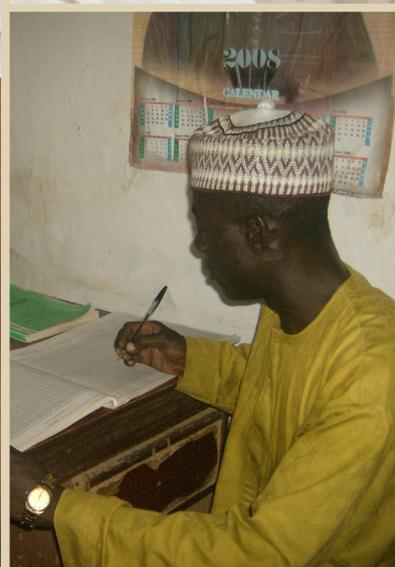


Mise en Oeuvre de l'Approche

ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT

Guide à l'Intention des Equipes de Santé de District



GUIDE RÉVISÉ EN AOÛT 2008



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé
Afrique

Photos page de couverture:

Lola AKinmade, *Courtoisie de Photoshare*

Lauren Goodsmith, *Courtoisie de Photoshare*

Bérengère de Negri, *Courtoisie de AED*

Zainab Mohammed, *JSI*

Mise en Oeuvre de l'Approche

ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT

Guide à l'Intention des Equipes
de Santé de District

GUIDE RÉVISÉ EN AOÛT 2008



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	6
ACRONYMES	8
1. INTRODUCTION	9
1.1 Historique	9
1.2 Objectif et Audience Cible	11
1.3 Contenu et Organisation	11
1.4 Adaptation	12
2. L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »	13
2.1 Objectif	13
2.2 Strategies	13
2.3 Composantes	13
2.4 Intégration et Autres Facteurs Contextuels	16
Intégration	16
Leadership	17
Coordination	17
3. PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES	18
3.1 Points Essentiels	18
3.2 Le Processus de Microplanification	19
3.3 Gérer les Ressources	24
3.4 Ressources	26
4. ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES	27
4.1 Points Essentiels	27
4.2 Processus Pour Atteindre les Populations Cibles	28
4.3 Opportunités d'Intégration	31
4.4 Activités Périodiques de Vaccination Intensifiées	32
4.5 Ressources	33
5. ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE	34
5.1 Points Essentiels	34
5.2. Créer des Partenariats Efficaces avec les Communautés	35
5.3 Services Soucieux des Besoins de la Communauté	35

5.4 Impliquer les Communautés dans la Prestation des Services	36
5.5 Le Rôle de Communication	37
5.6 Ressources	39
6. SUPERVISION FORMATIVE	40
6.1 Points Essentiels	40
6.2 Faire de la Supervision un Instrument d'Appui	41
6.3 Ressources	45
7. MONITORING POUR ACTION	46
7.1 Points Essentiels	46
7.2 Monitoring Pour Action	47
7.3 Ressources	E53
8. CONSIDERATIONS OPERATIONNELLES LORS DE LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE ACD	54
8.1 Logistique	54
8.2 Communication	55
8.3 Intégration et Approche ACD	57
9. MONITORING DE L'APPROCHE	60
9.1 Qu'est-ce que l'Outil de Monitoring de l'Approche ACD ?	60
9.2 Que Mesurent les Indicateurs de Base ?	61
9.3 Adaptation et Utilisation de l'Outil	61
10. ADAPTER LE GUIDE DE L'APPROCHE ACD	62
ANNEXES	67
Annex 1: Outils de Microplanification de l'Approche ACD	68
Annex 2: Outils de Monitoring de l'Approche ACD	81
Annex 3: Format Générique de la Supervision Formative	89
Annex 4: Analyse de Accès et des Abandons	91
Annex 5: Référence Rapide L'Approche ACD	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Exemple: Interprétation des abandons	50
Figure 2: Echantillon de taux d'abandons de la vaccination et Diagramme de suivi pour le DTC1 et le DTC3	51

ACRONYMES

ACD	Approche *Atteindre Chaque District*
AFRO	Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
AVI	Activités Périodiques de Vaccination Intensifiées
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
DTC3	Vaccin Antidiphthérique, Antitétanique et Anticoquelucheux 3e Dose
DQS	Auto Évaluation de la Qualité des données d'Immunsation
ESD	Equipe de Santé de District
FJ	Fièvre Jaune
FS	Formation Sanitaire
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GIVS	Vision et Stratégie Mondiales pour la Vaccination
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus Influenzae de Type b
IEC	Information, Education et Communication
JLV	Journée Locale de Vaccination
JNV	Journée Nationale de Vaccination
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunsation

MII	Moustiquaires Imprégnés D’Insecticide
MLM	Cours Moyen de Gestion du PEV
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PCV	Pastille de Contrôle des Vaccins
PEV	Programme Élargi de Vaccination
SAB	Seringues Autobloquantes
SSP	Soins de Santé Primaires
SSV	Support aux Services de Vaccination
S&E	Suivi et Évaluation
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VPO	Vaccin Antipoliomyélitique Oral
VR	Vaccination de Routine
VUE	Vaccination Universelle des Enfants

REMERCIEMENTS

Le présent Guide a été élaboré par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en collaboration avec l'UNICEF et le projet IMMUNIZATIONbasics de l'USAID.

1

INTRODUCTION

1.1 HISTORIQUE

Le rôle essentiel de la vaccination dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est largement reconnu au sein de la communauté mondiale. La Vision et la Stratégie Mondiales pour la Vaccination (GIVS) sont l'expression même de la contribution de la vaccination dans la réalisation de l'OMD 4 : réduire de deux tiers ou davantage le nombre global d'enfants décédés ou souffrant de maladies évitables par la vaccination, entre 2000 et 2015.

Plusieurs pays de la Région africaine qui sont parvenus à accroître leur couverture vaccinale pendant la décennie de la Vaccination Universelle des Enfants (VUE), à savoir les années 1980, sont malheureusement retombés dans la tendance inverse avec la fin de l'appui de la VUE au cours des années 1990. En conséquence, la couverture de la vaccination de routine (telle que mesurée sur la base de la couverture DTC3 pour les enfants de moins d'un an) était retombée à 54% dans la Région Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son ensemble avant la fin de la décennie quatre vingt-dix.

En 2002, l'OMS et ses partenaires ont mis au point l'approche « Atteindre Chaque District (ACD) » afin de relever et maintenir la couverture de la vaccination de routine à un haut niveau. Depuis lors, la plupart des pays de la Région Africaine de l'OMS ont introduit l'approche ACD sous une forme ou une autre. L'ACD a bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS et d'autres partenaires ; le fonds de soutien aux services de vaccination (SSV) de GAVI a également permis à beaucoup de pays de financer leurs activités dans le cadre de l'approche ACD.

La Vision et la Stratégie Mondiale pour la Vaccination 2006 – 2015, élaborée par l'OMS et l'UNICEF envisage un monde dans lequel chaque enfant, adolescent et adulte dispose d'un accès équitable aux services de vaccination. Elle recommande également que l'on atteigne :

« Un taux de couverture vaccinale national d'au moins 90% [dans tous les pays] et d'au moins 80% dans chaque district (ou unité administrative équivalente) vers l'an 2010 sinon plus tôt. »

Cet ambitieux objectif a été adopté en 2006 par la 56ème session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique et apparaît dans le Plan stratégique régional de la vaccination, 2006-2009.

En 2007, tout en gardant un œil tourné vers les nouveaux objectifs du GIVS, l’OMS et ses partenaires ont procédé à une évaluation exhaustive de l’approche ACD dans neuf pays de la région africaine. Les conclusions ont été positives : la couverture vaccinale a connu une augmentation dans tous les pays à l’exception d’un seul, le nombre de séances avancées de vaccination s’est accru dans tous les districts visités et on a constaté que les supervisions étaient fréquentes sauf dans deux pays. Sur la base des résultats et des défis qui nous interpellent, la 15ème réunion du groupe de travail régional pour la vaccination (TFI) en Afrique a recommandé en 2008 que l’OMS et ses partenaires actualisent les directives actuelles du guide ACD et en fassent usage pour encourager les pays qui n’ont pas encore étendu l’approche ACD à le faire. Le TFI a également adopté la recommandation de l’équipe d’évaluation les invitant à élaborer un ensemble d’indicateurs pour assurer le suivi de la mise en œuvre de l’approche ACD et à s’en servir dans les pays. Le présent Guide ACD révisé a été préparé pour satisfaire à ces recommandations.

Ce Guide révisé reflète également l’esprit de la déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires (SSP) et les systèmes de santé en Afrique ainsi que l’objectif 4 des GIVS.

Dans la Déclaration de Ouagadougou, les ministres de la Santé de toute la Région Africaine ont réaffirmé leur engagement aux « principes de la Déclaration d’Alma-Ata » et ont invité tous les Etats membres à « utiliser les opérations prioritaires de santé [y compris la vaccination] comme point de départ du renforcement des systèmes de santé nationaux ». En tant que telle, l’approche ACD décrite dans le présent Guide fournit non seulement un cadre pour planifier, gérer et mettre les services de vaccination à la portée de toutes les femmes et de tous les enfants, mais aussi d’utiliser la vaccination et l’approche ACD comme une plateforme permettant de dispenser tous les autres services essentiels de SSP.

Le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique (AFRO) estime que le fait de renouveler l’engagement vis-à-vis de l’approche ACD constitue une importante



Photo Credit: IMMUNIZATIONbasics

étape vers la réalisation des objectifs tant du GIVS que du millénaire pour le développement. Bien que le taux de la couverture vaccinale soit de nouveau sur une pente ascendante dans la Région Afrique, l'OMS/UNICEF estiment que seuls 16 des 46 pays de la Région Afrique avaient atteint un taux de couverture vaccinale \geq à 90% vers fin 2007. S'il est vrai qu'il s'agit d'un grand pas en avant, beaucoup reste à faire pour atteindre les objectifs de vaccination.

1.2 OBJECTIF ET AUDIENCE CIBLE

L'objectif du présent Guide est de susciter de l'intérêt pour l'amélioration et le maintien de niveaux élevés de couverture vaccinale dans tous les districts, et de mettre à la disposition des gestionnaires des programmes de santé (publics et non gouvernementaux), des superviseurs et des agents de santé, des informations pratiques sur l'approche ACD.

Le Guide est destiné à être adapté et utilisé dans le cadre des programmes nationaux de vaccination, comme l'une des multiples ressources pouvant permettre aux équipes de santé de district et aux intervenants dans la vaccination de mieux connaître l'approche ACD. Une fois adapté, le Guide peut également être utilisé par les équipes de santé de district (ESD) et les agents de santé comme un aide-mémoire facile des cinq composantes et des indicateurs de base de l'approche ACD. Le Guide peut aussi être utilisé avec profit pour expliquer l'approche ACD aux autorités locales ainsi qu'aux éventuels bailleurs des services de vaccination et des SSP.

1.3 CONTENU ET ORGANISATION

Les chapitres qui suivent décrivent l'approche ACD, ses cinq composantes ainsi que les questions opérationnelles qui doivent être abordées pour garantir le succès de l'approche ACD. Chaque chapitre contient des références et des liens vers des ressources documentaires et autres outils pouvant présenter un quelconque intérêt pour les personnes chargées d'organiser les séances de formation et de préparer d'autres documents pour la mise en œuvre de l'ACD. La présente édition du Guide comprend également deux nouveaux chapitres; le premier met l'accent sur le suivi et l'évaluation de l'approche ACD et le second s'intéresse à l'adaptation du Guide pour faire face aux besoins des divers pays. Les annexes du Guide comprennent des exemples d'outils pour une microplanification et une cartographie de la couverture vaccinale et des personnes non atteintes; un nouvel outil de suivi de l'approche ACD destiné aux formations sanitaires, aux équipes de santé de district et aux responsables des programmes nationaux de santé ; un format générique de la supervision formative ; une analyse de l'accessibilité aux services de santé et des personnes non atteintes, ainsi qu'un aide-mémoire relatif aux cinq composantes de l'ACD. Le Guide a aussi été actualisé pour mieux refléter l'accent mis sur une meilleure planification et gestion des ressources (raison pour laquelle cette composante est présentée en premier lieu) et la composante « rétablissement de

la vaccination en stratégie avancé » a été rebaptisée « atteindre les populations-cibles », afin que toutes les personnes remplissant les conditions requises pour la vaccination (femmes et enfants) puissent être atteintes grâce à une panoplie de stratégies spécifiques à chaque pays.

1.4

ADAPTATION

Le Guide comprend des sections sur « les meilleures pratiques » et « les leçons apprises » pendant la mise en œuvre de l'approche ACD dans divers pays africains. Bien qu'on relève de nombreuses similitudes d'un pays à l'autre, il y a également d'importantes différences auxquelles il faut faire face avant qu'un document comme le présent Guide ne puisse être bien compris et utilisé au niveau de chaque pays. En réalité, lors de l'introduction ou de la relance de l'approche ACD dans un pays, l'une des toutes premières étapes doit être une adaptation prudente du Guide. Pour de plus amples informations, se référer au chapitre 10.

2

L'APPROCHE « ATTEINDRE CHAQUE DISTRICT »

2.1

OBJECTIF

L'Objectif de l'approche ACD est d'améliorer l'organisation des services de vaccination, d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et de garantir une couverture vaccinale durable et équitable pour chaque femme et enfant remplissant les conditions requises. L'approche ACD vient renforcer les programmes nationaux de vaccination, mais ne les remplace pas.

2.2

STRATEGIES

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

2.3

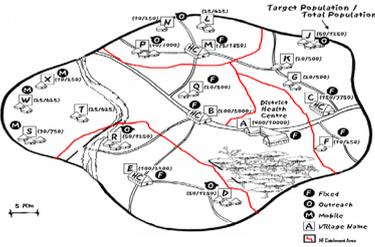
COMPOSANTES

Il est important d'accorder une grande attention à chacune des cinq composantes de l'approche ACD afin d'améliorer la couverture vaccinale. C'est à dessein que plusieurs de ces composantes contiennent des éléments qui se chevauchent. Il s'agit notamment des cinq composantes suivantes:

LES CINQ COMPOSANTES DE L'APPROCHE ACD

1. **PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES** - meilleure gestion des ressources humaines et financières.
2. **ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES** – meilleur accès aux services de vaccination pour tous.
3. **ETABLIR UN LIEN ENTRE LES SERVICES ET LES COMMUNAUTES** – instaurer un partenariat avec les communautés afin de promouvoir et dispenser les services.
4. **SUPERVISION FORMATIVE** – activités de formation régulière sur le terrain, feedback et suivi avec le concours du personnel de santé.
5. **MONITORING POUR ACTION** – utilisation des outils disponibles et assurance d'un feedback continu afin de garantir l'autoévaluation et amélioration.

Les chapitres suivants décrivent chacune de ces cinq composantes, ainsi que les questions opérationnelles de portée générale qui doivent être abordées afin de garantir le succès de l'approche ACD. Voir l'Annexe 5 pour une consultation facile de l'ACD.

1. Planification et Gestion des Ressources (Humaines, matérielles et financières)	2. Atteindre les Populations-cibles
<p>Au niveau des districts et des établissements sanitaires, la planification devrait identifier les ressources nécessaires pour atteindre toutes les populations-cibles d'une manière durable. Une bonne planification implique:</p> <p>a) identifier les aires de santé desservies par le district/ formations sanitaires (analyse de situation); b) classer les problèmes par ordre de priorité et élaborer des microplans qui peuvent pallier aux principales lacunes ; c) élaborer un budget réaliste qui reflète les ressources humaines, matérielles et financières disponibles ; et d) procéder régulièrement à la révision, la mise à jour et l'évaluation du coût des microplans pour faire face à l'évolution des besoins.</p>	<p>« Atteindre les populations-cibles » est un processus visant à améliorer l'accès et l'utilisation des services de la vaccination et d'autres services de santé de manière efficace, grâce à une combinaison de stratégies de prestation des services qui satisfassent les besoins des populations-cibles.</p> 

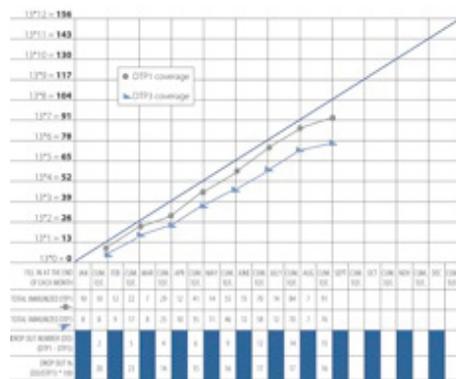
3. Etablir un lien entre les Services et les Communautés

Cette composante ACD encourage le personnel de santé à établir des partenariats avec les communautés dans la gestion et la mise en œuvre de la vaccination et des autres services de santé. En organisant régulièrement des réunions, les équipes des districts de santé et le personnel des établissements sanitaires engagent les communautés à s'assurer que la vaccination et les autres services satisfont leurs besoins.

4. Supervision Formative (Formation régulière, feedback et suivi avec le personnel de santé)

La supervision formative met l'accent sur la promotion de services de qualité grâce à la supervision périodique et au renforcement des compétences, des attitudes et des conditions de travail des prestataires des services. Elle comporte une formation régulière sur place, le feedback et le suivi du personnel de santé.

5. Monitoring Pour Action (Autoévaluation rétro information et outils)



Les équipes de santé de districts et le personnel des formations sanitaires ont besoin d'un flux continu d'informations qui les renseignent si les services sont de bonne qualité et accessibles aux populations-cibles; qui est atteint et qui ne l'est pas; les ressources sont-elles utilisées efficacement et les stratégies vont-elles dans le sens des objectifs. Le monitoring de l'information sanitaire implique l'observation,

la collecte et l'analyse des données du programme. La composante " Suivi en vue des actions " à mener va plus loin dans ce sens, car non seulement elle analyse les données, mais en plus elle utilise ces données à tous les niveaux pour orienter le programme en mesurant les progrès réalisés, identifiant les domaines qui nécessitent des interventions spécifiques et procédant à des révisions pratiques des plans.

INTEGRATION

Plusieurs pays de la Région Afrique prônent des stratégies qui favorisent « l'intégration » des services de santé. Même si les définitions varient d'un pays à l'autre, le terme intégration signifie généralement que les services de santé essentiels, y compris la vaccination, sont gérés et dispensés en même temps. Les programmes nationaux de vaccination peuvent servir de plateformes pour dispenser d'autres services de santé maternelle et infantile essentiels. Parmi les services fréquemment offerts en même temps que les séances de vaccination, on peut citer l'apport complémentaire de la vitamine A, la prévention du paludisme (par ex. distribution des moustiquaires imprégnées (MI), surveillance de la croissance des enfants, soins prénataux et déparasitage).

Autant les pays où les programmes de vaccination sont verticaux que ceux où les programmes de santé maternelle et infantile (SMI) sont intégrés ont tous utilisé l'approche ACD avec succès. Lorsqu'on les adapte, les cinq composantes de l'approche ACD et les questions opérationnelles peuvent être étendues afin d'être utilisées dans diverses opérations. A titre d'exemple, les techniques de microplanification de l'approche ACD peuvent être utilisées pour identifier les populations remplissant les conditions requises, estimer les besoins de base, allouer des ressources humaines et mettre au point des programmes de fourniture et de supervision des services quelque soit le type d'interventions. Les techniques d'appui aux activités de supervision et de monitoring de l'approche ACD peuvent également être étendues afin d'être utilisées dans diverses opérations.

Il est beaucoup plus complexe de dispenser plusieurs services que de ne dispenser que des services de vaccination, mais à la longue, cela peut aussi s'avérer beaucoup plus rentable et viable. Le financement et la gestion de la logistique de services multiples constitue certes un défi beaucoup plus important. Lorsque l'effectif du personnel de santé est réduit, les responsables doivent aussi être conscients de l'éventuelle charge qui pourrait peser sur le personnel des établissements sanitaires. Dans ce contexte, la supervision formative peut s'avérer utile pour préparer et soutenir le personnel de santé dans leurs nouveaux rôles. L'encadré ci-dessous donne une liste d'autres voies et moyens par lesquels l'approche ACD peut être utile dans le contexte de l'intégration.

COMMENT UTILISER L'APPROCHE ACD POUR ORGANISER ET GERER LES SERVICES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES INTEGRES

LOGISTIQUE – Utiliser les outils de microplanification et de gestion de la logistique du PEV de l'approche ACD pour faire une évaluation des besoins de base; se fonder sur l'actuelle chaîne d'approvisionnement pour améliorer l'offre des autres fournitures.

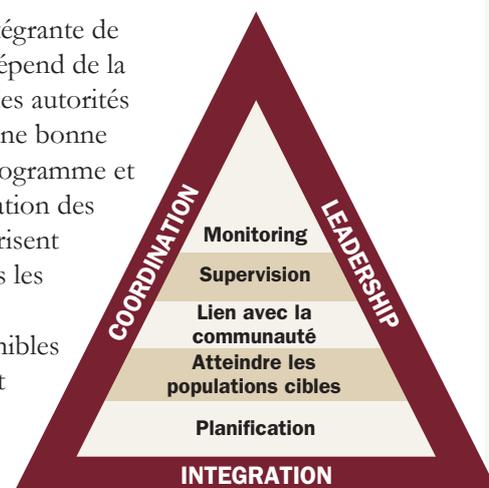
RESSOURCES HUMAINES – Offrir une formation ACD et utiliser la microplanification et le suivi pour les actions techniques afin de renforcer les capacités du personnel aux niveaux des districts et des établissements sanitaires.

MICROPLANIFICATION – Les populations-cibles remplissant les conditions requises et celles qui ne peuvent y prétendre utilisent alors les stratégies d'intensification complémentaires – fixes, avancées, et intensifications périodiques pour réaliser les objectifs de vaccination et d'autres services des SSP.

MONITORING POUR ACTION – Renforcer les capacités de surveillance de la maladie au niveau du district et inclure l'utilisation pour action dans la lutte contre le paludisme, la pneumonie, la diarrhée et effectuer d'autres interventions indispensables.

LEADERSHIP

Bien qu'il ne fasse pas explicitement partie intégrante de l'approche ACD, le succès de cette dernière dépend de la force du leadership et de l'engagement actif des autorités nationales et locales. Un leadership solide et une bonne gouvernance renforcent l'appropriation du programme et l'engagement dans sa planification, la mobilisation des ressources et l'élaboration du budget. Ils favorisent aussi la transparence et la responsabilité à tous les niveaux. Il s'agit là d'atouts importants si l'on souhaite que les rares ressources soient disponibles en temps opportun et utilisées efficacement et effectivement.



COORDINATION

La coordination et la collaboration sont d'autres facteurs contextuels importants qui doivent être pris en compte lors de l'introduction de l'ACD. Dans le cadre des ministères de la Santé, la collaboration entre les divers programmes ou divisions (à savoir, vaccination, paludisme, nutrition, santé infantile, etc.) est extrêmement importante, surtout si divers services des SSP sont organisés et dispensés en même temps. La relation entre le secteur de la santé et d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, l'eau et les services d'assainissement peut également être très importante, plus particulièrement, au niveau des districts. En définitive, il est nécessaire de mettre sur pied un solide comité de coordination interinstitutions pour harmoniser les contributions du ministère de la Santé, du ministère des Finances, des bailleurs de fonds et des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires dans le cadre des activités de vaccination et celles liées à l'ACD.

3

PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES

La planification est une fonction vitale de gestion qui permet d'améliorer systématiquement l'efficacité de l'approche ACD. Elle facilite l'identification et la hiérarchisation des besoins du programme afin d'en améliorer la performance. La planification peut renforcer le partenariat entre les parties prenantes de divers niveaux et faciliter la mobilisation des ressources.

Dans le contexte de la prestation des services de santé, la planification devrait être intégrée en tenant compte des interventions essentielles de santé, telles que définies par les directives nationales. Le processus de planification permet d'exposer tous les problèmes associés à la prestation de services intégrés, y compris la vaccination, et d'élaborer des stratégies appropriées pour les résoudre.

3.1 POINTS ESSENTIELS

L'une des « meilleures pratiques » de l'approche ACD est la microplanification pour la vaccination de routine (VR). Les microplans ont été introduits dans la planification des campagnes contre la polio, mais l'approche ACD a vulgarisé leur usage dans la VR. Le processus de microplanification aide à exposer les problèmes liés à la prestation des services et oriente les équipes de santé de district et les gestionnaires des formations sanitaires (FS) à élaborer les stratégies appropriées pour les résoudre.

Sur la base des directives nationales, la microplanification pour la vaccination peut être intégrée avec la planification d'autres services des SSP tels que l'apport complémentaire en vitamine A, le déparasitage, la distribution des MI, les soins prénataux et la surveillance de la croissance, entre autres. Les principes et les étapes de la microplanification sont les mêmes qu'il s'agisse de la seule vaccination ou d'un ensemble de services des SSP.

La microplanification tient compte de la situation d'un district dans son ensemble, y compris les performances antérieures, la dotation en personnel

et les caractéristiques des circonscriptions hospitalières de tous les FS. Les microplans les plus efficaces sont ceux élaborés avec le concours du personnel des FS et les apports des représentants de la communauté. En fait, dans la plupart des situations, les FS doivent élaborer leurs propres microplans, qui sont ensuite fusionnés dans le plan du district. De même, un microplan de district devrait être budgétisé de manière appropriée pour être ensuite incorporé dans le plan et le budget du secteur de santé provincial et/ou national.

Un « plan » générique élaboré et diffusé du sommet vers la base va certes couvrir les activités génériques, mais ne pourra faire face aux défis spécifiques et plus complexes auxquels les districts et les FS sont confrontés. Parce que l'élaboration des plans génériques n'utilise pas de méthode active, la non-appropriation peut également amener le personnel de santé à ne pas se rendre compte de certains détails ou à ne pas s'impliquer pas dans leur mise en œuvre.

Chacune des composantes ACD et les questions opérationnelles de portée générale résumées plus loin dans le présent document (logistique, communication, coordination) exigent une attention particulière lors de la microplanification. C'est l'une des raisons pour lesquelles la composante planification et gestion a été ramenée de la cinquième à la première composante. Les lecteurs ne doivent pas perdre de vue le fait que plusieurs des sujets abordés dans le chapitre 8 « Considérations opérationnelles » sont étroitement liés à la présente composante.

3.2

LE PROCESSUS DE MICROPLANIFICATION

Un microplan bien élaboré doit avoir pour objectif de mettre les services de vaccination à la portée de toutes les populations-cibles. Il doit également envisager et inclure des actions visant à améliorer la qualité desdits services. Et lorsque les taux des non atteints et/ou des occasions manquées sont élevés, il propose des actions pour les réduire. Les microplans doivent proposer des solutions réalistes à ces questions délicates ainsi qu'aux défis auxquels les gestionnaires de programmes sont confrontés dans certains districts et formations sanitaires spécifiques.

Dans la microplanification, les équipes de santé des districts utilisent la démarche de résolution de problèmes qui s'intéresse davantage aux réalisations antérieures, aux entraves actuelles afin d'accroître le taux de couverture et la qualité des services ainsi que



Photo Credit: Amos Bassi, JSI

les ressources disponibles (en temps, personnels, matériels et finances). Elles classent également leurs activités par ordre de priorité, fixent des objectifs réalistes avec des échéances, trouvent des solutions viables aux problèmes rencontrés et procèdent à des revues régulières de la mise en œuvre et de l'exécution afin d'en faciliter la révision en temps opportun. La composante « Atteindre les populations-cibles » aborde également certaines des étapes suivantes de la microplanification.

ETAPE 1 : PREPARATION

Avant d'engager le processus de microplanification, les participants doivent avoir des éclaircissements sur l'approche ACD et son importance dans l'augmentation et le maintien de la couverture vaccinale. Si les services doivent être intégrés ou combinés, il faudrait y adjoindre une description de l'ensemble de services et une mise à jour des orientations, le cas échéant, afin de s'assurer que les planificateurs disposent des connaissances techniques et managériales requises pour chacun des services.

L'Annexe 1 contient des exemples des formulaires de microplanification courants actualisés dans le cadre de la révision du présent Guide. Ces spécimens de formulaires et d'autres encore se retrouvent dans le module planification des modules MLM et leur usage peut être adaptée/étendue à d'autres interventions sanitaires indispensables, lorsque les politiques nationales ou locales soutiennent l'intégration.

ETAPE 2: ANALYSE DE SITUATION ET CARTOGRAPHIE



Utiliser les outils de l'Annexe 1 pour comprendre le contexte social:

- Outil 1a—Caractéristiques socio démographiques
- Outil 1b – Une carte détaillée des FS / carte du district sanitaire

Avant d'élaborer l'actuel microplan, les responsables doivent disposer d'autant d'informations que possible sur les populations remplissant les conditions requises et les précédentes tendances de la vaccination. Les données démographiques, les rapports des programmes de vaccination et les cartes actualisées des aires de santé constituent des points de départ dans le processus de microplanification.

Des **cartes détaillées** des aires desservies par le district sanitaire et les FS doivent être tracées. La carte du district sanitaire doit indiquer toutes les FS (publics et privés), principales agglomérations des populations, routes, cours d'eau, sites avancés de vaccination actuels, etc. Les mêmes détails doivent figurer dans les cartes des aires sanitaires, mais aussi les frontières de la zone desservie, la localisation des aires enclavées ou celles où se trouve le plus grand nombre d'enfants non vaccinés ainsi que les principales entraves à la prestation des services (à savoir, inondations saisonnières, montagnes, cours d'eau, etc.).

Les **données démographiques** sont généralement fournies par les services de planification du ministère de la Santé et/ou l'administration locale, et sont basées sur les estimations des taux de croissance datant du dernier recensement. Lorsque les données démographiques ne sont pas fiables (à savoir, supérieures ou inférieures aux données réelles), les planificateurs ont souvent recours au dénombrement informel des effectifs ou aux archives des journées nationales de vaccination (JNV) et autres activités calquées sur le modèle des campagnes pour affiner ces estimations avant de les inclure dans leurs microplans.

Analyse des données sur la vaccination (et autres données des services de santé qui intègrent la planification). Les données des deux ou trois années précédentes doivent être réexaminées lors d'une analyse de situation. Dans le cadre de la microplanification du district ou de la FS, les responsables doivent réexaminer et analyser les indicateurs ci-après du programme de vaccination :

- Taux de couverture vaccinale (tous les antigènes).
- Taux d'abandon lors des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTC1-DTC3) et la rougeole (DTC1-VAR).
- Nombre d'enfants non vaccinés par FS/ aire de santé.
- Stratégies de prestation des services et résultats: fréquence des services de vaccination fixes, avancées, mobiles ou autres et résultats par rapport aux objectifs.
- Indicateurs de management : fréquence des visites de supervision formative et de suivi/réunions de revue, présence de cartes de suivi actualisées dans les FS.
- Approvisionnement en vaccins : fréquence des ruptures des stocks, de sur stockage, taux de perte des vaccins.
- Chaîne du froid et logistique : FS ne disposant pas d'une chaîne du froid appropriée, ruptures des stocks de seringues, suivi de la température, matériel de transport, etc.
- Données de la surveillance : cas de maladies évitables par la vaccination, décès, localisation des épidémies.
- Engagement de la communauté : fréquence des réunions de revue avec la communauté, présence des absentéistes et recherche des nouveaux-nés, types de matériels et d'activités d'éducation sanitaire, qualité des communications entre le personnel de santé, les communautés et les familles.
- Et autres...

Lorsque la vaccination fait partie d'un ensemble de soins intégrés, l'analyse de situation doit inclure une revue et analyse d'un ensemble d'indicateurs similaires pour tous les services concernés.

ETAPE 3: FIXER DES CIBLES ET DES OBJECTIFS ANNUELS



Utiliser les outils de l'Annexe 1 pour identifier les problèmes, rechercher des solutions et fixer des priorités:

- Outil 2a – Analyse de situation, identification des problèmes et fixation des priorités
- Outil 2b – Cause de problèmes et analyse de situation

Les objectifs et les cibles doivent être associés aux cinq opérations de la vaccination (fourniture et qualité des vaccins, logistique, prestation de services, surveillance, plaidoyer et communication), suivis des trois piliers qui soutiennent ces composantes opérationnelles (gestion, financement et renforcement des capacités). Les objectifs doivent être SMART (spécifiques, mesurables, réalistes et limités dans le temps).

ETAPE 4 : IDENTIFIER LES STRATEGIES, DEVELOPPER DES ACTIVITES ET UN CHRONOGRAMME



Utiliser l'outil de l'Annexe 1 pour mieux comprendre la couverture vaccinale par stratégie :

- Outil 3 : objectifs et cibles de la couverture vaccinale

Les stratégies doivent décrire la manière dont la vaccination et les autres objectifs et cibles seront réalisés. L'élaboration de stratégies nécessite un travail d'équipe et implique l'analyse de toutes les possibilités applicables à chaque objectif.

ETAPE 5: SELECTIONNER LES INDICATEURS CLES POUR LE SUIVI ET L'EVALUATION DES ACTIVITES

Le suivi requiert la collecte et l'analyse régulières des données afin de s'assurer que les activités se déroulent comme prévues et que l'on progresse dans le sens des résultats attendus. Les responsables choisissent et utilisent des indicateurs pour contrôler et évaluer la progression des activités. En collaboration avec les parties prenantes, ils examinent aussi les progrès réalisés et fournissent un feedback en organisant régulièrement des réunions avec les agents de santé et les membres de la communauté. Le chapitre 7: « Monitoring pour action » et l'Annexe 2 : L'outil de monitoring de l'ACD décrivent le processus de suivi et d'évaluation. L'Annexe 2 donne une liste des indicateurs potentiels de base et des indicateurs supplémentaires qui pourraient être pris en compte, adaptés aux stratégies locales et intégrés dans les microplans.

ETAPE 6 : ESTIMER LES BESOINS EN RESSOURCES ET ELABORER UN BUDGET DETAILLE

Au moment de déterminer les ressources nécessaires pour mettre en œuvre un microplan de vaccination, l'on se doit de répondre aux questions suivantes :

- Qui va réaliser les activités de vaccination proposées ?
- Quelles sont les ressources nécessaires pour réaliser les activités proposées ?
- Quelles sont les ressources disponibles pour ces activités et qui va les fournir?



Utiliser les outils de l'Annexe 1 pour prévoir et budgétiser l'approvisionnement en vaccins :

- Outil 4a – Estimations des besoins en vaccins et autres fournitures
- Outil 4b – Estimations des besoins en matériel d'injection

Le plan doit quantifier les ressources (humaines, matérielles, financières et en temps) nécessaires pour chacune des activités proposées. Il faut également y inclure les quantités de vaccins et autres fournitures nécessaires, y compris le matériel pour la gestion des déchets, requis pour les services de vaccination. Parmi les autres coûts importants à inclure dans les microplans de vaccination, il faut mentionner: les frais de transport pour la collecte ou la livraison régulières des vaccins et des consommables ; les coûts des registres, les livrets de famille, les formulaires de rapport et les fiches de suivi de la couverture vaccinale ; les frais des agents de santé pour assister aux séances de planification et des revues, participer aux séances de vaccination avancées, mobiles ou intégrées ; les frais des rencontres communautaires; etc. (voir Annexe 1 Outil 7).

Une fois le budget préparé, les planificateurs découvrent souvent que leurs plans ne cadrent pas avec les ressources disponibles. Lorsqu'il en est ainsi, ils doivent

parfois revoir le microplan afin qu'il cadre avec les ressources disponibles. Bien qu'il ne revienne pas au présent Guide de rechercher des stratégies de mobilisation des ressources, il est parfois nécessaire de procéder à une mobilisation de fonds lorsque les ressources sont rares. Le plaidoyer pour bénéficier d'un appui supplémentaire du gouvernement et des bailleurs de fonds, et/ou des partenariats avec les leaders communautaires, les ONG ou les entreprises privées afin de mobiliser davantage de ressources, sont des approches courantes pour accroître les ressources disponibles pour les programmes de vaccination.



Photo Credit: IMMUNIZATIONbasics

ETAPE 7: UTILISER LE MICROPLAN COMME OUTIL DE GESTION; LE METTRE REGULIEREMENT A JOUR

Le microplan du district doit s'intégrer dans le plan de santé global du district. De même, le microplan de la FS doit être intégré dans le plan global de la FS et les deux doivent servir d'outils de plaidoyer pour mobiliser le soutien de l'administration locale et d'autres institutions publiques, les ONG partenaires et les parties prenantes.

Les microplans sont des documents dynamiques qui doivent subir des révisions régulières et des mises à jours périodiques (au moins tous les six mois) afin de refléter les changements de l'environnement en évolution. A titre d'exemple, le fait de ne pas atteindre un objectif trimestriel peut nous amener à repenser toute la stratégie et à réviser le microplan. Des changements imprévus dans l'environnement politique ou financier, des problèmes logistiques, de nouvelles initiatives nationales de santé nécessitant davantage de temps des agents de santé, des troubles sociaux et autres catastrophes pouvant provoquer des déplacements de la population, toutes ces difficultés ont des répercussions sur l'organisation de la vaccination et des autres services des SSP et doivent être pris en compte lors de l'actualisation des microplans.

3.3

GERER LES RESSOURCES

La gestion de la vaccination et des autres services des SSP nécessite des ressources humaines, financières et matérielles. Les besoins financiers sont souvent exprimés, mais rarement satisfaits. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il y a conflit des besoins et que le financement est incertain. Dans les situations où les ressources sont « en quantité suffisante », la bonne gestion consiste pour une grande part à s'assurer que celles-ci parviennent aux services qui en ont besoin.

L'évaluation¹ de l'ACD menée dans neuf pays de la Région africaine en 2007, n'a pas fourni suffisamment de données pour pouvoir déterminer la totalité des financements nécessaires pour mener à bien la vaccination de routine ou l'approche ACD. Néanmoins, l'évaluation a montré que les budgets publics, en particulier au niveau des districts, couvrent plusieurs frais récurrents de l'ACD et que le financement avec les fonds SSV de l'Alliance GAVI a été une nouvelle et importante source de financement de l'ACD, et de manière générale, de renforcement des programmes nationaux de vaccination.

Les responsables des districts de santé doivent être capables de hiérarchiser les multiples activités dont ils ont la charge. Ils doivent également être disposés à affecter le personnel, le matériel et les financements disponibles pour satisfaire les plus urgents besoins de santé des populations bénéficiaires. Les paragraphes suivants abordent brièvement certaines considérations à prendre en compte lors de l'affectation des ressources humaines, financières et matérielles.

¹ <http://www.afro.who.int/ddc/vpd/routine/red-2007.pdf>

CONSIDERATIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Orientation du personnel, renforcement des capacités managériales et formation sur la vaccination et autres interventions de santé intégrées et indispensables.
- Les cours de formation préalable et de recyclage/en milieu de travail, en cours d'emploi grâce aux opportunités de la supervision formative et au renforcement des capacités dans le cadre du suivi.
- Motivation du personnel:
 - Supervision formative;
 - Reconnaissance de la performance ;
 - Gestion du placement du personnel, y compris la planification de la formation de nouveaux agents (par ex., formation préalable, recyclage, formation en cours d'emploi et autres types de formation, tout en tenant compte des aspects relatifs à l'intégration.
 - Mesures incitatives financières et non financières.

CONSIDERATIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

- Récapituler les ressources financières disponibles (par source) et identifier les déficits de financements.
- Déterminer la manière d'utiliser les mécanismes de coordination existants au niveau du district afin de collecter des fonds supplémentaires.
- Envisager la mise en commun des ressources de différents secteurs d'activités afin de profiter de l'intégration (par ex., transport partagé avec différents programmes ou une intervention minimale pour les services avancés et/ou mobiles qui incluent l'apport en vitamine A, la distribution des MI, etc.), sans toutefois compromettre la qualité du service.
- Déterminer la manière de mener conjointement ces activités afin d'éviter le double emploi lorsqu'elles concernent le même groupe de personnes et la même période de temps.

CONSIDERATIONS A PRENDRE EN COMPTE DANS LA GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES

- Demande d'interventions de santé intégrées, y compris les services de vaccination.
- Déficiences en infrastructures et équipements.

Pour de plus amples informations, voir section 8.1 sur la Logistique.

INDICATEURS DE BASE POUR LA « PLANIFICATION ET LA GESTION DES RESSOURCES »

Adapter et utiliser les indicateurs de processus suivants – tirés de l’outil de monitoring de l’ACD – pour suivre « la planification et la gestion des ressources » dans les districts et les FS.

% de **DISTRICTS** disposant de microplans de VR actualisés au moins **(tous les 6 mois)**

% de **DISTRICTS** dont le dépôt a été en rupture de stock d’antigènes au cours de la période considérée **(mois)**

% de **DISTRICTS** dont le dépôt a été en rupture de stock de SAB au cours de la période considérée **(mois)**

% de **DISTRICTS** disposant d’au moins un agent formé en VR au cours de la période écoulée **(année)**

% total des fonds alloués aux activités de VR au cours du dernier **(trimestre)** au niveau du **DISTRICT**

% de FS disposant de microplans de VR actualisés au moins **(chaque trimestre)**

% de FS en rupture de stock d’antigènes au cours de la période considérée **(mois)**

% de FS en rupture de stock de seringues AB au cours de la période considérée **(mois)**

% de FS disposant d’au moins un agent formé en VR au cours de la période écoulée **(année)**

Ces indicateurs de base ont pour objectif de rappeler aux équipes de district et des formations sanitaires (et informer les instances supérieures du système de santé) de l’importance de l’utilisation des données spécifiques à la localité pour opérer des ajustements dans les services de vaccination et autres services des SSP. Ils mesurent le niveau des efforts que les districts et les établissements sanitaires investissent dans la planification, la gestion des vaccins, la sécurité des injections, le renforcement des capacités et le financement.

Compte tenu de l’étendue de cette composante, les superviseurs peuvent vouloir y incorporer des indicateurs « supplémentaires » de l’outil de monitoring de l’ACD qui reflètent mieux les principaux domaines techniques sur lesquels votre pays souhaiterait exercer un contrôle et intervenir (voir Annexe 2 pour de plus amples informations).

3.4

RESSOURCES

WHO/AFRO/EPI, Cours MLM pour les cadres du PEV. Module 1. Approche de résolution de problèmes pour la gestion des services de vaccination. March 2004 – Draft 2.

http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%201.pdf

WHO/AFRO/EPI, Cours MLM pour les cadres du PEV, . Module 4. Planifier les activités de vaccination aux niveaux national, provincial et de district- Draft 2.

http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%204.pdf

Vaccination en pratique. Module 5. Planification des sessions de vaccination pour atteindre chaque enfant. WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocTrng/b4iip.htm>

4

ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES

“Atteindre les populations-cibles” est un processus visant à améliorer davantage et de manière efficace l'accès et l'utilisation de la vaccination et d'autres services de santé grâce à une combinaison de stratégies de prestation de services prioritaires capables de satisfaire les besoins des populations-cibles (les femmes et les enfants).

4.1 POINTS ESSENTIELS

Pour atteindre des niveaux de couverture élevés parmi les populations-cibles et les maintenir, il convient d'utiliser des stratégies de prestation des services correspondant aux besoins de ces populations. Pour définir la bonne combinaison de stratégies, les responsables du système sanitaire doivent identifier les lieux de résidence des groupes concernés, notamment ceux qui sont difficiles à atteindre ; le nombre de groupes concernés par lieu de résidence ; les raisons (s'il y en a) pour lesquelles ces groupes ont été faiblement desservis ou pour lesquelles ils utilisent peu les services offerts ; et les voies et moyens par lesquels on peut les atteindre. L'identification et la compréhension de ces facteurs constituent la clé pour augmenter l'accès et réduire les taux d'abandons ainsi que des occasions manquées.

Dans le passé, cette composante de l'ACD s'appelait “rétablir la vaccination en stratégie avancée.” Elle a été renommée pour insister sur le fait qu'une combinaison des services avancés avec des services fixes² peut être nécessaire, tout comme des opérations mobiles de style campagne, ou périodiques (parfois appelées “activités périodiques de vaccination intensifiées”).

Pour atteindre les populations-cibles, les responsables du système sanitaire doivent tenir compte des points suivants:

- Quelles sont les caractéristiques et les besoins des différentes populations ciblées se trouvant dans un district ou la zone desservie par un établissement sanitaire?
- Quelle est la combinaison appropriée de services fixes avec des services avancés nécessaire pour atteindre les populations-cibles et lutter contre les obstacles rencontrés lors des campagnes de vaccination, compte tenu des ressources financières, humaines et matérielles limitées ?

² “Services fixes” signifie les services offerts dans les FS. “Services avancés ” s'adresse aux services offerts dans les communautés où les agents de santé peuvent aller et revenir au cours d'une journée de travail. Les “Services mobiles” sont ceux qui nécessitent un voyage de plus d'une journée; les équipes mobiles passent pratiquement plusieurs jours à sillonner les zones reculées.

D'autres stratégies, telles que les campagnes mobiles ou périodiques, qui nécessitent davantage de ressources sont-elles aussi nécessaires ?

- Quelles sont les mesures à prendre pour s'assurer que la qualité des services est suffisamment bonne pour que les populations concernées puissent en faire totalement usage? Quels autres services devraient être offerts parallèlement avec la vaccination?
- Quelles approches novatrices de résolution des problèmes peut-on utiliser pour atteindre les abandons et les non-atteints, surtout parmi les populations difficiles à atteindre ou peu desservies?

Le fait de considérer comme prioritaires pour l'introduction de l'approche ACD, les districts retenus sur la base du nombre absolu d'enfants non vaccinés, a constitué une innovation et une "meilleure pratique" de l'approche ACD. Pour une description détaillée des critères utilisés pour classer les districts par ordre de priorité en vue de l'approche ACD, voir Annexe 4.

4.2

PROCESSUS POUR ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES

Atteindre les populations-cibles au moyen d'une combinaison de stratégies de prestation de services suppose une méthode de planification approfondie. Cette méthode doit porter sur l'identification des caractéristiques et des besoins des personnes concernées, les moyens par lesquels on peut les atteindre avec la vaccination et d'autres interventions sanitaires indispensables, et les besoins en ressources. En tant que partie de la méthode de microplanification décrite dans la précédente section (les formules se trouvent dans l'Annexe 1), les étapes décrites ci-après peuvent être utiles :

ETAPE 1: DRESSER LA CARTE DES DISTRICTS ET ANALYSER LES DONNEES

- Tracer la carte des emplacements (vastes et petits) des différentes FS et des populations-cibles.
- Affecter ou réactualiser l'aire desservie par FS, d'après l'emplacement et d'autres considérations comme les barrières physiques ou culturelles rencontrées par les populations cibles.
- Analyser les chiffres de la couverture vaccinale pour voir s'il existe des problèmes concernant:
 - Le faible taux de couverture par le DTC1, indiquant les populations non atteintes qui accèdent difficilement aux services de santé.
 - Le faible taux de couverture par le DCT3 et le fort taux d'abandon DCT1-DCT3 (>10%), indiquant les abandons et les problèmes rencontrés sur la qualité des services ou leur fiabilité.
- Analyser les informations provenant d'autres sources afin d'obtenir davantage d'informations relatives aux populations cibles ayant un taux de couverture vaccinale faible, par exemple, les récentes journées nationales (JNV) et locales (JLV) de vaccination, les campagnes de rattrapage, les journées ou les semaines de santé infantile, les rapports des projets spéciaux, les ONG, etc.

ETAPE 2: ADOPTER DES STRATEGIES DE PRESTATION DE SERVICES

- Estimer globalement les populations pouvant être atteintes par les services fixes, et celles qui nécessitent les services avancés. Dans les zones rurales, les services avancés sont souvent destinés aux populations se trouvant à 5-15 km des FS. Dans les zones urbaines, la séance de proximité se tient souvent dans des endroits très fréquentés de la communauté, qui sont faciles à atteindre par les populations cibles, comme les places de marché, les centres communautaires et les établissements scolaires. Bien que le calcul de ces estimations relève davantage du niveau des établissements sanitaires en raison des incidences budgétaires, les districts doivent avoir une idée des estimations de toutes les FS se trouvant dans leurs circonscriptions.



Photo Credit: Arturo Sanabria, JSI

- Indiquer si certaines personnes ne peuvent être atteintes que par des services mobiles. Les services mobiles nécessitent généralement des ressources supplémentaires au niveau régional ou du district, notamment des équipes spéciales de vaccination, des véhicules et du carburant, ainsi que des arrangements spéciaux pour la logistique.
- Préciser si des activités spéciales du style campagnes sont prévues dans l'année, à l'exemple des journées ou des semaines de la santé infantile, faire une estimation de leur degré de contribution pour toucher les populations-cibles par la vaccination systématique, et programmer des activités par rapport à ces populations.

ETAPE 3: ELABORER DES MICROPLANS INDIVIDUELS AVEC LES SERVICES DE SANTE

- Analyser la couverture vaccinale des années antérieures pour comprendre s'il y a des problèmes pour les laissés pour compte (faible couverture par DTC1), les abandons (taux d'abandons élevé pour la couverture par DTC1-3), et les variations saisonnières.
- Identifier les populations cibles de l'aire appartenant à la FS, mais non encore atteinte. Cela peut nécessiter la réactualisation de la carte de l'aire sanitaire couverte par la FS.
- Pour les groupes faiblement desservis, identifier les raisons de la faible utilisation des services, et préciser s'il s'agit d'un problème de l'offre ou de la demande.

- Rencontrer les leaders de ces groupes pour mieux comprendre les obstacles que ces groupes rencontrent, et développer des stratégies pour les atteindre. Cela suppose un changement d'horaires des services fixes, une décision portant sur les heures et les endroits où a lieu la séance de proximité, ou une prise de mesures spéciales visant à améliorer la qualité des services.
- Etudier les problèmes spéciaux tels que multiplier les séances avancées avant la saison des pluies ou la moisson, ou encore la faire à des endroits très fréquentés et convenables comme les places de marché.
- Tenant compte de ce qui précède, décider du nombre et de la fréquence des séances de vaccination pour chaque stratégie, et élaborer un programme pour ces séances de vaccination. Se rappeler que lorsque les services de proximité utilisent le personnel de la FS, l'offre de services fixes risque de baisser. Voir aussi la fréquence des séances avancées dans un endroit donné. Si les activités avancées doivent être espacées d'un mois au minimum, et que cet intervalle est prolongé à deux mois, les FS cela permet aux FS de réaliser des services avancés dans plusieurs localités.
- Budgétiser les besoins en ressources pour le programme des séances fixes et avancées, c'est-à-dire les besoins en ressources humaines et transport. Si la combinaison des services est trop coûteuse, ou impossible, la modifier pour la rendre plus réaliste.

ETAPE 4: METTRE EN OEUVRE ET MONITORER

- Préparer les séances avancées en coordination avec les leaders communautaires. Cela suppose, bien informer les communautés sur l'heure et le lieu où se dérouleront les séances avancées, et procéder à une étude des moyens par lesquels les communautés pourront y contribuer.
- Organiser les séances de vaccination comme prévu, et monitorer la couverture vaccinale.
- Vérifier que les séances de vaccination sont menées comme prévu.

ASSURER LA QUALITE DES SERVICES LORS DE LA SEANCE DE VACCINATION

**Pour que les services soient efficaces,
fiables et attrayants pour les, les populations cibles il importe :**

- De fournir des vaccins et d'autres produits en quantités suffisantes.
- De toujours conserver les vaccins à la bonne température: pendant le stockage, le transport et les séances de vaccination.
- D'assurer la sécurité de la vaccination, notamment dans la reconstitution des vaccins et leur administration, en se débarrassant dans les six heures des vaccins reconstitués, et dans la gestion des déchets.
- Enregistrer correctement les doses administrées sur des fiches de pointage et dans des registres.
- Fournir les informations clés aux parents: date, heure et lieu de la prochaine vaccination, nombre de visites encore nécessaires à la femme ou à l'enfant, que faire en cas d'incident à la suite d'une vaccination.

Les services de vaccination donnent une occasion sérieuse d'étudier les besoins sanitaires des enfants et de leurs parents. Ceci est d'autant plus vrai que lors des séances avancées et des séances de vaccination mobiles les participants à ces séances accèdent souvent très peu aux services de santé fixes.

Plusieurs journées sanitaires pour l'enfance et d'autres activités du genre campagnes fournissent actuellement d'autres services sanitaires en plus de la vaccination. L'intégration des services survient aussi régulièrement dans plusieurs FS et lors des séances avancées. Certains critères à considérer lors de la recherche des moyens de combiner la vaccination avec d'autres services sanitaires sont indiqués dans le tableau ci-après.

CRITERES A CONSIDERER LORSQUE LA VACCINATION EST ASSOCIEE A D'AUTRES INTERVENTIONS

Critères liés à l'intervention	Critères liés au système sanitaire
<p>Une intervention ou un service sanitaire a de fortes chances d'être associé à la vaccination systématique...</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il vise le même groupe cible • S'il nécessite un calendrier ou une fréquence similaire • S'il a des besoins logistiques similaires • S'il est accepté à un même niveau par les malades, les communautés et les agents de santé • S'il exige que les agents de santé aient un niveau de compétences similaire 	<p>Une autre intervention ou service de santé a de fortes chances d'être associé parfaitement à la vaccination...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les différents responsables de programmes cherchent à promouvoir la politique d'intégration et de la coordination • Si les politiques nationales appuient les deux interventions • Si l'appui financier est assuré pour chaque intervention • Si les structures de soins de santé primaires existantes appuient la mise en œuvre des deux interventions • Si la responsabilité d'appuyer et de contrôler chaque intervention est clairement définie dans les programmes • Si les agents de santé sont "polyvalents", et non désignés pour une seule intervention • Si la combinaison des interventions ne dérange pas, ni ne crée de charge trop lourde pour la prestation des services

De nombreux pays ont adopté des approches pour accélérer les services de vaccination et d'autres services grâce à des campagnes périodiques. Ces activités portent différents noms suivant les pays, par exemple, les Journées ou Semaines de la santé infantile, Préservation ou Renforcement des services de proximité (SOS/EOS), les Journées de Vaccination Plus, etc. En général, elles s'appellent "activités périodiques de vaccination intensifiées". Bien qu'elles diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre, elles présentent cependant des caractéristiques communes, à savoir :

- Les doses de vaccination administrées sont généralement considérées comme courantes, et non supplémentaires (à l'instar des JNV ou des JLV).
- D'autres services sont assurés, les plus communs actuellement étant la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- Dans plusieurs pays, ils sont assurés au moins deux fois l'an.
- Pour les responsables locaux et les dirigeants politiques, ces services augmentent la visibilité et l'importance de la vaccination et des autres services de santé de base.
- Ils donnent l'occasion de susciter davantage au sein des communautés le besoin d'une vaccination systématique en vue de compléter le programme de vaccination.

INDICATEUR DE BASE POUR « ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES »

Adapter et utiliser l'indicateur de processus suivant, tiré de l'outil de monitoring de l'ACD, pour monitorer la composante « Atteindre les populations-cibles » à travers les services de santé. Le meilleur moyen de monitorer cette composante consiste tout simplement à mesurer la couverture vaccinale aux niveaux décentralisés (district et FS) [voir également la composante "Monitoring pour action"].

% des séances de vaccination avancées organisées par rapport aux séances programmées par les FS au cours d'une période donnée (**mois***).

Cet indicateur de base rappellera aux ESD et aux FS (et informera les instances supérieures du système sanitaire) de suivre et de mettre en priorité les ressources sur la base de la couverture vaccinale suivant le type de stratégie (stratégie fixe, avancée, mobile). L'indicateur de base précise la façon dont les programmes sont effectivement menés, mais ne comble pas les lacunes de la composante « Atteindre les populations-cibles », par rapport au type de stratégie. Pour cela, votre pays devra commencer à enregistrer les données et à les rapporter suivant la stratégie de prestation des services adoptée.

Les indicateurs supplémentaires utilisés dans l'outil de monitoring de l'ACD (Annexe 2) font encore penser à la façon de suivre la couverture vaccinale suivant le type de stratégie.

* fréquence basée sur les orientations nationales

Ressources Techniques

WHO/AFRO/EPI, Cours MLM pour les cadres du PEV. Module 5.

Augmenter la couverture vaccinale. March 2004 – Draft 2.

http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%205.pdf

Augmenter la couverture vaccinale dans une aire de santé.

WHO/V&B/02.27, World Health Organization, Geneva, December 2002

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

Fondements de l'immunisation: Guide pratique. Chapter 3. Prestations des services de vaccination, pp. 43-59.

http://www.pbnip.com/portfolio/pub_examples/immunizationessentials.pdf

Exemple de Pays

Guidelines for Mobile Brigades (Mozambique, MOH, Project HOPE, CHANGE Project), 2005.

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

5

ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE

Cette composante de l'ACD encourage le personnel de santé à entrer en partenariat avec les communautés pour gérer et mettre en oeuvre les programmes de vaccination et les autres services sanitaires et aussi pour créer la demande de services et garantir aux communautés la confiance en l'efficacité et la fiabilité de ces services.

5.1

POINTS ESSENTIELS

La communauté est normalement considérée comme un groupe de personnes vivant dans la même zone géographique. Ceci étant vrai, les personnes qui s'identifient parfaitement comme appartenant à la même religion, au même parti politique ou à la même situation économique peuvent aussi être considérées comme formant une "communauté" pour ce qui est de la vaccination et des autres soins de santé primaires.

Pour atteindre toutes les femmes et tous les enfants remplissant les conditions requises, les responsables locaux et les groupes communautaires de différents types doivent s'engager dans la planification, l'organisation et la création de la demande de services de vaccination. Des partenariats effectifs entre les agents de santé et les communautés sont particulièrement importants pour atteindre les populations difficiles à atteindre et réduire les perdus de vue et les non atteints.

Le rôle de la communauté dans « l'accroissement de la demande » de vaccination est souvent cité comme la raison-d'être de l'engagement communautaire. Cependant, le manque de motivation ou de désir d'être vacciné ne serait que l'une des nombreuses raisons pour lesquelles les femmes et les enfants ne sont pas totalement vaccinés. En effet, d'après les recherches, si les ressources sont disponibles en temps et lieu opportuns, et si les services fournis sont de bonne qualité, la plupart des mamans et des tuteurs d'enfants éprouvent vraiment le désir de faire vacciner leurs enfants.

Il devient donc plus facile de comprendre les raisons d'une faible couverture vaccinale au moment où les personnels de district et des FS établissent un lien avec la communauté et engagent ses membres à participer à la planification, à la promotion, à la mise en œuvre et au suivi des services. La communauté a un rôle important à jouer dans l'information des mamans et des tuteurs sur les avantages et la disponibilité des services de vaccination.

5.2

CREER DES PARTENARIATS EFFICACES AVEC LES COMMUNAUTES

Pour créer des partenariats efficaces avec les communautés, les **équipes de santé** doivent être formées et capables :

- D'identifier les organisations communautaires, les leaders communautaires (politiques, religieux et autres responsables) et les autres résidents qui ont un rôle à jouer dans l'amélioration des services de vaccination et des autres services de soins de santé primaires.
- De faire prendre conscience à ces groupes des dangers que constituent les maladies évitables par la vaccination et de la disponibilité des services de vaccination et d'autres services des SSP.
- D'inciter les groupes communautaires à jouer un rôle et à s'impliquer en s'engageant dans la planification, la création du besoin d'être vacciné et l'organisation des séances de vaccination.
- Faire un plaidoyer auprès des leaders communautaires afin d'accroître leur appui aux services de vaccination et les autres services des SSP.
- De former et de recycler le personnel des FS et les éducateurs communautaires afin de mieux communiquer avec les communautés et les motiver.
- De mettre en place des accords entre les communautés et le personnel sanitaire, tout en soulignant leur collaboration et leurs responsabilités les uns vis-à-vis des autres.
- De tenir les responsables locaux informés de leur statut vaccinal et des autres indicateurs de SSP.
- De monitorer et de reconnaître les contributions des communautés à l'amélioration des services.
- Fournir des supports sur les maladies évitables par la vaccination ou les effets secondaires dus à la vaccination.

5.3

SERVICES SOUCIEUX DES BESOINS DE LA COMMUNAUTE

L'apport de la communauté est souvent requis pour rendre les services plus soucieux des besoins des usagers. Les mesures à prendre pour rendre les services plus accessibles et plus acceptables à tous les membres de la communauté comprennent :

1. Arriver à connaître les populations—Où vivent-elles? Que font-elles? Où se trouvent les groupes difficiles à atteindre? Qui sont-ils? Qui sont leurs dirigeants? Qui écoutent-ils pour les questions de santé?
2. Solliciter l'apport de la communauté pour fixer les calendriers et les lieux des vaccinations. Comme il a été noté précédemment dans la composante « Atteindre les populations-cibles », cela suppose la rencontre avec les responsables locaux pour mieux comprendre les obstacles qu'ils rencontrent et élaborer des stratégies pour les surmonter.
3. Travailler ensemble pour décider de l'heure et du lieu de la séance avancée de vaccination, et étudier les moyens par lesquels la communauté peut contribuer. Ceci suppose l'offre de services de vaccination et des autres services de soins de santé primaires à des moments qui conviennent aux populations. Par exemple:
 - Tenir les séances de vaccination le soir, les jours de marché, un samedi ou un dimanche après-midi par mois pour s'assurer que les parents qui travaillent peuvent y amener leurs enfants.
 - Dans les aires où les mamans ou les tuteurs travaillent au champ ou vendent au marché dans la matinée, une autre stratégie pourrait consister à transférer les heures de service des premières heures de la matinée aux heures tardives de l'après-midi.

Même s'il n'est pas possible de tenir compte des besoins de tous les membres de la communauté lors de l'élaboration des programmes, en consultant les communautés à travers les réunions, les entretiens et les discussions en groupes, le personnel sanitaire pourra découvrir les préférences des communautés. Cela lui permettra d'élaborer un programme capable de satisfaire les besoins de la majorité des membres de la communauté.

5.4

IMPLIQUER LES COMMUNAUTÉS DANS LA PRESTATION DES SERVICES

Les communautés peuvent aider de plusieurs manières aux activités de vaccination et à d'autres activités de soins de santé primaires. Dans plusieurs pays, des membres des communautés sont mobilisés pour:

- Motiver les autres à utiliser les services de vaccination et les autres services de soins de santé primaires.
- Nettoyer un site (école, foyer communautaire, etc.) en vue d'une activité en stratégie avancée.
- Transporter les vaccins et les agents de santé, surtout pour les séances de stratégie avancées.
- Informer les autres membres de la communauté de l'heure d'arrivée de l'agent ou de l'équipe de santé au lieu de la séance de la stratégie avancée de vaccination.

- Enregistrer les malades, contrôler les foules et arranger des aires d'attente plus confortables le jour d'une séance fixe ou d'une séance de proximité, en assurant de l'ombre et en arrangeant de l'espace et des sièges).
- Livrer des messages d'éducation sanitaire, y compris la minimisation des rumeurs circulant sur la vaccination.
- Enregistrer les nouveaux nés et rechercher les perdus de vue
- Préparer les visites domiciliaires lorsque les enfants sont planifiés pour la vaccination, expliquer la vaccination et motiver les tuteurs

5.5

LE RÔLE DE LA COMMUNICATION

Plusieurs études menées indiquent que les agents de santé constituent la source la plus courante des informations sanitaires dans la plupart des communautés. Il convient donc d'établir une communication plus efficace entre les agents de santé et les communautés afin d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de vaccination et des autres services de SSP.

Communiquer efficacement signifie écouter, comprendre, encourager et travailler avec les individus et les communautés pour améliorer leur santé ainsi que les services mis à leur disposition. Informer tout simplement les individus, sans aucun échange en retour, ne suffit pas.

Les agents de santé, les parents et les communautés doivent savoir: ²

- Quels vaccins administrer et à quoi ils servent (par exemple, le DTC protège les bébés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) —sans toutefois oublier qu'il n'y a pas nécessairement une grande corrélation entre les connaissances des parents sur la maladie contre laquelle lutte le vaccin, et le fait de faire vacciner leurs enfants.
- Les effets secondaires de chaque vaccin et quelles mesures prendre le cas échéant.
- La date, le lieu et l'heure de la prochaine séance de vaccination.
- Que même les enfants malades doivent être amenés à la vaccination.
- Que seuls les enfants complètement vaccinés sont les mieux protégés contre les maladies évitables par la vaccination.
- L'importance de conserver les cartes de vaccination en lieu sûr et de toujours les apporter au centre de vaccination.

Pour amener la communauté à mieux comprendre et à mieux utiliser les services, les districts doivent intégrer les activités stratégiques de communication et de vulgarisation dans leurs plans de travail et leurs budgets annuels. Ils doivent aussi former et recycler les agents de santé pour améliorer leurs compétences en matière de communication interpersonnelle et de création de partenariats. Au niveau du district, les gestionnaires ont un rôle important à jouer dans le plaidoyer et la rétro information en informant régulièrement

les responsables de district et des organisations sur les performances du programme de vaccination.

Les communautés peuvent aider à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des services de vaccination et des autres services des SSP. Lorsque le personnel sanitaire consulte les communautés à propos du lieu d'implantation des services et du calendrier des activités, les séances de vaccination deviennent plus commodes pour les

utilisateurs concernés. Lorsque le personnel de santé donne aux communautés des informations et des avis sur la couverture vaccinale et les épidémies, et qu'il sollicite la contribution de la communauté pour résoudre les problèmes, les communautés s'intéressent davantage à leurs FS, et cela suffit à les encourager à les utiliser. Pour travailler efficacement avec les communautés, le personnel d'encadrement sanitaire et les agents de santé doivent comprendre la dynamique communautaire, posséder de solides compétences en matière de communication et reconnaître le rôle que les partenaires communautaires peuvent et doivent jouer dans l'amélioration des services.



Photo Credit: Harvey Nelson, Courtesy of Photoshare

INDICATEURS DE BASE POUR « ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE »

Adapter et utiliser les indicateurs de processus suivants, tirés de l'Outil de Monitoring de l'ACD (Annexe 2), pour suivre « le lien avec la communauté » à travers les districts et les établissements sanitaires.

% de **DISTRICTS** qui organisent au moins (une) réunion par (trimestre) pendant laquelle la vaccination et les autres services de soins de santé primaires font l'objet de débats avec les responsables des organisations communautaires, les autorités locales, les chefs religieux, etc.

% de FS qui organisent au moins (une) réunion par (trimestre) pendant laquelle la vaccination et les autres services de SSP font l'objet de débats avec les représentants des organisations communautaires, les dirigeants politiques, les congrégations religieuses, etc.

Ces indicateurs de base vont rappeler aux FS et aux ESD de district (et informer les instances supérieures du système sanitaire) qu'il est important d'impliquer les communautés dans les problèmes de vaccination et autres services de SSP.

Outre le fait de savoir si les réunions de la communauté sont tenues ou non, les responsables voudront aussi savoir qui y participe, connaître la qualité des informations qui y circulent, et le degré de collaboration des communautés avec les FS pour améliorer les services.

Ressources Techniques

WHO/AFRO/EPI, Cours MLM pour les cadres PEV, Module 3.
Communication pour les programmes de vaccination. March 2004 – Draft2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%203.pdf

Vaccination en pratique. Module 8. Building Community Support for
Immunization. WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004.
<http://www.who.int/vaccines-documents/DoxTrng/b4iip.htm>
Partnering with Communities: Training for Mid-level Managers (MLM),
Module 2. WHO/IVB/02.08. World Health Organization, Geneva, 2008.

Strengthening Immunization Programmes: The Communication
Component. BASICS II/USAID. Arlington, Virginia, USA, May 2004.
<http://www.basics.org/documents/pdf/Immunization%20CBC%20document.pdf>

Exemples de Pays

Bringing Immunization Services Closer to Communities: The Reaching
Every District Experience in Ghana. WHO/Ghana. March 2005. http://www.who.int/countries/gha/publications/RED_approach_in_Ghana.pdf

Community Problem Solving and Immunization Strategy Development –
Linking Health Workers with Communities. UNEPI Ministry of Health of
the Republic of Uganda, Kampala, Uganda, August 2003.
http://www.basics.org/documents/pdf/Community_Problem_Solving_Uganda.pdf
http://www.basics.org/documents/pdf/Facilitators_Guide_Consultation%201.pdf
http://www.basics.org/documents/pdf/Facilitators_Guide_Consultation%202.pdf

6

SUPERVISION FORMATIVE

La supervision formative, porte essentiellement sur la promotion de la qualité des prestations des services grâce à une évaluation périodique et à un renforcement des capacités, attitudes et conditions de travail des prestataires de services. Elle comprend: la formation courante sur le tas, la rétro information et le suivi avec le personnel afin que les mesures courantes ou récemment prises soient correctement prises en compte.

6.1

POINTS ESSENTIELS

La supervision formative est reconnue comme étant une approche capitale pour l'amélioration de la qualité des services et de la gestion des programmes. La supervision formative doit être inscrite dans les politiques nationales et être effectuée régulièrement à tous les niveaux.

La supervision formative est un processus par lequel les personnels techniques, désignés et formés comme superviseurs, évaluent les performances des autres membres du personnel, fournissent une rétro information positive ou négative, et travaillent en collaboration avec ledit personnel pour combler les lacunes de leurs performances. C'est une activité importante destinée à garantir l'efficacité de l'action des services de vaccination. Elle peut et doit être complétée par d'autres stratégies visant l'amélioration des performances telles que:

- La formation pré-emploi
- La formation continue
- L'encadrement
- L'échange de visites (de pair à pair)
- Les documents de référence (manuels, sites web)
- Les aides à l'emploi
- Les plans d'action visant à améliorer la satisfaction dans le travail: l'accroissement des avantages accordés aux employés, la reconnaissance publique du personnel, l'amélioration du milieu de travail, le pourvoi des postes, etc.

La supervision formative suppose l'observation des performances, suivie d'une rétro information documentée qui permettent de résoudre les problèmes de manière collaborative. Pour être efficaces, les superviseurs doivent, non seulement être de bons techniciens avec une grande capacité d'observation, mais aussi avoir de bonnes aptitudes de communication interpersonnelle, capables de susciter la confiance et avoir une attitude sympathique vis-à-vis du personnel chargé de la vaccination.

COMMENT PLANIFIER LA SUPERVISION FORMATIVE?

En collaboration avec le personnel des FS, les ESD doivent planifier leur supervision formative en l'intégrant dans le microplan annuel du district. Le programme des activités doit préciser les sites à superviser en priorité, en indiquant un calendrier bien précis (voir échantillon de microplan, Annexe 1). Là où c'est possible, les ESD doivent planifier, au minimum, la fréquence des visites recommandées par les orientations nationales.

PAR QUI ET A QUELLE FREQUENCE DOIT S'EFFECTUER LA SUPERVISION FORMATIVE ?



Dans une FS dotée d'un certain nombre de personnel, la personne désignée comme chef de cette structure doit, à l'aide d'un instrument de suivi, observer au moins chaque mois le personnel de façon structurée. D'autre part, les superviseurs du niveau du district doivent visiter chaque FS au moins tous les trois mois. Le personnel provincial et national doit aussi superviser au moins tous les trois mois le personnel dans les districts et les provinces respectivement. Si chaque FS doit être visitée au moins autant de fois par an que le recommandent les orientations nationales, il est aussi clair que les ESD doivent accorder beaucoup plus d'attention (visites de suivi et autres visites d'appui--voir « Points essentiels » ci-dessus) aux aires qui enregistrent les plus faibles performances.

EN QUOI CONSISTE LA SUPERVISION?

La supervision formative doit être considérée comme un renforcement des capacités, et non pas comme une évaluation, ni comme un moyen d'infliger des sanctions. Une séance de supervision comporte:

- Une évaluation des pratiques (à travers l'observation, même des séances de vaccination, les discussions et l'examen des registres et des diagrammes).

Photo Credit: Jenny Sequeira, JSI

- Un débat participatif sur les observations faites, en soulignant les résultats positifs et négatifs.
- Une discussion sur un petit nombre de points sur lesquels tout le monde s'accorde pour y apporter des améliorations.
- Une discussion sur la stratégie et les mesures à adopter pour la réalisation des activités, à savoir, ce que le personnel même de la FS essayera de faire, ce que le personnel de district pourra faire, et, dans certains cas, ce que le personnel ou le système doit faire; et enfin, un rapport écrit des décisions conjointes prises par rapport aux changements (améliorations) auxquels tout le monde a adhéré, et qui feront l'objet d'un suivi par la suite.

COMMENT ETABLIR LES NORMES?

La supervision doit évaluer le degré de conformité des prestataires des services aux techniques courantes du Programme national élargi de vaccination et aux pratiques qui reflètent des attitudes positives. Il est fortement recommandé d'utiliser une approche participative qui amène le personnel de la santé à tous les niveaux à un consensus sur les responsabilités (les tâches), par rapport au PEV et les normes d'exécution (qualité d'exécution), que doivent respecter chaque type de travailleur impliqué dans le PEV. En outre, les gestionnaires de programme doivent prioriser des tâches essentielles et des normes afin de permettre aux superviseurs de mener des évaluations sur le site et à l'extérieur. Un outil de supervision (voir Annexe 3) doit refléter les normes techniques et les attitudes prioritaires qui permettent au superviseur d'évaluer des éléments comme :

- La disponibilité et la qualité des vaccins ou des approvisionnements et le matériel de la chaîne du froid.
- Les indicateurs tels que la couverture vaccinale pour la rougeole et le DTC3, le taux des abandons, les séances programmées par rapport aux séances effectuées (séances fixes, avancées ou mobiles), les occasions manquées et le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée, etc.
- L'utilisation des données pour la prise des décisions.

LA SUPERVISION FORMATIVE DOIT-ELLE COUVRIR TOUS LES SERVICES OU RIEN QUE LE PEV ?

Une supervision centrée sur un seul service comme le PEV peut être beaucoup plus détaillée et plus circonscrite qu'une supervision intégrée, laquelle est peut-être de valeur limitée parce qu'elle couvre plus souvent plusieurs domaines techniques et de façon superficielle. Cependant, plusieurs systèmes de santé ne disposent pas suffisamment de personnel, ou de financement pour se procurer des véhicules ou du carburant leur permettant de superviser séparément chaque programme ; aussi, un certain degré d'intégration est souvent nécessaire. La meilleure solution est d'associer visites sur place et visites à l'extérieur pour se concentrer sur un à trois domaines techniques lors d'une quelconque visite. Les visites de supervision formative doivent être programmées de telle sorte

qu'un domaine technique, quel qu'il soit, comme par exemple la vaccination, soit évalué de manière approfondie au moins trois fois par an, et plus souvent encore, pour être optimiste.

QUELS INSTRUMENTS FACILITENT LA SUPERVISION FORMATIVE ?

Un instrument semblable à celui décrit en Annexe 3 est recommandé. L'instrument guide les superviseurs et les prestataires des services supervisés, grâce à une approche participative constructive permettant d'identifier les domaines nécessitant qu'on s'y intéresse, grâce à des discussions sur les tenants et les aboutissants des domaines plus fragiles, à des accords conjoints clairs en faveur de la résolution des problèmes portant sur les prochaines étapes et les responsabilités. Les visites de supervision doivent durer quelques heures au moins, mieux encore si elles durent plus, pour qu'elles ne soient pas des exercices de pure forme où l'on remplit seulement des listes de présence, mais plutôt des séances de travail auxquelles participent des équipes conjointes. Enfin, une étape importante dans le développement d'un bon système de supervision formative consiste en l'utilisation d'une approche participative pour s'accorder sur le sens de chaque élément (pratique évaluée). Cette étape permet à plusieurs superviseurs (sur le site ou à l'extérieur) d'utiliser les mêmes critères d'évaluation pour chaque pratique, et de rendre plus valide la classification des données recueillies sur un district ou sur tout autre niveau.

COMMENT UTILISER LES INFORMATIONS COLLECTÉES?

Les données recueillies lors des supervisions sont surtout destinées aux prestataires des services de santé et aux responsables des FS; ceux-ci s'imprègnent donc des problèmes existants et élaborent un plan de résolution de ces problèmes. Le superviseur externe utilise la liste de contrôle et les fiches d'engagement lors de sa prochaine visite pour évaluer les progrès réalisés ou les lacunes enregistrées, ainsi que les raisons de ces lacunes. L'ESD, celle de la province ou l'équipe nationale peut mesurer les indicateurs à travers les services de santé (des districts ou des provinces) et prendre des dispositions—comme la formation, les aides à l'emploi, les nouvelles procédures, politiques ou prévisions en matière d'emploi—pour étudier les indicateurs les moins performants qui ne connaissent pas d'améliorations.

QUELQUES CONSEILS POUR DES VISITES DE SUPERVISION D'APPUI EFFICACES

- Accorder suffisamment de temps pour que les visites aient un sens, surtout les visites intégrées.
- Suivre les recommandations des précédentes visites de supervision.
- Observer les séances de vaccinations et autres interventions de santé.
- Organiser des interviews à la sortie pour connaître les appréciations des tuteurs.
- Reconnaître les bonnes performances et corriger en privé les erreurs

techniques et de procédure.

- Assurer la formation sur le terrain, y compris l'actualisation des politiques et technologies en vigueur et identifier les besoins futurs en formation ainsi que les perspectives de carrière pour le personnel.
- Etudier ensemble les principales conclusions, les solutions possibles et les actions à entreprendre, et évaluer l'état d'avancement des plans de travail.
- Inscrire dans le cahier de supervision (voir échantillon du Carnet de contrôle, Annexe 1, et modèle général de supervision d'appui dans l'Annexe 3) les remarques, appréciations et actions convenues pour le suivi.
- S'accorder sur la date de la prochaine visite de supervision formative sur la base du plan d'activités de supervision.

Les programmes nationaux et de district doivent tenir compte du développement et de l'utilisation d'un modèle de supervision semblable à celui qui figure dans l'Annexe 3. Il est conçu spécialement pour évaluer les indicateurs importants de la qualité des programmes et faciliter une méthode positive de formation d'équipes et de résolution de problèmes au cours des visites de supervision.

INDICATEURS CLES DE LA " SUPERVISION FORMATIVE "

Adapter et utiliser l'indicateur de processus suivant, tiré de l'outil de monitoring de l'ACD (Annexe 2), pour monitorer la « supervision formative » effectuée dans les districts.

% de **DISTRICTS** qui organisent au moins (chiffre minimum) de visites de supervision formative par (trimestre) dans chacune des FS.

Cet indicateur clé a pour rôle de rappeler aux ESD (et d'informer les instances supérieures du système sanitaire) qu'il est important de procéder régulièrement à la supervision formative dans chaque FS selon la fréquence prescrite par les orientations nationales.

En plus de vérifier si les visites de supervision formative sont organisées à une fréquence minimum, les districts et ceux qui les supervisent voudront aussi revoir la fréquence des visites effectuées auprès des FS, et qui sont supérieures au minimum fixé, la qualité de ces visites (suffisamment de temps, observation des séances, formation sur le tas, etc.), et les appréciations écrites ainsi que le suivi. Ces éléments peuvent être suivis par les districts (autoévaluation) et à travers les visites de supervision formative effectuées auprès des districts par les instances supérieures du système sanitaire.

Ressources Techniques

OMS/AFRO/EPI, Cours MLM pour les gestionnaires du PEV. Module 21. Supervision formative par les gestionnaires du PEV. March 2004 – Draft 2. www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%2021.pdf

Marquez, L. and L. Kean, “Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems,” MAQ Paper No. 4, Supplement to Population Reports, Volume XXX, No. 4. USAID, 2002. www.maqweb.org/iudtoolkit/service_delivery/maqpaperonsupervision.shtml

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

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

Exemple de Pays

PATH and National EPI, Vietnam. “Improving Immunization Through Supportive Supervision.” Seattle: PATH, 2007.

www.path.org/files/CP_vietnam_supportive_sup_fs.pdf
WHO/AFRO/EPI, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Module 21. Supportive Supervision by EPI Managers. March 2004 – Draft 2. www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%2021.pdf

7

MONITORING POUR ACTION

Le monitoring de l'information sanitaire implique l'observation, la collecte et l'analyse des données du programme. La composante " Monitoring pour action" va plus loin dans ce sens, car non seulement elle analyse les données, mais en plus elle utilise ces données à tous les niveaux pour orienter le programme en mesurant les progrès réalisés, identifier les domaines qui nécessitent des interventions spécifiques et procéder à des révisions pratiques des plans.

7.1 POINTS ESSENTIELS

Les ESD et le personnel des FS ont besoin d'un flux continu d'informations qui les renseignent si les services sont de bonne qualité et accessibles aux populations-cibles; qui est atteint et qui ne l'est pas; les ressources sont-elles utilisées efficacement et les stratégies vont-elles dans le sens des objectifs.

Les données collectées sur les activités de vaccination au niveau de la FS doivent aussi bien être utilisées par le personnel dudit établissement que par les superviseurs et les leaders communautaires. Trop souvent, l'information ne circule dans le système sanitaire que sous forme de rapports et n'est pas utilisée par le personnel de santé pour évaluer leur propre performance ou résoudre des problèmes. Les agents des FS doivent utiliser leurs propres données sans attendre les descentes de l'équipe de supervision (autoévaluation).

Les ESD et le personnel des FS peuvent rapidement être submergés par la quantité de données – surtout dans les zones où les ressources humaines sont limitées. Il est important de déterminer quels éléments des données sont indispensables pour le suivi du programme afin de réduire la charge de données collectées et rapportées.

La supervision formative et la tenue régulière de réunions sont nécessaires pour former et guider le personnel dans la collecte et l'utilisation des données. Lors des visites effectuées dans les FS, les ESD doivent disposer de suffisamment de temps pour analyser les données et organiser des stages de formation sur place à l'intention du personnel des dites FS. Dans le cas où la supervision est intégrée, il peut s'avérer nécessaire d'organiser de temps en temps une visite de supervision focalisée sur la vaccination afin que les superviseurs fournissent

un appui aux FS relevant de leur compétence,, puis , ils doivent à leur tour bénéficier des conseils et du soutien du niveau supérieur.

Pour être à même de monitorer l'efficacité des stratégies de prestation des services, les données doivent être inventoriées et transmises suivant que les vaccinations sont effectuées dans des sites fixes, avancés ou mobiles. Si le pays ne procède pas encore de cette manière pour la collecte et le monitoring des données d'immunisation, il faudrait intégrer cette technique à l'approche ACD.

Des données erronées ou obsolètes sur le recensement, les migrations des populations et les changements imprévus des taux de natalité et de mortalité infantiles modifient souvent la taille de la population-cible et compliquent l'interprétation des taux de couverture vaccinale. Dans ces cas, qui sont assez fréquents, les programmes nationaux de vaccination doivent travailler sur le long terme avec les unités de planification sanitaire et l'administration locale pour rectifier les chiffres du recensement. A court terme, les recensements locaux (comme par ex., ceux effectués avant toute campagne contre la polio ou la rougeole) peuvent servir de dénominateur « officieux » pour les besoins de recherche du taux de couverture vaccinale (voir aussi la composante « Planification et gestion des ressources », puisque le processus de microplanification inclut l'identification de toutes les populations-cibles).

7.2

MONITORING POUR ACTION

Le suivi et l'utilisation des données pour action à mener est un processus cyclique comprenant les cinq étapes dont la liste et la description sont présentées ci-dessous.

ETAPES DU MONITORING POUR ACTION

- ETAPE 1: Fixation des normes de performance
- ETAPE 2: Choix des indicateurs et des cibles
- ETAPE 3: Collecte et transmission des données
- ETAPE 4: Analyse et retro-information
- ETAPE 5: Prise de décision correctrice

ETAPE 1 : FIXATION DES NORMES DE PERFORMANCE : AU NIVEAU NATIONAL

Les normes de performance décrivent les normes nationales et les ambitions du programme de vaccination. Pour que ces normes reflètent les performances antérieures et les ressources disponibles, elles doivent être adaptées et doivent être consignées par écrit pour orienter le suivi des performances.

ETAPE 2 : CHOIX DES INDICATEURS ET FIXATION DES CIBLES: AU NIVEAU NATIONAL POUR LES INDICATEURS ET A TOUS LES NIVEAUX POUR LES CIBLES

On peut recourir à bon nombre d'indicateurs différents pour procéder à un suivi des performances des districts et des FS, mais les indicateurs de la couverture vaccinale sont les plus courants. La couverture vaccinale indique la proportion de la population-cible (enfants âgés de moins d'un an ou femmes enceintes) qui a été vaccinée. Les pays utilisent des indicateurs de couverture vaccinale différents pour suivre les divers aspects des performances du programme. Les indicateurs de couverture vaccinale les plus couramment utilisés sont :

- **Les taux de couverture DTC1 ou BCG** servent à suivre l'accès d'une population aux services de VR. Un taux élevé de couverture avec l'un ou l'autre de ces antigènes signifie que les services de VR sont disponibles, accessibles et utilisés au moins une fois durant l'année par la plupart des membres de la population-cible.
- **Le DTC3 ou le VAR** servent à suivre la capacité du système de santé à fournir des services de vaccination d'une manière jugée et acceptable par la population-cible. Lorsque cet indicateur est peu satisfaisant, il faut toujours effectuer des recherches supplémentaires pour savoir si l'offre des services de vaccination ou si l'utilisation par la population des services disponibles en est la raison sous-jacente.
- **Les taux d'abandons** mesurent l'utilisation par la population des services de vaccination, qui peuvent être réalisés de différentes manières. Les taux d'abandons les plus couramment utilisés sont ceux qui portent sur DTC1- DTC3, et DTC1-VAR. Indépendamment de l'indicateur choisi, les taux élevés d'abandons de la vaccination (>10 %, selon les normes de l'OMS) posent néanmoins un problème qui peut avoir un rapport avec un ensemble de facteurs, notamment le mécontentement des clients par rapport aux services disponibles ou la perception de la qualité de ces services, et/ou une offre irrégulière de services. Une étape importante de la résolution du problème consiste à trouver les causes de ces taux élevés d'abandons.
- **Nombre d'enfants « non vaccinés » ou insuffisamment vaccinés.** Une innovation et les « pratiques optimales » de l'approche ACD ont consisté à classer les districts par ordre de priorité pour l'introduction de l'approche ACD, sur la base du chiffre arithmétique d'enfants non vaccinés, en comparaison avec d'autres districts. Pour une description détaillée des critères utilisés pour hiérarchiser les districts au regard de l'ACD, voir page 7 de l'Annexe 4 intitulée Augmenter la couverture vaccinale au niveau dans une aire de santé (OMS/V&B/02.27).

On peut fixer des objectifs pour tous ces indicateurs de performances et d'autres qui ont trait aux composantes et aux questions opérationnelles de l'ACD. Pour avoir une liste exhaustive des indicateurs proposés, voir l'outil de monitoring de l'ACD à l'Annexe 2.

ÉTAPE 3 : COLLECTE ET TRANSMISSION DES DONNÉES : À TOUS LES NIVEAUX INTERMÉDIAIRES

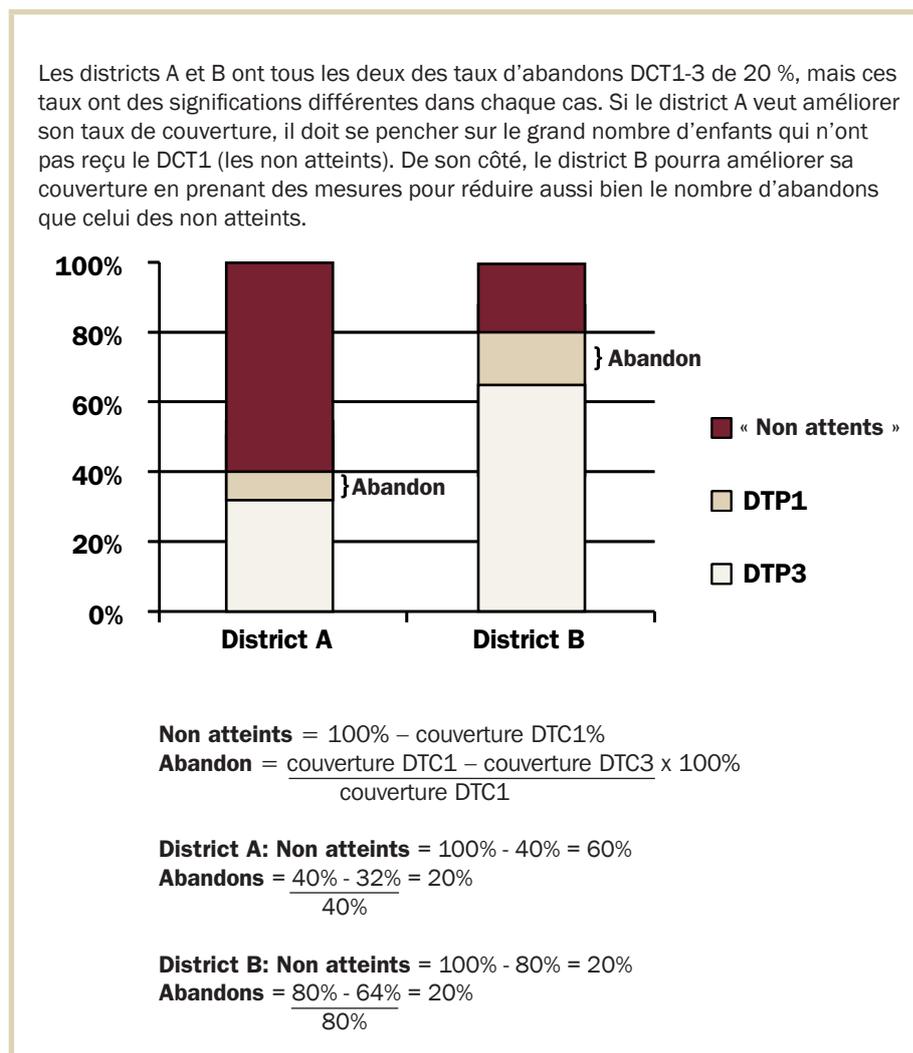
Un suivi efficace nécessite un système d'information sanitaire qui fonctionne bien – un système qui fournit des données exactes, fidèles et en temps opportun sur la couverture vaccinale, les abandons et d'autres critères essentiels. Les données relatives à la vaccination peuvent être collectées par le biais d'un programme de vaccination, d'un système intégré d'information sur la santé, ou des deux à la fois. L'ACD met l'accent sur l'amélioration de la promptitude et de l'exactitude des données sur la vaccination à travers tout type de système d'information utilisé. Le diagramme de suivi standard utilisé au niveau des FS permet de suivre, retrouver et d'utiliser les données.

ÉTAPE 4 : ANALYSE ET COMMENTAIRES : À TOUS LES NIVEAUX.

Les établissements sanitaires « commentent » leurs propres informations à l'intérieur pour le personnel du centre et à l'extérieur pour les communautés/parties prenantes. La régularité de l'analyse et de l'examen des données est primordiale à tous les niveaux, comme le sont les rétro informations écrites et le suivi. Les outils qui sont sensibles aux modifications brusques et à une évolution plus subtile de la couverture, notamment les diagrammes de suivi et les cartes détaillées des zones desservies concernant chaque centre de santé, sont également importants.

Pour savoir si les problèmes concernant les non atteints (couverture peu satisfaisante avec le DTC1) ou les abandons (taux d'abandons élevés avec le DTC3) ou les deux à la fois, se poursuivent, les responsables de la vaccination doivent comparer l'évolution de la couverture vaccinale sur plusieurs années. Ils doivent également apprendre à interpréter les taux d'abandons, en tenant compte de la couverture réelle, comme le montre l'exemple de la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Exemple : Interprétation des abandons

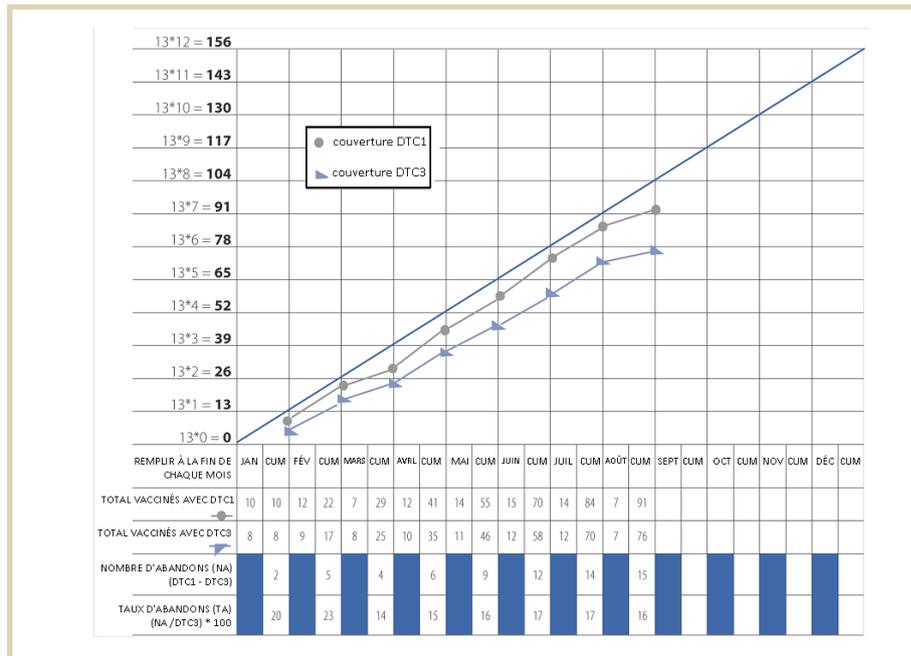


On encourage tous les niveaux du système de santé à fournir régulièrement aux niveaux inférieurs des rétro informations relatives aux données. En règle générale, ceci amène les districts à budgétiser et à animer régulièrement des rencontres d'évaluation (leur fréquence peut être fondée sur les directives nationales) avec les FS afin de mettre en commun et d'examiner l'évolution des données et les solutions apportées aux problèmes, notamment l'échange de connaissances pratiques avec les pairs. Parmi d'autres types de réaction formelle, on peut citer les évaluations de la qualité des données (par ex. les auto-évaluations de la qualité des données), les rapports sur les mesures prises au niveau du district ou à un niveau supérieur, ainsi que les directives spécifiques afin que les FS puissent agir.

Les FS qui en sont chargés doivent également examiner leurs propres données, afin de s'assurer que le personnel et les principaux acteurs de la

communauté sont tenus informés des résultats du programme de vaccination. Les faits observés montrent que lorsque les communautés prennent part à la planification et au suivi de la couverture vaccinale, de l'incidence des maladies et de la mortalité, elles sont plus enclines à aider les FS à mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer l'accès aux services de vaccination et leur utilisation. Afficher de manière ostensible les diagrammes présentant les abandons et le suivi de la vaccination sur les murs des FS peut être un outil utile pour aider le personnel de santé à suivre de près les progrès qu'ils ont accomplis dans la réduction des abandons et la minimisation du nombre des laissés pour compte. Pour que les diagrammes de suivi soient le plus efficace possible, ils doivent être tenus à jour, correctement dessinés et affichés de manière ostensible.

Figure 2 : Échantillon des taux d'abandons et diagramme de suivi pour le DTC1 et le DTC3



Source : La vaccination en pratique, Module 7 : Suivre et utiliser vos données (OMS/IVB/04.06)

ETAPE 5 : LESSONS APPRISSES ET ACTION CORRECTRICES: A TOUS LES NIVEAUX

En monitorant et en analysant leurs données, les ESD et le personnel des FS doivent chercher les explications qui se cachent derrière les données sortant de l'ordinaire ou n'ayant pas de sens. Il faudrait pour ce faire compter sur l'expérience et la connaissance de la région desservie (et parfois même sur l'intuition). Pour apporter une aide effective au personnel des FS, les ESD ont également besoin du soutien de leur hiérarchie pour procéder au monitoring des données. Il leur faut également posséder des aptitudes de facilitateur, afin d'être en mesure de prodiguer des conseils aux niveaux inférieurs dans le domaine de la résolution des problèmes et d'autres aspects du « monitoring

PRINCIPAUX INDICATEURS POUR LE « MONITORING POUR ACTION »

Adapter et utiliser les indicateurs des processus suivants, tirés de l'outil de monitoring de l'ACD (Annexe 2), pour assurer « le monitoring pour action » dans tous les districts et les FS.

% des **DISTRICTS** qui organisent au moins (une) rencontre d'évaluation par (trimestre), au cours de laquelle les données, les tendances et le suivi en vue des actions à mener font l'objet de discussion avec les FS.

% de l'ensemble des rapports sur la vaccination que les **DISTRICTS** reçoivent (chaque mois) [Remarque : Les rapports reçus des FS doivent être transmis à temps et être complets pour être valables].

% des FS qui disposent de diagrammes actualisés de suivi de la vaccination, correctement dessinés ET affichés ostensiblement dans les FS par (trimestre) [Remarque : Tous les trois critères doivent être respectés pour être valables ; la définition du terme « actualiser » doit être arrêtée au niveau national].

Ces indicateurs clés mesurent la quantité d'efforts que les districts et les FSs déploient pour communiquer, suivre et mettre à jour les données sur la vaccination. Ils ont pour but de rappeler aux FS et aux ESD (et d'informer ceux qui se trouvent à un niveau plus élevé du système de santé) l'importance qu'il y a à recourir aux données propres aux localités pour procéder en temps utile aux ajustements de l'offre de vaccination et d'autres services de SSP.

En plus de s'assurer que les districts et les FS suivent et examinent les données, les superviseurs voudront également savoir non seulement si les données sont réellement bien comprises et actuellement utilisées pour trouver une solution aux problèmes, mais également de quelle meilleure manière atteindre toutes les populations-cibles (un exercice plus qualitatif que quantitatif). Ces aspects qualitatifs du « monitoring pour action » peuvent être évalués durant la supervision formative, les rencontres d'évaluation, les séances de réflexion en commun au sein des districts/FSs lors de la microplanification, etc.

pour action ».

Le fait de poser des questions relatives aux données peut pousser les districts et les FS à prendre des mesures. Les ESD auront besoin d'apporter un appui soutenu au personnel des FS afin qu'il dispose des connaissances, des aptitudes et de la confiance nécessaires pour utiliser les données collectées. Les districts doivent également se demander s'il faut prêter plus d'attention et affecter davantage de ressources aux FS peu performants où les besoins sont importants, ou s'il faut utiliser leurs ressources pour récompenser les FS très performants et les aider à maintenir un taux de couverture élevé, ou les deux à la fois. Voici ci-dessous une liste indicative des questions que les districts et les FS doivent poser lorsqu'ils analysent les problèmes liés à la couverture vaccinale et décident des mesures à prendre en guise de réponse.

QUESTIONS A POSER LORS DE L'ANALYSE DES DONNEES SUR LA VACCINATION

- Quelles sont les causes principales du faible taux de couverture vaccinale dans votre FS ?
- S'agit-il de problèmes d'accès et/ou d'utilisation ?
- Quelles sont quelques-unes des principales causes de ces problèmes (approvisionnement, personnel, fourniture et demande de services, IEC, etc.) ?
- Quelles solutions locales peuvent le mieux s'attaquer à ces causes ?
- Quelles ressources (actuelles et supplémentaires) faut-il pour apporter des solutions ?
- Comment pouvez-vous revoir votre plan, compte tenu de l'analyse ci-dessus ?
- Existe-t-il des possibilités dans votre district pour mener et étayer la recherche opérationnelle visant à améliorer les performances et à apporter des innovations ?
- Comment pouvez-vous mieux impliquer les communautés, afin qu'elles comprennent les tendances des données, ce que ces dernières signifient et comment les communautés peuvent elles-mêmes contribuer à les prendre en compte ?

7.3

RESSOURCES

OMS/AFRO/EPI Cours MLM pour les gestionnaires du PEV.
Module 20. Monitoring de la vaccination de routine et gestion des données.
March 2004 – Draft2.
http://www.afro.who.int/ddc/vpd/epi_mang_course/pdfs/english/Mod%2020.pdf

OMS Augmenter la couverture vaccinale dans une aire de santé.
WHO/V&B/02.27, World Health Organization, Geneva, December 2002
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

OMS Vaccination en pratique. Module 7. Monitoring et utilisation de vos données.
WHO/IVB, World Health Organization, Geneva, January 2004.
<http://www.who.int/vaccines-documents/iip/PDF/Module7.pdf>

8

CONSIDERATIONS OPERATIONNELLES LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE ACD

8.1

LOGISTIQUE

Le cours MLM à l'intention des gestionnaires de la vaccination, conçu par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, contient des modules qui traitent en profondeur de la logistique. Le Module 8 examine la gestion de la chaîne du froid et le Module 9 la gestion des vaccins.

En règle générale, la logistique comprend la planification, la passation des marchés, la livraison des vaccins et les autres intrants, la gestion et la maintenance du matériel de transport et de la chaîne du froid. Les éléments indispensables à la mise en œuvre du paquet minimum d'activités, en particulier toutes les opérations de vaccination et d'autres interventions essentielles relatives à la santé aux niveaux des districts et des FS, doivent être au bon endroit, au bon moment, en quantité suffisante, de bonne qualité, dans de bonnes conditions et au juste prix.

La mise en œuvre satisfaisante de l'approche ACD dépend d'une logistique efficace et efficiente, notamment :

- La gestion des vaccins et des autres fournitures (prévision, approvisionnement, stockage et distribution), y compris d'autres interventions telles que l'administration de la vitamine A, le déparasitage, les moustiquaires imprégnées, etc.
- La gestion des chambres froides et des denrées sèches (capacités de stockage suffisantes).
- La gestion des transports et des communications, y compris la maintenance et la réparation du matériel.
- La sécurité des injections et la gestion des déchets biomédicaux.

Une condition préalable essentielle à la mise en place d'une logistique efficace et efficiente est l'existence sur place d'un chargé/technicien qualifié de la logistique ayant des connaissances et des compétences professionnelles. Si ce responsable n'existe pas, la demande et l'obtention de son recrutement par le ministère de la Santé ou la collectivité devrait alors être une priorité pour l'ESD.

CHOIX DE LA CHAÎNE DU FROID

Les notions de chaînes du froid lentes et rapides sont très bien décrites dans le Module 8 du cours MLM à l'intention des gestionnaires du PEV – mais elles sont sommairement décrites ci-dessous.

- Une chaîne du froid lente repose sur le matériel frigorifique ; elle a une plus grande capacité de stockage et une capacité de transport moindre – les approvisionnements couvrant une période d'un mois ou plus. Une chaîne du froid lente permet de réduire les frais de distribution des vaccins, mais elle permet d'augmenter la quantité des fournitures en circulation.
- Une chaîne du froid rapide repose sur la vitesse et ne dispose pas d'un matériel frigorifique ; elle a une capacité de transport importante et une capacité de stockage moindre – les fournitures couvrant une période inférieure à un mois. Une chaîne du froid rapide implique des frais de distribution plus élevés qui sont néanmoins compensés en partie par la mise en circulation de petites quantités de vaccins.

Remarque : Au cas où les FS n'ont pas accès à la chaîne d'approvisionnement du niveau supérieur pendant plusieurs mois à cause de la saison des pluies, une chaîne du froid lente doit être mise en place afin que ces FS reçoivent suffisamment de vaccins et autres intrants (notamment le carburant/pétrole, etc.) pour couvrir toute la période d'inaccessibilité. Il est indispensable de prendre cette décision en accord avec les personnels du niveau opérationnel, de telle sorte qu'ils soient capables de comprendre son bien-fondé et qu'ils soutiennent la décision en question. En outre, lors des campagnes, une chaîne rapide aura une incidence sur la chaîne lente – qu'on le veuille ou pas.

ACTIVITES DE LOGISTIQUE AUX NIVEAUX DES DISTRICTS ET DES FS

Les modules 8 et 9 du cours MLM d'AFRO à l'intention des responsables du PEV examinent la pertinence et le processus en vue des aspects suivants :

- Disponibilité des vaccins, du matériel pour les injections et d'autres fournitures.
- Gestion efficace de la chaîne du froid aux niveaux des districts et des FS.
- Existence et fiabilité du matériel de transport et de communication.
- Sécurité de la vaccination.
- Gestion et maintenance satisfaisantes du matériel.

8.2

COMMUNICATION

Les activités et les stratégies de communication, qui font partie des fonctions du programme de vaccination, permettront d'établir un lien entre le programme d'un côté, la communauté et le public-cible de l'autre. Il importe que la communication avec les partenaires soit incluse dans la planification et la mise en œuvre de l'ACD. Les experts de la vaccination doivent collaborer avec les professionnels de la communication, notamment les directeurs du programme de communication, les spécialistes du multimédia et de la publicité, les leaders communautaires et les experts en sciences sociales et changement de comportement.

Les actions stratégiques de communication en faveur de l'ACD doivent être :

- **Guidées par les données** (déterminer les objectifs et les indicateurs).
- **Axées sur la communauté** (planifier les actions de communication avec les communautés – en prenant en compte les besoins des personnes que l'on veut servir ; suivre et évaluer les activités de communication avec les communautés).
- **Axées sur les résultats** (planification, mise en œuvre et utilisation des données reposant sur des bases factuelles).
- **Axées sur les droits humains** (afin « d'amener » les membres de la communauté à prendre en charge leur propre santé/développement).

Pour parvenir à ce résultat, les provinces/districts doivent :

1. Mettre en place et appliquer une stratégie globale de sensibilisation, d'information et de communication qui favorise l'investissement et le soutien de la vaccination et qui satisfait les besoins du PEV et de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination.
2. Apporter un appui technique dans le domaine de la communication afin de renforcer la qualité des plans de communication et leur mise en œuvre et d'assurer leur incorporation dans les initiatives de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et les interventions par maladies.
3. Renforcer la coordination entre le gouvernement, les partenaires et les communautés pour la communication, l'information et les données sur les indicateurs de la vaccination et les maladies évitables par la vaccination.
4. Élaborer des plans de travail en vue d'une communication stratégique ayant des objectifs, des activités, des cibles et des indicateurs clairement définis. Ces éléments doivent être intégrés et révisés chaque année, chaque trimestre ou autre dans le cadre d'examen systématiques de la stratégie de l'ACD. Un plan de travail sur la communication doit inclure le type d'appui à fournir aux niveaux des FS et des communautés, ainsi qu'un budget pour les matériels, les activités de formation, les transports, les services d'appui et les dépenses des services d'exécution.
5. Intégrer les indicateurs de communication dans les formulaires actuels qui sont destinés au suivi de la vaccination, ce qui fait partie de l'évaluation de l'ACD à tous les niveaux.
6. Documenter, mettre en commun et diffuser les enseignements tirés, les outils et les activités.



Photo Credit: Lauren Goodsmith, Courtesy of Photoshare

La décision d'intégrer la vaccination aux autres services de SSP (et les services qui doivent faire partie de la combinaison) est du ressort exclusif de chaque pays. Chacune des sections ci-dessous souligne les conditions favorables et les problèmes qui peuvent être rencontrés lors de l'intégration de la vaccination aux autres services de SSP. Ces sections suggèrent également la manière dont l'ACD et ses cinq composantes peuvent être adaptées pour satisfaire les besoins d'un ensemble intégré de services de SSP.

PLANIFIER ET GERER LES RESSOURCES

Lorsque des services sont combinés ou s'intègrent, les directeurs de programme doivent axer leur attention sur la coordination, la planification et le monitoring des ressources. La logistique et les besoins de ressources sont extrêmement importants. Dans les situations où le personnel de santé est en nombre limité, les directeurs de programme doivent également prendre soin d'ajuster les ajouts à l'ensemble de services, de manière à ce que le personnel de la FS ne soit pas surchargé de travail. Les techniques de microplanification de l'ACD qui sont décrites au chapitre 3 de ce Guide peuvent être adaptées et utilisées pour relever certains de ces défis.

ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES

Dans beaucoup de pays africains aujourd'hui, les vaccinations se combinent avec la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, la distribution des moustiquaires imprégnées, les soins prénataux, la distribution des capsules d'acide folique et de fer aux femmes enceintes, la surveillance de la croissance, l'éducation pour la santé et d'autres services et produits. L'intégration des services s'effectue lors des Journées de la santé infantile, des campagnes de suivi de la rougeole et des autres activités d'accélération de la vaccination. Elle se produit également de façon systématique dans bon nombre de FS et lors des séances avancées. Lorsque les populations éligibles sont identiques, les techniques de l'ACD pour l'identification et l'organisation des services destinés à les atteindre sont les mêmes, bien qu'il puisse y avoir des plans d'exécution différents pour les services eux-mêmes.

ETABLIR UN LIEN ENTRE LES SERVICES ET LES COMMUNAUTES

La fourniture intégrée de services encourage parfois une participation active de la communauté. La manière dont les services sont intégrés doit correspondre aux besoins locaux de santé ; par conséquent, lors de la mise au point d'un ensemble intégré de SSP, le personnel de santé doit consulter les communautés pour connaître leurs « besoins ressentis ». Les problèmes prioritaires de santé peuvent faire l'objet d'une évaluation conjointe avec les communautés, ce qui fait partie de l'analyse de l'état de l'ACD et du processus de microplanification (voir Annexe 1), et lors des rencontres communautaires périodiques. Réaliser plusieurs interventions au cours de la même rencontre peut s'avérer compliqué pour le personnel des FS et des districts de santé. Les membres de la

communauté peuvent néanmoins soulager le personnel de santé en aidant à organiser les séances avancées, en assistant à la tenue des dossiers et au repérage des perdus de vue et en faisant en sorte que la communauté propose un lieu de rencontre ou des repas à l'équipe de santé.

SUPERVISION FORMATIVE

La supervision de divers services ou programmes peut et doit être intégrée dans plusieurs situations. Cependant, cela doit être planifié et mis en œuvre de manière à garantir que chaque service soit fréquemment visité de manière complète afin que la supervision soit utile. Il ne sert à rien qu'un superviseur remplisse tout simplement une longue liste de contrôle couvrant plusieurs domaines techniques, s'il ou elle ne dispose pas également d'assez de temps pour fournir un feedback, hiérarchiser les problèmes avec le personnel de santé et prendre (ou proposer) des mesures correctives de manière constructive. En bref, les principales caractéristiques de la supervision formative décrite au chapitre 6 de ce Guide doivent être prises en compte.

MONITORING POUR ACTION

Dans les pays disposant de systèmes intégrés d'information, la collecte, la transmission, l'analyse et l'utilisation des données d'immunisation et d'autres services devraient être faciles, mais ce n'est pas toujours le cas. Dans les pays où des programmes différents utilisent des systèmes d'information différents, la compilation des données sur les interventions qui sont effectuées ensemble, mais gérées de manière distincte, peut poser un grave problème. Parmi les étapes importantes visant à s'assurer que les districts et les FS disposent de l'information dont ils ont besoin pour procéder au suivi d'un paquet intégré de soins, on peut citer :

1. Évaluer le système ou les systèmes d'information en place (outils, procédures et flux de données).
2. Choisir quelques indicateurs clés pour chaque service ou intervention.
3. Négocier les modifications nécessaires des feuilles de pointage, des registres, des formulaires de rapport et des mécanismes de rétro information.
4. Produire ces outils de suivi en vue de leur utilisation lors des sessions fixe, avancées ou mobiles.
5. Définir comment les données doivent être stockées et présentées pour analyse.

RÉSUMÉ

Les équipes de santé des districts peuvent améliorer la planification, la gestion et l'appui apporté aux membres de leur personnel dans le cadre de l'intégration en :

- S'assurant que la supervision est réellement formative ; planifier des visites vers les FS, de telle sorte que chaque domaine technique, comme la vaccination, soit abordé en profondeur au moins trois fois par an.
- Utilisant les techniques de formation, de microplanification et de monitoring pour action qui soient spécifiques à l'ACD, telles que les opportunités pour le renforcement des capacités du personnel aux niveaux des districts et des FS.
- Intégrant, au cours de la microplanification, une variété de stratégies complémentaires visant à réaliser la couverture vaccinale et d'autres objectifs liés aux SSP, notamment les semaines de vaccination, les journées/semaines de la santé infantile et les AVI ou de style campagne.

9

MONITORING DE L'APPROCHE ACD

9.1

QU'EST-CE QUE L'OUTIL DE MONITORING DE L'APPROCHE ACD

Pour mieux appuyer la mise à l'échelle de l'ACD dans la Région africaine, l'OMS et ses partenaires ont mis au point l'outil de monitoring de l'ACD (Annexe 2). Cet outil aide à déterminer si toutes les cinq composantes de l'ACD sont mises en œuvre complètement et si les districts qui appliquent cette approche sont effectivement en train de réaliser de manière pérenne une amélioration de la couverture vaccinale. L'outil comprend notamment :

1. Les normes indicatives de l'exécution de chacune des cinq composantes de l'ACD qui peuvent être évaluées en se servant d'un ensemble d'indicateurs de base.
2. Un ensemble d'indicateurs de base qui peuvent être mesurés au fil du temps.
3. Une liste d'indicateurs « supplémentaires » ou subsidiaires optionnels qui peuvent s'avérer utiles dans certains contextes nationaux (non inclus dans ce Guide).
4. Un tableur Excel qui peut être utilisé pour collecter, compiler et présenter les données concernant le suivi de l'ACD.
5. Les directives pour l'adaptation de cet outil aux spécifications nationales.

L'outil se propose d'aider les gestionnaires du PEV à prendre de meilleures décisions – sans surcharger les prestataires de services avec davantage de données à collecter et à faire circuler à travers le système de santé. L'outil de monitoring de l'ACD est par conséquent conçu pour être utilisé avec les données disponibles – les données collectées au cours des missions régulières de supervision par les superviseurs, à travers l'information sanitaire ou le système d'information sur le programme de vaccination systématique. L'outil peut être utilisé pour « l'auto-évaluation » par les FS et les districts mettant en œuvre l'ACD. En outre, les superviseurs peuvent l'utiliser pour suivre les fonctions et les résultats clés de la vaccination dans l'ensemble des FS, des districts et des régions.

Ce Guide de terrain met en exergue les normes de performance que l'on attend de chaque composante de l'approche ACD. Sur la base de l'évaluation de l'ACD et des expériences de terrain, les principaux indicateurs de performance des composantes de l'approche sont mis en relief à la fin de chaque composante de ACD et regroupés à l'Annexe 2 ; ils indiquent ce qui suit :

- L'outil de monitoring de performance qui doit être rempli au niveau de la FS (outil spécifique aux FS), et qui joue aussi le rôle de fiche récapitulative.
- L'outil de monitoring de performance qui doit être rempli au niveau du district (outil spécifique aux districts), et la fiche récapitulative (qui présente les données des FS et districts de santé).
- L'outil de monitoring de performance qui doit être rempli au niveau national (outil spécifique aux pays).
- Le récapitulatif au niveau national des résultats de l'ACD aux niveaux intermédiaires.

Les principaux indicateurs mesurent la mise en œuvre de chacune des composantes de l'ACD, ainsi que les résultats attendus. Comme l'ACD elle-même, l'outil de monitoring se focalise sur l'utilisation des données d'immunisation disponibles pour classer les districts et les groupes de population en fonction de leur accès aux services habituels de vaccination et de leur utilisation. En procédant ainsi, les districts tombent dans l'une des quatre catégories décrites à la page 7 de l'Annexe 4 intitulé « Augmenter la couverture vaccinale au niveau d'une aire de santé ». WHO/V&B/02.27 (http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf).

Les indicateurs clés mesurent également les principales procédures de vaccination qui peuvent s'avérer importantes lorsqu'il devient nécessaire de procéder aux ajustements des stratégies de fourniture de services, de renforcer les liaisons communautaires, d'affiner la logistique, d'actualiser les microplans, etc.

À chaque niveau du système de santé, il est proposé un nombre minimum d'indicateurs de base de l'ACD qui reflètent ce que les gestionnaires « ont besoin de savoir ». Les indicateurs supplémentaires ou subsidiaires sont incorporés dans l'outil parce qu'ils peuvent être utiles dans des contextes nationaux particuliers. Certains pays utilisent déjà un certain nombre d'indicateurs proposés ; d'autres peuvent être nouveaux. Les indicateurs supplémentaires font l'objet d'un examen approfondi dans l'outil de monitoring lui-même. Le but ultime de cet outil est de permettre aux pays et à leurs niveaux inférieurs de mieux comprendre comment l'approche ACD est en train d'être mise en œuvre, de procéder ensuite aux ajustements de la programmation pour réaliser et pérenniser l'amélioration de la couverture vaccinale. Cela peut s'opérer de la manière la plus efficace si l'outil de monitoring de l'ACD reste souple et tourné vers les pays qui l'adaptent à leur usage propre, selon les contextes nationaux spécifiques.

ADAPTER LE GUIDE DE L'APPROCHE ACD

Comme souligné dans l'Introduction, ce Guide intègre les « bonnes pratiques » et les « enseignements tirés » au cours de la mise en œuvre de l'ACD dans divers pays. Bien qu'il existe de nombreuses similitudes d'un pays à l'autre, il y a également d'importantes différences qui doivent être prises en compte pour qu'un guide comme celui-ci puisse être compris et utilisé au niveau national. Effectivement, une adaptation minutieuse du Guide devrait constituer l'une des premières étapes de l'introduction ou de la revitalisation de l'approche ACD dans tout pays.

Que nécessite l'adaptation du Guide ? Elle exige que l'on pose une série de questions auxquelles il faut répondre et qu'on adapte ensuite l'approche et le texte du Guide pour que ce dernier cadre avec les réalités nationales. Si votre pays a déjà introduit l'ACD et que vous envisagez d'utiliser ce Guide révisé lors des stages de recyclage ou que vous souhaitez seulement introduire l'ACD dans de nouveaux districts, vous devrez le lire attentivement et adapter ensuite la terminologie, afin qu'elle reflète l'approche que vous avez adoptée.

Pour ceux qui n'ont pas encore introduit l'ACD dans leur pays ou qui commencent seulement à le faire, une première étape importante de l'adaptation du Guide consistera à décider à quel niveau du système de santé l'approche se concentrera et comment elle sera dénommée.

Si votre système de santé ne compte que deux niveaux d'administration (par ex., national et district), vous concentrerez l'ACD au niveau du district. Mais si vous travaillez au sein d'un système de santé plus vaste – un système à trois ou quatre niveaux d'administration – vous devez décider du niveau opérationnel sur lequel vous allez mettre l'accent, parce que ce niveau peut ne pas correspondre à un « district ». Vous pouvez aussi avoir besoin de désigner l'approche ACD par un autre nom. Dans la Région Africaine par exemple, la même approche ACD est actuellement désignée par ACZ (Atteindre chaque zone), ACS (Atteindre chaque salle) et ACE (Atteindre chaque enfant) dans les différents pays.

Décider de la dénomination de l'approche ACD et du niveau où se focaliser constituent les deux premières étapes du processus d'adaptation. Le tableau ci-après met en exergue d'autres questions auxquelles il faut répondre, s'agissant de chacune des cinq composantes.

QUESTIONS À POSER LORS DE L'ADAPTATION DU GUIDE

CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

- Quel est le niveau opérationnel de l'ACD dans votre pays ? S'agit-il du « district » ou d'un équivalent du district qui porte un nom différent ?
- Allez-vous prioriser les districts devant bénéficier de l'ACD ou introduire cette approche dans tous les districts ?
- Si vous optez pour la priorisation, quels sont les critères que vous allez utiliser ? Donner la priorité aux districts qui ont un grand nombre d'enfants non vaccinés est l'une des « bonnes pratiques » de l'ACD ; mais de sérieux obstacles d'ordre géographique ou culturel et des taux de couverture vaccinale peu élevés ont également été utilisés comme critères dans certains pays.
- L'approche ACD sera-t-elle introduite pour améliorer la couverture des multiples services de SSP ? Quels services ? L'adaptation de chacune des composantes de l'approche ACD nécessitera l'appui à un ensemble combiné et intégré de services.

COMPOSANTE: PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES

- La planification et la budgétisation dans les districts sanitaires sont-elles intégrées ou spécifiques aux programmes de vaccination ?
- Quel rôle joue l'ESD dans la planification de la vaccination (et d'autres services SSP) ? Les étapes génériques présentées dans la section du Guide intitulée « Planification et gestion des ressources » doivent être adaptées pour cadrer avec le processus de planification et de gestion du pays. Étant donné que le public-cible du Guide est l'ESD, il doit également faire l'objet d'ajustements pour cadrer avec les besoins des ESD dans leurs missions d'appui aux FS.
- La vaccination est-elle proposée seule ou comme une partie d'un ensemble de services SSP ? Si elle est proposée comme partie intégrante d'un ensemble de services, les outils de microplanification qui figurent à l'Annexe 1 devront être révisés, afin qu'ils prennent en compte d'autres interventions en matière de SSP. Les étapes du processus de microplanification peuvent également nécessiter une révision afin que soit clairement indiqué celui qui participe à la planification et à la gestion aux niveaux du district et de la FS.

COMPOSANTE : ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES

- Les termes « fixe », « avancé », « mobile » et « activités intensifiées de vaccination périodiques » (qui sont tous utilisés dans le Guide) peuvent signifier des choses différentes dans divers pays. Définir ces termes en fonction de vos politiques nationales et les utiliser ensuite de la même manière d'un bout à l'autre du Guide.

- Les politiques nationales appuient-elles une stratégie pour la fourniture des services déterminés par les districts ? Si tel n'est pas le cas, vous pourrez avoir besoin de plaider en faveur d'une dérogation ou d'une modification de la politique avant une mise en œuvre intégrale de l'ACD.
- Le système d'information en place fait-il déjà rapport du nombre de vaccinations réalisées par le type de mécanisme de fourniture de services, par exemple le centre fixe, les sites avancés, les cliniques mobiles, la campagne nationale ou locale, etc. ? Si tel n'est pas le cas, cela peut être nécessaire plus tard.
- Dans la plupart des districts, les chiffres officiels de la population sont-ils exacts ? S'ils ne le sont pas et s'ils ont une incidence sur la planification et le suivi des résultats, quelles en sont les raisons sous-jacentes ? Peuvent-ils être pris en compte à travers l'utilisation de dénombrements officieux ou d'autres renseignements disponibles ?
- Quel est le public cible de la version finale de votre Guide de l'approche ACD ? Comment allez-vous l'utiliser pour ce public cible ? S'assurer que la langue utilisée dans le Guide est compatible avec cet usage et que toutes les recommandations sont dirigées vers ce(s) public(s) cible(s).

COMPOSANTE : ETABLIR UN LIEN ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE

- Comment définit-on une « communauté » dans votre pays ? Utiliser les termes et définitions qui sont connues et utilisées par tous.
- Si les clubs des mères, les comités de santé communautaire et d'autres groupes communautaires sont des réalités de votre pays, utiliser les appellations courantes de ces groupes dans le texte adapté, afin de vous « approprier » le document.
- Les agents de santé communautaire ou les volontaires de la santé communautaire sont-ils actifs dans votre pays ? Si tel est le cas, peuvent-ils être impliqués dans l'amélioration de la compréhension et de l'utilisation des services de vaccination (sans les surcharger) ? S'ils le peuvent, ajouter à ce guide de district une section décrivant leur rôle en matière de vaccination et d'autres services SSP.
- Les groupes confessionnels, les mosquées et d'autres congrégations religieuses constituent-ils un important réseau communautaire ? Le cas échéant, encourager les districts et les FS à les impliquer.
- Existe-t-il des normes pour la fréquence des rencontres entre le personnel de santé et les communautés ? Qui doit y assister ? Modifier les niveaux de performance et les indicateurs de suivi se rapportant à la composante communautaire, afin qu'ils cadrent avec ces normes.

COMPOSANTE : SUPERVISION FORMATIVE

- Quelles sont les politiques de supervision et les pratiques actuellement en cours ? Recenser les problèmes de supervision les plus courants (par ex. la fréquence, le contenu, les techniques d'encadrement, la documentation, etc.) et se focaliser sur ces problèmes lors de l'adaptation du Guide.
- Existe-t-il des descriptions de postes et des normes de rendement pour les superviseurs, les responsables et les chargés de la vaccination ? Si ceux-ci n'existent pas, les former avant l'instauration de cette composante de l'ACD, et y faire référence dans le Guide adapté.
- Les outils de supervision actuels sont-ils disponibles et utilisés ? Sont-ils efficaces ? Si oui, y faire référence dans le Guide. Si non, modifier et produire des quantités suffisantes de ces outils avant l'introduction de cette composante de l'ACD. Éviter des outils qui sont très complexes (par ex. éviter des listes de contrôle trop longues à remplir) et trop générales (par exemple, lorsque les données ne sont pas détaillées et ne peuvent pas être examinées, comparées, analysées sous tous les angles, et utilisées pour résoudre les problèmes.
- Les procédures de supervision, les outils et les superviseurs eux-mêmes revêtent-ils un caractère formatif ? Les superviseurs ont-ils été formés pour servir de conseillers au personnel des FS ? Les superviseurs doivent être des personnes averties et capables de dispenser une formation en cours d'emploi et d'avoir des réactions constructives. Ces attentes doivent être explicitement indiquées dans le Guide.
- La supervision est-elle intégrée ou orientée exclusivement vers la vaccination ? Si elle est intégrée, des changements dans la formation des superviseurs peuvent s'avérer nécessaires avant l'instauration de cette composante de l'approche ACD.

COMPOSANTE : MONITORING POUR ACTION

- Les données sur la vaccination sont-elles gérées et communiquées « verticalement » ou comme une partie intégrante du système intégré de gestion de l'information sanitaire ? Montrer clairement le type de système d'information utilisé dans votre pays.
- Existe-t-il des indicateurs bien établis de la vaccination (et d'autres services SSP) qui sont généralement utilisés pour réaliser un suivi de la performance. Si c'est le cas, les utiliser, mais examiner également la possibilité d'adopter les principaux indicateurs recommandés dans l'outil de monitoring de l'approche ACD.

- Qui collecte les rapports et a un accès aisé aux données sur la vaccination ? Dans certains pays, les agents chargés de la vaccination et les responsables du PEV remplissent les registres et les feuilles de pointage, alors que les statisticiens travaillant dans les FS effectuent la compilation de ces données et préparent les rapports. Les gestionnaires des chambres froides peuvent eux aussi collecter d'importantes quantités de données sur la vaccination qui ne figurent pas dans les rapports périodiques de service. Le Guide adapté doit clairement indiquer les rôles que jouent les différents personnels aux niveaux des FS et des districts sanitaires.
- Le DQS est-il actuellement utilisé dans votre pays ? Par tous les districts ? Avec quelle fréquence ? Si le DQS est actuellement utilisée, le faire apparaître dans le Guide et suggérer les voies et moyens par lesquels les résultats pourraient être utilisés pour améliorer la qualité et l'utilisation des données.
- Quels sont les niveaux et les normes de performance concernant l'utilisation des données sur la vaccination par les ESD et le personnel des FS ? Que doivent-ils faire des données ? Et avec quelle fréquence ? Intégrer ces normes et un indicateur de suivi adapté ou des indicateurs permettant de réaliser le suivi de cette composante de l'ACD dans la version finale du Guide.

QUESTIONS OPERATIONNELLES

- La logistique : quelles sont les caractéristiques des systèmes de logistique qui ont une incidence sur les districts et les FS ? La logistique et la chaîne du froid pour la vaccination dans chaque pays sont légèrement différentes. Ces dernières années, la plupart d'entre eux ont amélioré ces systèmes. Les politiques nationales relatives au processus d'approvisionnement, à la manipulation, à la comptabilisation des vaccins et à d'autres matériels de vaccination, ainsi que la gestion des déchets, doivent être prises en compte lors de l'adaptation du Guide.
- Communication : quelles sont les techniques les plus courantes d'éducation du public, de vulgarisation et de mobilisation sociale aux niveaux des districts et des FS ? Il peut être important d'ajouter un contenu limité au Guide, afin de faire apparaître ces techniques. On doit également faire référence, dans le Guide, aux outils et aux matériels spécifiques aux pays pour l'éducation du public, la vulgarisation et le counselling.

SUIVI ET EVALUATION DE L'APPROCHE ACD

- Des orientations pour l'adaptation et l'utilisation du nouvel outil de monitoring de l'ACD aux niveaux national, des districts et des FS sont incorporées dans l'outil lui-même.

ANNEXES

ANNEXE 1: OUTILS DE MICROLANIFICATION DE L'APPROCHE ACD

UTILISATION DES OUTILS DE PLANIFICATION ET DE MONITORING DE L'APPROCHE ACD: QUI DOIT LES REMPLIR ET QUAND ?

Les personnels des FS sont chargés de remplir les outils de l'approche ACD ci après :

Chaque année:

- 1a – Analyse de situation: caractéristiques socio démographiques
- 1b – Carte des aires de santé et leurs formations sanitaires
- 2a – Analyse de situation, identification des problèmes et fixation des priorités
- 2b – Analyse des causes des problèmes et recherche de solutions
- 3 - Objectifs et cibles de la couverture vaccinale
- 4a – Estimations de besoins en vaccins et autres fournitures
- 4b – Estimations des besoins en matériel d'injection
- 5a – Cartographie sociale: détermination des parties prenantes/partenaires
- 7a – Récapitulatif du plan d'action et du budget de l'ACD

Chaque trimestre:

- 5b – Etablir un lien entre les services de vaccination et les communautés : calendrier des activités

Chaque mois:

- Outil de monitoring de la performance des FS

Les ESD sont chargées de remplir les outils de l'approche ACD suivants :

Chaque année:

- 7a – Synthèse du plan d'action et du budget de l'ACD
- Indicateurs de performance du district par rapport aux cibles et objectifs

Chaque trimestre:

- 6 – Supervision formative dans le cadre de l'*ACD* : calendrier des activités

Chaque mois:

- Outil de monitoring de la performance des districts de santé

Les personnels du niveau NATIONAL sont chargés de remplir les outils de l'approche ACD ci après :

Chaque mois:

- Outil de monitoring de la performance au niveau national

ANNEXE 1 (SUITE)

Formation Sanitaire

L'Approche « Atteindre Chaque District »

Microplan

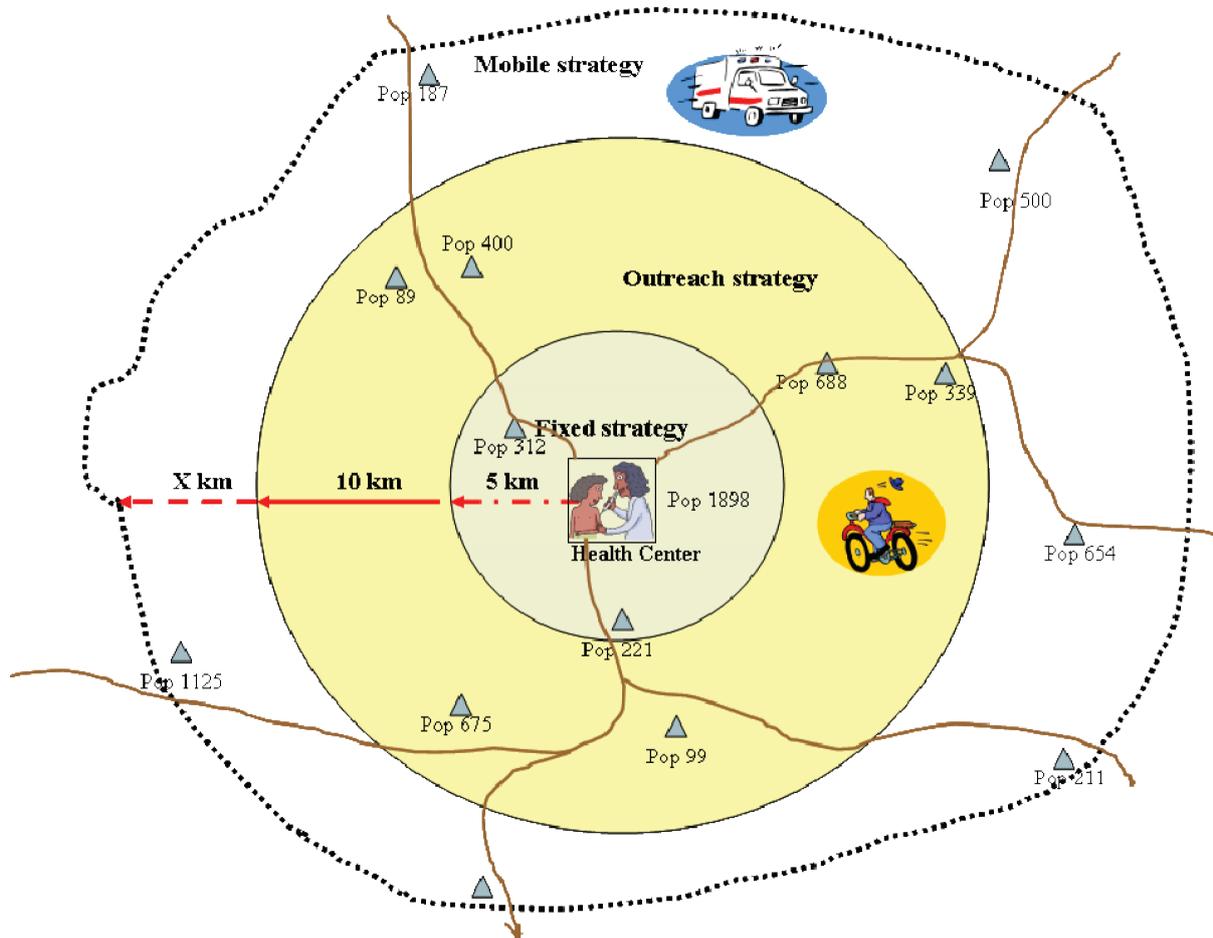
Nom de la formation sanitaire

District

Pays

Année

**Outil 1b: Carte du District/Formation Sanitaire avec les Zones Desservies
(Voir Exemple Ci-Dessous)**



Mobile strategy : stratégie mobile
 Outreach strategy : stratégie avancée
 Fixed strategy : stratégie fixe

Outil 2a: Analyse de Situation, Identification des Problèmes et Fixation des Priorités (Vaccination des Enfants)

District sanitaire: _____ Formation sanitaire: _____ Date: _____

Zone desservie (Village, quartiers, banlieues)	Collecter des données sur la population, les doses de vaccin administrées Calculer la couverture vaccinale au cours des 12 derniers mois						Analyse des problèmes					Classer par ordre de priorité			
	Population cible	Doses de vaccin administrées			Couverture vaccinale (%)		Non-vaccinés (Nbre)		Taux d'abandons (%)		Identifier les problèmes		Catégoriser les problèmes		
	<1 an (Enfants survivants)	DTC1	DTC3	Rougeole	DTC1	DTC3	Rougeole	DTC1-DTC3	DTC1-Rougeole	Accès	Utilisation	Catégorie 1,2,3,4	Classificat° par ordre de priorité 1,2,3,4		
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P

Légende:

- F = (C/B) X100
 G = (D/B) X100
 H = (E/B) X100
 I = (B - D)
 J = B - E
 K = [(C-D)/C] X100
 L = [(C-E)/C] X100
- M = MEDIOCRE (DTC1 < 80%) OU BON (DTC1 > 80%)
 N = MEDIOCRE (DTC1-Rougeole > 10%) OU BON (DTC1 - Rougeole < 10%)
 O = (1) Pas de problème: taux d'abandons faible, de couverture élevé OU (2) Problème d'utilisation : Taux d'abandons élevés, taux de couverture élevé OU (3) Problème d'accès : Taux d'abandons faibles, taux de couverture faibles ou (4) Problème d'utilisation et d'accès: Taux d'abandons élevés, taux de couverture faible
 P = (1) TRES ELEVE ou (2) ELEVE ou (3) MOYEN ou (4) FAIBLE, basé sur le nbre d'enfants non-vaccinés et la catégorie du problème

⁵ Cet outil peut servir pour l'analyse de situation d'autres interventions relatives à la santé maternelle et infantile

Outil 2b: Analyse des Causes des Problèmes et Recherche de Solutions (Vaccination en Bas-âge)

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

Date: _____

Composantes du système	Problèmes identifiés	Causes des problèmes	Solutions (avec les ressources existantes et supplémentaires)	Personnes en charge et éventuel calendrier des activités
Prestation des services				
Approvisionnement, qualité et logistique des vaccins				
Plaidoyer et communication				
Surveillance				
Gestion du programme				

Outil 3: Objectifs et Cibles de la Couverture Vaccinale⁶

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

Date: _____

Objectifs de la couverture vaccinale: (déterminer le plus élevé) % de couverture pour tous les antigènes

Zone desservie (Quartiers, banlieues villages, etc.)	Priorité Tel que définie dans l'outil 2a	Population				Personnes à vacciner par mois				Distance (km de la FS)	Stratégie Fixe, avancée, mobile	Séances (No par an)	Transport	
		Naissances vivantes	Enfants survivants	Femmes enceintes	Naissance s vivantes	Enfants survivants	Femmes enceintes	(No par an)	Type				Coût	
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M		

- F, G & H: Pop cible x objectif de couverture/12
- K: Chaque village doit être visité au moins quatre fois par an
- L: A pied, vélo, moto, voiture, embarcation
- M: Frais de location ou de carburant + indemnité de séjour (s'il y a lieu)

⁶ Se référer à l'outil 2a au moment de remplir le tableau ci-dessus

Outil 4a: Estimations de l'Approvisionnement en Vaccins et Autres Fournitures

Vaccin	Population cible	Couverture attendue	Doses	Facteur de pertes	Stock tampon	Besoins (doses)	
	No	%	No		25%	Annuels	Mensuels
BCG							
Vaccin DTC							
VPO							
VAR							
VAA							
VAT							
Autre vaccin							
Autre vaccin							
Vit A 100,000 IU							
Vit A 200,000 IU							
<i>Autre fourniture (par ex. Albendazole, MII)</i>							
<i>Autre fourniture</i>							

Outil 4b: Estimations des Besoins en Matériel d'injection

Matériels d'injection	Besoins en vaccins par an				Calcul	Besoins en seringues	
	Doses	Flacons	Coefficient de pertes	Stock tampon		Annuels	Mensuels
Seringues BCG 0.05ml					1 par dose		
Seringues BCG pour solvant					1 par flacon		
Seringues AB pour DTC					1 par dose		
Seringues AB pour rougeole (VAR)					1 par dose		
Seringues rougeole pour solvant					1 par flacon		
Seringues AB pour VAT					1 par dose		
Seringues AB pour VAA					1 par dose		
Seringues VAA pour solvant					1 par dose		
Seringues pour autre vaccine					1 par dose		
Total seringues							
Réceptacles de sécurité de 5 litres					1 pour 100 seringues*		

* Si l'IES utilise un coupe-aiguilles, le réceptacle de sécurité peut contenir plus de 100 seringues puisque les seringues viennent sans aiguilles

Coefficient de pertes: Utiliser 1,11 comme coefficient de pertes (10% taux de pertes)

Stock tampon: Utiliser 25%

Outil 5a: Cartographie Sociale: Détermination des Parties Prenantes/Partenaires

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

Date: _____

Zone desservie	Ecole		Leaders d'opinion	Institutions religieuses		Tradipraticiens		Agriculteurs & hommes d'affaires		ONG/OAC/Autres	
	Nom	Directeur		Nom	Personne-ressource	Nom	Personne-ressource	Nom	Personne-ressource	Nom	Personne-ressource
(Quartier/ banlieue, villages)											
Forces actuelles des principaux partenaires:											
Opportunités et menaces:											

Outil 5b: Etablir un lien Entre les Services de Vaccination et les Communautés : Calendrier des Activités

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

Année: _____

Trimestre : _____

No	Activité	Où (lieu)	Qui (Personne responsable)	Quand (Dates)			Observations
				Mois: _____	Mois: _____	Mois: _____	

Outil 6 : Supervision Formative dans le Cadre de l'approcheACD : Calendrier des Activités

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

Année: _____

Trimestre: _____

No	Activité	Où (Lieu)	Qui (Personne responsable)	Quand (Dates)			Observations
				Mois: _____	Mois: _____	Mois: _____	

L'ESD et autres intervenants s'entendent avec l'équipe de la FS sur les dates qui conviennent aux deux parties pour les descentes de supervision formativ ve et de suivi. Les FS qui disposent de sous-centres de santé doivent envisager la même procédure pour la supervision formative. Cette remarque s'applique également aux communautés utilisatrices de ces FS.

Outil 7a: Synthèse du Plan d'action et du Budget de l'ACCD

District sanitaire: _____

Formation sanitaire: _____

S/N	Activités	Détails	Date début	Date fin	Coût total	Personne responsable	Observations
A Planification et gestion des ressources							
A1							
A2							
A3							
B Atteindre les populations-cibles							
B1							
B2							
B3							
C Etablir un lien entre les communautés et les services							
C1							
C2							
C3							
D Supervision formative							
D1							
D2							
D3							
E Monitoring et utilisation des données pour action							
E1							
E2							
Grand Total							

ANNEXE 2: OUTILS DE MONITORING DE L'APPROCHE ACD

Pour un meilleur appui à la mise en oeuvre de l'approcheACD dans la Région africaine, l'OMS et ses partenaires ont mis au point un outil de monitoring. Son objectif est d'aider à déterminer si toutes les cinq composantes sont complètement mises en oeuvre et si les districts qui appliquent cette approche parviennent effectivement à augmenter la couverture vaccinale et à la maintenir. L'outil comprend notamment:

1. Des normes de performance indicatives qui pourront servir pour l'évaluation de chacune des composantes ACD grâce à un ensemble d'indicateurs de base.
2. Un ensemble d'indicateurs de base qui peuvent être mesurés au fil du temps.
3. Une liste d'indicateurs facultatifs « supplémentaires » ou subsidiaires qui peuvent être utiles dans des situations particulières à chaque pays (qui ne sont pas inclus dans le présent Guide).
4. Un tableur Excel qui peut servir à collecter, compiler et présenter les données de monitoring.
5. Des directives permettant d'adapter l'outil de monitoring aux conditions spécifiques du pays.

L'outil est destiné à aider les gestionnaires à prendre de meilleures décisions – sans surcharger les prestataires des services d'un surcroît de données à rassembler et transmettre par le canal du système sanitaire. Par conséquent, l'outil de monitoring de l'ACD est conçu pour être utilisé avec les données existantes – données collectées par les superviseurs grâce au système d'information sanitaire courant ou du système d'information du programme de vaccination durant leurs visites de supervision ordinaires, etc. L'outil peut servir pour l'autoévaluation des FS et districts de santé qui appliquent l'ACD. En outre, les superviseurs peuvent s'en servir pour monitorer les principales fonctions et les résultats de la vaccination dans l'ensemble des FS, les districts et les régions.

Pour de plus amples informations, se référer au chapitre 9 du présent Guide.

L'outil de monitoring de l'ACD contient six formulaires dont six sont inclus dans cet Annexe :

- A. Liste des indicateurs de base, définition, unité de mesure et fréquence suggérée pour la collecte
- B. Outil de monitoring à compléter au niveau des FS
- C. Outil de monitoring à compléter au niveau du district, y compris la synthèse des données des FS
- D. Outil de monitoring à compléter au niveau national
- E. Synthèse de la performance de l'ACD au niveau local à compléter au niveau national
- F. Indicateurs supplémentaires (ne sont pas inclus dans le présent Guide)

N°	Composante ACD	Domaine	Indicateur de base	Définition de l'indicateur de base, Unité de mesure et fréquence suggérée pour la collecte		
1	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES	PLANIFICATION	Microplans actualisés	FS Nbre de FS dotés de microplans actualisés / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	District Nbre de districts dotés de microplans actualisés / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle/semestrielle	National Le plan national annuel du PEV est-il actualisé ? Mesure : Oui/Non Fréquence : annuelle
				Nbre de FS sans rupture d'antigènes / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	Nbre de districts sans rupture d'antigènes / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	Y a-t-il rupture des stocks d'antigènes au niveau national ? Mesure : Oui/Non Fréquence : mensuelle
3	SECURITE	SECURITE	Pas de rupture des stocks de seringues AB	Nbre de FS sans rupture de seringues AB / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	Nbre de districts sans rupture de seringues AB / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	Y a-t-il rupture des stocks de seringues AB au niveau national ? Mesure : Oui/Non Fréquence : mensuelle
Nbre de FS dont au moins un agent a été formé pour la vaccination au cours de l'année précédente / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle				Nbre de districts dont au moins un agent a été formé pour la vaccination au cours de l'année précédente / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : annuelle		
5	FINANCEMENT	FINANCEMENT	Décaissement de fonds pour la vaccination systématique	Nbre de FS ayant décaissés des fonds pour des activités de proximité / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	Nbre de districts ayant décaissés des fonds pour les activités de vaccination systématique / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	A-t-on débloqué des fonds pour les activités de vaccination systématique au niveau national ? Mesure : Oui/Non Fréquence : mensuelle
Nbre de FS ayant tenu au moins une réunion avec la communauté / Nbre total de FS Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle				Nbre de districts ayant tenu au moins une réunion avec la communauté (OAC et/ou responsables locaux / Nbre total de districts Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle		
6	ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE	ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE	Tenue de réunions avec la communauté	Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	

N°	Composante RED	Indicateur de base	Définition de l'indicateur de base, Unité de mesure et fréquence suggérée pour la collecte	
			FS	National
7	ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES	Effectivité des activités de stratégie avancée: <i>Lorsque la population cible des activités de stratégie avancée n'est pas bien définie, utiliser# séances tenues / # séances prévues</i>	Nbre de doses DTCl administrées en stratégies avancées par la FS / Nbre total de doses DTC prévus pour être administrées au cours du mois X100	
			Mesure : Nbre/dénom & pourcentage Fréquence : mensuelle	
8	SUPERVISION D'APPUI	Activités de supervision d'appui menées	Nbre de visites de supervision d'appui effectuées par le district dans les FS / Nbre total de FS	Nbre de visites de supervision d'appui effectuées par les agents du niveau national dans les districts / Nbre total de districts
			Mesure : pourcentage Fréquence : trimestrielle	Mesure : Oui/Non Fréquence : trimestrielle
9	MONITORING POUR ACTION	Transmission des rapports en temps opportun	Nbre de rapports de vaccination envoyés par les FS aux districts / Nbre total de FS	Nbre de rapports de vaccination envoyés par les districts au niveau national / Nbre total de districts
			Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	Mesure : Oui/Non Fréquence : mensuelle
10	MONITORING POUR ACTION	Réunions de revue de données tenues	Nbre de districts ayant tenu des réunions de revue des données / Nbre total de districts	
			Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	
11		Monitoring des données	Nbre de FS dotés d'un diagramme de suivi actualisé et bien tracé / Nbre total de FS	
			Mesure : pourcentage Fréquence : mensuelle	

N°	Composante ACD	Indicateur de base standard	Définition de l'indicateur de base, Unité de mesure et fréquence suggérée pour la collecte		District	National
			FS			
12	ACCES	Taux de couverture DTCl	FS	Nbre d'enfants survivants < 1 an vaccinés avec le DTCl / Nbre d'enfants survivants < 1 an X 100		
				<i>Mesure : Nbre/denom & pourcentage</i> <i>Fréquence : mensuelle (cumulée)</i> Couverture DTCl-couverture DTCl3 / couverture DTCl X 100* (doit être interprétée à la lumière des taux de couverture réels, à l'instar du DTCl)		
13	PERFORMANCE	UTILISATION		<i>Mesure : pourcentage</i> <i>Fréquence : mensuelle (cumulée)</i> Couverture DTCl-couverture VAR / couverture le DTCl X 100* (doit être interprétée à la lumière des taux de couverture réels, à l'instar du DTCl)		
				<i>Mesure : pourcentage</i> <i>Fréquence : mensuelle (cumulée)</i> Taux d'abandon DTCl-VAR		

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES					ETABLIR LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTE	ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES		MONITORING POUR ACTION	PERFORMANCE			
	PLANIFICATION	GESTION DES VACCINS	SECURITE	PERSONNEL	FINANCEMENT		Nbre/Dénom	%		Nbre/Dénom	%	Taux d'abandon DTCl-DTC3	Taux d'abandon DTCl-VAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
JANVIER	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON							
FEVRIER													
MARS													
AVRIL													
MAI													
JUIN													
JUILLET													
AOUT													
SEPTEMBRE													
OCTOBRE													
NOVEMBRE													
DECEMBRE													

*Observation : les pays doivent adapter l'indicateur sur la base de ce qui est le plus approprié pour le pays, voir « Indicateurs de base l'Approche RED »

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES										ETABLIR DES LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ		ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES		SUPERVISION FROMATIVE		MONITORING POUR ACTION						PERFORMANCE					
	PLANIFICATION		GESTION DES VACCINS		SECURITE		PERSONNEL		FINANCEMENT		LIENS ENTRE LES SERVICES ET LA COMMUNAUTÉ		ATTEINDRE LES POPULATIONS CIBLES		SUPERVISION FROMATIVE		MONITORING POUR ACTION						ACCES		UTILISATION			
	Microplans actualisés		Pas de rupture de stocks d'antigènes		Pas de rupture de stocks de sérums AB		Personnel formé pour la vaccination		Décaissement de fonds pour la VR		Tenue de réunions avec la communauté		Activités de stratégie avancée efficaces		Visites de supervision formative		Transmission des rapports en temps opportun		Tenue de réunions de validation des données		Données monitorées		Taux de couverture DCT1		Taux d'abandon DCT1-DCT3		Taux d'abandon DCT1-VAR	
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		
FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	FS	DS	Nbre	% (cumulé)	% (cumulé)	% (cumulé)	% (cumulé)		
JANVIER																												
FEBVRIER																												
MARS																												
AVRIL																												
MAI																												
JUN																												
JUILLET																												
AOÛT																												
SEPTEMBRE																												
OCTOBRE																												
NOVEMBRE																												
DECEMBRE																												

MOIS	PLANIFICATION ET GESTION DES RESSOURCES					SUPERVISION D'APPUI	MONITORING POUR ACTION	SOMMAIRE DE LA PERFORMANCE DES FS DANS LE PAYS		
	PLANIFICATION	GESTION DES VACCINS	SECURITE	FINANCEMENT	ACCES			UTILISATION		
	1	2	3	5	6	7	9	10	11	
	Plan d'action annuel du PEV actualisé au niveau national	Rupture de stock de tout antigène au niveau national au cours du dernier mois	Rupture de stock de seringues AB au cours du dernier mois	Fonds décaissés pour les activités de la VR au niveau national au cours du dernier trimestre	Nombre de visites de supervision formatives effectuées par le niveau national au cours du dernier trimestre	Nombre de rapports de vaccination reçus au niveau national au cours du dernier mois	Taux de couverture DTc1	Taux d'abandon DTc1-DTc3	Taux d'abandon DTc1-VAR	
JANVIER	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	Nbre de visites	Nbre de rapports	Couverture	Taux d'abandon	Taux d'abandon	
FEVRIER										
MARS										
AVRIL										
MAI										
JUN										
JUILLET										
AOÛT										
SEPTEMBRE										
OCTOBRE										
NOVEMBRE										
DECEMBRE										

⁷ Increasing immunization coverage at the health facility level, WHO/V&B/02.27
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

ANNEXE 3 : FORMAT GÉNÉRIQUE DE LA SUPERVISION FORMATIVE

Format Générique de la Supervision Formative

Nom de La formation sanitaire:

Nom(s) et poste du/des prestataire(s) des services :

Nom du superviseur :

Date de la supervision :

1ère Partie : Format d'évaluation

Pratiques Clés	Excellent	Acceptable	A améliorer

... [les lignes supplémentaires ont été omises pour besoin d'espace]

Note: Cocher (✓) une colonne pour chaque pratique. Les pratiques doivent inclure les normes techniques nationales relatives à de telles pratiques, comme par exemple contrôler et relever la température du réfrigérateur deux fois par jour, respecter les mesures de contre-indications et respecter les mesures concernant les flacons multidoses ; ainsi que les pratiques qui reflètent des attitudes positives, comme le fait de communiquer explicitement des informations clés au prestataire de soins, de traiter les familles gentiment et affectueusement et travailler avec les superviseurs dans un esprit de respect et de collaboration.

2ème Partie : Donner le feedback aux intervenants en matière de santé sur les aspects positifs et ceux qui nécessitent des améliorations. Puis, engager un débat sur les points faibles afin de parvenir à un accord avec l(es) intervenant(s) sur un à trois domaines qu'ils acceptent d'améliorer. Si possible, le directeur de la FS doit y prendre part.

3ème Partie : En collaboration avec le(s) prestataire(s), débattre de la manière d'apporter des améliorations dans un à trois des domaines les plus faibles. Voir dans quelle mesure vous pouvez apporter une aide, ce que le(s) prestataire(s) doit/doivent faire et ce que les autres intervenants (directeur de la FS, le personnel au niveau du district ou provincial, les leaders et membres de la communauté) doivent faire pour corriger les faiblesses. Présenter le plan suivant le formulaire ci-dessous. Conserver la présente copie et remettre une autre au(x) prestataires(s). Pour finir, proposer une date à laquelle vous pourriez revenir pour une évaluation des pratiques.

Note: La partie évaluation de la supervision formative se fait en associant observations, questions aux prestataires et analyse des dossiers. Ne jamais critiquer ou faire des remarques à un prestataire en public. Si un ou deux prestataires doivent faire des efforts dans un certain domaine, en discuter ou même montrer devant tout le personnel comment parvenir à de meilleurs résultats. Il est préférable de présenter la question comme un problème auquel tous doivent trouver des solutions ; par ex., certains prestataires fournissent des informations incomplètes aux mères et ne les invitent pas à poser des questions. Que peuvent faire les prestataires ensemble pour améliorer cette situation?

Le superviseur doit conserver les formulaires d'évaluation et de consensus afin de pouvoir comparer les résultats au fil du temps. Il/elle doit toujours apporter les formulaires d'évaluation et de consensus de la dernière visite de supervision lors de la suivante.

CONSENSUS SUR LES PRATIQUES QUI DOIVENT ÊTRE AMELIOREES

Nom de la formation sanitaire:

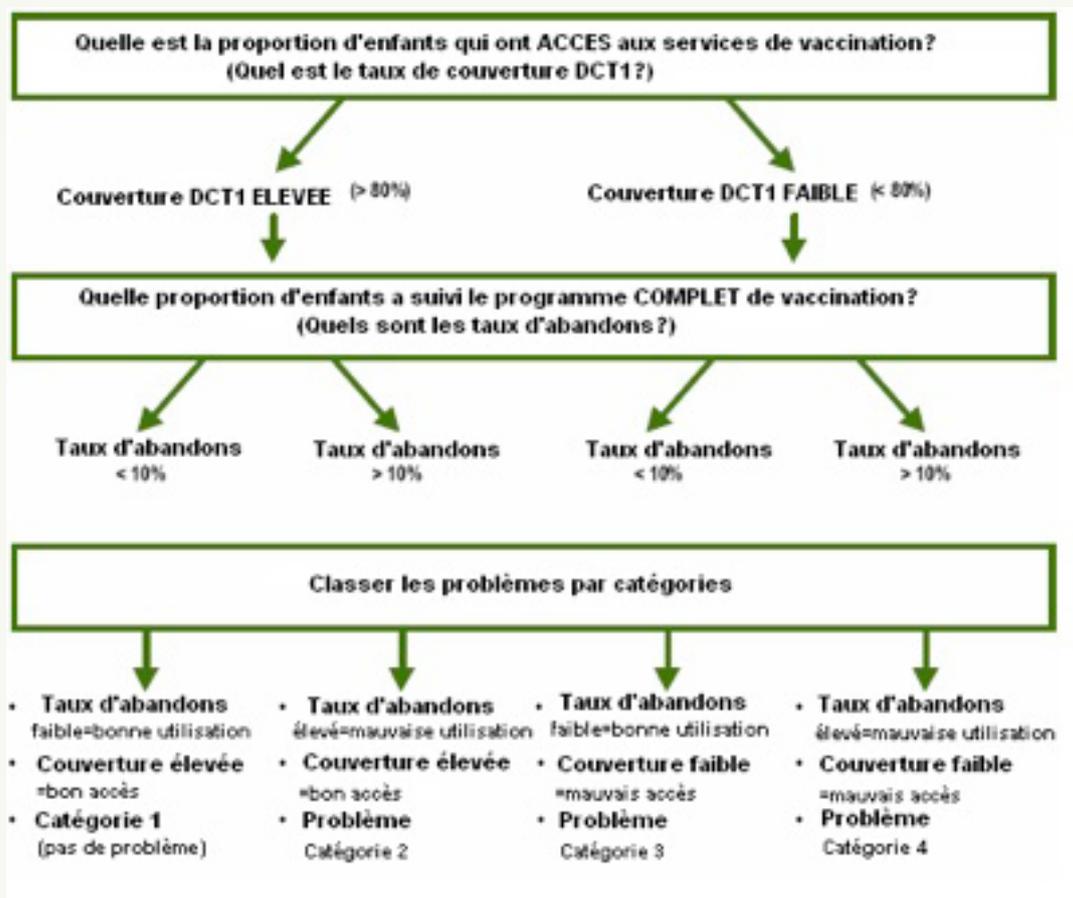
Nom(s) et poste du/des prestataire(s) des services :

Nom du superviseur :

Date de la supervision :

Pratique(s) qui doit (doivent) être améliorée(s) (de la 1ère à la 3ème partie)	Ce que le(s) prestataire(s) doit (doivent) faire	Ce que le superviseur doit faire pour soutenir le(s) prestataire(s)	Ce que les autres doivent faire: préciser qui doit le faire

ANNEXE 4: ANALYSE DE L'ACCES ET DES ABANDONS ⁷



Catégorie 1: Pas de problème

Couverture DTC1 élevée = **bon accès**

Faible taux d'abandon = **bonne utilisation et offre régulière de services de bonne qualité**

Catégorie 2: Problème

Couverture DTC1 élevée = **bon accès**

Taux élevé d'abandon = **utilisation médiocre et/ou offre irrégulière des services ou services de piètre qualité.**

Catégorie 3: Problème

Faible couverture DTC1 = **accès médiocre**

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

Catégorie 4: Problème

Faible couverture DTC1 = **accès médiocre**

Taux élevé d'abandon = **utilisation médiocre et/ou offre irrégulière des services ou services de piètre qualité, tout au moins dans les zones accessibles.**

⁷ Augmenter la couverture vaccinale dans une aire de santé, WHO/V&B/02.27
http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/www721.pdf

ANNEXE 5 : RÉFÉRENCE RAPIDE L'APPROCHE ACD

<p>1. Planification et Gestion des Ressources</p> <p>Meilleure gestion des ressources humaines, matérielles et financières</p> <p>Cette composante est souvent le maillon le plus faible au niveau du district. Dans les districts et les formations sanitaires, la planification doit intégrer des détails sur les ressources humaines, matérielles et financières requises pour atteindre toutes les populations-cibles de manière durable. Cette composante met l'accent sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Données sur les ressources humaines et financières nécessaires (micoplanification) • Ressources matérielles nécessaires (plans logistiques) • Budgetisation et déblocage des fonds à temps • Perspectives de financements futurs • Aspects sur la pérennisation • Engagement des partenaires (CCIA) • Mobilisation sociale 	<p>2. Atteindre les Populations Cibles</p> <p>Améliorer l'accès aux services de vaccination pour toutes les femmes et tous les enfants</p> <p>Appelée autrefois « retablissement des services avancés », elle a été ainsi rebaptisée pour mettre l'accent sur le fait qu'une combinaison des services avancés avec des services mobiles peut être nécessaire, ainsi que des activités mobiles ou occasionnelles de style campagnes. Cette composante se focalise sur l'amélioration de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accès et l'utilisation des services par toutes les communautés et populations (femmes et enfants) qui remplissent les conditions requises. Il est indispensable de comprendre et chercher des solutions aux problèmes spécifiques des zones desservies, s'agissant particulièrement des laissés pour compte (par ex., faible couverture DCT1), et des abandons (par ex., taux élevés d'abandons du DCT3).
<p>3. Etablir des Liens Entre les Services de Vaccination et les Communautés:</p> <p>Etablir des partenariats avec les communautés pour promouvoir et offrir des services</p> <p>Les services de vaccination doivent mieux s'intégrer dans les structures communautaires dans un esprit de consultation entre la communauté et les responsables de la santé. Cette composante met l'accent sur la manière de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et établir des partenariats avec les structures et les groupes communautaires • Renforcer les capacités du PEV, des agents de santé et des équipes de vaccination dans la planification des services de vaccination et pour une communication efficace et active avec les clients et la communauté • Consolider l'appropriation par la communauté et son engagement dans la planification et l'utilisation des services • Plaider auprès des leaders de la communauté pour qu'ils soutiennent les services et le personnel de santé et informent leurs communautés 	<p>4. Supervision Formative</p> <p>Dispense de formations sur place, feedback et suivi avec l'équipe de santé</p> <p>La supervision formative doit renforcer la capacité de fournir des services de vaccination sans risques et de bonne qualité par le biais de fréquentes formations sur place et de visites d'appui. Elle peut également donner l'opportunité (sur la base des directives nationales) d'intégrer la supervision d'autres interventions sanitaires concernant par exemple la nutrition, le paludisme, etc. La supervision formative est différente de la traditionnelle supervision autocratique et :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilise des outils de supervision appropriés et propices à l'utilisateur • Définit clairement (oralement et par écrit) les objectifs de la supervision et du suivi afin d'aider le personnel de santé à résoudre les problèmes • Laisse suffisamment de temps pour l'encadrement et la formation sur place • Offre un appui supplémentaire aux établissements sanitaires les moins performants
<p>5. Monitoring Pour Action</p> <p>Utiliser les outils et le feedback pour une auto évaluation permanente, par ex., faire un diagramme de suivi des doses administrées et une carte des populations</p> <p>Les responsables de la santé ont besoin d'un flux continu d'informations qui les renseignent si les services sont de bonne qualité et accessibles aux populations-cibles; qui est atteint et qui ne l'est pas; les ressources sont-elles utilisées efficacement et les stratégies vont-elles dans le sens des objectifs. Cette composante met l'accent sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation appropriée des outils de monitoring du PEV pour l'auto évaluation aux niveaux des districts et des formations sanitaires • le plein usage des indicateurs qui permettent d'identifier la couverture, la complétude, la promptitude et la qualité des données • l'utilisation des données pour améliorer la planification et de la gestion 	

