insuffisante entre les établissements de santé et le bureau de district concernant les questions techniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le responsable de district aide l'infirmier de service à préparer et à faire l'exposé sur les progrès vers les cibles de vaccination lors de la réunion mensuelle de district.</li> <li>• Le district envoie des manuels et des directives sur la vaccination à l'établissement de santé.</li> </ul>
La couverture vaccinale baisse ou stagne car peu d'enfants sont amenés pour être vaccinés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant la visite de suivi, le responsable de district et le personnel de santé s'entretiennent avec les notables de la communauté et/ou les points focaux.</li> <li>• Le district aide l'établissement de santé à intensifier les activités de mobilisation sociale.</li> <li>• Changement du calendrier des séances.</li> </ul>
Les communautés ne participent pas à la planification et à la mise en œuvre du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement de santé organise des réunions avec la communauté et des discussions thématiques de groupe.</li> <li>• Élaboration et tenue d'un exposé sur les plans du centre de santé et sur l'atteinte des cibles lors des réunions du comité de développement villageois et demande d'aide au comité pour atteindre les personnes difficiles d'accès.</li> </ul>

### 8.2.2 Actions au niveau du district

Les problèmes peuvent pour l'essentiel être associés, soit à l'accès, soit à l'utilisation. Un problème peut être lié à un.e ou plusieurs villages/zones ou concerner l'ensemble du district. Le rôle des districts dans le suivi du programme est crucial. Sur la base des résultats du suivi, les districts peuvent prendre les mesures appropriées, notamment les suivantes :

- Résumer les résultats du suivi et ajuster les micro-plans de district en conséquence. Par exemple :
  - examiner l'efficacité des stratégies appliquées ;
  - changer les priorités du plan ;
  - fournir un appui immédiat aux établissements de santé en retard sur la cible et qui ont besoin d'un soutien plus grand de la part du district
  - il peut aussi être nécessaire de transférer les ressources humaines et matérielles d'une formation sanitaire à une autre.
- Préparer un aperçu de la situation montrant les réalisations de chaque établissement de santé du district vers la cible, à savoir :
  - un diagramme montrant la couverture Penta3, ou le taux d'abandon Penta1 à Penta3 par établissement de santé ;
  - la mise à jour du diagramme pour le suivi de la vaccination au niveau du district ;
  - un diagramme montrant la proportion de vaccinations effectuées à l'intérieur et en dehors des groupes cibles ;
  - la préparation d'une carte montrant la répartition des maladies cibles dans le district par rapport à la couverture vaccinale de ces mêmes maladies, etc.
- Repérer les principaux problèmes, les notifier au niveau provincial ou central et chercher des solutions (p. ex. livraison de vaccins ou de seringues autobloquantes épuisés).
- Compiler les informations pour le rapport mensuel au niveau provincial ou central.
- Présenter la situation du programme et le degré d'atteinte des cibles au Comité de développement du district et chercher à obtenir l'appui politique et financier du comité pour le programme.
- Informer les partenaires basés dans le district ou les impliquer dans le suivi du programme.

### 8.2.3 Actions au niveau infranational (état, province ou région)

- Organiser des réunions trimestrielles à l'intention des médecins et des superviseurs de district pour examiner les progrès et les contraintes et communiquer des informations en retour provenant des niveaux supérieurs.

- Instaurer des échanges entre pairs pour le partage des meilleures pratiques entre districts.
- Analyser les données de district et fournir la rétro-information aux districts.
- Entreprendre la formation continue et sur place du personnel de santé de district.

### 8.2.4 Actions au niveau national

- Renforcer les capacités nationales à créer et tenir à jour la base de données des indicateurs de district, y compris la cartographie.
- Fournir la rétro-information aux provinces et aux partenaires.
- Examiner les délais de soumission, l'exhaustivité et l'exactitude du système de rapport du district
- Comparer et ajuster les numérateurs et dénominateurs de district, infranationaux et nationaux pour en assurer la cohérence.
- Établir un consensus national concernant les directives sur le rapportage.
- Définir les districts et provinces prioritaires pour le renforcement des systèmes de suivi, de supervision, de surveillance et de rapportage.
- Utiliser le Comité de coordination inter-agences (CCIA) comme forum pour le suivi périodique du programme dans le pays. Faire établir un programme de rapport périodique par le directeur du programme à inclure dans le plan annuel du CCIA. Inviter les membres du CCIA à participer aux visites de suivi dans les districts.
- Organiser des réunions itinérantes du CCIA dans les districts (en commençant par les districts à faible performance).
- Organiser des réunions périodiques d'examen avec la participation du CCIA, d'autres partenaires, du secteur privé, etc.

## 8.3 Rétro-information et actions anticipatives

L'anticipation (feedforward) et la rétro-information (feedback), deux autres moyens d'agir, font partie des rapports périodiques et de la gestion d'un système de suivi. Les expressions « feedback » et « feed-forward » ont trait au processus d'envoi systématique des résultats des analyses de données aux différents niveaux du système de suivi. La rétro-information (envoi de la rétro-information aux niveaux périphériques depuis le niveau central) est particulièrement importante pour ceux qui ont fourni les données, car ils peuvent ainsi voir l'utilité de la collecte des informations et de leur compte rendu, et comparer leur performance à celles des autres au même niveau. La notion de « feed forward » (ou informations vers l'aval) signifie transmettre des bases de données corrigées ou les résultats des analyses de données aux niveaux administratifs supérieurs qui peuvent aider

à promouvoir les réalisations, à mettre en lumière les domaines critiques et à résoudre les problèmes.

### 8.3.1 Rétro-information aux sites ayant produit des rapports

Si l'un des buts du suivi est de montrer aux gestionnaires où en est le programme et quels en sont les problèmes afin d'y apporter des mesures correctives, il sert aussi à informer toutes les parties prenantes de la situation, à savoir le directeur des services médicaux/sanitaires, les chefs de département, d'autres intervenants, les notables de la communauté, les partenaires et les agents de santé, en particulier ceux qui contribuent à la base de données. Toutefois, c'est à l'entité qui a fourni les informations qu'il faut en premier communiquer les résultats. C'est une question de courtoisie qui a par ailleurs un effet motivant.

Fournir une rétro-information aux sites ayant produit des rapports (les personnels de santé du district et des établissements de santé, par exemple) a pour objet de créer un environnement collaboratif en reconnaissant le travail assidu de ceux qui ont recueilli les données et en leur donnant l'assurance que leurs données seront analysées.

La rétro-information servira donc à :

- Améliorer l'exactitude et le délai de soumission des rapports.
- Vérifier auprès des niveaux périphériques que les données reçues aux niveaux supérieurs sont exactes.
- Améliorer la performance en montrant les progrès réalisés au niveau national vers des objectifs de santé publique précis et comparer les performances des différentes régions.
- Faciliter l'utilisation des données en fournissant une analyse plus approfondie que celle qui pourrait être faite au niveau périphérique ; par exemple, si le niveau périphérique n'a pas d'ordinateur, le niveau central peut fournir des tableaux, graphiques et cartes informatisés qui mettront en valeur l'analyse locale des données.
- Communiquer à la communauté les informations concernant la couverture, le taux d'abandon et d'autres indicateurs, afin qu'elle puisse planifier et mettre en œuvre de meilleurs services.
- Placer les données locales dans le contexte des données régionales, permettre la comparaison des données et des performances et visualiser l'étendue de la couverture et des abandons.

#### Point clé :

L'importance de la rétro-information ne doit jamais être sous-estimée. Le cadre du niveau intermédiaire doit garder à l'esprit que la rétro-information peut être un outil extrêmement utile pour améliorer la couverture et d'autres indicateurs.

La rétro-information périodique aux sites ayant soumis un rapport doit comprendre un rapport de synthèse des indicateurs prioritaires provinciaux et de district pour les cinq composantes du système de vaccination. Il est important d'indiquer d'abord les progrès généraux réalisés au cours du trimestre écoulé et ensuite donner une analyse plus détaillée du lieu et de la nature des secteurs critiques.

Les rapports périodiques de rétro-information doivent contenir au minimum ce qui suit :

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture et abandons</li> <li>• Délais de soumission / exhaustivité des rapports</li> <li>• Cas de maladies évitables par la vaccination</li> <li>• Résultats des recherches sur les manifestations adverses post-immunisation</li> <li>• Ruptures de stock</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résumé des problèmes recensés, y compris les problèmes sous-jacents ou les facteurs contributifs</li> <li>• Informations sur les mesures prises et demandes de nouvelles initiatives, le cas échéant</li> <li>• Félicitations pour un travail bien fait et encouragements à faire encore mieux</li> </ul> |
|---|--|

La façon la plus simple d'assurer la rétro-information est de publier un bulletin qui n'a besoin d'être ni très élaboré, ni coûteux. Il peut comprendre un texte d'une à deux pages avec des illustrations, des cartes, des graphiques ou des tableaux pour en faciliter la lecture. Des récits d'expériences personnelles ou de cas de réussite permettront au personnel de se reconnaître dans le processus – à condition que ces récits soient présentés de manière positive. La diffusion du bulletin se fera aussi largement que possible.

L'autre méthode de rétro-information consiste à préparer une circulaire ou à organiser un séminaire pour débattre des résultats de l'exercice de suivi. Le séminaire est susceptible de produire des discussions, des échanges d'idées et des idées de résolution des problèmes intéressants.

### 8.3.2 Méthodes (de communication) et fréquence de la rétro-information

Il existe plusieurs moyens par lesquels le cadre de niveau intermédiaire peut communiquer les résultats

du suivi. Ceux-ci dépendent des données qui doivent être présentées et du niveau auquel elles sont destinées. Chaque cadre doit avoir un plan régulier pour la communication de la rétro-information, toutefois, saisir des occasions uniques, spontanées ou ad hoc peut aussi s'avérer profitable.

Si les bulletins ou rapports mensuels servent à tenir les niveaux périphériques informés des derniers développements, des réunions trimestrielles donneront au cadre de niveau intermédiaire l'occasion de discuter face à face avec le personnel et d'autres partenaires concernés des réalisations et des problèmes. Les réunions sont particulièrement efficaces si les données pertinentes sont analysées et préparées à l'avance sous forme de tableau ou autre forme visuelle.

**Point clé :**

La communication rapide des résultats doit se faire à intervalles réguliers, si possible par bulletin mensuel ou au moins lors de réunions trimestrielles.

### 8.3.3 Rétro-information à la communauté

En tant que cadre de niveau intermédiaire, vous devez inciter votre personnel à tenir les communautés informées sur les services de vaccination et à toujours faire participer les élus locaux, les chefs religieux, les dirigeants des groupes communautaires et les parents à la planification, à la mise en œuvre et à l'amélioration des programmes de vaccination.

### 8.3.4 Informations vers l'aval

Il s'agit là du processus de transmission des résultats des activités de suivi aux niveaux suivants. Pour ce faire, le cadre de niveau intermédiaire doit se plier à plusieurs exigences officielles, y compris divers rapports de surveillance. Malheureusement, ces rapports officiels ne donnent pas toujours une description complète de la situation. Fournir des informations vers l'aval constitue donc un mécanisme très utile pour faire connaître les questions/problèmes qui influent sur la performance du programme, et pour promouvoir les succès, les réalisations ou les leçons apprises sur le terrain dont d'autres pourraient s'inspirer.

Étant donné que ces informations sont d'ordinaire destinées à des personnes qui ont un pouvoir décisionnel au niveau le plus élevé, le cadre de niveau intermédiaire doit veiller à ce qu'elles décrivent exactement la performance de sa province. Le cadre doit aussi se souvenir que fournir des informations vers l'aval ne doit pas nécessairement toujours se faire par le biais des mécanismes formels comme les rapports mensuels ; des occasions ad hoc comme la rédaction d'articles dans un bulletin et la participation à des réunions peuvent aussi être d'une très grande utilité.

**Point clé :**

Outre les rapports réguliers d'informations vers l'aval, le cadre de niveau intermédiaire peut envoyer des communications ad hoc pour informer les décideurs de changements importants dans les résultats de suivi, qu'ils soient bons ou mauvais.



## Lectures recommandées

---

OMS (2005). The immunization data quality self-assessment tool (DQS). WHO/IVB/05.04. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69034/1/WHO\\_IVB\\_05.04.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69034/1/WHO_IVB_05.04.pdf) (version anglaise consultée le 28 avril 2017).

OMS (2007). Cadre mondial de suivi et de surveillance pour la vaccination. WHO/IVB/07.06. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69898/WHO\\_IVB\\_07.06\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69898/WHO_IVB_07.06_fre.pdf) (version anglaise consultée le 28 avril 2017).

OMS (2008). Implementing the Reaching Every District approach: A guide for district health management teams. Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/service\\_delivery/AFRO-RED\\_Aug2008.pdf](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/service_delivery/AFRO-RED_Aug2008.pdf) (version anglaise consultée le 5 décembre 2016).

OMS (2008). Training for mid-level managers (MLM). 8: Making disease surveillance work. WHO/IVB/08.08. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70184/8/WHO\\_IVB\\_08.08\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70184/8/WHO_IVB_08.08_eng.pdf) (version anglaise consultée le 28 avril 2017).

OMS (2013). Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/fr/](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/fr/) (version anglaise consultée le 5 décembre 2016).

OMS (2015). Vaccination pratique : guide à l'usage des personnels de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

OMS (2015). Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020. Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192560/9789290312109.pdf> (version anglaise consultée le 5 décembre 2016).

### Sites internet

OMS – Vaccination, vaccins et produits biologiques (Surveillance des maladies et de la charge de morbidité) : [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/fr/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/fr/)

OMS – Immunization, Vaccines and Biologicals (Immunization coverage): [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/routine/coverage/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/)

OMS – Immunization, Vaccines and Biologicals (Strategic indicators): [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/routine/indicators/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/indicators/en/)

OMS – Immunization, Vaccines and Biologicals (Surveillance for VPDs): [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/VPDs/en](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/VPDs/en)

# Annexe 1. Indicateurs essentiels

## Annexe 1A. Dix indicateurs essentiels appliqués aux activités des systèmes de vaccination

(adaptés de l'article de l'Alliance GAVI sur les indicateurs essentiels)

### INDICATEURS POUR LA COMPOSANTE PRESTATION DE SERVICES DES ACTIVITÉS

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
1. Proportion de districts dans le pays ayant une couverture Penta3 $\geq$ 80 % chez les nourrissons. Numérateur : nombre de districts dans un pays ayant une couverture Penta3 $\geq$ 80 %. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.	C'est un indicateur clé pour le suivi de la performance du système de vaccination. C'est un indicateur de produit pour mesurer les efforts du pays visant à une couverture vaccinale élevée dans tous les districts.	80 % de couverture Penta3 ou plus dans tous les districts du pays (100 %).	Rapports mensuels sur la vaccination dans le district. Diagrammes indiquant l'exhaustivité des rapports des districts et des établissements de santé sur le suivi de la vaccination.	Pays/province/district (utile également pour le niveau des établissements de santé).
2. Proportion de districts dans le pays ayant une couverture anti-rougeoleuse $\geq$ 90 % chez les nourrissons. Numérateur : nombre de districts dans un pays ayant une couverture anti-rougeoleuse $\geq$ 90 %. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.	C'est un indicateur clé pour mesurer les progrès afin d'atteindre l'objectif d'éliminer la rougeole.	90 % de couverture rougeole ou plus dans tous les districts du pays (100 %).	Rapports mensuels sur la vaccination dans le district. Diagrammes indiquant l'exhaustivité des rapports des districts et des établissements de santé sur le suivi de la vaccination.	Pays/province/district (utile également pour le niveau des établissements de santé).
3. Proportion de districts dans le pays ayant une couverture Penta1 $\geq$ 80% chez les nourrissons. Numérateur : nombre de districts dans un pays ayant une couverture Penta1 $\geq$ 80 %. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.	C'est un indicateur clé pour le suivi du niveau d'accès aux services de vaccination. C'est un indicateur de processus pour mesurer la capacité du programme à atteindre sa population cible, y compris celle des zones difficiles d'accès. En association avec le Penta3, les deux peuvent mesurer le taux d'abandon Penta1 à Penta3 (voir l'indicateur suivant).	80% ou plus de couverture Penta1 dans tous les districts du pays (100 %).	Rapports mensuels sur la vaccination dans le district. Diagrammes indiquant l'exhaustivité des rapports des districts et des établissements de santé sur le suivi de la vaccination.	Pays/province/district (utile également pour le niveau des établissements de santé).
4. Proportion de districts dans le pays ayant un taux d'abandon Penta1 à Penta3 de moins de 10 %. Numérateur : Penta1. Dénominateur : Penta1-Penta3.	C'est un indicateur de processus important pour l'estimation de l'utilisation des services de vaccination. Il peut révéler des problèmes d'approvisionnement en vaccins (ex. rupture de stock), de dotation insuffisante en personnel (pas de personnel ou personnel en congé sans remplaçant), de qualité de la prestation de services et de manque de demande pour des motifs économiques ou autres. Il peut aussi indiquer un nombre élevé d'occasions manquées à l'établissement de santé.	Moins de 10 %.	Rapports mensuels sur la vaccination dans le district. Diagrammes indiquant l'exhaustivité des rapports des districts et des établissements de santé sur le suivi de la vaccination.	Pays/province/district (utile également pour le niveau des établissements de santé).

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
<p>5. Proportion de districts dans le pays qui ont reçu un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour toutes les vaccinations systématiques pendant l'année. Numérateur : nombre de districts fournis comme ci-dessus. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.</p>	<p>Cet indicateur mesure le degré de sécurité des injections dans les programmes de vaccination. Il reflète aussi l'adoption de la politique des seringues autobloquantes par le programme. Il montre l'adéquation de la gestion de l'approvisionnement et l'exactitude du calcul des fournitures logistiques nécessaires. Enfin, dernier avantage mais pas le moindre, il indique l'engagement du gouvernement à améliorer la qualité des services de vaccination du pays.</p>	<p>Tous les districts (100 %). Nombre égal de seringues autobloquantes avec toutes les vaccinations administrées par injection.</p>	<p>Formulaires de commande. Registre logistique. Registres ou rapports sur les stocks. Rapports de supervision.</p>	<p>Pays/province/district (utile également pour le niveau des établissements de santé).</p>

### INDICATEUR POUR LA COMPOSANTE LOGISTIQUE ET CHAÎNE DU FROID DES ACTIVITÉS

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
<p>6. Taux de perte au niveau national du Penta et des nouveaux vaccins (HepB et Hib).  Le taux de perte de vaccins (%) = 100 - taux d'utilisation du vaccin.</p>	<p>C'est un indicateur de gestion des vaccins, surtout en ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins, qui coûtent beaucoup plus cher que les vaccins traditionnels du PEV. Les pertes dépendent de la taille des flacons utilisés, de l'adoption de la politique du flacon entamé, etc.</p>	<p>Le taux de perte de 10 % seulement doit être appliqué aux nouveaux vaccins, ce qui donne un facteur de pertes de 1.1.</p>	<p>Formulaire de commande de vaccins. Rapport d'arrivée des vaccins. Registre des vaccins. Fiches de stocks de vaccins. Décompte physique des flacons ouverts et jetés.</p>	<p>Pays/province/district/établissements de santé.</p>

### INDICATEUR POUR LA COMPOSANTE FOURNITURE ET QUALITÉ DES VACCINS DES ACTIVITÉS

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
<p>7. Proportion (%) de districts du pays qui n'ont pas eu de rupture de stock de vaccin.  Numérateur : nombre de districts dans le pays qui n'ont pas eu de rupture de stock de vaccins.  Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.</p>	<p>C'est un indicateur d'intrant qui caractérise l'aspect fourniture de vaccins du programme. Il est décrit ici en termes positifs, mais il peut aussi être utilisé pour signaler les districts qui ont eu des ruptures de stock. Il indique la performance des districts en matière de gestion, stockage et manipulation des vaccins. Il montre, qui plus est, la capacité du programme à bien faire des commandes et à suivre les stocks minimum, maximum et critiques pour éviter les ruptures de stock.</p>	<p>Tous les districts (100 %).  Définition de la rupture de stock de district : le dépôt de vaccins du district se retrouve sans doses de vaccins du PEV, à un moment donné.</p>	<p>Formulaire de commande des vaccins. Rapport d'arrivée des vaccins. Registre des vaccins. Fiches de stocks de vaccins.</p>	<p>Pays/province/district (utile également pour le niveau de l'établissement de santé).</p>

## INDICATEURS POUR LA COMPOSANTE SURVEILLANCE ET SUIVI DES ACTIVITÉS

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Gamme ciblée ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
8. Proportion de districts dont les rapports de surveillance des maladies ont été reçus au niveau national par rapport au nombre de rapports attendus. Numérateur : nombre de rapports reçus. Dénominateur : nombre total de rapports attendus.	C'est un indicateur de processus concernant l'efficacité du système de notification du pays eu égard à la notification des maladies. Il suit l'exhaustivité des rapports ; il n'évalue pas, toutefois, la qualité des dits rapports ou la représentativité des données qu'ils contiennent.	Tous les districts (100 %) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• hebdomadaire</li> <li>• mensuel</li> <li>• trimestriel</li> <li>• rapports annuels.</li> </ul>	Bureau sanitaire de district.	National (utile également pour le niveau des établissements de santé).
9. Proportion de districts dont les rapports de couverture vaccinale ont été reçus au niveau national par rapport au nombre de rapports attendus. Numérateur : nombre de rapports reçus. Dénominateur : nombre total de rapports attendus.	C'est un indicateur de processus concernant l'efficacité du système de notification du pays eu égard aux activités de vaccination. Il suit l'exhaustivité des rapports ; il n'évalue pas, toutefois, la qualité des dits rapports ou la représentativité des données qu'ils contiennent.	Tous les districts (100 %) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mensuel</li> <li>• trimestriel</li> <li>• rapports annuels.</li> </ul>	Bureau sanitaire de district.	National (utile également pour les niveaux province/district ou établissement de santé).

## INDICATEURS POUR LA COMPOSANTE PLAIDOYER ET COMMUNICATION DES ACTIVITÉS

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Gamme ciblée ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
10. Existence d'un plan stratégique (annuel) de plaidoyer et de communication avec un point focal désigné et un budget annuel.	C'est un indicateur d'intrant qui a trait à l'engagement politique. Il examine les activités prévues de plaidoyer et de communication du pays mais ne donne pas d'indication sur la qualité des activités menées. Le niveau de ressources allouées donne une idée de l'engagement des pouvoirs publics.	Existence d'un plan annuel de plaidoyer et de communication.	Bureau du directeur national du PEV.  Bureau de l'unité éducation et promotion de la santé du Ministère de la Santé.	National (utile également pour les niveaux province/district/établissement de santé).

## Annexe 1B. Trois indicateurs essentiels appliqués aux composantes d'appui des systèmes de vaccination

### INDICATEUR POUR LA COMPOSANTE D'APPUI VIABILITÉ FINANCIÈRE

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
11. Financement par le gouvernement des dépenses de fonctionnement spécifiques au programme de vaccination au cours de l'année écoulée en millions de dollars US par rapport aux dépenses totales du gouvernement. Numérateur : dépenses publiques et dépenses de caisses de prêt (à l'exclusion des fonds octroyés au gouvernement pour les services de vaccination par les institutions bilatérales ou multilatérales) x million(s) Dénominateur : total des dépenses publiques.	Cet indicateur mesure la viabilité financière du programme. Les «dépenses de fonctionnement» spécifiques au programme comprennent les salaires et l'indemnité journalière du personnel engagé à plein temps pour le programme de vaccination ; le carburant et l'entretien uniquement pour les activités de vaccination à l'exclusion des biens d'équipement (véhicules, matériel de la chaîne du froid, etc.) « Dépenses » dans la définition signifie dépenses réelles, montants non budgétisés ou prévus.	Il n'y a pas actuellement de directives concernant le niveau spécifié de l'appui des gouvernements aux programmes de vaccination. Toutefois, il doit être raisonnable par rapport à l'appui externe. Certains des pays achètent tout ou une partie des vaccins utilisés par le programme, d'autres contribuent pour 10 à 30 % aux dépenses totales du programme.	Rapport public de fin d'année sur les dépenses. Ministère des Finances. Département des finances du Ministère de la Santé. Sources internationales reconnues.	National.

### INDICATEUR POUR LA COMPOSANTE D'APPUI RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET INSTITUTIONNELLES

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
12. Proportion de districts qui ont reçu au moins une visite de supervision au cours de l'année civile écoulée par établissement de santé. Numérateur : nombre de districts ayant reçu une visite de supervision ou plus. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.	Le domaine de cet indicateur est la supervision. La supervision formative est extrêmement utile pour le renforcement des capacités.	Une ou plusieurs visites de supervision par an (dans certains programmes probants, la supervision se fait une fois par trimestre).	Rapports de supervision au niveau du district et de l'établissement de santé Livre ou registre des visiteurs.	Pays/province/district/établissement de santé.

### INDICATEUR POUR LA COMPOSANTE D'APPUI GESTION

Indicateur et définition	Quel domaine ou fonction mesure-t-il ?	Intervalle ciblé ou valeurs optimales	Source des informations	Niveau de suivi
13. Proportion de districts ayant des micro-plans comprenant des activités visant à augmenter la couverture vaccinale. Numérateur : nombre de districts ayant des micro-plans pour la vaccination. Dénominateur : nombre total de districts dans le pays.	Bien qu'une fois par an semble une exigence minimale pour la supervision, les difficultés logistiques de terrain rendent cette cible difficile. La visite de supervision devrait inclure, outre la vaccination, les activités y afférent (supervision intégrée). Cet indicateur montre comment les responsables de district planifient les activités de routine dans leur district, ce qui se fait d'ordinaire au moyen de la micro-planification. Ne donne pas d'informations sur la qualité du plan ou la mesure dans laquelle les activités ont été mises en œuvre.	Présence d'un micro-plan dans chaque district.	Bureau sanitaire de district. Rapports annuels des districts.	Pays/province/district.

## Annexe 2. Modèle de feuille de pointage pour un établissement de santé

Séance fixe.....

Mobile/avancée.....

District.....

Établissement de santé.....

Mois..... Année.....

Dose	Enfants <1 an				Total	Enfants >1an				Total
BCG	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
VPO0	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
VPO1	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
VPO2	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
VPO3	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
PENTA1*	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Protégé à la naissance (TN)	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
PENTA2	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
PENTA3	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
HepB-naissance**	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hep1**	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hep2	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hep3	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hib1	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hib2	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Hib3	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Rougeole1	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Rougeole2						00000	00000	00000	00000	
Fièvre jaune**	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Suppl. en vit. A	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	

\*Le statut de protection contre le tétanos néonatal doit être évalué chez tous les enfants qui reçoivent le PENTA1.

\*\*Cette feuille de pointage doit être modifiée pour correspondre au calendrier vaccinal national.

Dose	Femmes enceintes				Total	Femmes en âge de procréer				Total
AT1	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
AT2	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
AT3	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
AT4	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
AT5	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Protégées, non admissibles***	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	
Vit. A, femmes en phase de post-partum	00000	00000	00000	00000		00000	00000	00000	00000	

\*\*\*Ces femmes ont reçu récemment une dose d'AT ou ont déjà reçu les 5 doses de la série.

<b>Flacons de vaccin ouverts durant la séance</b>							
<b>Vaccin</b>	<b>Taille</b>	<b>Nombre</b>	<b>Doses</b>	<b>Taille</b>	<b>Nombre</b>	<b>Doses</b>	<b>Toutes les doses</b>
BCG		00000			00000		
PENTA		00000			00000		
VPO		00000			00000		
Rougeole		00000			00000		
Fièvre jaune		00000			00000		
HepB		00000			00000		
Hib		00000			00000		

Date.....

Signature.....

Fonction.....

## Annexe 3. Fiche récapitulative de la vaccination

Dose	Enfants < 1an			Enfants > 1an			Doses de vaccin		
	Fixe	Avancée	Total	Fixe	Avancée	Total	Ouvertes	Administrées	Cassées/ Périmées/ Modification de la PCV
BCG									
VPO0									
VPO1									
VPO2									
VPO3									
PENTA1*									
Protégé à la naissance (TN)									
PENTA2									
PENTA3									
HepB-naissance**									
Hep1**									
Hep2									
Hep3									
Hib1									
Hib2									
Hib3									
Rougeole1									
Rougeole2									
Fièvre jaune**									
Supp. en vit. A									
	<b>Femmes en âge de procréer</b>								
	<b>Enceintes</b>			<b>Pas enceintes</b>			<b>Post-partum</b>		
	Fixe	Avancée	Total	Fixe	Avancée	Total	Fixe	Avancée	Total
AT1									
AT2									
AT3									
AT4									
AT5									
Protégées, non-admissibles***									
Vit. A, femmes en phase de post-partum									

\*Le statut PAN contre le tétanos néonatal devrait être vérifié chez tous les enfants ayant reçu la première dose du DTC.

\*\*Cette fiche devrait être modifiée en fonction du calendrier de vaccination national.

\*\*\*Ces femmes ont récemment reçu une dose d'AT ou ont déjà reçu les 5 doses de la série.

# Annexe 4. Diagramme de suivi de la vaccination

## Comment préparer le diagramme permettant de suivre les doses administrées et les abandons.

Ce diagramme a été élaboré pour suivre de près les progrès que vous réalisez en vue de vacciner tous les nourrissons de moins d'un an, mois après mois et tout au long de l'année. Il vous aide également à voir si votre population cible achève les séries de vaccination (p. ex. Penta3) ou abandonne en cours de route.

### 1. Calculer les effectifs de la population cible annuelle et mensuelle qui doit se faire vacciner

#### a) Population cible annuelle

Servez-vous des chiffres existants concernant les nourrissons de moins d'un an provenant des données du recensement officiel, ou de votre propre recensement dans la communauté. Si vous ne disposez pas de ces chiffres, procédez à une estimation en considérant que le nombre de nourrissons de moins d'un an correspond à 4 % du nombre total d'habitants. C'est ce qu'on a fait dans ce document en estimant que les nourrissons de moins d'un an et les femmes enceintes représentaient 4 % de la population. Si vous disposez d'un pourcentage plus précis pour votre pays ou votre région, utilisez-le.

Si la population totale est de 3900 personnes, alors le nombre de nourrissons de moins d'un an devrait être  $3900 \times 4/100 = 156$

#### b) Cible mensuelle

Pour obtenir une population cible mensuelle, divisez le nombre de nourrissons de moins d'un an par 12.

Si la cible annuelle des moins d'un an est de 156, la cible mensuelle est de  $156/12 = 13$

### 2. Remplir le diagramme

a) Inscrire sur le côté gauche les chiffres ciblés mensuellement.

b) Remplir les renseignements figurant au sommet du diagramme, à savoir le lieu et l'année.

c) Remplir les cases du bas avec le nom du vaccin et la dose, par exemple Penta1 et Penta3 ou Penta1 et vaccin anti-rougeoleux, comme dans la figure A.4.1.

### 3. Reporter les données de la vaccination dans le diagramme

Le diagramme peut être utilisé pour suivre les doses administrées et les taux d'abandon. L'exemple donné se sert de Penta1 et Penta3, mais d'autres taux peuvent être

employés (p.ex. Penta1 et vaccin anti-rougeoleux) :

a) Repérer la rangée de cases qui se trouve sous le graphique. Repérer les espaces réservés au mois que vous enregistrez. Inscrire le total mensuel des Penta1 administrés.

b) Ajouter le total du mois en cours au total cumulé précédent afin de calculer le total cumulé actuel et l'inscrire sur la partie droite de la colonne du mois que vous enregistrez.

Le total mensuel pour mars est 7, le total cumulé précédent est 22, donc le total cumulé pour mars est  $22+7=29$

c) Sur le graphique, reporter le point correspondant au total cumulé<sup>3</sup> total enregistré sur le côté droit de la colonne du mois qui vous intéresse.

d) Relier ce nouveau point au point du mois précédent par une ligne droite.

e) Répéter les étapes qui précèdent a) à d) tous les mois jusqu'à la fin de l'année.

### 4. Reporter les Penta3 administrés de la même façon que les Penta1 (suivre les étapes a à e).

### 5. Calculer le nombre total d'abandons survenus entre le Penta1 et le Penta3 (TXA).

### 6. Soustraire le total cumulé des Penta3 du total cumulé des Penta1.

### 7. Calculer le taux d'abandon cumulé comme suit :

$$\frac{\text{Total Penta1 cumulés} - \text{Total Penta3 cumulés}}{\text{Total Penta1 cumulés}}$$

Le taux d'abandon peut être suivi visuellement sans difficulté : c'est l'espace qui sépare la ligne du Penta1 de celle du Penta3. Il y a plusieurs façons de suivre la couverture et les abandons à l'aide de diagrammes, dont les principaux sont :

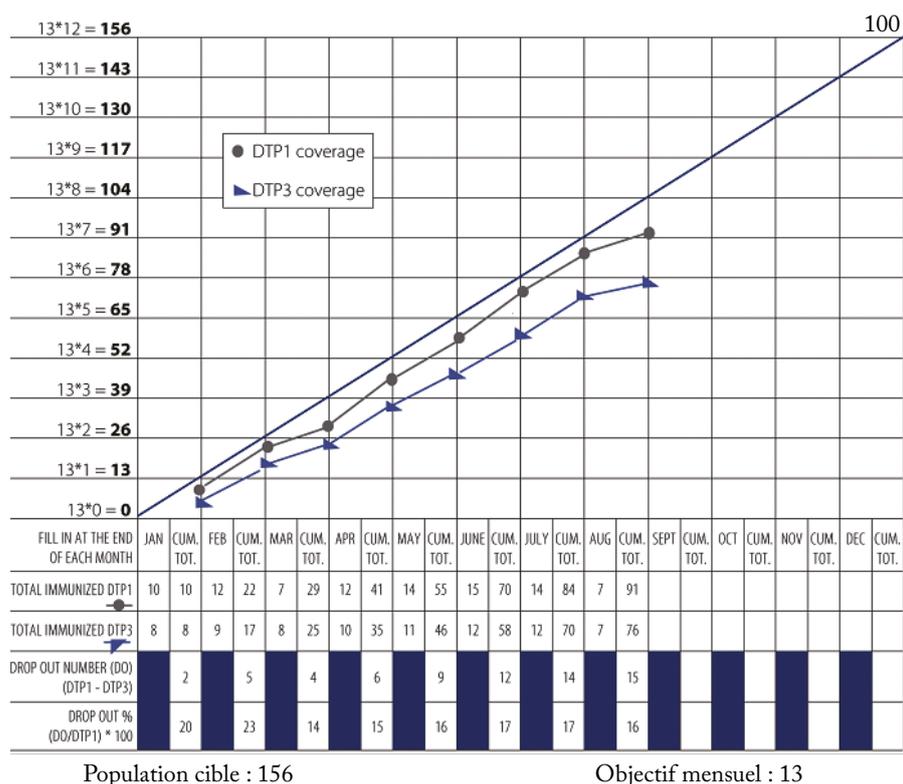
- Penta1 et Penta3
- BCG et vaccin anti-rougeoleux
- VPO1 et VPO3
- Vaccin anti-rougeoleux et vaccin anti-amaril
- AT2+.

• Afficher le diagramme de suivi à un endroit où il peut être vu de tous les membres du personnel tous les jours.

• Reporter tous les mois les chiffres mensuels sur le graphique pour suivre les progrès.

<sup>3</sup> Le total cumulé est le nombre total de doses de vaccins administrées pendant le mois en cours plus les totaux mensuels de tous les mois précédents. Utiliser la même durée pour chaque dose et chaque vaccin. Par exemple, le nombre cumulatif de doses de Penta1 administrées à la fin mars est le nombre total de doses administrées en janvier, plus le nombre total de doses administrées en février, plus le nombre total de doses administrées en mars.

**Figure A4.1 : Tableau de suivi de la vaccination**



**Interprétation du diagramme**

Déterminer la ligne de pourcentage qui se rapproche de votre ligne de total cumulé. Vous saurez ainsi quel pourcentage de votre population cible vous vaccinez au cours de l’année. Si la ligne de total cumulé représentant les vaccinations réelles effectuées par votre personnel est sur la ligne cible ou au-dessus d’elle, vous faites des progrès satisfaisants. Si elle est au-dessous mais près de la ligne cible, vos résultats sont modestes. Si votre ligne est largement en dessous de la ligne cible, vous ne progressez pas et il vous faut en trouver les raisons et prendre les mesures qui s’imposent. Si vous atteignez moins de 50 % de votre cible, votre programme laisse à désirer, et vous devez essayer de savoir pourquoi en posant les questions suivantes :

- Vos séances sont-elles faciles et agréables (par exemple, se tiennent-elles périodiquement, au bon moment, et dans un endroit facile d’accès) ?
- Des occasions de vacciner les enfants sont-elles manquées ?
- Demandez à d’autres agents du dispensaire s’ils savent pourquoi les gens ne se présentent pas.
- Demandez aux villageois et aux notables communautaires s’ils sont au courant des problèmes éventuels que le programme de vaccination pose à la population.
- Discutez du problème avec votre superviseur et décidez de ce que vous pouvez faire pour améliorer le programme.





## Annexe 6. Guide pour l'élaboration de rapports sur la collecte et la vérification des données

1. Les rapports des niveaux intermédiaire ou périphérique peuvent être obtenus de façon **passive** (attendre de les recevoir) ou **active** (les réclamer). Ils peuvent être transmis par moyen électronique (courriel, télécopie), téléphone, service postal ou en mains propres.
2. Une fois le rapport reçu, l'épidémiologiste du niveau central (ou intermédiaire) doit en vérifier l'exactitude et s'assurer que toutes les parties du formulaire ont bien été remplies.
3. Il/elle doit vérifier que les **rapports** reçus correspondent à la période considérée (semaine ou mois de réception des rapports).
4. Il/elle doit faire un examen rapide de la teneur du rapport pour voir s'il y a des maladies qui requièrent une action immédiate et y sont signalées, dans ce cas, organiser une action de riposte selon le protocole établi.
5. Le gestionnaire doit aussi préparer un inventaire de tous les rapports reçus et évaluer l'exhaustivité des rapports pendant la période considérée. L'exhaustivité est calculée d'après le nombre total d'établissements dans la zone de desserte (dénominateur) et le nombre d'établissements qui ont envoyé leur rapport (numérateur).
6. Le gestionnaire de données doit évaluer la ponctualité des rapports et, à cette fin, calculer la proportion de rapports reçus avant l'expiration du délai de soumission (numérateur) eu égard au nombre total de rapports attendus pendant cette même période (dénominateur).
7. Les résultats de ces évaluations doivent être communiqués aux établissements qui n'ont pas soumis de rapport ou qui ne l'ont pas fait à temps. Cette communication peut se faire par le biais de bulletins épidémiologiques, de visites de supervision ou au cours de séminaires/réunions de travail.
8. L'analyse des données peut se faire à l'aide des informations qui figurent à la section 7 de ce module.

## Annexe 7. Outils de suivi de l'approche Atteindre Chaque District (ACD)

Pour un meilleur appui à l'élargissement de l'approche ACD dans la Région africaine, l'OMS et ses partenaires ont mis au point un outil de suivi ACD. Il a pour objet d'aider à déterminer si toutes les cinq composantes sont pleinement mises en œuvre et si les districts qui appliquent cette approche parviennent effectivement à augmenter la couverture vaccinale et à la maintenir. L'outil comprend notamment :

- Des normes de performance indicatives pouvant servir à évaluer chacune des composantes de l'approche ACD à l'aide d'un ensemble d'indicateurs essentiels.
- Un ensemble d'indicateurs essentiels qui peuvent être mesurés au fil du temps.
- Une liste d'indicateurs facultatifs « supplémentaires » ou subsidiaires qui peuvent être utiles dans des situations nationales particulières (ne sont pas inclus dans le présent Guide).
- Un tableur Excel qui peut servir à collecter, compiler et présenter les données de suivi ACD.
- Directives pour l'adaptation de l'outil de suivi ACD aux conditions particulières des pays.

L'outil est destiné à aider les cadres à prendre de meilleures décisions — sans surcharger les prestataires d'un surcroît de données à rassembler et transmettre par le truchement du système de santé. Par conséquent, l'outil de suivi est conçu pour être utilisé avec les données existantes — données collectées par le système d'information sanitaire ordinaire ou par le système d'information du programme de vaccination, par les superviseurs au cours de leurs tournées de supervision ordinaires, etc. L'outil peut servir pour l'« auto-évaluation » des établissements de santé et des districts qui appliquent l'approche ACD. En outre, les superviseurs peuvent s'en servir pour réaliser le suivi des principales fonctions et des résultats de la vaccination dans l'ensemble des établissements de santé, dans les districts et les régions.

APPROCHE ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT  
INDICATEURS ESSENTIELS DE PERFORMANCE

N°	Composante ACD	Domaine	Intitulé de l'indicateur essentiel	Établissement de santé	District	Pays
1		PLANNIFICATION	Microplans à jour	Nombre d'établissements de santé ayant des microplans à jour/nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts ayant des microplans à jour/nombre total de districts	Plan national annuel du PEV à jour ?
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre/semestre	Unité de mesure : O/N Fréquence : Chaque année
2		GESTION DES VACCINS	Pas de rupture de stock de vaccins pour aucun antigène	Nombre d'établissements de santé sans rupture de stock de vaccin pour aucun antigène/nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts sans rupture de stock de vaccins pour aucun antigène/nombre total de districts	Rupture de stock de vaccins pour n'importe quel antigène au niveau national ?
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois	Unité de mesure : O/N Fréquence : Chaque mois
3	PLANIFICATION ET GESTION DES RESOURCES	SÉCURITÉ	Pas de rupture de stock de seringues autobloquantes	Nombre d'établissements de santé sans rupture de stock de seringues autobloquantes/ nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts sans rupture de stock de seringues autobloquantes/nombre total de districts	Rupture de stock de seringues autobloquantes au niveau national ?
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois	Unité de mesure : O/N Fréquence : Chaque mois
4		PERSONNELS	Au moins une personne formée à la vaccination	Nombre d'établissements de santé avec au moins une personne formée à la vaccination au cours de l'année précédente/nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts avec au moins une personne formée à la vaccination au cours de l'année précédente/nombre total de districts	
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque année	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque année	
5		FINANCEMENT	Déboursement de fonds pour la vaccination systématique	Nombre d'établissements de santé ayant déboursé des fonds pour des activités de sensibilisation/nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts ayant déboursé des fonds pour des activités de vaccination systématique/nombre total de districts	Fonds déboursés pour des activités de vaccination systématique au niveau national ?
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre	Unité de mesure : O/N Fréquence : Chaque trimestre
6	METTRE EN LIEN LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ		Organisation de réunions communautaires	Nombre d'établissements de santé ayant organisé au moins 1 réunion avec la communauté/nombre total d'établissements de santé	Nombre de districts ayant organisé au moins 1 réunion avec la communauté (organisations communautaires et/ou autorités locales)/nombre total de districts	
				Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre	Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre	

N°	Composante ACD	Intitulé de l'indicateur essentiel	Définition, unité de mesure et fréquence de collecte suggérée de l'indicateur		
			Établissement de santé	District	Pays
7	ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES	Sensibilisation efficace* lorsque la population cible des sites de sensibilisation n'est pas clairement définie, utiliser le nombre de séances menées/nombre de séances planifiées	<p>Nombre de vaccins DTC1 distribués via les activités de sensibilisation dans tous les établissements de santé/nombre total de vaccins DTC1 prévus de distribués via les activités de sensibilisation dans tous les établissements de santé dans le mois*</p> <p>100. Solution alternative si la cible de la sensibilisation n'est pas clairement définie : nombre de séances de sensibilisation menées par les établissements de santé/nombre total de séances planifiées par les établissements de santé</p> <p>Num/dénom et pourcentage Fréquence : chaque mois</p>		
8	SUPERVISION FORMATIVE	Organisation de séances de supervision formative		<p>Nombre de visites de supervision formative organisées par les districts dans les établissements de santé/nombre total d'établissements de santé</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre</p>	<p>Nombre de visites de supervision formative organisées par le niveau national dans les districts/nombre total de districts</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque trimestre</p>
9		Soumission des rapports en temps utiles		<p>Nombre de rapports sur la vaccination reçus par les districts depuis les établissements de santé/nombre total d'établissements de santé</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois</p>	<p>Nombre de rapports sur la vaccination reçus au niveau national depuis les districts/nombre total de districts</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois</p>
10	SUIVI POUR L'ACTION	Organisation de réunions d'examen		<p>Nombre de districts qui organisent des réunions d'examen/nombre total de districts</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois</p>	
11		Données suivies	<p>Nombre d'établissements de santé ayant un diagramme de suivi à jour et correctement réalisés/nombre total d'établissements de santé</p> <p>Unité de mesure : pourcentage Fréquence : chaque mois</p>		

APPROCHE ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT  
**OUTIL DE SUIVI DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ: .....

NOMBRE MENSUEL D'ENFANTS DE MOINS D'UN AN CIBLÉ: .....

DATE: .....

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES					METTRE EN LIEN LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ	ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES	SUIVI POUR L'ACTION	PERFORMANCE				
	PLANNIFICATION	GESTION DES VACCINS	SÉCURITÉ	PERSONNELS	FINANCEMENT				Sensibilisation efficace*	Données suivies	ACCÈS		UTILISATION
											Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	
	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	NUM/DÉNOM	NUM/DÉNOM	%	%			
1													
JANVIER													
FÉVRIER													
MARS													
AVRIL													
MAI													
JUIN													
JUILLET													
AOÛT													
SEPTEMBRE													
OCTOBRE													
NOVEMBRE													
DÉCEMBRE													

\*Remarque : les pays doivent modifier les indicateurs en fonction de leur contexte. Voir l'onglet « Indicateurs essentiels de l'approche ACD »

**APPROCHE ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT  
OUTIL DE SUIVI DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU DU DISTRICT + RÉSUMÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LE DISTRICT**

NOM DU DISTRICT : .....

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES				METTRE EN LIEN LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ		ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES		SUPERVISION FORMATIVE			SUIVI POUR L'ACTION			PERFORMANCE													
	GESTION DES VACCINS		SÉCURITÉ		PERSONNELS		FINANCEMENT		Organisation de réunions communautaires		Sensibilisation efficace*		Organisation de séances de supervision formative		Soumission des rapports en temps utiles		ES		Organisation de réunions d'examen		Données suivies		ACCÈS		UTILISATION			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux de couverture par le DTC1	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux de couverture par le DTC1	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT	RÉSUMÉ POUR LE DISTRICT		
ES	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%	O/N	%
JANVIER																												
FÉVRIER																												
MARS																												
AVRIL																												
MAI																												
JUIN																												
JUILLET																												
AOÛT																												
SEP-TEMBRE																												
OCTOBRE																												
NOVEMBRE																												
DÉCEMBRE																												

ES = Établissement de santé

\*Remarque : les pays doivent modifier les indicateurs en fonction de leur contexte. Voir l'onglet « Indicateurs essentiels de l'approche ACD »

APPROCHE ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT  
**OUTIL NATIONAL DE RÉSUMÉ DES DONNÉES DES DISTRICTS ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

NOM DU DISTRICT : .....

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES										METTRE EN LIEN LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ				ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES				SUPERVISION FORMATIVE				SUIVI POUR L'ACTION				PERFORMANCE			
	PLANNIFICATION		GESTION DES VACCINS		SÉCURITÉ		PERSONNELS		FINANCEMENT		Mettre en lien les services et la communauté		Atteindre les populations cibles		Supervision formative		Suivi pour l'action		Performance		Accès		Utilisation							
	ES	DIS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT	ES	DJS-DISTRICT				
	Microplans à jour	Pas de rupture de stock de vaccins pour aucun antigène	Pas de rupture de stock de seringues autobloquantes	Au moins une personne formée à la vaccination	Déboursement de fonds pour la vaccination systématique	Organisation de réunions communautaires	Sensibilisation efficace*	Organisation de séances de supervision formative	Submission des rapports en temps utiles	Organisation de réunions d'examen	Données suivies	Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3				
JANVIER																														
FÉVRIER																														
MARS																														
AVRIL																														
MAI																														
JUIN																														
JUILLET																														
AOÛT																														
SEPTEMBRE																														
OCTOBRE																														
NOVEMBRE																														
DÉCEMBRE																														

ES = Établissement de santé

\*Remarque : les pays doivent modifier les indicateurs en fonction de leur contexte. Voir l'onglet « Indicateurs essentiels de l'approche ACD »

APPROCHE ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT  
**OUTIL DE SUIVI DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU NATIONAL**

PAYS :

DATE :

.....

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES				SUPERVISION FORMATIVE	SUIVI POUR L'ACTION	RÉSUMÉ DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU PAYS		
	PLANNIFICATION	GESTION DES VACCINS	SÉCURITÉ	FINANCEMENT			ACCÈS	UTILISATION	ACCÈS
	Plan national annuel du PEV à jour	Rupture de stock de vaccins pour n'importe quel antigène au niveau national au cours du mois dernier	Rupture de stock de seringues autobloquantes au niveau national au cours du mois dernier	Fonds déboursés pour des activités de vaccination de routine au niveau national au cours du dernier trimestre	Nombre de visites de supervision formative organisées au niveau national au cours du dernier trimestre	Nombre de rapports mensuels sur la vaccination reçus au niveau national depuis les districts au cours du mois dernier	Taux de couverture par le DTC1	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3	Taux d'abandon pour DTC1 à DTC3
	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	Nombre de visites	Nombre de rapports	Couverture	Taux d'abandon	Taux d'abandon
JANVIER	1	2	3	5	6	7	9	10	11
FÉVRIER									
MARS									
AVRIL									
MAI									
JUIN									
JUILLET									
AOÛT									
SEPTEMBRE									
OCTOBRE									
NOVEMBRE									
DÉCEMBRE									







**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**

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