

Modules de formation en gestion des cadres du PEV

Niveau
intermédiaire

BLOC V. Vaccination supplémentaire

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



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**



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

Liste des modules

BLOC I. Modules introductifs

Module 0. Introduction

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

Module 2. Rôle du cadre du PEV

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

BLOC II. Planification/organisation

Module 4. Planification des activités de vaccination

Module 5. Augmentation de la couverture vaccinale

Module 6. Financement de la vaccination

BLOC III. Logistique

Module 7. Gestion de la chaîne du froid

Module 8. Gestion des vaccins

Module 9. Sécurité de la vaccination

Module 10. Gestion du transport

Module 11. Maintenance

BLOC IV. Nouveaux vaccins

Module 12. Introduction des vaccins nouveaux et sous-utilisés

BLOC V. Vaccination supplémentaire

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

BLOC VI. Surveillance des maladies

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

BLOC VII. Suivi et évaluation

Module 15. Suivi et gestion des données

Module 16. Supervision formative par les cadres du PEV

Module 17. Conduire une enquête sur la couverture vaccinale

Module 18. Conduire une évaluation du programme de vaccination

BLOC VIII. Supports de formation

Module 19. Guide du formateur

Modules de formation en gestion des cadres du PEV

Niveau intermédiaire

BLOC V. Vaccination supplémentaire

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

Module 13 : Comment organiser efficacement des jour nées nationales de la vaccination antipoliomyélitique et des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole

ISBN 978-929031286-4

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

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

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

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

Citation suggérée. Module 13 : Comment organiser efficacement des jour nées nationales de la vaccination antipoliomyélitique et des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l’Afrique, 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

Imprimé à Brazzaville, République du Congo

Table des matières

Remerciements	V
Abréviations et sigles	V
Glossaire	VI
1. Introduction	1
1.1 Contexte	1
1.2 But du module	2
1.3 Public cible	2
1.4 Objectifs de la formation	2
1.5 Contenu du module	2
1.6 Comment utiliser ce module	2
2. Principes de lutte contre les MEV et rôle des AVS	3
3. Planifier les activités de vaccination supplémentaires	5
3.1 Population cible pour les AVS	5
3.2 Durée des AVS	5
3.3 Domaines cibles des AVS	6
3.4 Planification au niveau national	6
3.5 Microplanification	7
3.6 Outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS	12
3.7 Renforcement de la vaccination de routine par les AVS	13
4. Logistique et chaîne du froid pour les activités de vaccination supplémentaires	15
4.1 Garantie d'une logistique efficace	15
4.2 Exigences en matière de transport	15
4.3 Distribution de vaccins et autres consommables	16
4.4 Gestion de la chaîne du froid	16
4.5 Mise en place d'une bonne gestion des déchets	17
5. Formation pour les activités de vaccination supplémentaires	19
5.1 Formation pour les activités de vaccination supplémentaires	19
5.2 Élaboration de contenus pour la formation aux AVS	19
6. Plaidoyer, mobilisation sociale et communication dans le cadre des AVS	23
6.1 Planification de la communication et activités de mobilisation sociale	23
6.2 Activités de plaidoyer	23
7. Aspects opérationnels des campagnes AVS	27
8. Suivi et évaluation des AVS	29
8.1 Définition des termes	29
8.2 Activités clés de suivi et d'évaluation	30
8.3 Estimation de la couverture vaccinale à travers les rapports administratifs de terrain	30
8.4 Suivi pratique rapide intra-campagne (RCM)	32
8.5 Suivi post-campagne indépendant (IM) des AVS	32
8.6 Enquêtes de couverture et suivi de l'impact basé sur la surveillance des maladies	33




Table des matières

Lectures recommandées	35
Annexe 1. Étapes et calendrier de planification des AVS de haute qualité contre la rougeole	36
Annexe 2. Outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS (niveau national)	40

Remerciements

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

Abréviations et sigles

ACD/ACC	Atteindre Chaque District/Atteindre Chaque Communauté
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
CCI/CCIA	Comité de coordination inter-agences
GAVI	Alliance du Vaccin
IEC	Information, éducation et communication
IPVR	Intensification périodique de la vaccination de routine
JNV	Journée nationale de vaccination
MAPI	Manifestations adverses post-immunisation
MEV	Maladies évitables par la vaccination
ONG	Organisation non gouvernementale
PCV	Pastilles de contrôle des vaccins
PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins (2011-2020)
PEV	Programme élargi de vaccination
PPAC	Plan pluriannuel complet
PSRV	Plan stratégique régional pour la vaccination (2014-2020)
S&E	Suivi et évaluation
SAV	Semaine africaine de la vaccination
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VR	Vaccination de routine ou systématique

Abandon	Comparaison du nombre d'enfants ou de femmes qui reçoivent un vaccin et du nombre de ceux qui ne reçoivent pas les doses suivantes pour une vaccination complète.
Activités	Interventions nécessaires à la mise en œuvre de chaque stratégie, réparties dans le temps et dans l'espace, dans le cadre du plan de travail. Tâches ou série de tâches liées entre elles et visant à parvenir à un produit ou à un résultat.
Couverture vaccinale	Proportion des personnes vaccinées au sein de la population cible.
Évaluation	Analyse périodique de la situation générale du programme : performance, viabilité et efficacité. L'analyse porte sur les politiques, le processus du programme, les systèmes selon lesquels le programme est exécuté, ainsi que sur les choix stratégiques, l'issue et l'impact du programme.
Indicateur	Variable utilisée pour mesurer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des buts et objectifs fixés. L'indicateur sert à comparer les performances en termes d'efficacité, de viabilité et de résultats. Il sert également à mesurer l'impact des interventions.
MAPI	Tout incident médical malencontreux qui fait suite à la vaccination et qui n'a pas nécessairement un lien de causalité avec l'utilisation du vaccin.
Microplan	Traduction d'un plan de travail annuel en un plan opérationnel détaillé habituellement au niveau du district (ou de l'établissement de santé) indiquant les activités spécifiques, le calendrier de mise en œuvre, le nom des personnes responsables ainsi que les besoins en ressources humaines, matérielles et financières et leur source.
Objectif	Produit quantifiable ou changement positif attendu de la mise en œuvre d'un plan. C'est le résultat final qu'un programme, projet ou qu'une institution cherche à atteindre.
Occasion manquée	Le fait pour un agent de santé de ne pas mettre à profit chaque contact avec des femmes ou responsables d'enfants pour vacciner ces femmes ou les enfants dont ils ont la charge.
Performance	Niveau de capacité opérationnelle atteint par un programme ou une personne.
Plan annuel	Plan qui couvre des périodes allant de janvier à décembre de chaque année. Le cycle de planification annuelle peut toutefois différer dans certains pays.
Plan stratégique ou pluriannuel	Pour les besoins du présent module, un plan pluriannuel couvre un période de cinq ans. Le plan fournit des stratégies à moyen terme et le potentiel de ressources nécessaires pour atteindre les buts et objectifs stratégiques (par exemple le taux de couverture du PEV de routine supérieur à 80 % ou atteignant le statut de certification de l'éradication de la poliomyélite, etc.).

Population difficile à atteindre (inaccessible) Population vivant dans des régions reculées difficiles d'accès tout au long de l'année ou pendant certaines périodes de l'année (par exemple pendant la saison des pluies).

Suivi Un processus systématique et continu d'examen des données, des procédures et des méthodes afin d'identifier les problèmes, d'élaborer des solutions et de guider les interventions. Le suivi est effectué de façon régulière (de façon quotidienne, hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle). Il est lié à la mise en œuvre des activités du programme. Les informations recueillies servent à orienter continuellement les activités du programme.



1. Introduction

1.1 Contexte

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

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

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

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

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

Ces plans stratégiques appellent les pays à :

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce module (13) intitulé *Comment organiser efficacement des journées nationales de la vaccination antipoliomyélitique et des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole* est une partie du Bloc V. Vaccination supplémentaire.

1.2 But du module

Le but du présent module est de guider les cadres de programmes de vaccination et les autres participants à la formation (enseignants des institutions de formation, partenaires, etc.) sur les aspects opérationnels de la planification et de la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) de haute qualité pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination (MEV), et sur le suivi et l'évaluation de ces activités.

1.3 Public cible

Ce module est destiné aux cadres du PEV aux niveaux national, régional et du district. Les partenaires, les enseignants des institutions de formation en santé et les personnes intervenant dans la planification et la mise en œuvre des AVS peuvent également l'utiliser comme outil de formation.

1.4 Objectifs de formation

À la fin de ce module, le participant pourra :

- décrire les principes de la lutte contre les MEV et le rôle des AVS ;
- discuter des différents niveaux de planification dans les AVS ;

- utiliser les éléments clés de logistique, de formation, de mobilisation sociale et de communication ainsi que le suivi dans la planification et la préparation des AVS ;
- définir un macroplan solide pour les AVS ;
- évaluer de manière critique un microplan pour les AVS au niveau du district ;
- concevoir un plan de communication pour les AVS ;
- élaborer et mettre en œuvre un système de suivi pour les AVS.

1.5 Contenu du module

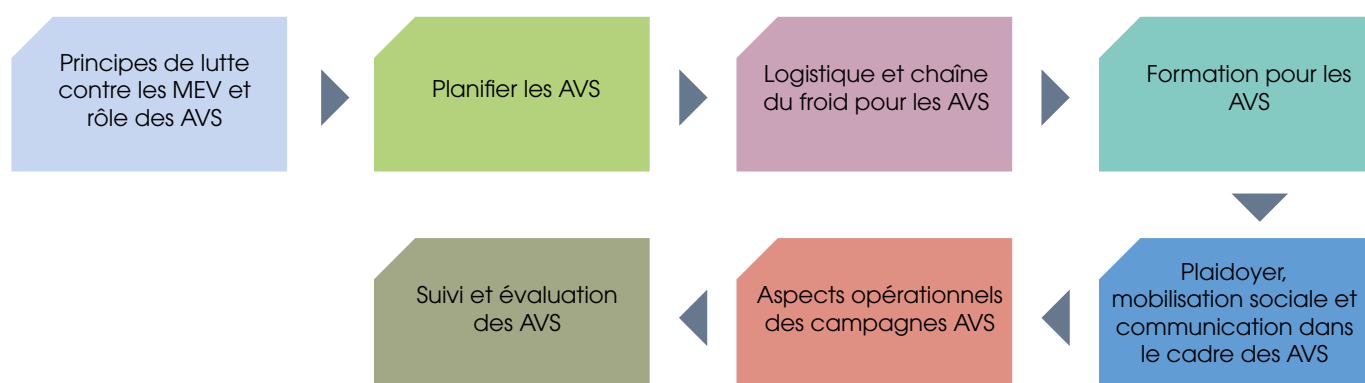
Ce module contient les sections dans le schéma en bas de page.

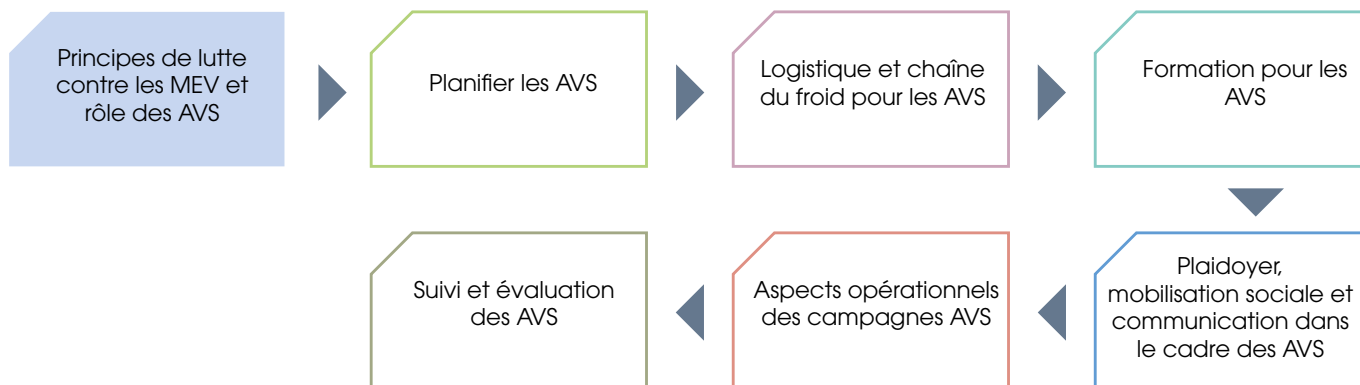
1.6 Comment utiliser ce module

Pour une utilisation efficace de ce module, il est proposé l'approche suivante :

- Lire le texte correspondant aux modules de référence.
- Suivre les présentations audiovisuelles faites par les formateurs.
- Demander les clarifications nécessaires.
- Discuter des concepts clés en session plénière.
- Faire les exercices/études de cas correspondants en individuel ou en petits groupes.
- Échanger vos constatations avec d'autres collègues et les formateurs.

Afin de maîtriser les détails de chaque étape, les participants doivent systématiquement passer d'un exercice à un autre. Ce module peut également être utilisé comme matériel de référence par tous les acteurs du secteur de la santé.





2. Principes de lutte contre les MEV et rôle des AVS

La lutte contre toutes les maladies évitables par la vaccination implique les éléments suivants :

- administration des vaccins conformément au calendrier vaccinal de routine ;
- administration de doses supplémentaires de vaccins par la vaccination de masse des groupes de population éligibles afin de combler les lacunes en termes de vaccination ;
- surveillance des maladies de haute qualité ;
- prise en charge des cas en fonction des buts du programme de lutte et du type de maladie ;
- effort de ratissage des zones connues comme zones de circulation de l'agent causal, afin de répondre aux besoins de vaccination pour les voyageurs dans les zones endémiques, etc.

Le PAMV et le PSRV ont l'intention d'améliorer la stratégie vers l'élimination des inégalités dans l'accès aux services de vaccination à l'intérieur des pays et des régions. Les efforts visant à ce que chaque personne soit atteinte par les services de vaccination exigeront l'engagement politique et financier de tous les acteurs. La vaccination peut être assurée à travers les services de routine et/ou les activités supplémentaires. La plupart des pays – tant industrialisés qu'en développement – utilisent une combinaison de ces approches afin de répondre de façon appropriée à la modification du profil de la morbidité ou d'accroître rapidement l'immunité collective par un taux de couverture vaccinale élevé. L'extension des bénéfiques de la vaccination aux groupes de population autres que les enfants et les femmes en âge de procréer – par exemple aux enfants plus âgés pour les doses de rattrapage et aux adultes pour la prévention et le contrôle d'épidémies – peut permettre de prévenir une morbidité et une mortalité élevées.

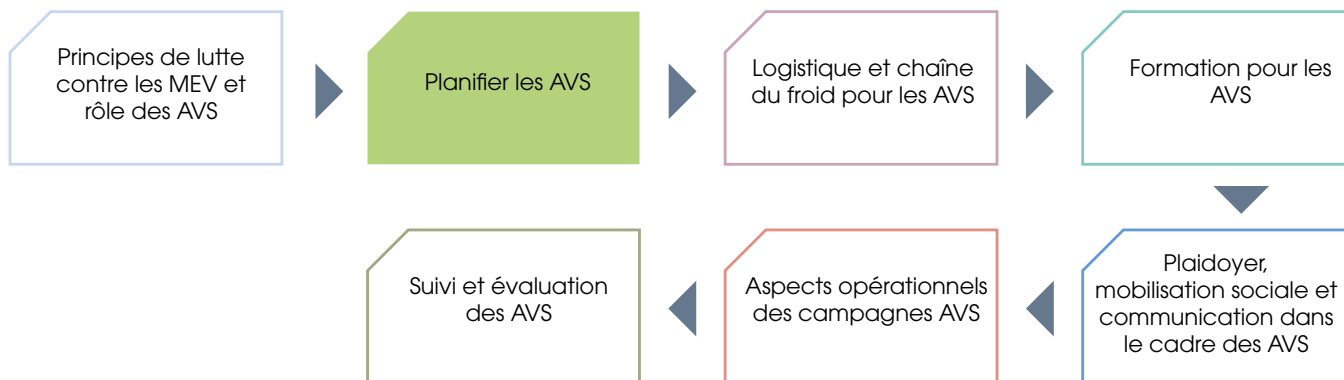
Dans le passé, les distinctions entre la vaccination systématique et les campagnes semblaient claires et simples. S'agissant de la vaccination systématique, les objectifs généraux sont d'atteindre un niveau de

couverture élevé de tous les antigènes dans les groupes cibles d'enfants et du vaccin antitétanique (VAT) chez les femmes enceintes. En revanche, les campagnes de vaccination visent généralement à réduire la transmission sélective de maladies particulières dans un groupe d'âge (d'enfants) élargi pendant la durée de la campagne. Toutefois, les campagnes visant à appuyer l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) administrent habituellement au moins trois doses de VAT aux femmes en âge de procréer qui d'ordinaire ont un accès très limité aux services de santé.

Par ailleurs, les Journées nationales ou locales de vaccination (JNV et JLV), appelées également activités de vaccination supplémentaires (AVS), sont souvent des activités à interventions multiples qui utilisent la plateforme des AVS pour donner la vitamine A, distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres produits ou services qui peuvent être fournis occasionnellement.

Entre les activités de vaccination de routine et les campagnes, il y a les interventions périodiques qui visent à augmenter la couverture systématique, c'est-à-dire à augmenter les doses de certains ou de tous les vaccins chez les enfants de moins de un an et chez les femmes enceintes. Ces activités sont appelées intensification périodique de la vaccination de routine (IPVR/PIRI). Elles sont limitées dans le temps et destinées à renforcer la vaccination systématique et non à la remplacer. Elles peuvent également offrir d'autres interventions de santé. Autrement, ces événements peuvent prendre la forme de campagnes de communication ou d'information pour accroître le soutien de la communauté et la demande de vaccination systématique. Le meilleur exemple en est la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV), organisée chaque année sur une semaine conformément à l'initiative mondiale visant à accroître la sensibilisation communautaire et l'utilisation des services de vaccination.





3. Planifier les activités de vaccination supplémentaires

La planification des AVS commence par l'élaboration d'un macroplan, à utiliser en premier lieu comme moyen pour définir les objectifs et les attentes des activités planifiées, mais aussi pour amener les partenaires et les acteurs autour d'objectifs communs et pour mobiliser des ressources. Les AVS devraient être incluses dans le PPAC global et budgétisées en conséquence.

Le macroplan devrait être élaboré en définissant clairement les personnes, les tâches, les responsabilités et les délais à tous les niveaux, au moins 12 à 18 mois à l'avance. Le plan doit être constamment mis à jour et partagé avec les partenaires à différents niveaux. Un fichier (Excel ou autre) peut être utile pour organiser les données selon les dates, les personnes, les tâches, etc.

Un plan devrait être organisé par catégorie d'activités (ex. mobilisation sociale, logistique, formation) et lister les tâches spécifiques (ex. « Contacter la station de radio », « Réparer le camion frigorifique », « Imprimer les supports de formation ») pour chaque catégorie. Un plan trop vague et trop général sera rarement suivi.

Groupes clés à contacter lors de la planification des campagnes de vaccination de masse ou des AVS :

- autorités gouvernementales à tous les niveaux de l'administration ;
- comités de développement au niveau district, village et quartier ;
- prestataires de services de santé, médecins, cliniciens (des secteurs public et privé) ;
- associations médicales et de spécialités ;
- organisations locales, groupes de mères, associations des parents/enseignants ;
- toutes les écoles et tous les établissements préscolaires (ex. garderies) ;
- organisations religieuses et confessionnelles ;
- groupes de volontaires, organisations communautaires ;
- Rotary et Lions club, Société de la Croix Rouge et du Croissant Rouge ;

- partenaires locaux, ONG et certains ministères (de l'éducation, des régions, de l'eau et de l'assainissement par exemple).

3.1 Population cible pour les AVS

Les activités de vaccination supplémentaires doivent toucher les groupes de la population les plus vulnérables par rapport aux maladies ciblées (telles que rougeole, poliomyélite, fièvre jaune ou méningite) en vue d'atteindre les objectifs régionaux et nationaux d'éradication et d'élimination.

Tous les enfants et adultes compris dans la tranche d'âge cible doivent être vaccinés, quels que soient leurs antécédents vaccinaux ou de maladies. Cela permet d'éliminer le dépistage et assure une protection à ceux qui n'ont pas développé une immunité avec leurs doses initiales de vaccin, ce qui leur offre une autre opportunité d'être protégés. Même si un enfant a reçu la dose de vaccin de routine quelques jours auparavant, il reste éligible à la dose d'AVS. Cette dose n'accroît pas le risque d'effets indésirables liés au vaccin.

3.2 Durée des AVS

La planification des AVS peut nécessiter de prendre un certain temps pour s'assurer que la campagne est bien préparée, mais les opérations de la campagne sont réalisées dans une période de temps courte pour maintenir la dynamique et éviter une perturbation des activités de routine des services de santé. Les AVS ont souvent une durée de 4 à 7 jours. La plupart des pays démarrent les activités à la fin de la semaine et utilisent aussi le week-end pour mener la vaccination de masse. Ceci vise à aider les parents et les responsables d'enfants très occupés à emmener leurs enfants et les adultes ciblés aux services de vaccination pendant la pause du week-end.

Les premiers jours des AVS, ce système permet de déployer plus d'équipes dans les zones à forte densité

de population, et de faire face à la charge de travail. En général, plus le nombre d'agents de santé disponibles pour vacciner est élevé et mieux la logistique est préparée et plus courte sera la durée des AVS.

3.3 Domaines cibles des AVS

Il est fortement recommandé que les AVS soient organisées dans les districts de grande taille et contigus ou dans l'idéal sur toute l'étendue du pays. Faute d'avoir

les ressources nécessaires pour organiser des AVS à l'échelle nationale, une approche par tour peut être adoptée pour organiser les AVS dans des régions plus petites mais contiguës, avec l'objectif de finalement couvrir l'ensemble de la région dans les délais les plus brefs possibles.

Exercice 1

Pour tous les groupes.

Tâche 1 : les participants échangent ensemble sur l'identité des acteurs et partenaires à inviter à ces réunions nationales visant le consensus pour lancer la planification de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole. Chaque proposition d'invitation devrait être justifiée par le groupe.

Tâche 2 : les participants définissent les grandes lignes et les domaines d'actions clés pour le Plan d'action national des AVS pour la rougeole.

L'animateur demande aux groupes de présenter les résultats de leurs discussions en séance plénière.

3.4 Planification au niveau national

La macroplanification au niveau national aide à élaborer des prévisions budgétaires réalistes en vue d'obtenir un engagement au niveau politique et de mobiliser des ressources, d'obtenir des engagements des partenaires clés, et de passer des commandes de vaccins, de matériel de la chaîne du froid et de fournitures connexes.

Le processus de planification au niveau national doit inclure un examen complet des performances antérieures afin de mettre en exergue les meilleures pratiques locales associées au succès des résultats obtenus dans le passé, de les valider et de les mettre à l'échelle. Le plan doit assurer que ces pratiques seront appliquées à plus grande échelle et rigoureusement mises en œuvre.

Au niveau national, la planification des AVS comprend les éléments suivants :

- obtenir le feu vert (autorisation) des décideurs politiques ;
- solliciter un engagement politique de haut niveau ;
- impliquer le Comité de coordination inter-agences (CCI) du PEV ,
- effectuer une cartographie des parties prenantes et identifier les approches clés pour mobiliser différents acteurs ;
- mettre en place des sous-comités intersectoriels appropriés (ex. planification, mobilisation sociale, logistique, suivi et évaluation, mobilisation des ressources, formation, etc.) ;

- prévoir des stratégies de mobilisation des ressources et des sources potentielles y compris la cartographie des partenaires à tous les niveaux ;
- définir un plan d'action spécifiant la population cible, la zone cible et les délais d'exécution des différentes activités ;
- élaborer le matériel didactique/les lignes directrices, les aide-mémoire, etc ;
- préparer le matériel de mobilisation sociale et de communication pour la sensibilisation ;
- concevoir les outils de planification et de suivi de la logistique ;
- conduire des ateliers de microplanification ;
- organiser une formation au niveau des districts ;
- approvisionner en vaccins et autres fournitures ;
- distribuer des vaccins, des fournitures et d'autres matériels de campagne aux niveaux national et infranational ;
- formuler des stratégies pour atteindre les populations difficiles à atteindre.

La proposition de budget du macroplan au niveau national est censée traiter de façon adéquate les questions ci-dessus. Un macroplan budgétisé avec un calendrier (chronogramme) devant être utilisé pour la mobilisation des ressources devrait faire l'objet de discussions entre les ministères de la Santé et des Finances afin de décider de l'affectation des ressources pour les AVS planifiées. Les choses sont plus simples si le plan des AVS est déjà inclus dans le Plan pluriannuel complet (PPAc) et budgétisé. Voir annexe 1. Étapes et calendrier de la planification des AVS de haute qualité contre la rougeole.

La coordination est essentielle pour s'assurer que toutes les étapes nécessaires de la campagne sont réalisées dans les temps, bien coordonnées et de façon transparente. La mise en place d'une structure de coordination, comprenant les éléments suivants, devrait être la première étape dans les préparatifs pour les AVS :

- formation immédiate d'un groupe de travail/comité de pilotage à tous les niveaux (province et district) comprenant des représentants du ministère de la Santé et des partenaires (OMS, UNICEF, Rotary International, chefs religieux, groupes minoritaires et autres partenaires clés) ;
- mise en place de petits sous-comités techniques pour gérer les questions logistiques, de la mobilisation sociale, de la collecte des fonds, etc ;
- caractère essentiel de l'échange régulier d'informations, oralement ainsi que par le partage des comptes rendus de réunions entre les sous-comités eux-mêmes et avec le groupe de travail ;
- tenue régulière des réunions programmées comme suit :
 - mensuellement, ou à la demande en cas de nécessité de traiter des problèmes précis. Le groupe de travail devrait se réunir pour discuter des contours généraux de la campagne, du plan de travail, des responsabilités clés, de l'état d'avancement des préparatifs, des principaux obstacles et des plans de contingence ;
 - une réunion hebdomadaire des sous-comités pour assurer une préparation opérationnelle sans heurts et une résolution rapide des problèmes ;
 - la réunion hebdomadaire des sous-comités se transforme en réunion quotidienne au cours des deux dernières semaines avant le démarrage de la campagne. Cette réunion est essentielle pour affiner les derniers préparatifs ;
 - chaque réunion devrait fonctionner sur la base d'un certain nombre de procédures standard : ordre du jour simple, compte rendu, points d'action des précédentes réunions, progrès réalisés, problèmes rencontrés, solutions proposées, nouveaux points d'action fixant les responsabilités et délais ;
- fourniture aux salles des opérations de plans de travail et de cartes actualisés et bien visibles adaptés au niveau spécifique :
 - au niveau central et régional, les cartes doivent indiquer les données clés de surveillance, les indicateurs de routine des AVS et PEV, les itinéraires pour la distribution des vaccins, les districts avec des risques spécifiques, les localités exigeant une coordination transfrontalière ;

- au niveau du district, les cartes doivent indiquer l'incidence de la maladie ciblée, les données clés de surveillance, les indicateurs de routine AVS et PEV, les itinéraires pour la distribution des vaccins, les zones avec des risques spécifiques élevés, les localités exigeant une coordination transfrontalière, les zones avec délimitation imprécise ;
- au niveau du centre de santé, les cartes doivent indiquer la survenue de la maladie ciblée, les groupes à risque spécifiques, les distances, les points de distribution de vaccins, les points de transit des voyageurs (stations des bus et gares ferroviaires, aéroports, points de contrôle de police, points d'entrée et de sortie des principales routes), les autres repères terrestres pertinents (mosquées, églises, écoles, marchés, etc.), les itinéraires de transport et les zones cibles pour les superviseurs et les équipes ;
- préparation cruciale de plans de travail spécifiques pour chaque niveau (central, régional, de district et centre de santé) décrivant clairement les personnes, les tâches, les responsabilités et les délais aux différents niveaux. Il est important de mettre régulièrement à jour les plans et de les partager avec les partenaires.

3.5 Microplanification

L'exercice de microplanification repose sur une approche ascendante qui devrait démarrer au niveau de district. Ce sera l'une des activités clés en vue de s'assurer que la planification de la campagne prend en compte tous les aspects opérationnels d'une AVS au niveau du district et aux niveaux inférieurs. C'est la traduction du macroplan au niveau local. Dans le cadre de cet exercice, il faudrait s'employer à obtenir des estimations réalistes et valides des besoins en ressources basées sur la population cible et les réalités au regard des ressources humaines et matérielles localement disponibles et existantes. Il est donc important de tirer profit au maximum des opportunités existantes en ce qui concerne les questions de l'état de la chaîne du froid et de la gestion des déchets. L'implication des autres ministères, des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations confessionnelles, des groupes de la société civile et des autres acteurs au stade de la planification aide à la mise en commun des ressources qui, en temps normal, peuvent ne pas être facilement disponibles.

3.5.1 Informations sur les zones de responsabilité assignées

Les consignes de préparation pour les ateliers de microplanification doivent être communiquées à l'avance pour permettre aux participants d'avoir en leur possession

les informations suivantes concernant leurs zones de responsabilité respectives :

- population cible par communauté ; pourcentage de la population vivant dans les zones rurales et en milieu urbain ;
- état de la chaîne du froid ; nombre d'équipements, emplacement, disponibilité de sources alternatives du secteur privé ou d'autres secteurs ;
- nombre et types de véhicules, nombre de professionnels de santé, de volontaires qui peuvent être mobilisés localement ;
- liste des partenaires traditionnels et de nouveaux partenaires potentiels (organisations, bureaux sectoriels, institutions privées, etc.) travaillant au niveau local précisant quelle contribution ils pourraient apporter aux AVS ;
- feuille de route journalière pour chaque équipe de vaccination et chaque superviseur ;
- distances jusqu'au lieu de stockage des vaccins et dispositifs et des autres fournitures dans la région/le district ;
- zones et populations difficiles à atteindre, avec des suggestions pour y parvenir (groupes hésitants, populations migrantes et populations en transit) ;
- cartes illustrant tout ce qui précède.

Le niveau national devrait également clarifier et préciser que l'examen et la synthèse des microplans devront se faire aux niveaux de l'état/de la province et des districts/du gouvernement local. Cela peut inclure quelques révisions à la hausse ou à la baisse des statistiques de la planification au niveau du district (en concertation avec les niveaux inférieurs) pour garantir la cohérence et traiter tous les facteurs non anticipés en amont. Les exercices de microplanification doivent inclure la cartographie des postes de prestation des services, l'identification et la cartographie des zones et des populations à haut risque, la cartographie des parties prenantes au niveau local suivant les directives et les modèles fournis au niveau national. Les points clés de la planification logistique incluent l'utilisation du même format pour la microplanification à tous les niveaux, en faisant des calculs simples et cohérents et en assurant l'espace nécessaire pour respecter la chaîne du froid à tous les niveaux. Les calculs se feront à l'aide d'une feuille de calcul ou d'un outil de microplanification pour chaque sous-district.

3.5.2 Critères pour une microplanification réussie des AVS

- La délégation de la responsabilité de la planification au niveau administratif approprié (exemple : le sous-district ou le centre de santé) où les activités auront lieu. Il faudrait inclure les superviseurs dans la planification.

- Les normes standard nationales (le nombre d'enfants/équipe/jour, la consommation de carburant des véhicules, la distance journalière parcourue par véhicule, les moyens de transport locaux etc.) devraient servir de repères plutôt que de prescriptions. Elles devraient être adaptées aux contraintes locales. Les plans adaptés doivent être transmis aux niveaux supérieurs pour la finalisation du budget.
- Des réunions devraient être organisées avec des chefs de village (des conseillers dans les zones urbaines) et des membres influents de la société pour savoir comment travailler le plus efficacement possible, mais aussi pour associer ces personnes à la planification et à la sélection d'un membre de leur communauté comme membre de l'équipe.
- Des réunions devraient aussi être organisées avec d'autres ministères, des ONG, des associations, des sociétés privées, des institutions d'éducation, des chefs communautaires et religieux et avec tout autre secteur en mesure d'apporter un appui sur le plan financier, des moyens de transport, de la chaîne du froid, du personnel, des connaissances, etc.
- Les plans devraient se baser sur les conditions locales, l'accessibilité, la géographie, les mouvements de populations, les horaires de travail (à quel moment les populations sont-elles à la maison ?), la culture, etc. dans la zone de responsabilité.
- Les microplans doivent accorder une attention particulière aux groupes spéciaux mentionnés ci-après et aux zones à risque.
- Les microplans doivent inclure des activités de mobilisation sociale (répartition, localisation, taille de la population cible, etc.)
- Les microplans doivent inclure les détails sur le nombre d'équipes, de superviseurs, de véhicules, d'embarcations, etc., les zones à couvrir par jour par le superviseur et les équipes ; les zones spéciales telles que les gares routières et ferroviaires, les marchés, les établissements scolaires, les briqueteries, les postes frontières, les événements spéciaux comme les fêtes, les événements religieux, etc. ; les informations sur l'accessibilité saisonnière ; les contacts avec les membres de la communauté, les ONG, les associations, les sociétés privées, etc.

Les évaluations effectuées dans de nombreux pays montrent que ce sont les mêmes groupes de population qui ne sont couverts ni par le programme de vaccination de routine ni par les campagnes de vaccination supplémentaires. Ces populations non couvertes ne doivent pas être assimilées aux populations vivant dans

les zones reculées. Il arrive partout que des individus ne soient pas couverts par les campagnes de vaccination car la population cible est sous-estimée ou car le personnel de santé cible un certain nombre d'enfants plutôt qu'une zone géographique.

3.5.3 Étapes critiques de la microplanification

- Commencer par l'élaboration d'un plan de travail au niveau du (sous-) district précisant clairement les activités avec délais et responsabilités.
- Mettre en place une structure de coordination : personnes, responsabilités, calendrier de réunions et salle des opérations.
- Obtenir des cartes de la zone et y indiquer les distances, la répartition de la population, les repères, les frontières, les mouvements de populations, les particularités saisonnières (inondations, etc.). Les cartes peuvent être de simples cartes routières ou des cartes produites par les services vétérinaires, les ministères, les bureaux statistiques, etc.
- Obtenir une liste de ministères potentiellement utiles (ministères de la Défense, de l'Intérieur, des Transports), des instituts démographiques et politiques, des églises, des ONG et d'autres organisations utiles. Les contacter officiellement et assez tôt pour leurs contributions sous forme de moyens de transport, de personnel, de sécurité, de chaîne du froid, etc.
- S'assurer de l'implication régulière de tous les acteurs ou, pour éviter la surcharge de réunions, les informer au moins des évolutions majeures surtout si leurs services sont requis.
- Calculer la population cible au niveau de l'unité de planification la plus inférieure en s'appuyant sur l'expérience des campagnes antérieures, sur des données de suivi, de vaccination de routine ou de recensement.
- Utiliser les directives nationales sur le nombre d'enfants à vacciner par équipe et par jour, calculer le nombre approximatif d'équipes de porte-à-porte, de superviseurs, le nombre et les types de moyens de transport en milieu urbain, semi-urbain ou en zone rurale. Utiliser uniquement ces statistiques comme repères et les adapter aux réalités locales.
- Sélectionner les équipes de supervision, passer en revue les chiffres du point précédent et élaborer les itinéraires des équipes en conséquence.
- Décider de former des équipes spéciales dans les gares routières/ferroviaires, les marchés, les lieux de fête et d'autres lieux de rassemblement ou de passage des populations.
- Présenter aux leaders communautaires et aux responsables locaux de la santé les plans avec des cartes en vue d'en discuter et de les

adapter à la réalité. Il convient à cet égard d'accorder une attention particulière aux zones contentieuses ou confuses, aux zones difficiles d'accès, aux événements locaux spéciaux, aux activités saisonnières et aux groupes à risque mentionnés précédemment. S'assurer que les leaders communautaires comprennent bien le programme et y adhèrent lorsque l'accord des districts frontaliers est nécessaire pour atteindre les populations cibles.

- Pour la sélection des équipes de vaccination, s'assurer qu'elles sont acceptées en termes de genre, d'âge, de religion et d'autres critères spécifiquement locaux. Au moins un membre de l'équipe devrait systématiquement être originaire de la zone à vacciner.
- Les itinéraires des équipes devraient être finalisés par les superviseurs de concert avec les équipes pendant la formation.
- Les noms des membres des équipes et des superviseurs devraient figurer dans le microplan.
- Les microplans devraient être actualisés avant chaque campagne afin d'intégrer les expériences passées, les données de suivi, les conditions changeantes en rapport avec les saisons (migrations, inondations, périodes de semailles et de récolte), etc.

3.5.4 Toucher les populations difficiles à atteindre

Il est important de vacciner les populations difficiles à atteindre ou faiblement couvertes qui sont souvent « oubliées » dans la vaccination de routine. Ces populations ne vivent pas forcément dans des zones reculées difficiles d'accès sur le plan géographique. En fait, la plupart des grandes villes ont des communautés vivant dans des « ghettos » ou des bidonvilles, où les populations ne peuvent être atteintes, selon toute probabilité, que pendant les AVS. Les questions auxquelles il convient de répondre sont : qui et où sont les populations difficiles à atteindre ou difficiles d'accès ? Ce qui amène à poser la question des raisons pour lesquelles ces populations sont sous-couvertes. Cela aidera les cadres à élaborer des stratégies efficaces pour les atteindre. Ces groupes comprennent :

- des populations dont on sait qu'elles supportent une part disproportionnée de la charge de la maladie ;
- des zones où les enfants ne sont pas ou sont insuffisamment vaccinés en milieu urbain et périurbain ;
- des populations vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène ou ne disposant pas de système d'assainissement adéquat ;
- des populations habitant des zones difficiles d'accès ou montagneuses ;
- des populations difficiles à atteindre comme les nomades, les pêcheurs, mais aussi les habitants

- des bidonvilles, les voyageurs qui seraient sur les routes ou à bord des trains durant la campagne ;
- les sans-papiers des villes/les squatters ;
- les travailleurs migrants ;
- les personnes dont les horaires de travail ne coïncident pas avec les visites des équipes (saisons agricoles, services de nuit, etc.) ;
- des populations vivant entre des hameaux (« no-man's-land ») ;
- les personnes qui ne font plus confiance au programme de santé en raison de la mauvaise qualité des services fournis, de l'absence de communication et/ou du comportement discourtois des vaccinateurs ou superviseurs ;
- les personnes dont le statut socio-économique nécessite de déployer des efforts particuliers pour les atteindre ;
- les réfugiés, les personnes déplacées en interne et les autres populations de passage ;
- les groupes minoritaires : populations politiquement ou socialement marginalisées ou suscitant une certaine suspicion ;
- certains groupes religieux opposés à la vaccination ;
- les personnes vivant dans les zones qui connaissent des troubles civils ;
- des populations vivant à proximité de frontières internationales ou de limites provinciales ;
- des personnes de la classe aisée en zone urbaine ou des banlieues qui rejettent la vaccination.

Exemples de stratégies de pré-campagne à mettre en œuvre pour les populations insuffisamment couvertes par la vaccination ou difficiles à atteindre :

- élaborer une cartographie détaillée afin de planifier correctement les besoins additionnels en logistique et mobilisation sociale pour atteindre ces populations ;
- impliquer les chefs tribaux et religieux locaux des populations sous-desservies par les programmes de vaccination dans la planification et la mobilisation sociale en déployant des efforts particuliers pour dissiper les fausses rumeurs ;
- comprendre et surmonter les barrières (culturelles, éducationnelles, logistiques, politiques, linguistiques ou religieuses) qui empêchent les populations sous-desservies de faire vacciner leurs enfants.

Exemples de stratégies de mise en œuvre de la campagne pour les populations difficiles à atteindre :

- utiliser des sites mobiles fixes lors des AVS, c'est-à-dire des équipes qui installent un poste de vaccination à un site fixe pour quelques heures, puis déplacent le poste vers un nouveau site après l'accomplissement de la tâche ;

- installer des postes supplémentaires sur des sites très visibles et/ou très « pratiques » (exemple : dans les écoles, les églises, les mosquées) ;
- installer des postes supplémentaires dans des sites stratégiques tels que les marchés, etc. afin d'atteindre les populations de passage ;
- apporter un appui logistique supplémentaire sous la forme de véhicules et d'équipes mobiles, par exemple, dans les zones où des populations sont sous-desservies ;
- démarrer tôt la mise en œuvre de la campagne et, si nécessaire, allonger la durée de l'AVS de quelques jours dans ces zones ;
- commencer très tôt le matin les activités de vaccination avant que les populations ne quittent leur domicile ou prolonger ces activités de vaccination en début de soirée lorsqu'elles rentrent à la maison après leurs activités quotidiennes ;
- démarcher en porte-à-porte et lister les communautés ;
- affecter des superviseurs expérimentés aux équipes postées dans ces zones.

Une ou deux semaines avant les AVS, les superviseurs devraient visiter les zones urbaines à forte densité de population les moins bien desservies afin de s'assurer que les mères sont bien informées de l'organisation des AVS. Cette démarche donne assez de temps pour redresser la situation par l'intensification des activités de communication. Avant et pendant les AVS, les superviseurs devraient superviser activement et fréquemment les préparatifs et les efforts pour atteindre les populations sous-desservies.



Exercice 2

Ce qui suit est un résumé du microplan du district de Karoo, qui prépare une AVS multi-interventions intégrée utilisant l'approche de poste fixe pendant quatre jours. Veuillez valider globalement le tableau récapitulatif du microplan en examinant les chiffres prévus pour les différents articles. Consignez les résultats de votre évaluation dans la colonne « Observations ».

District de Karoo

- Description générale du district : urbain et péri-urbain.
- Population cible pour l'AVS contre la rougeole : 160 000 nourrissons de 6 à 59 mois.
- Interventions supplémentaires : VPO et administration de vitamine A.
- Activité : poste fixe de vaccination pendant 4 jours.

Articles	Quantités dans le microplan	Observations
Nombre de flacons de vaccins contre la rougeole	17 600	
Nombre de flacons de VPO	19 000	
Nombre de seringues autobloquantes	176 000	
Nombre de seringues de reconstitution	18 900	
Nombre de boîtes de sécurité	2600	
Nombre de capsules de vitamine A	-	
Nombre de marqueurs indélébiles de doigt	100	
Nombre de postes de vaccination	200	
Nombre d'équipes de vaccination	220	
Nombre d'agents de la santé	180	
Nombre de crieurs de ville/d'animateurs de mobilisation sociale	-	
Nombre de volontaires	1000	
Nombre de superviseurs	10	
Nombre de communautés difficiles à atteindre et population estimée	Aucune	
Nombre de cliniques et de centres de santé dans le district	31	
Capacité de la chaîne du froid actuellement disponible dans le district (en litres)	3 réfrigérateurs, 20 porte-vaccins, 100 boîtes isothermes	
Capacité supplémentaire de la chaîne du froid nécessaire pour les AVS	15 réfrigérateurs, 80 porte-vaccins, 100 boîtes isotherme	
Quantité de carburant nécessaire en litres pour la distribution des vaccins et les superviseurs	2000 litres de super, 1000 litres de gazole	
Nombre de véhicules requis pour les AVS dans le district	1 camion, 2 véhicules tout terrain, 10 motocyclettes	
Nombres d'établissements pré-scolaires à utiliser comme postes fixes temporaires pour la prestation des services	-	
Autres sites à utiliser pour la prestation des services	-	

3.6 Outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS

Pour atteindre une couverture élevée tout en assurant une vaccination sûre, une bonne préparation des AVS est un prérequis fondamental. Dans l'idéal, celle-ci devrait commencer plus d'un an avant la période prévue pour les AVS. Il faut en effet tenir compte, d'une part, des cycles budgétaires, généralement fixés sur une base annuelle, du gouvernement et des donateurs qui en assureront le financement et, d'autre part, de la nécessité de la prévision annuelle des vaccins pour garantir la disponibilité en temps voulu des quantités requises de vaccins et de matériel d'injection.

En vue d'améliorer la qualité de la préparation des AVS et de s'assurer que le degré de préparation permette de conduire des AVS de qualité, l'outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS a été élaboré pour suivre périodiquement la préparation des AVS aux niveaux national et du district. Cet outil de gestion fournit essentiellement une évaluation simple à utiliser, quantitative et périodique du degré de préparation à la fois aux niveaux national et infranational. Il identifie les forces et faiblesses spécifiques liées aux préparatifs des AVS au fil du temps, identifie les lacunes et actions nécessaires ainsi que les responsables locaux pour combler ces lacunes. Il facilite l'élaboration de rapports sur les données relatives au degré de préparation pour les autorités supérieures dans l'optique d'effectuer des interventions opportunes, y compris de décider éventuellement de repousser, en totalité ou partie (soit dans certains districts), les AVS jusqu'à ce que le degré de préparation soit adéquat.

L'outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS souligne que certaines activités essentielles doivent être effectuées pour garantir une qualité élevée des AVS. Le principal objectif de cet outil est d'assurer une campagne de haute qualité grâce à une excellente préparation. Veuillez vous référer à l'annexe 2 pour un échantillon de l'outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS.

- **Six mois avant** les AVS, les directives nationales relatives aux AVS, un plan logistique national budgétisé et un plan national budgétisé pour le plaidoyer, la mobilisation sociale et le programme de communication devraient être déjà finalisés. L'évaluation de la chaîne du froid, les commandes de vaccins, matériel d'injection, boîtes de sécurité et d'autres moyens logistiques devraient également être effectuées à ce moment-là.
- **Quatre mois avant** les AVS, les fonds pour la formation et les activités de plaidoyer et de planification devraient être disponibles au moins au niveau du district. Les ateliers de

microplanification et les réunions de plaidoyer et de planification aux niveaux provincial et de district devraient se tenir à cette période.

- **Trois mois avant** les AVS, le matériel de formation, les directives pour les superviseurs et les vaccinateurs ou les aide-mémoire, les formulaires, les fiches de pointage et les listes de contrôle devraient être imprimés et distribués au niveau local.
- **Deux mois avant** les AVS, les plans de supervision, de suivi et de gestion des déchets devraient être en place à chaque niveau. Des supports pour le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication devraient être élaborés et distribués et des plans mis en œuvre dans la perspective de la campagne. La microplanification devrait être achevée et les cérémonies de lancement planifiées.
- **Au cours du mois précédant** le déroulement de la campagne, la formation des vaccinateurs et des volontaires devrait être réalisée, les plans de supervision finalisés, les activités de mobilisation sociale et de communication mises en œuvre et les lots de vaccins et d'autres fournitures distribués.



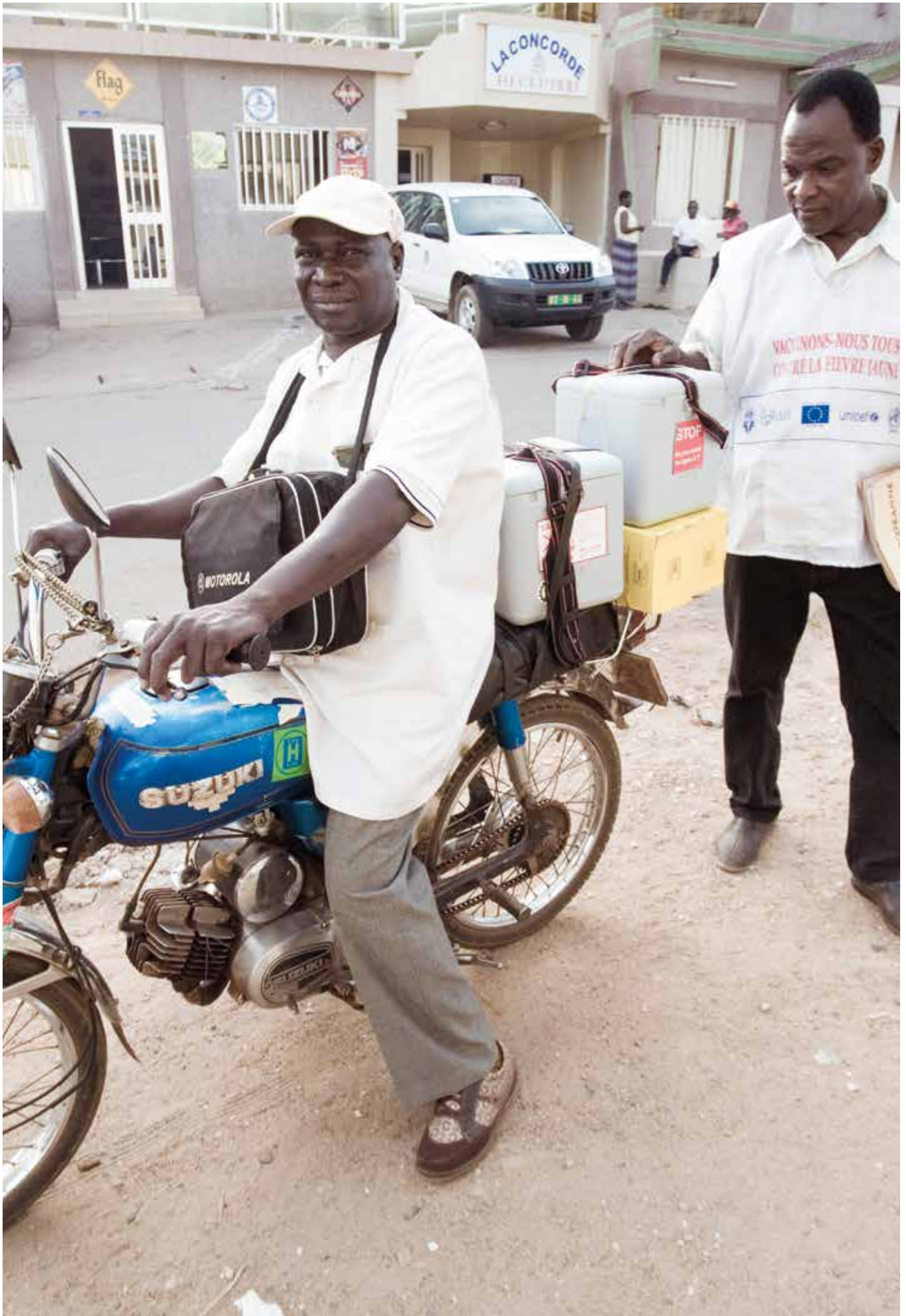
3.7 Renforcement de la vaccination de routine par les AVS

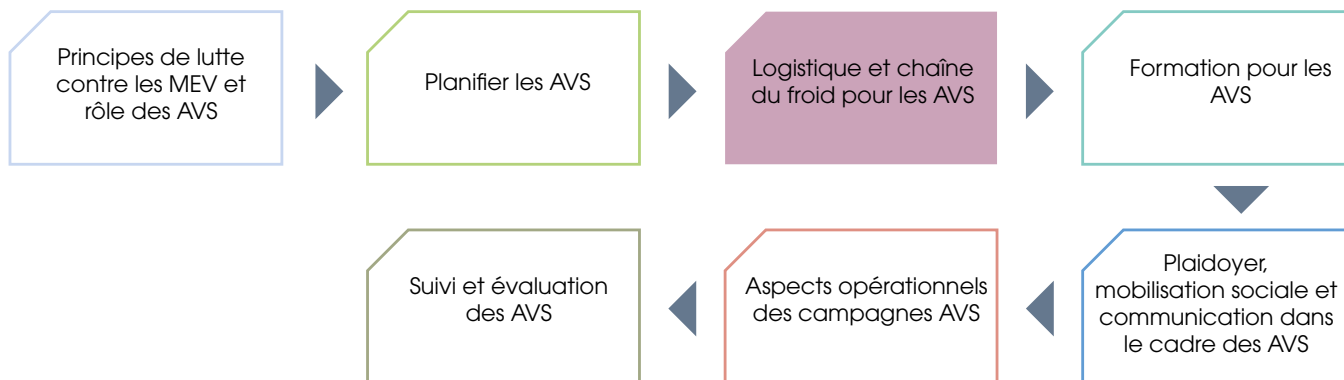
Les activités de vaccination supplémentaires offrent une excellente opportunité de renforcer la vaccination systématique. Ceci peut être effectif si les diverses structures telles que coordination, microplanification, suivi et mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaires servent également à renforcer la vaccination de routine.

Les meilleures pratiques des AVS peuvent et devraient développer les capacités nationales et renforcer la prestation de services de vaccination existants par une attention renouvelée aux composantes clés de la gestion du programme. Des activités spécifiques pour renforcer la vaccination de routine sont effectuées avant, pendant

et après la fin des AVS. Sur la base de l'évaluation de la vaccination de routine dans le pays, il convient d'identifier trois à cinq objectifs visant à renforcer le programme de vaccination de routine et de convenir de les inclure dans les AVS. Une personne focale devrait être identifiée pour chacun des sous-comités nationaux afin de surveiller et de garantir la mise en œuvre de ces activités.

À titre d'exemple, au cours de la mobilisation sociale des AVS, des messages particuliers visant à assurer le plaidoyer en faveur de la vaccination de routine peuvent être transmis. Même les approvisionnements logistiques, tels que le matériel nécessaire à la chaîne du froid, peuvent être mis en place dès les préparatifs des AVS car ils profiteront aussi bien à ces activités qu'à la vaccination de routine longtemps après la campagne.





4. Logistique et chaîne du froid pour les activités de vaccination supplémentaires

4.1 Garantie d'une logistique efficace

Une planification anticipée de la logistique est importante pour la réussite des AVS. Les principales étapes en vue d'assurer une logistique efficace lors d'une campagne de vaccination sont les suivantes :

- utiliser les meilleures données démographiques disponibles et une formule standard pour tout le pays afin d'estimer au mieux la population cible à chaque niveau. En cas de doute, faire une surestimation raisonnable ;
- utiliser les tableurs logistiques standardisés du niveau national pour le calcul des besoins ;
- commander les vaccins et les consommables au moins 6 mois avant la date des AVS ;
- élaborer un plan de distribution en indiquant quand et comment les approvisionnements seront transférés aux divers niveaux ;
- accorder une attention particulière aux besoins logistiques des zones difficiles à atteindre et des zones mal couvertes ;
- s'assurer que les vaccins, les diluants, les compte-gouttes, les seringues autobloquantes, les seringues de dilution et les boîtes de sécurité sont toujours distribués groupés avec des quantités correspondantes ;
- élaborer un plan détaillé pour la collecte quotidienne des boîtes de sécurité et des autres déchets des postes de vaccination pour incinération.

Exercice 3

En petits groupes, en vous basant sur votre expérience antérieure, dressez la liste de toutes les insuffisances logistiques auxquelles vous faites face durant les AVS. Utilisez en tant qu'exemples les JNV contre la poliomyélite, les AVS contre la rougeole, le tétanos et les campagnes de vaccination contre la méningite. Tentez d'identifier quatre ou cinq causes de ces lacunes opérationnelles.

4.2 Exigences en matière de transport

Les exigences en matière de transport pour la distribution des fournitures logistiques comprennent :

- un choix judicieux du type de transport pour les vaccins et tout le matériel d'injection, en fonction du poids et du volume des marchandises à transporter au niveau central et au niveau provincial. Le transport peut se faire par camion, avion, bateau, selon les réalités du pays. Des poids lourds peuvent être utilisés pour transporter les vaccins, le matériel d'injection, les intrants IEC (information, éducation et communication), les fiches d'enregistrement et d'établissement de rapports depuis le niveau national vers les niveaux provinciaux ;
- des camions légers pour redistribuer les fournitures pour les AVS du premier niveau sous-national (provincial) au niveau du district. Dans certains pays, des bateaux peuvent être utilisés pour le transport des marchandises pour les AVS ;
- des véhicules, des motos ou des animaux (charrettes tirées par des chevaux, ânes, mules, chameaux, etc.) sont nécessaires pour le transport des vaccins et des autres fournitures logistiques des points de distribution aux sites de vaccination ;
- des véhicules sont aussi nécessaires pour le personnel engagé dans les activités des AVS.

4.3 Distribution des vaccins et autres consommables

Des moyens de transport peuvent être loués dans le cadre des AVS par des agences gouvernementales, les forces armées ou les agences partenaires. Un plan devrait être élaboré pour la distribution des vaccins/matériels d'injection à chaque niveau à savoir : du niveau central au niveau des districts, des sous-districts et des postes de vaccination.

Le plan devrait prendre en compte les éléments ci-dessous :

- le nombre de kilomètres (aller-retour) à parcourir pour la distribution des vaccins avec les coûts de carburant ;
- le type de transport pour la distribution des vaccins ;
- les besoins en personnel (chauffeurs, techniciens de la chaîne de froid et personnel de maintenance) ;
- le temps requis pour la distribution.

4.4 Gestion de la chaîne du froid

Il est essentiel que la chaîne du froid soit fonctionnelle à tous les niveaux avant, pendant et après les AVS. Il faudra prévoir des sites de stockage additionnels au niveau central, régional et des districts. S'assurer que les vaccins disposent de PCV (pastilles de contrôle des vaccins) et les gérer selon les indications fournies par les PCV.

Les Instructions générales ci-dessous pour la manipulation des vaccins doivent être données aux vaccinateurs :

- Protéger le porte-vaccins et les flacons de vaccin du soleil.
- Dans le porte-vaccins, les flacons doivent être emballés dans un sachet plastique afin de les empêcher de flotter dans l'eau et d'éviter aux étiquettes de se décoller.
- Il est recommandé de n'ouvrir qu'un flacon à la fois.
- Il est recommandé de n'ouvrir le couvercle du porte-vaccins qu'après avoir terminé le flacon précédent pour prendre un autre flacon.
- N'administrer que des vaccins avec des PCV aux stades 1 et 2.

Les ruptures de la chaîne du froid constituent l'un des obstacles majeurs à surmonter dans la mise en œuvre de campagnes de grande qualité. Pour atteindre tous

les enfants, il faut investir massivement dans la chaîne du froid. Le stockage et le transport des vaccins doivent être conformes aux bonnes pratiques de la chaîne du froid. Les AVS constituent une opportunité unique pour renforcer la chaîne du froid pour les services de santé de routine (acquisition d'équipement, amélioration de la maintenance préventive des équipements disponibles, etc.). Pour éviter les interruptions des activités pendant les AVS, les gestionnaires provinciaux, de district et les logisticiens du PEV devraient :

- s'assurer que la chaîne du froid fonctionne aussi bien au niveau du district qu'au centre de santé pendant les AVS ;
- prévoir une capacité de réserve pour les chambres froides nationales et provinciales y compris des groupes électrogènes et des pièces de rechange ;
- s'assurer un approvisionnement continu en énergie.

4.4.1 Rôle de la pastille de contrôle des vaccins (PCV) dans le cadre des AVS

Une exposition cumulée à la chaleur peut être surveillée grâce à la PCV que l'on peut actuellement retrouver sur tous les flacons de vaccins fournis par l'UNICEF. Le vaccin oral contre la poliomyélite est le plus thermosensible de tous les vaccins du PEV. La PCV permet à son utilisateur de savoir à tout moment si le vaccin peut encore être administré en dépit des éventuelles interruptions de la chaîne du froid. La PCV peut par conséquent être utilisée en vue de planifier une option plus flexible, moins rigoureuse et moins chère de la chaîne du froid, ce qui est d'une importance particulière pour les campagnes de vaccination.

Les VPO peuvent être utilisés sans risque en dehors de la chaîne du froid jusqu'à ce que la PCV atteigne le stade pour les déclasser. La durée du temps d'utilisation dépendra de la température ambiante et de la qualité de la chaîne du froid jusqu'à ce stade. Actuellement, tous les vaccins utilisés dans le programme PEV possèdent une PCV.

Les avantages de l'usage des PCV lors des JNV sont les suivants :

- Les équipes peuvent travailler plus longtemps et plus loin grâce à des matériels moins encombrants et à une dépendance moindre eu égard à la recharge des accumulateurs de froid.
- Les zones d'accès difficiles et la faiblesse de la chaîne du froid cessent d'être des raisons de ne pas vacciner des groupes de population souvent non couverts pendant les JNV et les services de routine.
- L'agent de santé et le gestionnaire des stocks peuvent décider des flacons à utiliser en premier

lieu ou dans les zones proches sur la base du changement de couleur de la PCV.

- La réduction des pertes. Avec l'aide de la PCV, plusieurs pays ont abandonné la méthode de l'élimination des flacons de VPO à la fin d'une session ou en cas de rupture de la chaîne du froid.

Cela a permis de réduire considérablement les pertes (de 25 % à 10 % ou moins). L'expérience dans de nombreux pays montre maintenant que peu de PCV atteignent le point de déclassement pendant les campagnes.

- Les coûts liés à la chaîne du froid peuvent diminuer grâce à ces facteurs.

Exercice 4 – Étude de cas

Dans le district de Miombo de la province de Montana, une campagne intégrée de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite est prévue du 1er au 15 juin. Tous les préparatifs sont achevés et le district est prêt pour démarrer la campagne. Halima, une infirmière communautaire, est chargée de vacciner des enfants pendant trois jours, du mercredi au vendredi, dans sa zone de responsabilité. Le mardi soir, elle récupère les vaccins suivant les besoins estimés pour la population cible au centre de santé, soit des flacons de vaccins contre la rougeole et la poliomyélite et quatre accumulateurs de froid dans un porte-vaccins.

Le mercredi, elle vaccine des enfants dans son centre de santé. Elle laisse ensuite le reste des flacons de vaccins contre la poliomyélite dans le porte-vaccins et s'empresse de rentrer à la maison. Le jeudi, Halima se rend tôt le matin sur le site de stratégie avancée. Il fait déjà chaud. À son arrivée sur le site, la population l'attend. Elle ouvre le porte-vaccins et constate que les accumulateurs de froid ont fondu. Le thermomètre du porte-vaccins affiche 16 °C.

- Que devrait-elle faire à présent ?
- Que devrait-elle faire à l'avenir pour éviter ce problème ?

4.5 Mise en place d'une bonne gestion des déchets

En plus des décisions prises au niveau national sur la gestion des déchets de la vaccination, le niveau du district devra :

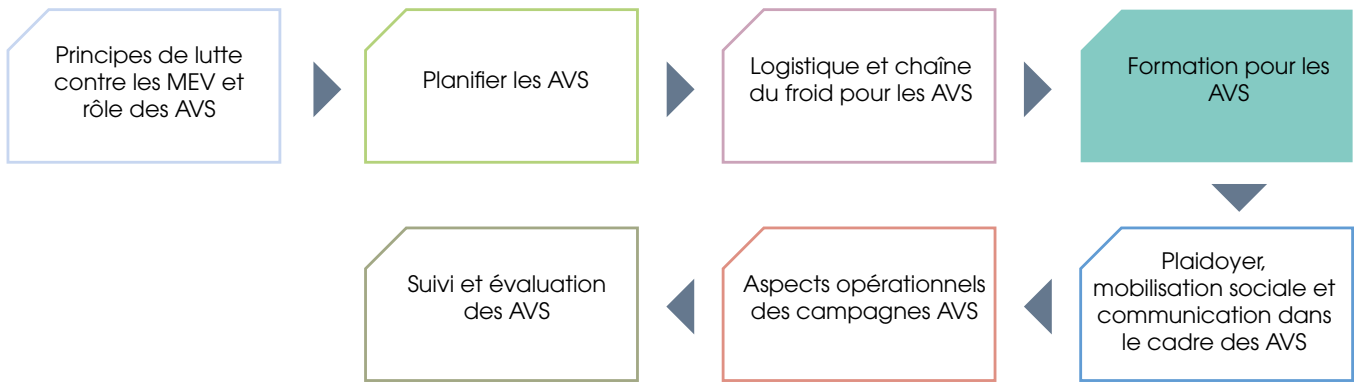
- faire un inventaire des structures disposant d'un système de gestion des déchets ;
- identifier l'état et l'emplacement des incinérateurs, des sites de brûlage et d'enfouissement ;
- inclure dans la description des tâches du superviseur du site la responsabilité d'assurer

l'incinération quotidienne des boîtes de sécurité remplies de déchets et des autres déchets secs. Au niveau du poste de prestation des services, les seringues doivent être collectées dans les boîtes de sécurité fournies au poste de vaccination. À la fin de chaque journée de vaccination, chaque équipe rapporte les boîtes de sécurité – remplies au trois quarts – aux incinérateurs des établissements de santé.



Quelques erreurs des programmes et insuffisances opérationnelles qui surviennent couramment dans la gestion logistique des AVS

- Échec à déterminer clairement et suffisamment tôt les montants exacts et le calendrier de livraison des fournitures nécessaires à la campagne (vaccins, moustiquaires, vermifuges, consommables) qui arrivent dans le pays.
- Absence de plan clair de distribution des fournitures.
- Échec à budgétiser de manière adéquate les frais de dédouanement, de transport et de stockage des fournitures nécessaires à la campagne.
- Perturbation dans la distribution des fournitures au niveau périphérique/du site de vaccination.
- Disparité entre la quantité des vaccins et des dispositifs distribués au niveau du district.
- Carences de la chaîne du froid, notamment des thermomètres, etc.
- Fréquentes coupures électriques compromettant l'efficacité de la chaîne du froid.
- Absence de source alternative d'énergie pour les chambres froides centrales/provinciales.
- Retard dans l'appui financier/technique pour la construction/réhabilitation des incinérateurs.
- Rupture de stock de carburant et manque de véhicules entravant les mouvements des équipes/superviseurs de vaccination.
- Véhicules peu fiables tombant fréquemment en panne et perturbant les opérations de vaccination.
- Retard dans la distribution des outils de campagne (fiches de pointage et autres formulaires) au niveau périphérique.



5. Formation pour les activités de vaccination supplémentaires

5.1 Formation pour les activités de vaccination supplémentaires

Au moins trois mois avant les AVS, le niveau national devrait élaborer des plans de formation qui intègrent les besoins en formation pour les différents niveaux, les méthodes et les domaines clés, les ressources et les supports de formation, le calendrier, un cadre définissant « quoi-qui-où-quand » et un budget. Le plan de formation peut être précédé d'une évaluation des besoins formels de formation afin de combler les insuffisances spécifiques dans les connaissances des agents de santé et de corriger les mauvaises pratiques, le cas échéant. Le niveau national peut organiser une consultation pour tirer les leçons des AVS antérieures ou examiner les rapports des AVS pour adapter la formation afin d'obtenir des résultats optimaux.

Tous les acteurs clés des AVS devraient prendre part aux sessions de formation sur la préparation des AVS. Il s'agit des coordonnateurs, des superviseurs, des vaccinateurs, des membres du comité, des agents chargés de la mobilisation sociale, des logisticiens, des responsables de la surveillance et autres personnels de santé. La formation aux AVS devrait se faire en cascade : le niveau central assure la formation au niveau provincial, le niveau provincial forme les agents au niveau du district et le district forme les volontaires communautaires et les agents de santé. Les méthodes de formation devraient être simples et porter sur les besoins spécifiques des différents niveaux.

Ces sessions de formation devraient durer au moins deux jours et être aussi interactives que possible, avec notamment des jeux de rôles, des démonstrations pratiques, des études de cas et des exercices ainsi que des travaux de groupe afin de stimuler les discussions. Les organisateurs des sessions de formation devraient toujours soupeser le nombre de personnes formées en

une session en regard de l'avantage d'opter pour des groupes plus petits qui pourront être très bien formés. La possibilité d'augmenter le nombre de formateurs devrait être envisagée.

La formation devrait être aussi pratique que possible afin de s'assurer que les participants maîtrisent parfaitement les concepts et les procédures. Les domaines spécifiques qui se prêtent le mieux aux exercices pratiques sont l'organisation des sites de vaccination, le remplissage des fiches de pointage, le rôle des différents membres de l'équipe et le processus de supervision. Il convient autant que possible, pour des raisons d'efficacité, de présenter le matériel de formation dans les langues locales.

Il serait utile d'intégrer un moyen objectif d'évaluation de l'efficacité de la formation en introduisant des évaluations avant et après la formation.

5.2 Élaboration de contenus pour la formation aux AVS

La formation à tous les niveaux devrait inclure des informations sur les points qui suivent, mais il conviendra de la modifier suivant le type de campagne et le degré d'intégration des interventions.

Introduction

- État des lieux de la maladie ciblée au niveau mondial et national.
- Justification et objectifs des AVS.
- Interventions concernées (autres interventions : ITN, vitamine A).
- Groupe d'âge cible et dates des AVS.
- Partenariats et ressources.
- Chronologie/calendrier des événements et activités.

Questions de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale

- Plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives.
- Messages clés pour mobiliser la communauté et stratégies visant à assurer l'implication de la communauté.
- Répondre aux préoccupations de la communauté et des médias au sujet de la campagne.

Questions logistiques relatives à la préparation des AVS contre la rougeole

- Calculs cohérents pour l'allocation des fournitures et le déploiement du personnel.
- Stockage et transport des fournitures clés.
- Calendrier et modalités de distribution des diverses fournitures (colis de vaccins, matériel de mobilisation sociale, fiches de pointage et de synthèse, fonds, etc.)
- Adaptation de la logistique afin de s'assurer que les populations difficiles à atteindre bénéficient des prestations de soins.

Tâches et activités pendant la campagne

- Organisation et gestion des équipes et postes de vaccination.
- Composition des équipes et attribution des tâches.
- Comment organiser les activités de vaccination en porte-à-porte.
- Comment gérer le flux de services et le contrôle de la foule à un site de vaccination fixe.
- Comment identifier les ménages vaccinés et marquer les doigts des personnes vaccinées.
- Sélection des différents groupes d'âge/types d'interventions.

Manutention des vaccins et questions se rapportant à la sûreté de la vaccination

- Assurer l'efficacité et l'entretien de la chaîne du froid.
- Prendre soin des vaccins et, le cas échéant, des diluants :
 - Comment utiliser les pastilles de contrôle des vaccins (PCV).
 - Comment reconstituer les vaccins, si applicable, et comment administrer les vaccins sans risque.
- Comment prévenir les lésions dues aux seringues (blessures causées par des piqûres d'aiguilles) et permettre, le cas échéant, la destruction sans risque des seringues.
- Comment identifier, enquêter sur et gérer les manifestations adverses post-immunisation (MAPI).

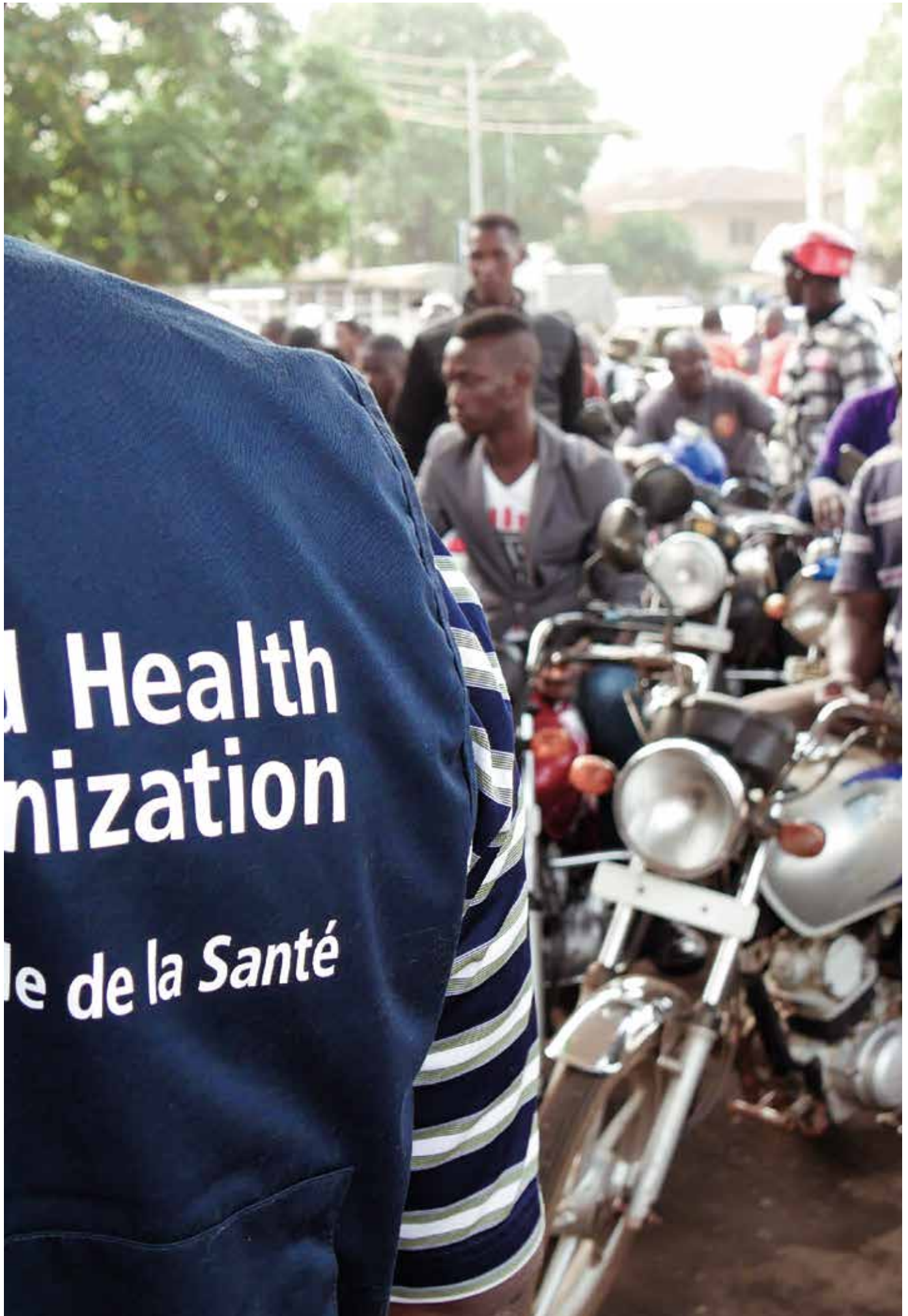
Enregistrement, documentation, évaluation et rapport journalier

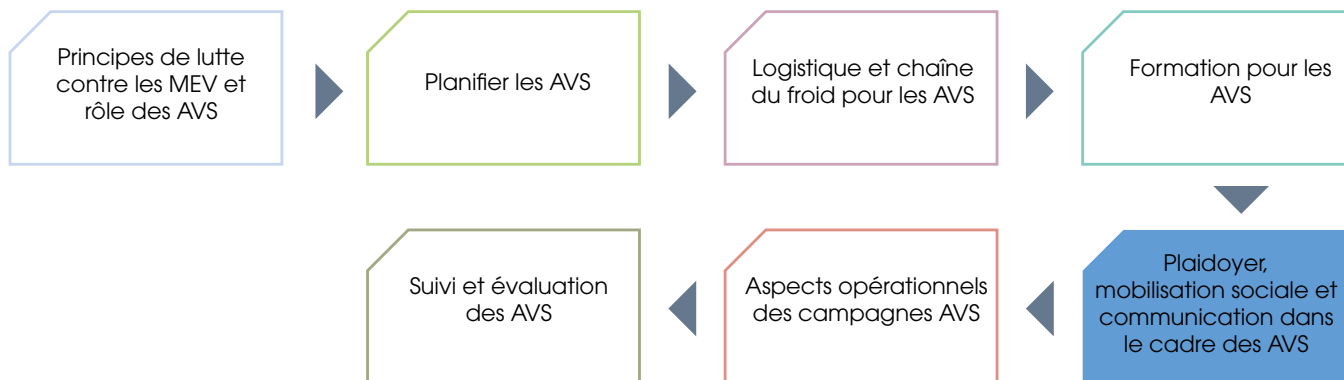
- Comment remplir les fiches de pointage et de synthèse.
- Comment remplir les fiches logistiques à chaque niveau.
- Évaluation quotidienne des activités à divers niveaux de coordination et résolution des problèmes.

Suivi et supervision

- Objectifs, méthodologie et outils.
- Supervision des préparatifs avant la mise en œuvre.
- Supervision pendant la campagne.
- Suivi pratique rapide et résolution des problèmes pendant la campagne.
- Présentation des différents outils de suivi et listes de contrôle pour la supervision.
- Renforcement de divers aspects de la vaccination de routine.
- Prévision des besoins en vaccins et gestion des vaccins.
- Suivi de la couverture et réponse programmatique aux lacunes en la matière.
- Surveillance basée sur les cas, pour le contrôle et l'élimination de la maladie :
 - définitions de cas, étude de cas et procédures de prélèvement des échantillons ;
 - outils de prélèvement des échantillons et de notification des cas.







6. Plaidoyer, mobilisation sociale et communication dans le cadre des AVS

En vue de réaliser des AVS de bonne qualité, il convient de planifier et de mettre en œuvre un plaidoyer, une mobilisation sociale et une communication efficaces afin d'obtenir l'appui et la participation des décideurs, des individus, des familles et des communautés. Les activités planifiées devraient se baser sur l'expérience ainsi que sur l'évaluation des meilleures méthodes pour assurer que l'intervention soit bien comprise au sein de la communauté. Les objectifs d'une bonne stratégie de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication dans le cadre des AVS visent à garantir que :

- tous les parents/responsables des enfants sont informés de la campagne et demandent la vaccination ;
- les pouvoirs publics sont fortement mobilisés et solidement engagés à l'échelle nationale et au niveau des provinces, des districts et des communautés ;
- les partenaires religieux, sociaux et civils des activités de vaccination sont impliqués activement à tous les niveaux ;
- les populations ou les communautés mal desservies sont identifiées et les efforts pour les atteindre sont intensifiés.

6.1 Planification de la communication et des activités de mobilisation sociale

Le comité national devrait définir un plan qui réponde aux priorités incluant l'élaboration et la diffusion de messages clés, de fiches d'information et d'autres supports écrits, mobilisant les médias de masse à tous les niveaux et prévoyant la coordination avec les provinces et les districts. La planification de la mobilisation sociale devrait se faire au moins 6 mois à l'avance dans le cadre de la microplanification globale des AVS. À chaque niveau (national, de district et communautaire), un plan de travail avec les objectifs, les activités, les personnes responsables et le budget devrait être préparé.

La présence de comités de mobilisation sociale à tous les niveaux est un facteur clé pour le succès de la campagne de vaccination de masse. Ces comités devraient être multi-sectoriels avec des responsabilités clairement définies.

Leçons clés apprises de la mobilisation sociale pour les AVS :

- Les structures communautaires/traditionnelles sont plus importantes que les médias de masse dans les zones rurales.
- Les crieurs en ville sont très efficaces pour passer des messages de mobilisation sociale.
- Les volontaires de la société civile (exemples : Croix Rouge/Croissant Rouge) apportent un appui inestimable dans la mobilisation des communautés.
- L'implication des opérateurs de télécommunications (en particulier les réseaux de téléphonie cellulaire dans les zones urbaines) est utile pour transmettre des messages écrits aux abonnés.

6.2 Activités de plaidoyer

Pendant la phase préparatoire, le ministère de la Santé doit obtenir rapidement un engagement fort des autorités nationales et des principales organisations partenaires à apporter leur appui aux AVS. Des activités de plaidoyer devraient également être menées auprès des divers leaders à tous les niveaux pour obtenir l'acceptation et l'appui de la communauté. Les groupes cibles pour le plaidoyer peuvent comprendre les chefs d'État et de gouvernement, les parlementaires, les leaders religieux, les dirigeants des agences partenaires/bailleurs de fonds, les décideurs du ministère de Santé et des leaders d'opinion communautaires. Des activités de plaidoyer devront être réalisées à divers stades, il s'agit :

- de la préparation d'informations convaincantes comme l'impact des AVS sur la réduction de la morbidité et la mortalité, les histoires à succès ;

- des séances d'information avec les professionnels de la santé (médecins et organisations professionnelles), de groupes et individus clés ;
- du recours aux ambassadeurs de bonne volonté ou aux célébrités ;
- du recours au CCIA pour le lobbying auprès des décideurs politiques et autres ;
- du recours aux médias de masse pour le plaidoyer et le renforcement de l'engagement des décideurs ;
- du lancement des AVS par d'éminentes personnalités.

Les messages clés de plaidoyer devront être conçus et pourraient porter sur le poids des maladies dans la communauté, l'efficacité des AVS dans la réduction de la morbidité avec des exemples concrets, les bénéfices économiques et sociaux ainsi que la sécurité des vaccins.

Cérémonie de lancement ou d'ouverture : la cérémonie de lancement peut représenter une occasion importante dans le cas où d'éminentes personnalités telles que les chefs d'État, les célébrités, etc. y prennent part. Les personnalités publiques devront être contactées longtemps à l'avance pour s'assurer de leur participation.

Les **activités de mobilisation sociale** devraient être planifiées afin de tenir compte de tout appui éventuel des divers groupes, institutions, organisations, etc. Elles pourraient inclure les comités de santé, les groupes religieux et communautaires, les ONG, les associations de femmes et toutes les autres organisations présentes dans la région. Les AVS devraient atteindre tous les enfants éligibles et en particulier ceux dont les parents sont hésitants à l'égard de la vaccination ou ceux qui sont tout simplement occupés. Il faudrait par conséquent concevoir et diffuser des messages clairs par des méthodes adaptées pour atteindre ces parents et d'autres qui peuvent influencer sur eux ou les motiver. Si ces méthodes incluent les médias traditionnels, l'expérience a montré que la communication interpersonnelle ou le « bouche-à-oreille » joue un rôle majeur pour informer et convaincre les parents du bien-fondé d'amener leurs enfants à la vaccination.

La **Semaine Africaine de la Vaccination (SAV)**, célébrée dans la région africaine autour du mois d'avril de concert avec les autres régions OMS du monde, constitue une autre occasion de réaliser des efforts de plaidoyer très importants. La SAV met l'accent sur le pouvoir qu'ont les vaccins de sauver la vie et encourage la vaccination des enfants, des adolescents et des adultes contre les maladies mortelles. Dans certains pays, les AVS peuvent être associées/harmonisées avec la SAV afin de donner plus d'importance aux deux initiatives (AVS et SAV) dans l'optique de lutter contre les MEV.

Les activités de mobilisation sociale dans les districts et les communautés devraient démarrer deux mois avant et s'intensifier au cours des deux dernières semaines qui précèdent les AVS. Les activités réelles dépendront de chaque région/communauté et pourraient inclure un quadrillage en porte-à-porte, les campagnes médiatiques (surtout à travers des programmes et spots radio) et l'annonce des journées AVS lors de toutes les réunions des communautés et des groupements religieux.

Principales insuffisances opérationnelles en communication et en mobilisation sociale sur la base de l'expérience des campagnes antérieures :

- Incapacité à couvrir tous les groupes cibles pour les différentes interventions par le biais des messages de mobilisation sociale.
- Incapacité à convaincre ceux qui refusent la vaccination et les groupes hésitants.
- Absence d'un plan de distribution adéquat du matériel de mobilisation sociale entraînant des retards dans la distribution du matériel IEC et des messages médiatiques.
- Les parents/les prestataires de soins ne disposent pas d'informations adéquates sur le PEV de routine, les types de vaccins administrés, les éventuels effets secondaires, etc.
- Dépendance excessive aux médias de masse et quasiment pas d'attention accordée aux structures communautaires.
- Absence de banderoles ou d'autres supports d'identification au niveau des postes de vaccination.

Le **matériel d'information et de promotion** tel que les affiches, les brochures, les lettres d'information, les t-shirts, les casquettes, les autocollants et les banderoles devraient être conçus, préparés, commandés et distribués un mois avant le lancement des AVS. En plus des activités de mobilisation sociale locales, les médias de masse sont très efficaces dans le cadre de la mobilisation pour les AVS.

Des efforts doivent être déployés en vue d'atteindre les **populations mal couvertes** ou les populations spéciales. Il peut s'agir de groupes minoritaires ou de populations marginalisées, de communautés religieuses qui pourraient résister aux interventions de santé publique, de groupes nomades/migrants, de réfugiés, de groupes d'élite et de leur personnel. Ces efforts pourraient permettre :

- aux comités de mobilisation sociale de tenir des réunions préliminaires avec les leaders d'opinion de ces communautés ;

- des visites en porte-à-porte effectuées par des volontaires locaux des mêmes groupes minoritaires ;
- de travailler étroitement avec les leaders des communautés minoritaires ;
- de travailler avec les ONG locales qui apportent assistance aux groupes.

national consacrés à la mobilisation sociale doivent être versés tôt aux districts afin que les activités de mobilisation sociale puissent être menées suffisamment tôt avant les journées de vaccination. Toutefois, pour les activités locales, il ne faut pas attendre de financements tiers. Des ressources devraient être mobilisées à tous les niveaux afin d'appuyer des activités réalisables.

Le budget de la mobilisation sociale devrait être pris en compte dans l'ensemble du plan. Tous les fonds du niveau

Exercice 5 – Étude de cas

Pour tous les groupes.

La province du Nord-Est du Narina continue à afficher un taux de couverture vaccinale contre la rougeole inférieur à 60 % depuis 10 ans et a par conséquent été frappée par des épidémies récurrentes de rougeole. La province a une population totale de 4,2 millions d'habitants et le chef-lieu de la province a une population évaluée à un million de personnes. Le dernier recensement a eu lieu il y a plus de 12 ans.

Les autorités sanitaires provinciales ont décidé de mener une campagne de vaccination supplémentaire contre la rougeole afin de s'assurer que tous les enfants éligibles âgés de 6 mois à 14 ans reçoivent une dose du vaccin contre la rougeole. Par le passé, le district a eu à faire face à un certain nombre de défis pour atteindre tous les enfants, via la vaccination de routine, les campagnes de vaccination et des journées de santé de l'enfant. Il existe un groupe religieux toujours opposé à la vaccination avec plus de 5000 familles qui refusent la vaccination de routine ou les AVS pour des raisons religieuses. En plus, certains districts de la province ont une importante population nomade qui se déplace le long des zones frontalières.

L'autorité traditionnelle est fortement établie dans les communautés rurales de la province.

La population est constituée à 60 % de chrétiens et à 40 % de musulmans. En tenant compte du groupe d'âge cible, des plans ont été conçus pour utiliser les établissements scolaires comme des sites de vaccination possibles. L'administration de santé du district a convoqué une réunion du comité de communication pour évaluer la situation et élaborer un plan de communication pour le district afin de s'assurer que tous les problèmes soulevés précédemment sont résolus et que tous les enfants sont complètement vaccinés.

Tâche : dans votre groupe, élaborer un plan de communication approprié à soumettre à l'administrateur du district de santé. Présentez votre plan en séance plénière.

Exercice 6 – Jeu de rôle

Pour tous les groupes.

Concevoir un bref jeu de rôle pour chacun des scénarios suivants avec des objectifs d'apprentissage clairs pour chaque scénario :

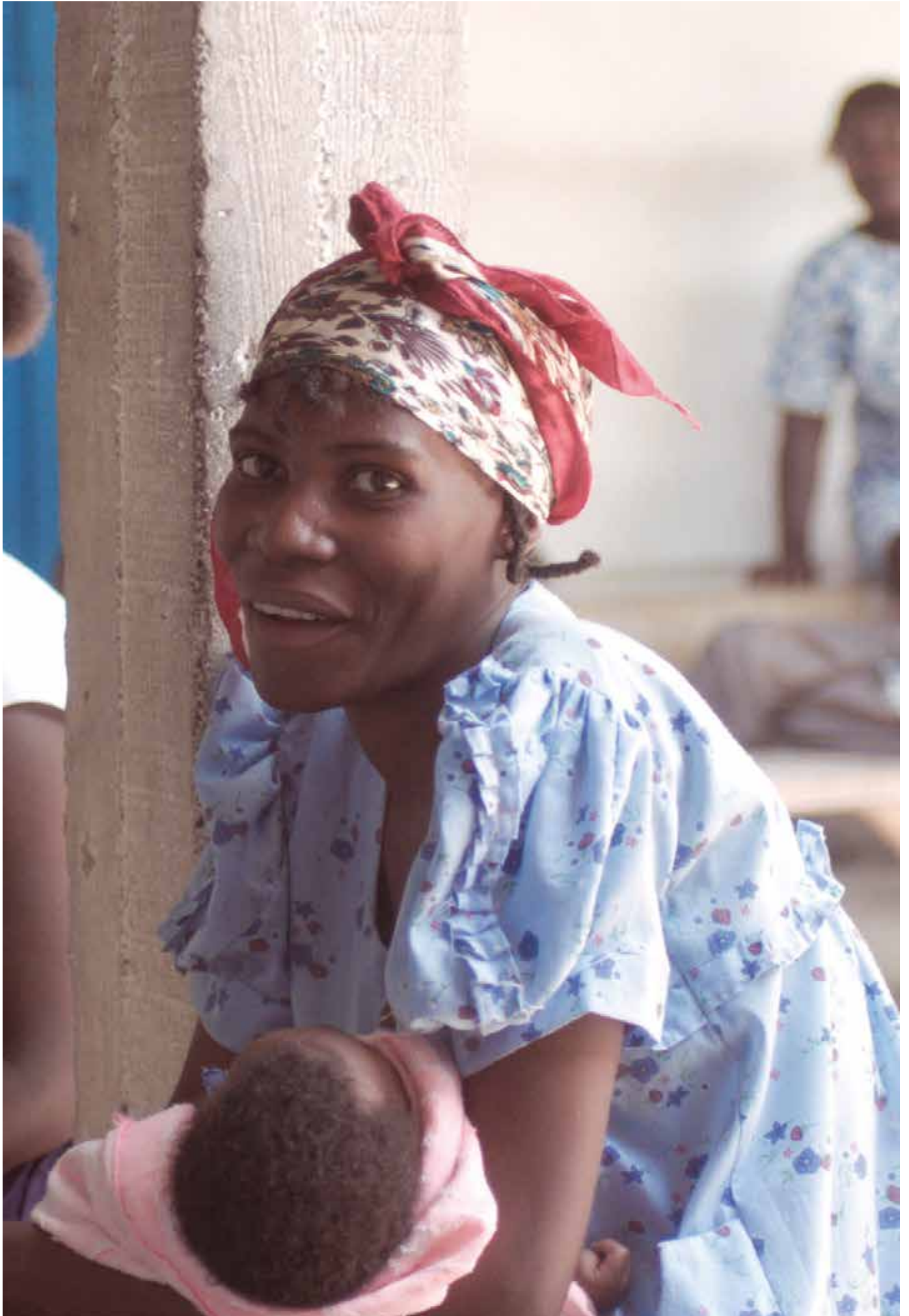
Groupe 1 : le superviseur et le vaccinateur rencontrent des problèmes de manutention des vaccins.

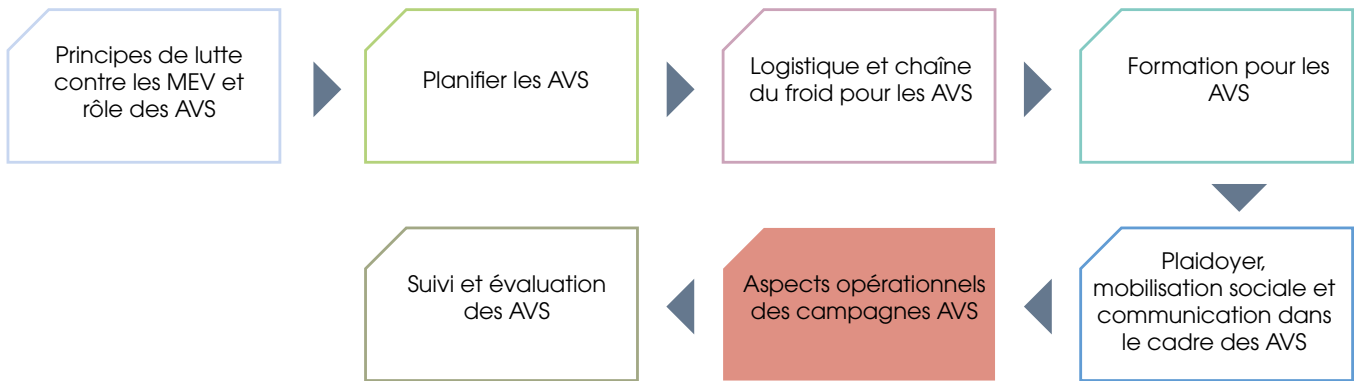
Groupe 2 : un vaccinateur est face à une mère qui ne veut pas qu'on administre à son enfant le vaccin contre la rougeole par crainte des effets indésirables.

Groupe 3 : le superviseur donne des instructions à un crieur de ville au sujet des messages pour une activité de vaccination contre la poliomyélite dans le cadre des JNV (la cinquième depuis le début de l'année).

Groupe 4 : le coordonnateur des AVS au niveau du district entreprend une visite de plaidoyer à la chambre de commerce du district pour solliciter un appui en nature dans le cadre des AVS.

Chaque groupe concevra un scénario qui sera présenté en séance plénière avec de brefs jeux de rôle.





7. Aspects opérationnels des campagnes AVS

La stratégie de vaccination dans une campagne de masse peut se décider au niveau national en se basant sur le type de vaccination et les objectifs à atteindre. Très souvent, les campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite utilisent la stratégie du porte-à-porte. Les AVS contre la rougeole, le VAT, la fièvre jaune et la méningite utilisent souvent la stratégie fixe en raison de la nature de la vaccination (injection du vaccin). Les postes de vaccination employés lors des AVS peuvent être fixes (permanents ou temporaires) ou mobiles.

- **Postes de vaccination permanents fixes** : ces postes sont situés dans les établissements de santé. La vaccination se fait dans les établissements de santé pendant toute la journée et durant les sept jours de campagne. Ces sites serviront aussi de dépôts pour le stockage et la distribution des vaccins aux postes de vaccination fixes temporaires et aux équipes mobiles.
- **Postes de vaccination fixes temporaires** : ces postes sont situés dans les écoles, les églises, les abris-bus, les barrages routiers et les marchés. La vaccination se fait au niveau de ces sites soit pour la durée de la campagne ou en fonction de la densité de la population.
- **Postes de vaccination mobiles** : ces postes vont de communauté à communauté atteignant des populations vivant dans des zones difficiles d'accès qui peuvent ne pas avoir accès à un site fixe. En règle générale, les populations sont de très petite taille. Il s'agit d'installer un poste de vaccination sur un site fixe pendant quelques heures avant de se déplacer vers un nouveau site après avoir accompli la tâche. En recourant à la méthode du porte-à-porte pour la vaccination, les équipes mobiles de vaccination visitent tous les domiciles dans une zone, identifient et vaccinent tous les enfants cibles. Une campagne de vaccination de porte-à-porte bien planifiée et supervisée peut permettre d'atteindre un taux de couverture très élevé de la population cible.

La stratégie du porte-à-porte a été sélectivement utilisée par le passé lors des campagnes de rattrapage. Dans le cadre des AVS, un ménage peut renvoyer à une maison en dur, à une tente ou à un chameau. Il est par conséquent important que les membres de l'équipe aient une bonne compréhension de cette stratégie et y souscrivent. Dans le cas où la concession a plusieurs ménages, l'équipe de vaccination doit rentrer dans la concession et visiter séparément chaque ménage. Chaque ménage doit être marqué (voir ci-après le volet sur le marquage des domiciles) et l'entrée de la concession doit également être marquée afin d'indiquer si des enfants restent absents.

NOTA BENE :

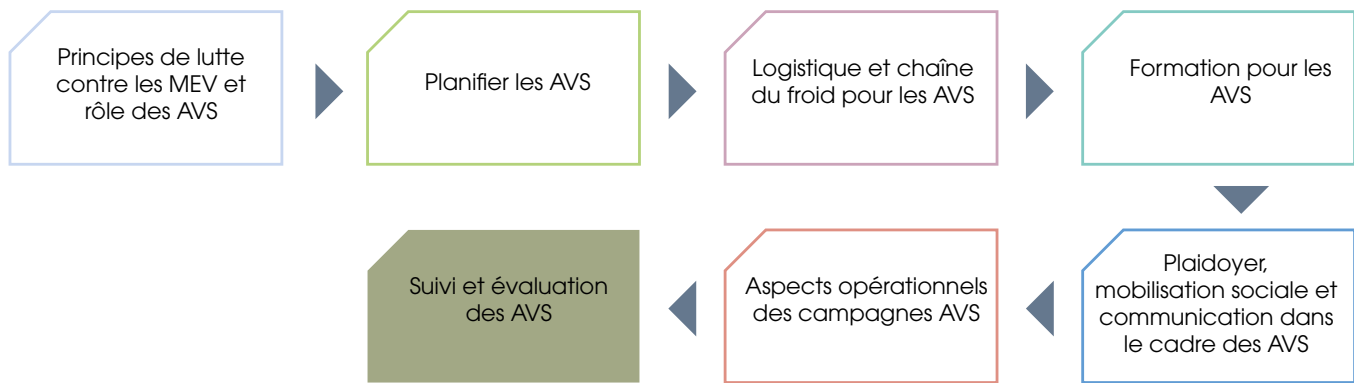
chaque foyer doit être visité dans une activité de vaccination en porte-à-porte. Les noms des enfants vaccinés ne sont pas enregistrés. Cependant, les noms des enfants absents lors du passage des équipes de vaccination seront portés au verso de la fiche de pointage. L'équipe est affectée dans une zone géographique pour vacciner tous les enfants cibles, qu'ils soient résidents ou non dans cette zone.

Les équipes de vaccination mobile sont tenues de couvrir les zones clés telles que les marchés, plaques tournantes et gares de transport, bidonvilles, zones avec des populations mobiles/migrantes, zones reculées/îles, étages supérieurs des immeubles et zones aux routes d'accès en mauvais état ou inaccessibles.

Dans le cas des JNV contre la poliomyélite, des équipes de vaccination de porte-à-porte doivent être munies d'une carte simple de la zone que l'équipe doit couvrir chaque jour, de vaccins et de diluants si applicable en quantité suffisante, de porte-vaccins avec accumulateurs de froid et de fiches de pointage pour enregistrer les doses administrées, les maisons visitées, les maisons à revisiter (enfant absent, refus, maisons fermées lors de la visite) ainsi que de craies pour le marquage des maisons : et de stylos pour le marquage des doigts.

L'équipe devrait également recevoir une formation pour savoir comment faire le travail et comment dialoguer avec les parents qui refusent la vaccination ou ne coopèrent pas.





8. Suivi et évaluation des AVS

8.1 Définition des termes

Suivi : le suivi est un processus systématique et continu d'examen des données, des procédures et des méthodes afin d'identifier les problèmes, d'élaborer des solutions et de guider les interventions. Le suivi est fait sur une base régulière (journalière, hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle). Il est en rapport avec la mise en œuvre des activités du programme. Les informations collectées sont utilisées pour orienter les activités du programme sur une base continue. Il consiste à suivre de manière systématique des éléments clés de la performance du programme à travers l'archivage, l'établissement régulier de rapports, les systèmes de surveillance, la supervision et les enquêtes périodiques. Le suivi permet aux responsables des programmes de déterminer quels domaines exigent le plus d'efforts ainsi que d'identifier les aspects qui contribuent à l'amélioration des performances. Les indicateurs choisis pour le suivi diffèrent en fonction du niveau d'établissement des rapports du système de santé et de la gamme d'interventions intégrées. Au niveau national et infranational, le suivi des apports (ressources humaines, financières et fournitures), des processus (achats de fournitures et formation) et des résultats (services fournis) est nécessaire afin de comprendre l'ensemble des activités du programme pour en améliorer les performances.

Évaluation : l'évaluation est une analyse périodique de la situation générale du programme : performance, viabilité et efficacité. L'analyse porte sur les politiques, le processus du programme, les systèmes selon lesquels le programme est exécuté, ainsi que sur les choix stratégiques, l'issue et l'impact du programme. Les évaluations peuvent servir de liens entre les deux volets du cadre de suivi et d'évaluation (apports, processus, produits, résultats ou impact). À titre d'exemple, on pourrait évaluer si les ressources financières permettent effectivement de générer les résultats souhaités de la formation et des services.

Pendant et après les campagnes, les programmes collectent des données sur les ressources utilisées et la couverture administrative des interventions. De plus en plus, les programmes contiennent une évaluation de la couverture au niveau des ménages et commandent des études spéciales telles que l'analyse économique, l'impact des différentes approches de mobilisation sociale etc. À l'évidence, chaque pays se doit de déterminer les questions les plus importantes auxquelles il faut répondre en se basant sur ses besoins spécifiques et les ressources disponibles.

Après l'identification des questions de suivi et d'évaluation, un tableau composé des éléments suivants doit être élaboré dans le cadre du programme de vaccination :

- les indicateurs ;
- la méthodologie de collecte de données ;
- les sources d'information ;
- le(s) responsable(s) de la collecte de données ;
- la fréquence de la collecte des données.

Ce module concerne l'approche standard pour le suivi et l'évaluation des AVS ainsi que l'évaluation de trois aspects de la performance :

- **Processus** : dans quelle mesure les personnels étaient-ils prêts pour la campagne et avec quel degré d'efficacité l'ont-ils mise en œuvre ; en particulier, comment ont-ils identifié et vacciné tous les enfants du groupe d'âge cible, comment ont-ils géré les questions de la qualité et de la sécurité des services de vaccination ?
- **Résultats** : les réalisations immédiatement observables des activités de campagne (mesurées en termes de couverture vaccinale).
- **Impact** : la réduction conséquente de la charge de la maladie dans le temps (exemple : la mortalité et la morbidité mesurées à travers la surveillance).

8.2 Activités clés de suivi et d'évaluation

La liste suivante comprend les activités clés de suivi et d'évaluation dans le cadre d'AVS types.

La période de pré-campagne :

- Évaluation des préparatifs par l'instance de coordination nationale ou par différents sous-comités AVS via un examen bimensuel et hebdomadaire des préparatifs des principales activités prévues par rapport au calendrier.
- Évaluation de l'état des préparatifs en utilisant la liste de contrôle de supervision pré-campagne et l'outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS au niveau du district et de l'exécution des activités.

La période de campagne :

- Supervision des activités.
- Réunions d'évaluation journalières de tous les superviseurs d'équipes au niveau du sous-district afin de passer en revue les données de couverture cumulatives journalières de leurs zones respectives et de discuter des questions de qualité comme la participation/fréquentation, la sécurité de la vaccination, la distribution logistique, etc.
- Résumé quotidien des données de couverture administrative en utilisant les fiches de pointage et récapitulatives pour les prestations de services.
- Suivi pratique rapide (RCM) afin d'identifier les enfants absents lors des AVS et les raisons de leur absence.

La période post-campagne :

- Enquêtes de couverture post-campagne (enquêtes dans les ménages ou les établissements de santé).
- Surveillance basée sur les cas.
- Études des analyses économiques.



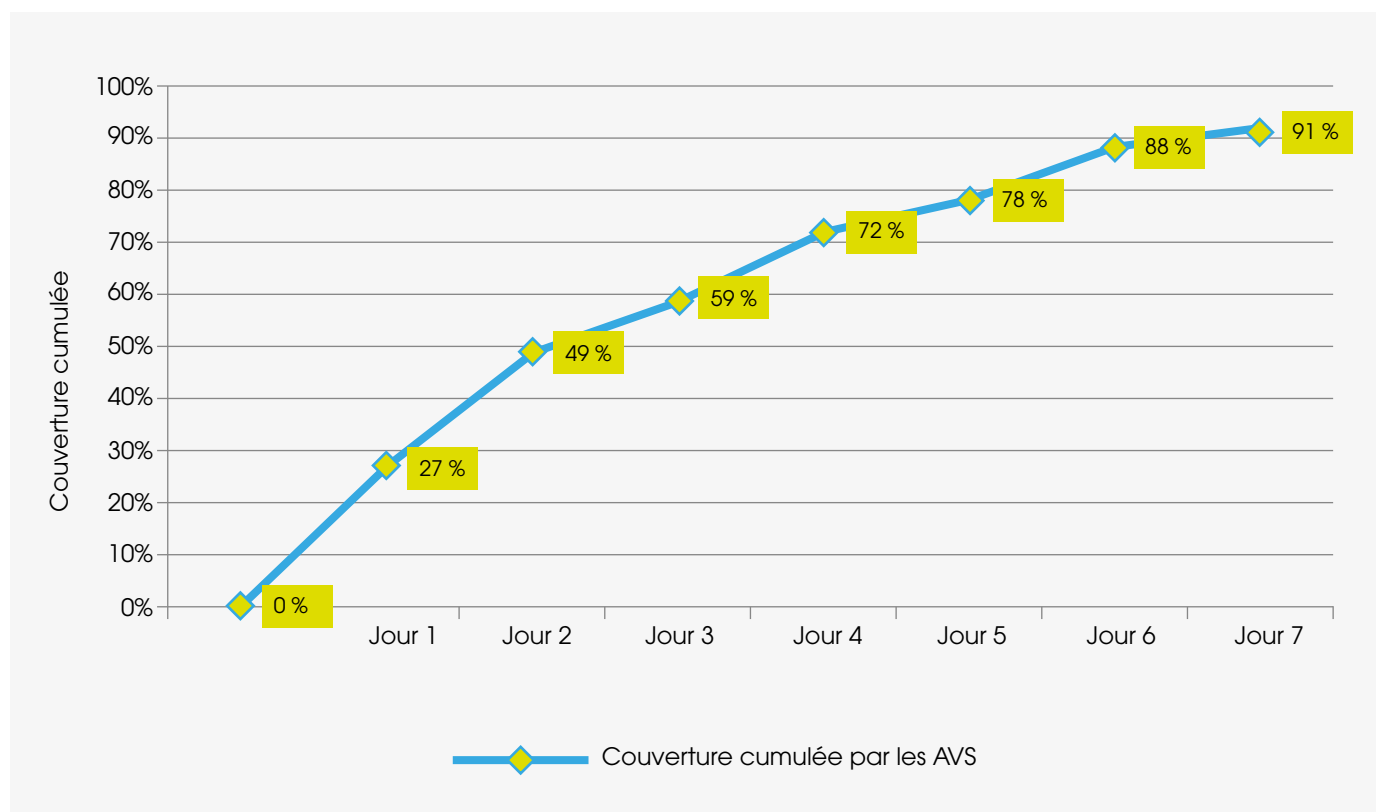
8.3 Estimation de la couverture vaccinale à travers les rapports administratifs de terrain

En utilisant les rapports récapitulatifs de district compilés à partir des fiches de pointage remplies par chaque équipe de vaccination, les cadres du programme peuvent estimer la couverture vaccinale en comparant le nombre de doses administrées durant la campagne (en numérateur) et l'objectif cible basé sur les données des ateliers de microplanification ou des dernières statistiques connues des recensements (en dénominateur). La formule appliquée pour le calcul de la couverture est la suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'enfants du groupe d'âge cible vaccinés dans le district X}}{\text{Nombre total d'enfants du groupe d'âge dans le district X}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$$

Les cadres du programme peuvent représenter le nombre cumulé journalier d'enfants vaccinés et le pourcentage de couverture atteint pour chaque district sur un graphique (voir figure 8.1). Au cours des AVS, le suivi quotidien de la couverture administrative leur donne l'occasion de surveiller l'évolution des AVS et d'intervenir en cas de manquements dans le processus de mise en œuvre. Ces interventions peuvent se faire sous forme de redistribution de la main-d'œuvre, de prolongation de la durée des activités, de fourniture d'un appui supplémentaire en termes d'encadrement et de logistique, etc.

Parfois, il existe des inconvénients dans l'utilisation de la couverture telle que définie par la méthode administrative. Souvent, les statistiques officielles manquent d'informations précises ou actualisées sur les chiffres relatifs à la population dans des zones difficiles d'accès. Malheureusement, la couverture vaccinale repose souvent sur les données de recensement ou d'enregistrement qui pourraient ne pas refléter avec précision la population cible réelle. Parallèlement à la migration et à d'autres facteurs, les dénominateurs qui en résultent peuvent fausser les prévisions de couverture, produisant ainsi des taux invraisemblablement faibles ou élevés (par exemple 130 % de couverture). Par conséquent, il vaut mieux utiliser les données de recensement ou les prévisions démographiques les plus récentes ou d'autres approches afin d'examiner les résultats de la couverture administrative.

Figure 8.1 Couverture quotidienne cumulée pour les AVS, données au jour 7 (échantillon)**Exercice 7**

Discussion de groupe.

Vous participez à la réunion du soir des superviseurs du district Turaco à la fin du 3^e jour d'une campagne multi-intervention de 6 jours. Le tableau ci-après que vous regardez concerne la couverture vaccinale de la rougeole et il présente les données de 4 sous-districts.

Sous-district	Couverture administrative au 3 ^e jour
A	28 %
B	77 %
C	12 %
D	40 %

Quelles sont les raisons possibles de la différence entre les données de couverture que vous voyez dans le tableau, et quelles solutions pourriez-vous proposer afin de garantir que la campagne atteindra ses objectifs ?

8.4 Suivi pratique rapide intra-campagne (RCM)

Le suivi pratique rapide a pour objectif principal d'identifier les enfants non vaccinés en vue de les vacciner. Il vise en outre à déterminer les raisons expliquant la non vaccination et à planifier et mettre en œuvre des mesures correctives rapides. Les données obtenues grâce au RCM fournissent des informations sur la performance générale des AVS et des indications permettant d'affiner les stratégies afin de toucher les enfants les plus difficiles à atteindre. Elles apportent également un éclairage très utile pouvant contribuer à améliorer le programme de vaccination de routine. Le suivi pratique rapide est une évaluation basée sur des critères d'échec et de réussite des zones examinées et non une évaluation de la couverture. Les méthodes de collecte des données utilisées pour le suivi pratique rapide ne sont pas destinées à être représentatives de la population ciblée par les AVS et, par conséquent, elles ne permettent pas d'obtenir d'estimations valables de la couverture. Le suivi pratique rapide doit être effectué pendant les AVS.

Le RCM est un excellent outil programmatique permettant aux responsables locaux d'identifier les zones de faible performance pour une action immédiate. Il est également utile comme outil d'évaluation servant à mesurer le succès des stratégies de campagne pour toucher les enfants difficiles à atteindre. Le suivi pratique rapide sert à identifier les poches d'enfants non vaccinés en vue d'une mobilisation immédiate ou d'efforts de rattrapage ultérieurs et aide à évaluer l'efficacité de la mobilisation sociale.

Ci-après certaines étapes du suivi pratique rapide :

1. Déterminer qui devrait assurer ce suivi (par exemple les superviseurs, le personnel de santé, les observateurs indépendants non impliqués dans la planification et la mise en œuvre des AVS, etc.).
2. Choisir les zones à haut risque ou les populations pour lesquelles le suivi pratique rapide doit être effectué.
3. Prévoir plusieurs activités de suivi dans chaque zone à haut risque ou au moins 2 dans chaque zone couverte par une équipe de vaccination.
4. Visiter la zone géographique choisie. Commencer dans un site central, choisir au hasard une direction pour commencer, et débiter avec le premier ménage.
5. Dans chaque ménage, demander au parent ou au responsable s'il y a des enfants éligibles. Demander leur âge et si tous les enfants éligibles ont reçu une dose d'antigène pendant les AVS et, si tel n'est pas le cas, s'enquérir des raisons de la non vaccination. Enregistrer les réponses dans l'outil de suivi suggéré. Continuer par le prochain ménage le plus proche,

jusqu'à atteindre 20 ménages différents ayant des enfants.

6. Pour les enfants non vaccinés pendant la campagne, résumer les 3 à 5 raisons principales données pour la non participation. Cette démarche aidera à concentrer immédiatement les efforts de mobilisation sociale ; elle servira également pour les futures campagnes et les futurs programmes de vaccination de routine.

7. Si le nombre de non vaccinés dans une localité donnée est de plus de deux enfants pour 20 ménages, organiser une enquête supplémentaire en porte-à-porte ; organiser également des efforts logistiques et de mobilisation afin d'accroître les efforts de vaccination. Lorsque la raison évoquée est une résistance à la vaccination ou des rumeurs spécifiques, des superviseurs plus expérimentés devraient travailler avec les informateurs clés et les leaders locaux afin d'essayer de surmonter ces difficultés.

8.5 Suivi post-campagne indépendant (IM) des AVS

Tout de suite après que toutes les activités de vaccination supplémentaires ont été terminées, il est essentiel de réaliser un suivi indépendant à l'aide de la méthodologie du RCM dans toutes les zones où les données initiales (couverture, RCM intra AVS) ou les connaissances locales donnent à penser que la couverture a été faible. Le principal objectif du suivi indépendant post AVS est de repérer les enfants qui n'ont pas été vaccinés, de sorte qu'ils puissent être ciblés pendant les activités de rattrapage ayant lieu 1 à 2 semaines après l'AVS. En outre, les informations sur le fonctionnement de l'AVS fournies par ce suivi sont objectives et déterminantes, et devraient s'avérer particulièrement utiles pour les AVS ultérieures, ainsi que pour le programme de vaccination de routine.

Le suivi indépendant doit être planifié et prévu au budget durant les activités de macro- et microplanification, et de budgétisation. Il sera nécessaire de recruter des observateurs indépendants et convenablement formés à l'utilisation du RCM qui devront effectuer une évaluation indépendante de la réussite de l'AVS dans des zones prédéfinies (au moins une zone par district). Les zones sélectionnées pour le suivi indépendant sont celles dans lesquelles il y a le plus de risque que des enfants aient manqué l'AVS.

Le suivi indépendant est essentiel pour guider toutes les corrections nécessaires, si des lacunes ou des problèmes sont trouvés. Les éléments de base du suivi comprennent l'enregistrement du nombre d'enfants suivis, le pourcentage d'enfants dont les doigts sont

marqués pour prouver qu'ils ont été vaccinés (à la fois pour le suivi en porte-à-porte et en dehors du domicile) et la proportion des districts (zones) suivis. Les données du suivi indépendant et en temps réel nous permettent de répondre à la question « combien d'enfants avons-nous vaccinés ? » et de mettre en œuvre des mesures correctives afin de couvrir les enfants non vaccinés et, par exemple, de stopper plus rapidement la transmission de la poliomyélite.

Le suivi indépendant des AVS est une mesure objective de la qualité des AVS qui peut servir à orienter les améliorations afin de vacciner plus d'enfants, en permettant des mesures correctives, tant pendant les AVS que pour la planification des prochaines campagnes. Le suivi indépendant ne remplace pas la supervision ! Pour les JNV contre la poliomyélite, les résultats du suivi indépendant sont disponibles au niveau international dans les 15 jours suivant la campagne.

8.6 Enquêtes de couverture et suivi de l'impact basé sur la surveillance des maladies

Les enquêtes de couverture doivent être réalisées dès que possible après l'AVS afin d'évaluer la couverture atteinte durant l'AVS, la couverture atteinte chez les enfants qui n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole (ou la rubéole) jusque là, les raisons de l'absence de vaccination et les canaux de communication ayant permis d'informer les gens de l'AVS. Lorsqu'aucune enquête sur la vaccination systématique (telle qu'une EDS, une MICS

ou une enquête du PEV uniquement) n'a été réalisée depuis quelques années et qu'aucune n'est prévue dans les prochaines années, l'enquête post AVS peut être conçue pour donner également des estimations de la couverture obtenue par la vaccination systématique. Toutefois, ajouter l'estimation de la couverture par la vaccination de routine peut augmenter considérablement la taille de l'échantillon, les coûts et la complexité d'une enquête de couverture post AVS. Les enquêtes doivent être effectuées rapidement dans la mesure où les marquages au doigt avec l'encre indélébile disparaissent rapidement avec le temps, où les enfants/adolescents peuvent essayer de retirer les marquages et où les cartes de vaccination de l'AVS peuvent se perdre.

Pour bien faire, il faudrait que les enquêtes de couverture fournissent des données de couverture valides non seulement pour le niveau national, mais également pour le niveau régional/provincial et le niveau du district, afin d'apporter des informations à propos des zones où la vaccination a touché un nombre insuffisant d'enfants. Ce sont principalement leur durée et les ressources disponibles qui vont déterminer si les enquêtes permettront de fournir des données de couverture au niveau du district.

La méthodologie à suivre pour les enquêtes de couverture est détaillée dans le Module 17. *Conduire une enquête sur la couverture vaccinale*. Le suivi de l'impact des activités de lutte contre la maladie basée sur une surveillance des cas est étudié dans le Module 14. *Comment conduire efficacement une surveillance des cas de maladies évitables*.



Lectures recommandées

USAID (2003). Immunization essentials. A practical field guide. Washington (DC): U.S. Agency for International Development.

WHO (2006). Evaluation guidelines for measles supplemental immunization activities. Regional Office for Africa: World Health Organization.

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

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

WHO (2009). Periodic intensification of routine immunization: Lessons learned and implications for action. Geneva: World Health Organization.

WHO (2010). Measles SIAs planning and implementation field guide. Regional Office for Africa: World Health Organization.

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

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

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

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

Organisation mondiale de la Santé. Planification et mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires de haute qualité avec des vaccins injectables. Exemple des vaccins contre la rougeole et la rubéole. Genève, 2016.

Disponible à l'adresse :

http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/SIA_Field_Guide_FR.pdf (version anglaise consultée le 15 mars 2017).

Sites Internet

Polio Global Eradication Initiative – GPEI tools, protocols and guidelines:

<http://polioeradication.org/tools-and-library/field-resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>

Polio Global Eradication Initiative – Supplementary immunization:

<http://polioeradication.org/who-we-are/strategy/supplementary-immunization/>

WHO – Immunization, Vaccines and Biologicals (Measles):

<http://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>

WHO – Injection safety:

<http://www.who.int/infection-prevention/publications/injection-safety/en/>

Annexe 1. Étapes et calendrier de planification des AVS de haute qualité contre la rougeole

Entre 12 et 9 mois avant les AVS :

- **Au niveau national**
 - Mettre en place les sous-comités de l'AVS en définissant leurs attributions et nommer les coordonnateurs.
 - Élaborer les formulaires de microplanification, commencer les réunions de microplanification avec les districts, mettre à jour les feuilles de calcul pour la logistique.
 - Commander les vaccins et le matériel d'injection.
 - Débuter la planification relative aux composantes du programme : plaidoyer, mobilisation sociale, communication, logistique, formation, suivi (dont MAPI, RCM, observateurs indépendants) et supervision.
- **Au niveau du district**
 - Mettre en place le comité de coordination du district et les sous-comités afférents.
 - Préparer les informations à transmettre au niveau national : effectif du groupe ciblé, stocks et ressources humaines.

Entre 9 et 6 mois avant l'AVS, vous devriez finaliser la planification :

- **Au niveau national**
 - Finaliser les plans relatifs aux composantes du programme : plaidoyer, mobilisation sociale, communication, logistique, formation, suivi (dont MAPI, RCM, observateurs indépendants) et supervision, ainsi que les plans relatifs à l'évaluation de l'AVS (dont l'enquête de couverture).
 - Finaliser le guide pratique de l'AVS.
 - S'entretenir avec les responsables sanitaires des districts.
 - Évaluer l'état de préparation de l'AVS.
- **Au niveau du district**
 - Remplir les feuilles de calcul pour la microplanification en coordination avec les centres de santé.
 - Définir les stratégies d'AVS pour les populations mal desservies, difficiles à atteindre et particulières.

- Fournir les informations concernant les capacités en matière de chaîne du froid dans le cadre de l'évaluation logistique effectuée avant l'AVS.
- Vérifier les modes de transport envisageables.

• Au niveau du centre de santé

- Assister à la réunion de microplanification organisée au niveau du district.

Entre 6 et 2 mois avant l'AVS, vous devriez démarrer les préparatifs :

• Au niveau national

- Revoir le budget en fonction des microplans qui ont été validés et communiquer l'information aux districts.
- Distribuer le guide pour l'AVS aux districts.
- Finaliser les matériels de formation et les guides de formation/outils/formulaires de suivi.
- Transférer les fonds pour les activités de préparation.
- Préparer le matériel promotionnel de l'AVS et rédiger les annonces pour les médias.
- Imprimer les listes de contrôle de supervision, les feuilles de pointage et autres formulaires qui ont été élaborés.
- Confirmer la participation à la cérémonie de lancement.
- Évaluer l'état de préparation de l'AVS 6, 4, 3 et 2 mois avant le début.

• Au niveau du district

- Valider les microplans et les communiquer au niveau du centre de santé.
- Organiser des réunions de plaidoyer.
- Préparer affiches et banderoles.
- Convier les superviseurs, les agents de santé et les volontaires communautaires à assister à la formation.
- Évaluer l'état de préparation de l'AVS deux mois avant début.

• Au niveau de l'établissement de santé

- Assister à la réunion qui se tient au niveau du district pour la validation des microplans.

Entre 8 et 4 semaines avant le lancement de l'AVS, vous devriez effectuer les activités suivantes :

- **Au niveau national**
 - Évaluer l'état de préparation de l'AVS aux niveaux national et du district.
 - Augmenter la fréquence des réunions des sous-comités nationaux pour étudier l'état de préparation et combler les lacunes.
 - Préparer le transfert du vaccin et des fournitures à partir de l'entrepôt central.
 - Commencer les préparatifs pour la cérémonie d'ouverture.
 - Vérifier que toutes les annonces pour les médias sont prêtes.
- **Au niveau du district**
 - Vérifier la possibilité de disposer des moyens de transport qui seront nécessaires.
 - Recevoir/retirer le vaccin en provenance de l'entrepôt central.
 - Commencer les activités de mobilisation sociale et de communication.
- **Au niveau de l'établissement de santé**
 - Planification finale des équipes : recenser les moyens de transport, finaliser les cartes des zones desservies, commencer le recrutement des volontaires locaux.

Entre 4 semaines et la veille du lancement de l'AVS, vous devriez :

- **Au niveau national**
 - Évaluer l'état de préparation de l'AVS, entreprendre les visites de supervision dans les districts sélectionnés (4, 2 et 1 semaine[s] avant l'AVS).
 - Commencer la diffusion de messages dans les journaux, à la télévision et à la radio.
 - Entériner les préparatifs de la cérémonie d'ouverture.
 - Préparer les équipes de supervision pour l'AVS.
 - Préparer le lieu pour la cérémonie d'ouverture (1 à 2 jour[s] avant l'AVS).
- **Au niveau du district**
 - Intensifier les activités de mobilisation sociale et de communication.
 - Réaliser la formation.
- **Au niveau de l'établissement de santé**
 - Suivre la formation.
 - Former les volontaires.

- Intensifier les activités de mobilisation sociale et de communication.
- Valider les moyens de transport.
- Environ 1 semaine avant l'AVS : commencer la congélation des briquettes d'eau.
- Un à deux jour(s) avant l'AVS : transférer les vaccins aux postes de vaccination et préparer les postes de vaccination.

Pendant les AVS, vous devriez effectuer les activités suivantes :

- **Au niveau national**
 - Le premier jour : animer la cérémonie d'ouverture, tenir un point de presse.
 - Pendant l'AVS : superviser les postes de vaccination/encadrer les équipes, résoudre les problèmes qui apparaissent, calculer la couverture vaccinale et la fréquence des MAPI au niveau national, quotidiennes et cumulées, préparer les rapports journaliers pour informer le ministère de la Santé ou tout autre organisme indiqué.
- **Au niveau du district**
 - Superviser les postes de vaccination/encadrer les équipes.
 - Compiler les données, calculer la couverture et la fréquence des MAPI chaque jour et transmettre les rapports journaliers au niveau national.
 - Coordonner les équipes de secours.
 - Analyser les données et réaliser la supervision.
 - Examiner les résultats du RCM intra AVS et prendre les mesures nécessaires (pour les zones où la couverture est faible).
- **Au niveau de l'établissement de santé**
 - Commencer les vaccinations (en utilisant un nouveau jeu de feuilles de pointage chaque jour).
 - Aider/relocaliser les équipes.
 - Transmettre les pointages journaliers après avoir vérifié leur exactitude.
 - Transmettre les MAPI ayant été observées.
 - Repérer les zones/populations (grâce au RCM intra AVS ou à d'autres moyens) n'atteignant pas la couverture et transmettre l'information au superviseur.
 - Restituer les fournitures non utilisées au niveau du district.

Calendrier suggéré	Activité
12 mois avant les AVS	Élaborer un macroplan avec un calendrier à utiliser afin de mobiliser des ressources
	Commencer des discussions au sein du ministère de la Santé et du ministère des Finances en ce qui concerne l'allocation des ressources budgétaires aux AVS contre la rougeole
	Présenter une ébauche de macroplan et commencer des discussions au sein du comité de coordination inter-agences (CCIA) en ce qui concerne le financement
	Lancer des discussions avec les partenaires locaux afin de mobiliser des ressources locales pour les AVS contre la rougeole
	Mettre en place un comité national de coordination
	Mettre en place des sous-comités et définir leurs attributions
6 - 8 mois avant les AVS	Rencontrer les leaders des districts et les responsables de la santé
	Élaborer un plan de mobilisation sociale et un plan logistique
	Actualiser les tableaux logistiques et assurer la cohérence des calculs
6 mois avant les AVS	Élaborer les directives et les tester sur le terrain
	Garantir l'approbation du macroplan finalisé par le CCIA
	Commander les vaccins et le matériel d'injection
	Engager des efforts de mobilisation des ressources locales avec les ONG, le secteur privé, les organisations bilatérales et multilatérales, etc.
4 - 5 mois avant les AVS	Organiser des ateliers de microplanification au niveau du district
	Examiner et valider les microplans au plan national
	Recalculer un budget plus précis et les besoins en ressources selon le microplan
4 mois avant les AVS	Imprimer et distribuer les directives dans les provinces et districts
	Élaborer des tableaux des tâches pour les différents niveaux
	Élaborer le matériel de mobilisation sociale
	Confirmer la participation des personnalités importantes à la cérémonie de lancement
3 mois avant les AVS	Établir & imprimer des listes de contrôle, des fiches de pointage, des fiches de synthèse, etc.
	Élaborer et préparer le matériel et les outils de formation
	Préparer des communiqués radio/télé et des articles de presse
	Élaborer le plan de suivi et d'évaluation des AVS
8 semaines avant les AVS	Effectuer des visites de supervision dans les provinces et districts
7 semaines avant les AVS	Commencer à préparer la cérémonie de lancement
6 semaines avant les AVS	Vérifier la disponibilité du transport pour la supervision, la mobilisation sociale, etc.
	Rendre les fonds disponibles dans les districts pour les coûts de fonctionnement
3 - 4 semaines avant les AVS	Transporter les vaccins du niveau central vers les chambres froides provinciales ainsi qu'au niveau des districts

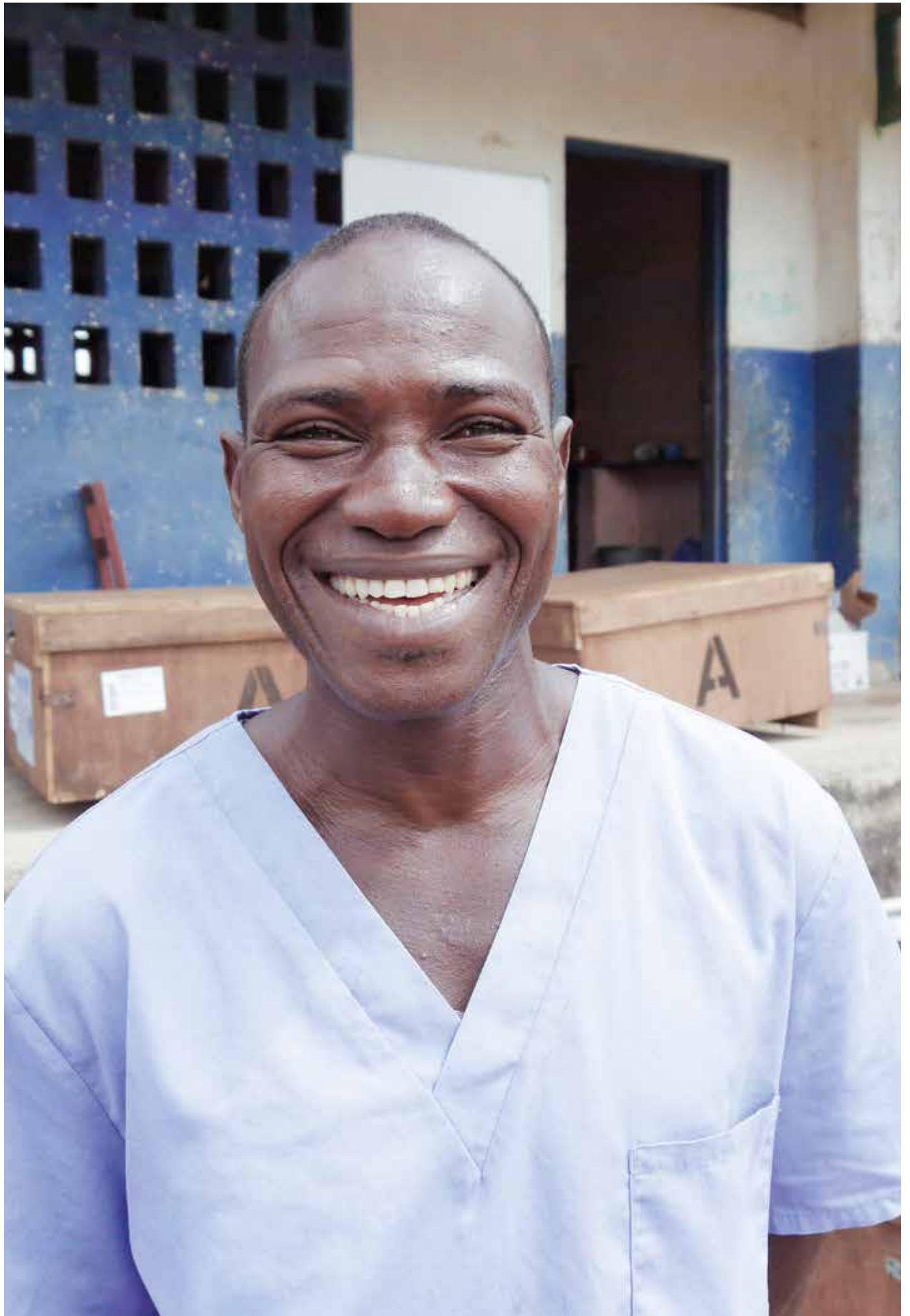
Calendrier suggéré	Activité
3 semaines avant les AVS	Effectuer les visites de supervision dans les districts à problèmes
	Préparer des équipes de supervision pour les AVS
	Confirmer les préparatifs pour la cérémonie d'ouverture
1 – 3 semaines avant les AVS	Commencer des communiqués réguliers dans les journaux, à la radio et à la télévision
	Organiser des sessions de formation séparées des équipes de vaccination et d'équipes de supervision à tous les niveaux
2 semaines avant les AVS	Effectuer des visites de supervision dans les districts choisis afin de confirmer le niveau de préparation
1 semaine avant les AVS	Créer une « salle de contrôle des opérations » nationale afin de suivre et d'apporter un appui au niveau infranational
	Intensifier toutes les activités de mobilisation sociale
1 - 2 jours avant les AVS	Préparer un site pour la cérémonie de lancement et vérifier les détails liés aux relations publiques
Jour de début des AVS	Organiser la cérémonie d'ouverture
Chaque jour de la mise en œuvre des AVS	Visiter / superviser les postes et les équipes de vaccination
	Suivre et examiner la mise en œuvre en contactant les superviseurs nationaux déployés au niveau infranational
	Apporter un appui au niveau infranational
	Appuyer les réunions de suivi quotidien au niveau du district, régional et central avec les principaux acteurs
	Appuyer le suivi (suivi pratique rapide) pendant la campagne (superviseurs et observateurs indépendants)
1 semaine après les AVS	Collecter activement et compiler les résultats de couverture de toutes les unités administratives
2 semaines après les AVS	Tenir une réunion nationale d'évaluation avec la participation des superviseurs, des consultants, des cadres des programmes, les coordonnateurs nationaux et infranationaux
	Mener des enquêtes en grappes
1 mois après les AVS	Compiler et soumettre un rapport technique
	Transmettre un compte rendu écrit au niveau infranational

Annexe 2. Outil d'évaluation de l'état de préparation des AVS (niveau national)

Date de début de l'AVS prévue : ____/____/____	Activités menées ? Saisir « 0 » ou « N » après chaque examen												Personne responsable	
	Période idéale avant les AVS pour conduire l'activité													
Activités essentielles (calendrier souhaité pour les conduire dans les champs en jaune clair)	15 m	12 m	9 m	6 m	4 m	3 m	2 m	1 m	2 sem	1 sem	Si l'activité n'est pas conduite, fournir une explication	Mesures correctrices	Échéance	
1. Plan global chiffré élaboré conformément au plan pluriannuel global aux fins de la mobilisation des ressources	Jaune													
2. Budget des AVS préparé avec la collaboration et l'approbation des ministères de la santé et des finances	Jaune													
3. Engagement politique au plus haut niveau	Jaune													
4. Accords avec les partenaires locaux pour mobiliser les ressources locales					Jaune									
5. Comité national de coordination ou d'orientation constitué et se réunissant régulièrement										Jaune				
6. Constitution des sous-comités nationaux : 1) technique, 2) pour les vaccins, la chaîne du froid et la logistique, 3) pour la mobilisation sociale et la communication, et autres (par exemple, la gestion du risque et les relations avec les médias)														
7. Directives nationales sur les AVS et outils de microplanification élaborés et distribués														
8. Fonds disponibles au niveau du district pour les coûts opérationnels										Jaune				
9. Ateliers pour la microplanification organisés au niveau du district														
10. Manuels, liste de contrôle de supervision, feuilles de pointage, formulaires de rapport, formulaire de notification des MAPI élaborés, imprimés et distribués										Jaune				
11. Matériels de formation élaborés et distribués										Jaune				
1. Plan et budget pour le suivi administratif et « spécial » (y compris les moniteurs indépendants, le RCM, les MAPI) et l'évaluation (y compris les enquêtes d'évaluation de la couverture) des AVS menées à bien														
2. Effectuer des visites de supervision au(x) niveau(x) provincial et/ou du district pour évaluation de l'état de préparation														Jaune

PLANIFICATION, COORDINATION ET FINANCEMENT

SUIVI ET SUPERVISION





**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

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