



Vaccination en milieu urbain

Manuel à l'intention des personnes qui souhaitent remédier aux inégalités de couverture vaccinale en milieu urbain

Septembre 2018



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child
Survival Program



INTERNATIONAL



FEDERATION

À propos du groupe de travail sur la vaccination en milieu urbain

En janvier 2017, l'UNICEF et Gavi, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Fondation Bill et Melinda Gates, John Snow, Inc., la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Save the Children et la London School of Hygiene and Tropical Medicine, ont constitué un groupe de travail afin de sensibiliser aux inégalités dans les zones urbaines et soutenir la conception de stratégies visant à améliorer la vaccination en milieu urbain et à prendre en compte les besoins particuliers des communautés urbaines mal desservies. Le groupe tient des réunions en personne deux fois par an et à distance tous les trimestres.

Décharge de responsabilité

Le présent manuel est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de son interprétation et de son utilisation incombe au lecteur. En aucun cas les agences, organisations, institutions ou personnes mentionnées au sein du présent document ne sauraient être tenues responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Remerciements

Le présent rapport a été établi dans le cadre d'un effort participatif de tous les membres du groupe de travail sur la vaccination urbaine. Le groupe de travail souhaite remercier Karen Wilkins, qui a réuni les informations utiles à l'élaboration de ce rapport et a révisé plusieurs des ébauches réalisées pendant ce processus collaboratif.

De nombreuses personnes ont examiné la première version du présent rapport et ont proposé des améliorations utiles. Au sein des programmes techniques et des régions de l'OMS : Jan Grevendonk, Diana Chang Blanc, Karen Hennessy, Eshetu Shibeshi, Blanche-Philomene Melanga Anya, Richard Mihigo ; au sein de l'équipe de l'UNICEF chargée de la santé et de la vaccination : Benjamin Hickler, Suleiman Malik, Alyssa Sharkey, Imran Mirza, Richard Duncan, Gianluca Flamigni, Mamadou Diallo, Gunter Boussery, Helena Ballester Bon, Michelle Arnot-Kruger, Ousmane Dia, Ndeye Fatou Ndiaye, Dmitri Davydov, Nasir Yusuf, Niklas Danielsson, Daniel Ngemera, Nahad Sadr-Azodi, Saadia Farrukh, Xiaojun Wang, Thomas George ; au sein de l'équipe de John Snow Inc. : Craig Burgess, Folake Olayinka, Chloe Manchester, Iqbal Hossain, Robert Steinglass ; au sein des CDC : Aaron Wallace, Brent Wolff, Maria Panero Susana ; au sein de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : Frank Mahoney ; au sein de la London School of Hygiene and Tropical Medicine : Sandra Mounir-Jack, Timothy Croker-Buque, Natasha Howard ; au sein de CORE Group : Lisa Hilmi, Achille Kabore ; au sein du secrétariat de l'Alliance Gavi : Karan Sagar, Rachel Belt ; au sein de Save the Children : Lani Crane, Kirsten Mathieson ; au sein de la Fondation Bill et Melinda Gates : Bhupendra Tripathi, Molly Abbruzzese ; au sein de PATH : Peder Digre, Mcllvaine Breese, Jeff Bernson ; au sein des organisations de la société civile : Lubna Hashmat, Dure Samin Akram.

Ce manuel de vaccination en milieu urbain a été conçu grâce au soutien financier de la Fondation Bill et Melinda Gates par l'intermédiaire de l'UNICEF.

Pour citer ce document

Manuel de vaccination en milieu urbain. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.

Table des matières

Introduction	Error! Bookmark not defined.
Why a tool kit for urban immunization?.....	Error! Bookmark not defined.
Who should use this tool kit?.....	Error! Bookmark not defined.
How to use this tool kit	Error! Bookmark not defined.
1. Planning, Coordination and Management of Resources	Error! Bookmark not defined.
1.1 Existing resources for Planning, Coordination and Management of Resources:.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 Planning, coordination and management of resources: addressing the disadvantaged in urban settings.....	Error! Bookmark not defined.
1.2.1 Situation Analysis	Error! Bookmark not defined.
1.2.2 Strategies for Service Delivery	Error! Bookmark not defined.
1.2.3 Resources	Error! Bookmark not defined.
2. Reaching all Eligible Populations.....	Error! Bookmark not defined.
2.1 Existing resources for reaching all eligible populations:.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 Reaching all Eligible Populations: Identifying the disadvantaged in urban settings..	Error! Bookmark not defined.
3. Engaging with the Community and Social Mobilization.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Existing resources for engaging with the community and social mobilization:..	Error! Bookmark not defined.
3.2 Engaging with the Community and Social Mobilization: Connecting with the disadvantaged in urban settings.....	Error! Bookmark not defined.
4. Conducting Supportive Supervision	Error! Bookmark not defined.
4.1 Existing resources for conducting supportive supervision:	Error! Bookmark not defined.
4.2 Conducting Supportive Supervision: Assuring high quality services for the disadvantaged in urban settings.....	Error! Bookmark not defined.
5. Monitoring and Using Data for Action	Error! Bookmark not defined.
5.1 Existing resources for monitoring and using data for action:	Error! Bookmark not defined.
5.2 Monitoring and Using Data for Action: Using data to assure that the urban disadvantaged have been immunized.....	Error! Bookmark not defined.
Annex A – Use of Urban Immunizations Tool Kit	Error! Bookmark not defined.
Annex B – Illustrative targets and benchmarks	Error! Bookmark not defined.
Annex C – situation analysis, Kenya	Error! Bookmark not defined.
Annex D – situation analysis Pakistan	Error! Bookmark not defined.
Annex E – Private Provider surveys.....	Error! Bookmark not defined.
Annex F – Assessing patterns of vaccination seeking behavior	Error! Bookmark not defined.

Annex G – Assigning performance targets by apportionment	Error! Bookmark not defined.
Annex H – Partnership with civil registration	Error! Bookmark not defined.
Annex I – List of Health Facilities.....	Error! Bookmark not defined.
Annex J – Mapping	Error! Bookmark not defined.
Annex K – MicroCensus.....	Error! Bookmark not defined.
Annex L - Capture/Recapture.....	Error! Bookmark not defined.
Annex M – Mapping the unvaccinated	Error! Bookmark not defined.
Annex N – Sample advocacy messages for addressing the plight of urban disadvantaged	Error! Bookmark not defined.
Annex O – ROLE OF MAHILA AROGYA SAMITI IN A SLUM OF BHUBANESHWAR	Error! Bookmark not defined.
Annex P – Surveillance to help identify the disadvantaged.....	Error! Bookmark not defined.
Annex Q – Snowballing	Error! Bookmark not defined.
Annex R – Peer to Peer for Performance improvement.....	Error! Bookmark not defined.
Annex S – Rapid convenience monitoring for routine immunization.....	Error! Bookmark not defined.
Annex T – Electronic registers.....	Error! Bookmark not defined.
Annex U – LQAS for routine immunization	Error! Bookmark not defined.

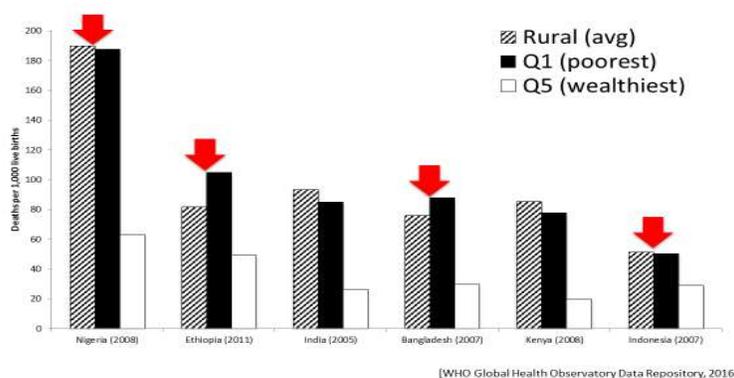
Introduction

Pourquoi un manuel de vaccination en milieu urbain ?

Le terme « ville » n'est défini que comme étant une « agglomération relativement importante¹ ». « La distinction traditionnellement faite entre les zones urbaines et rurales au sein d'un pays est fondée sur l'hypothèse que les zones urbaines, peu importe leur définition, offrent un mode de vie différent et généralement un meilleur niveau de vie que les zones rurales. Dans de nombreux pays industrialisés, cette distinction s'est estompée et la principale différence en matière de conditions de vie entre ces deux types de zones réside dans le degré de concentration de la population². » Les régions considérées comme urbaines ont en commun d'offrir une forte mobilité et une répartition inégale de la richesse et de l'accès aux services à ceux qui y vivent. À mesure que les zones urbaines ou les villes se sont développées, des implantations sauvages ou bidonvilles sont apparus, certains étant considérés comme illégaux. Ces implantations hébergent des populations qui sont attirées par les possibilités ou qui fuient l'insécurité et la pauvreté. Il s'agit de personnes qui souhaitent s'installer dans de plus grandes villes ou retourner en zones rurales, ou encore qui s'installent dans la ville, créant ainsi un brassage social qui est moins courant dans les zones rurales. On y trouve également souvent des migrants temporaires à la recherche de travail saisonnier. Tandis que certains pays utilisent des critères précis pour définir les villes ou les zones urbaines, dans le cadre du présent document, les auteurs utilisent ce terme pour parler de toute région caractérisée par un grand nombre d'habitants jouissant d'une forte mobilité.

Le monde connaît une urbanisation rapide, les petites et moyennes villes d'Afrique et d'Asie étant les moteurs de cette tendance. En 2017, on estimait que 54 % de la population mondiale vivaient dans les villes². Une urbanisation rapide n'a toutefois pas toujours entraîné un développement socioéconomique. Certaines populations ou certains quartiers au sein d'une ville sont plus pauvres que de nombreuses zones rurales. La perception générale que les populations urbaines disposent de plus de ressources et d'un meilleur accès aux services de santé masque la réalité sous-jacente des tranches de population mal desservies ou des populations exclues dans les régions urbaines. Les résultats en matière de santé des populations urbaines pauvres ou démunies peuvent être pires que la moyenne des populations rurales (voir la figure 1 ci-dessous).

Urban U-5 mortality by wealth quintile



¹ Dictionnaire Larousse.

² <https://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/densurb/densurbmethods.htm>.

Figure 1. Mortalité des enfants de moins de 5 ans en milieu urbain, par quintile de richesse

L'écart observé chez les enfants de moins de 5 ans s'explique par l'accès inégal des populations urbaines pauvres aux services de santé, y compris la vaccination. Comme illustré par ces données sur l'Inde, l'accès aux services (accouchements dans les établissements de santé, vaccination et planning familial moderne) est plus faible pour les populations urbaines pauvres que pour les populations urbaines aisées. Les taux de vaccination et d'insuffisance pondérale sont faibles pour les populations pauvres, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Health Status of Urban Poor in India



Indicators	Rural	Urban Poor	Urban non-Poor	Urban - Average
Deliveries at Health Facilities (%)	28.9	44.0	78.5	67.4
Children completely immunized (%)	38.6	39.9	65.4	57.6
Children who are underweight (%)	45.6	47.1	26.2	32.7
Infant Mortality Rate	62.1	54.6	35.5	41.7
Use of any modern family planning method (%)	45.3	48.7	58.0	55.8

Source – Re-analysis of NFHS – 3 data

Figure 2. État de santé des populations urbaines pauvres en Inde

Bien qu'il y ait très peu de données ventilées fiables concernant cette population, les personnes non vaccinées sont plus susceptibles d'être victimes d'inégalités sous une quelconque forme. Il peut notamment s'agir de personnes démunies, socialement marginalisées ou récemment installées en région urbaine pour des raisons financières ou sécuritaires. La concentration d'un très grand nombre de personnes non vaccinées crée des risques d'épidémies de maladies évitables par la vaccination, auxquels sont exposées des personnes déjà victimes de leurs circonstances et qui pourraient rapidement se propager au reste de la population.

Les partenaires invitent donc à mettre en évidence, reconnaître et satisfaire les besoins de cette population unique. Le présent document vise à fournir aux personnes responsables les outils dont elles ont besoin pour y parvenir, étant donné que :

- Les modèles axés sur l'équité qui ont été élaborés pour des infrastructures de villages ruraux doivent être adaptés aux conditions du milieu urbain.
- Nous devons renforcer les collaborations intersectorielles, notamment grâce à l'éducation et aux acteurs de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH) qui axent leur travail sur les milieux urbains depuis plusieurs années.

- Les décideurs doivent s’engager à adopter des politiques qui donnent la priorité aux besoins des populations défavorisées en milieu urbain.
- Les acteurs clés, y compris le secteur privé, les organisations de la société civile (OSC) et les autorités municipales influencent les projets de santé publique en milieu urbain.



Nous espérons que les lecteurs s’inspireront des personnels de santé de [Phnom Penh](#), au Cambodge, qui ont entrepris de se rendre dans une communauté urbaine pauvre afin de mieux comprendre la situation des personnes défavorisées en milieu urbain. Ils en ont appris davantage sur les difficultés rencontrées par les familles lorsqu’elles doivent concilier le travail, les visites dans les établissements de santé et d’autres obligations. Ils ont discuté avec des agents de santé, lesquels ont expliqué qu’en raison de la rapide croissance de la population, il leur est difficile de traiter tout le monde avec des ressources limitées. Ils ont également rencontré des directeurs municipaux et des urbanistes afin de mieux comprendre leur travail et d’instaurer une collaboration plus étroite. Ils souhaitent travailler conjointement en vue d’offrir des services de santé essentiels à tous.

À qui ce manuel s’adresse-t-il ?

Quiconque travaille à l’amélioration du taux de vaccination et des conditions sanitaires pour les personnes défavorisées en milieu urbain devrait utiliser ce manuel. Bien qu’il s’adresse en premier lieu au personnel chargé de la vaccination, les outils et les méthodes peuvent être utilisés dans le cadre de tous les programmes, par tous les planificateurs et décideurs politiques, toutes les autorités municipales, tous les ministères, toutes les organisations non gouvernementales (ONG) et par le secteur privé³. Idéalement, il serait utilisé par tous ceux qui travaillent en milieu urbain afin de mieux localiser, identifier, caractériser et servir les personnes défavorisées dans ces zones, de manière coordonnée et avec pour objectif d’améliorer les résultats en matière de santé.

Conseils d’utilisation

La présente ressource vient s’ajouter aux nombreux guides et manuels déjà disponibles, dont l’outil [Urban Heart](#) de l’OMS, qui fournit des conseils et des suggestions sur la meilleure façon d’adapter ces instruments aux besoins des populations urbaines défavorisées. Il s’articule autour des 5 composantes de la stratégie [Atteindre chaque district \(ACD\)](#)⁴ et peut être utilisé pour adapter cette dernière au milieu urbain, mais aussi par les équipes des districts et des sous-districts chargées des communautés non vaccinées en milieu rural.



Chaque centre urbain est unique. Plusieurs revues de la littérature existante résumant les défis que présentent les milieux urbains sont disponibles^{5,6} mais nous faisons actuellement face à un manque de

³Dans ce manuel, le secteur privé est constitué des organisations à but lucratif et non lucratif, des organisations détenues et exploitées par des entreprises et de toute ONG, sauf indication contraire.

⁴ Composantes ACD : 1. Planification et gestion des ressources, 2. Atteindre toutes les populations éligibles, 3. Engagement avec les communautés, 4. Exercice d’une supervision formative et 5. Suivi et utilisation des données pour l’action.

⁵ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5465583/pdf/12889_2017_Article_4473.pdf.

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28595624>.

publications concernant les interventions efficaces ⁷ adaptées à ces zones. Ainsi, bien que le présent manuel comprenne des informations sur les interventions éprouvées, il renvoie également les utilisateurs à de nouvelles idées, des innovations et des articles qui n'ont pas encore été mis en place. Nous les encourageons à entrer en contact avec leurs homologues dans d'autres pays, à se tourner vers les auteurs des articles référencés, dont la plupart partageront des outils et des détails sur les méthodes utilisées ainsi que sur les défis qu'ils n'auraient pas abordés dans leurs articles, à faire leurs propres recherches sur PubMed, Google ou tout autre moteur de recherche, et à partager leurs expériences avec la Communauté de pratique en matière de vaccination en milieu urbain.

Les termes « périurbain », « banlieue » et « bidonville » sont utilisés pour décrire certaines parties des centres urbains. La définition de ces termes varie d'un pays à l'autre, voire d'une zone urbaine à l'autre. Dans le présent manuel, nous avons évité d'utiliser ces termes compte tenu de leur ambiguïté, mais aussi parce que les personnes défavorisées ne résident pas toutes dans une même zone et ne sont pas toujours définies uniquement par leur situation socioéconomique. Nous encourageons chaque pays/zone urbaine à définir les personnes défavorisées selon des critères géographiques, socioéconomiques ou autres selon leur situation et à adapter leur approche en conséquence.

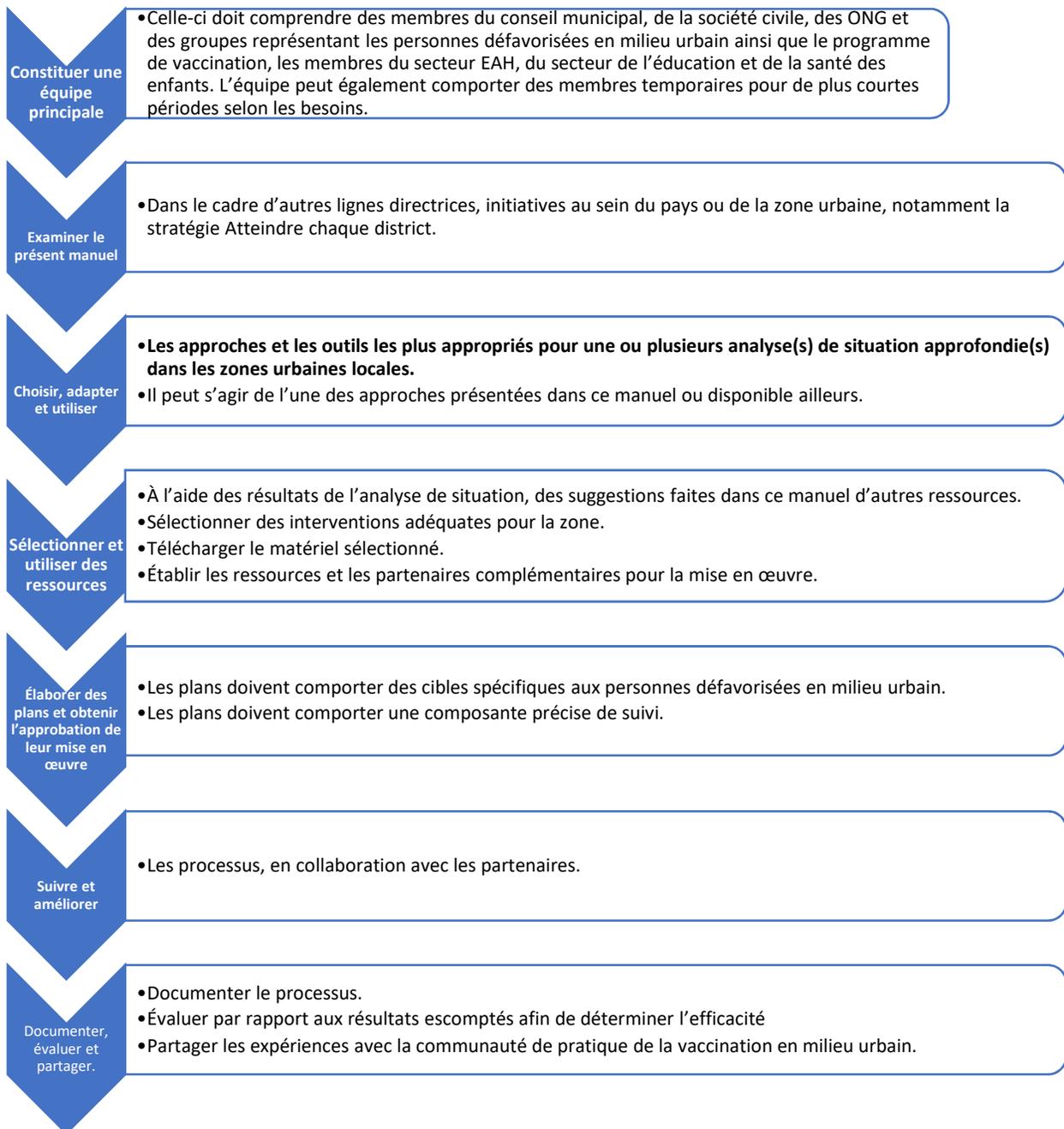
Le manuel a pour vocation d'être succinct, laissant aux utilisateurs la possibilité de consulter les liens selon leurs besoins. Nous encourageons les utilisateurs à réaliser une analyse complète de leur situation, qui devrait les orienter vers les sections pertinentes du présent manuel et des autres ressources.

Le document est organisé en brèves sections décrivant les outils et les méthodes disponibles pour adapter d'autres approches aux besoins des personnes défavorisées en milieu urbain, avec des liens vers des annexes ou des sites Internet qui proposent des instructions plus détaillées à ceux qui souhaitent en savoir davantage. Il comporte également des annexes qui vous aideront à intégrer certains éléments de ce manuel dans [les programmes de formation, les évaluations du Programme élargi de vaccination \(PEV\) ou toute autre activité normalisée](#). Vous aurez initialement besoin d'une connexion Internet, mais une fois choisis les outils et stratégies et adaptés à ceux présentés dans ce manuel, vous aurez la possibilité de les télécharger afin de les faire correspondre à une utilisation hors ligne. Nous encourageons les utilisateurs à consulter le manuel, mais à n'utiliser que les parties qui s'appliquent à leur situation et leur environnement.

Processus possible pour l'application du présent manuel :

⁷ <http://europepmc.org/articles/pmc5309783>.





Cette icône indique que le texte comporte un lien qui fournira des définitions, des descriptions ou des exemples au lecteur. Ce dernier peut suivre le lien en cliquant sur le [texte souligné en bleu](#).

Cette icône n'est pas utilisée dans les tableaux.

Chaque composante est introduite par un diagramme (p. ex., figure 3) qui souligne les étapes incluses dans le guide ACD applicables à tous les contextes. Les tableaux à la suite des diagrammes présentent les éventuelles difficultés et les potentielles interventions permettant d'y remédier.

Les encadrés sont utilisés pour les exemples de terrain. À moins qu'un lien ne soit fourni, il n'y a pas d'information supplémentaire. Ils ne sont présents que pour susciter la pensée créative, l'échange et les expérimentations potentiellement intéressantes.

1. Planification, coordination et gestion des ressources

1.1 Ressources existantes pour la planification, la coordination et la gestion des ressources

- Formation pour les cadres intermédiaires, [module 6](#) (en anglais)
- [Vaccination pratique](#), module 4
- *Atteindre chaque district*, [chapitre 3](#)

1.2 Planification, coordination et gestion des ressources : prendre en compte les personnes défavorisées en milieu urbain

Le milieu urbain offre d'excellentes infrastructures pour la prestation de services, considérant les distances réduites et la plus grande disponibilité des ressources, notamment les agents de santé, les réseaux, les transports et les autres installations. La proximité de plusieurs autorités administratives et politiques, ONG, OSC et entreprises à but lucratif peut à la fois représenter un obstacle à la planification, mais aussi un avantage en matière de ressources et d'intérêt commun. Il en va de même pour les professionnels de santé du secteur privé qui pourraient être sollicités pour les services de vaccination, rendant encore plus difficile le contrôle qualité de la prestation, de la planification et du suivi des services. Ces derniers pourraient être réunis afin de répondre aux besoins d'une population qui s'est récemment installée en milieu urbain, possède moins de liens avec les structures traditionnelles, est plus mobile et peut être défavorisée aussi bien sur le plan financier que social, entre autres. Cette population se trouve également parfois dans de nouvelles implantations qui ne sont pas officiellement reconnues (ou explicitement illégales), et donc non incluses dans la planification.

Les programmes de vaccination en milieu urbain doivent être organisés de sorte à démontrer l'engagement et la contribution des autorités civiles, des ONG, OSC, ainsi que du secteur privé à but lucratif. Des cibles particulières et mesurables doivent être définies pour atteindre et vacciner les personnes défavorisées en milieu urbain. Quelques exemples de cibles et d'indicateurs sont disponibles en [annexe](#).



Cette section propose des outils et des exemples sur la façon de conduire une analyse complète de situation en milieu urbain, notamment dans les communautés pauvres ou mal desservies. Y figurent également des modèles de prestation de services qui répondent aux difficultés que rencontrent les familles mobiles, nouvellement arrivées et occupant deux emplois, qui vivent dans des implantations sauvages/non autorisées. Enfin, des possibilités de mobilisation de ressources sont présentées.

À Cité Soleil, une zone urbaine abritant une importante population défavorisée en Haïti, les partenaires ont effectué une analyse détaillée de situation qui leur a permis d'élaborer conjointement des stratégies à court et long termes pour surmonter les difficultés rencontrées dans le bidonville. En l'espace de 9 mois en 2017, ils ont obtenu une amélioration concrète de la qualité des données, du nombre d'enfants vaccinés et de la chaîne d'approvisionnement des vaccins. Plus de détails sont disponibles [sur Internet](#).



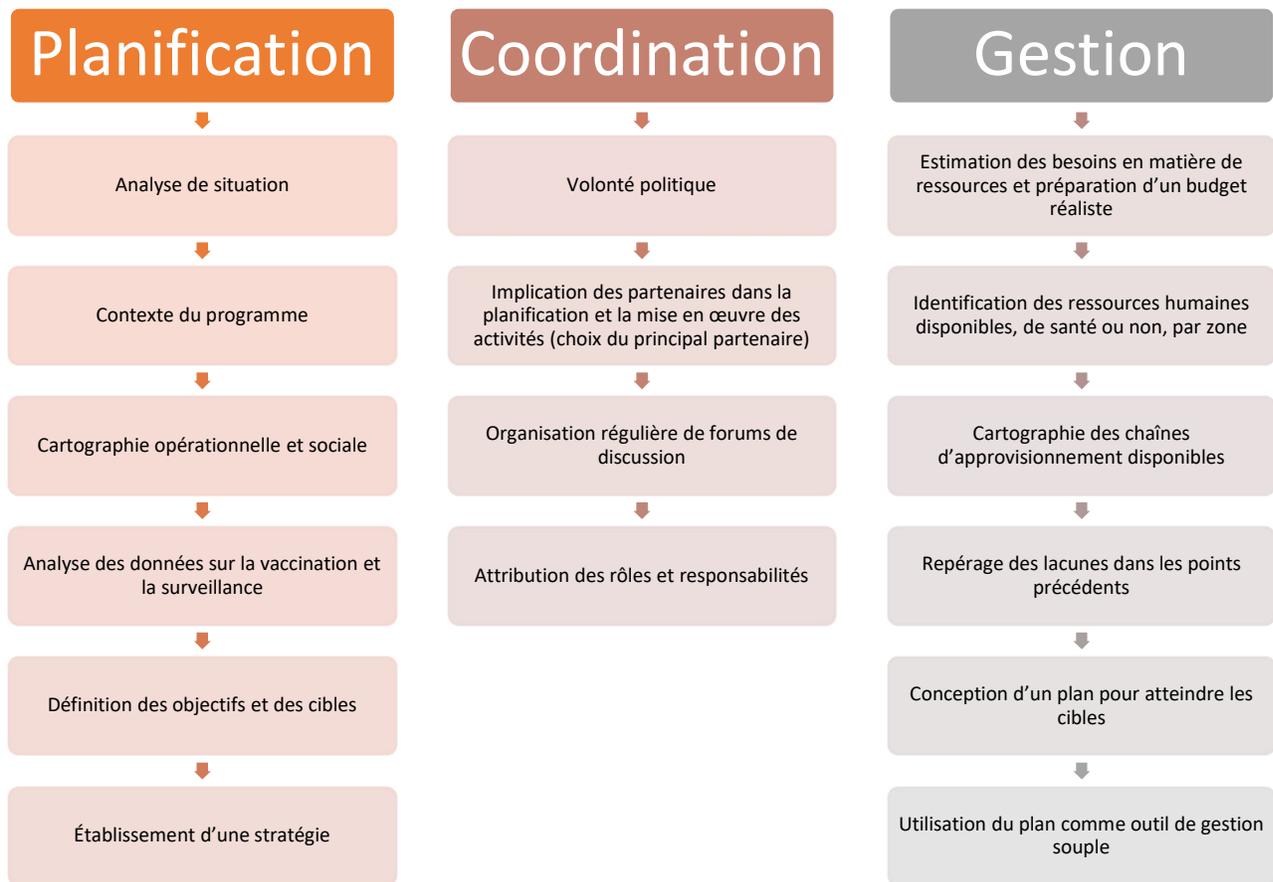


Figure 3. Diagramme de la planification, la coordination et la gestion des ressources

1.2.1 Analyse de situation

La présence d'ONG, d'OSC, du secteur privé, des instituts académiques/de formation et des organisations de recherche représente une excellente perspective de collaboration ou de sous-traitance dans le cadre d'une analyse de situation.

Tableau 1. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre d'une analyse de situation en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Multiples acteurs dans les services sociaux/de santé/de vaccination	Définir les rôles et responsabilités en matière de santé en milieu urbain.	Existe-t-il un forum pour la collaboration et la coordination entre les principaux acteurs ou pour les activités de vaccination ?
	Procéder à une analyse complète de situation (exemples : Kenya , Pakistan) en collaboration avec des partenaires.	Inclure une évaluation du secteur privé, qui analyse les comportements de sollicitation de vaccinations et les pratiques
Dénominateurs obsolètes	Fixer des cibles basées sur les performances passées et la comparaison des tendances et des données issues des secteurs public et privé.	Si le dénominateur d'une zone urbaine est très différent des chiffres officiels, cela peut avoir d'importantes répercussions sur la planification nationale des ressources, y compris les vaccins. Cela peut également indiquer la nécessité d'augmenter les effectifs ainsi que le nombre d'établissements publics, et de revoir l'affectation des fournitures et des équipements.
	Effectuer les calculs à partir des données démographiques utilisées dans les campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole (pour une campagne concernant les enfants âgés de 0 à 5 ans, les nourrissons survivants représentent un cinquième de la cible de la campagne).	
	Collaboration avec l'état civil	
Les zones de couverture peuvent ne pas correspondre aux comportements de sollicitation de soins Les personnes s'occupant d'enfants peuvent changer d'établissement Prestation de services du secteur privé	Établir une liste exhaustive et facilement triable des établissements de santé , notamment les pharmacies, par caractéristiques : secteur public ou privé, organisation à but lucratif ou non lucratif et services fournis.	Cartographie des établissements de santé, y compris les pharmacies, par densité de population.
	Mise à jour régulière des populations.	Recoupement avec le recensement annuel. Microrecensement
Les implantations illégales ne remplissent parfois pas les conditions pour être couvertes ou officiellement comptabilisées	Cartographie du paysage politique Plaidoyer intersectoriel (p. ex., éducation, EAH, nutrition).	La mise en avant des implantations illégales peut entraîner des conséquences négatives.

1.2.2 Stratégies pour la prestation de services

Une fois l'analyse complète et approfondie de la situation réalisée, une analyse des goulots d'étranglement examinant cinq indicateurs d'offre et de demande, ainsi que les niveaux d'utilisation initiale, de couverture adéquate et de couverture réelle ([exemple du Ghana](#)) doit être effectuée afin de faciliter la planification des services de santé, notamment les vaccinations, pour atteindre les personnes défavorisées. Tous les acteurs potentiels de la prestation de services doivent être exploités pour offrir aux personnes s'occupant d'enfants l'accès à des services de santé de haute qualité et abordables. Les rôles et responsabilités des partenaires tels que les ONG et les OSC doivent être définis, y compris concernant la participation à la



planification, la représentation d'une partie de la population défavorisée ou la prestation de services. Afin d'atteindre les populations les plus défavorisées, la prestation de services doit être orientée vers les CLIENTS, à l'opposé de l'approche traditionnelle orientée vers le service (qui sont-ils ? où se trouvent-ils ? et comment souhaitent-ils être servis ?)

Tableau 2. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre d'une prestation de services en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Nouvelles implantations en dehors des zones de couverture actuellement établies	Cliniques mobiles	Coordination avec les partenaires afin d'éviter une redondance des prestations de services
	Structures semi-permanentes de proximité (conteneur recyclé, écoles, etc.)	
	Plaidoyer pour de nouvelles infrastructures de santé	
	Sous-traitance avec des prestataires privés	
	Mise à jour des cartes des zones de couverture	
	Communication avec les administrateurs du quartier et les autorités locales en vue de garantir que toute la population est prise en compte dans la planification	
	Examen des politiques en matière d'affectation des établissements de santé et du personnel par unité administrative, et ajustement de ces dernières à la population	
Personnes s'occupant d'enfants ayant une activité rémunératrice à temps plein	Heures d'ouverture prolongées (soirée, week-end)	La prolongation des heures d'ouverture peut donner lieu à des paiements supplémentaires et un renforcement de la sécurité pour le personnel.
	Sites de vaccination permanents dans les marchés, près des stations de transport, le long des itinéraires migratoires	
	Vaccination quotidienne dans tous les sites permanents qui ont une chaîne du froid	Facilite également la mise en œuvre de la stratégie des occasions manquées de vaccination (OMV).
	Coordination des jours de vaccination, p. ex., tous les mercredis	
	Sensibilisation sur les lieux de travail (usines, marchés, etc.)	Plaidoyer auprès des principaux employeurs pour encourager la vaccination et permettre les absences pour des services de prévention, en soulignant par exemple les jours de travail perdus en raison d'enfants malades.
	Les activités de proximité dans les garderies sont utiles	La permission préalable des personnes s'occupant d'enfants sera probablement indispensable. Veuillez ne pas créer de problèmes.
	Utiliser des moyens de communication adéquats, adaptés pour les rappels	

Les enfants des familles mobiles sont souvent en retard dans leurs vaccins	S'assurer que les politiques permettent le rattrapage des vaccins manqués pour les enfants de plus de un an .	Ceci pourrait nécessiter des vaccins supplémentaires et doit être soigneusement planifié.
Problèmes de sécurité dans les bidonvilles pour les établissements, les équipements, le personnel et les personnes s'occupant d'enfants	Collaboration avec les responsables de la sécurité et les communautés en la matière	Doit être planifiée de concert avec la communauté en cas de conséquences négatives.
Les enfants n'ont jamais reçu de vaccins	Démarrer un suivi des patients perdus de vue pendant les premières consultations prénatales	
Les coûts des carnets ou services de vaccination les rendent inabordables pour les populations défavorisées des zones urbaines	Conclure un contrat pour obtenir des services gratuits en faveur de ces populations	
	Fournir à ces populations des coupons pour les carnets de vaccination et les services en faveur de ces populations	

1.2.3 Ressources

Les services de vaccination en milieu urbain présentent l'avantage d'avoir accès à plus de ressources disponibles, comme un vaste vivier d'agents de santé formés ou inscrits dans des instituts de formation. Cependant, compte tenu de la concurrence qui entoure ces ressources, ils sont souvent plus coûteux et ne profitent pas toujours aux zones/familles qui en ont le plus besoin. Les technologies et les réseaux disponibles permettent une adoption rapide de l'utilisation des SMS et des rapports en temps réel pour suivre et ravitailler les établissements de santé en vaccins et fournitures.

Tableau 3. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre d'une gestion des ressources en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Rotation élevée/manque de personnel en raison de la concurrence	Définir/tirer partie des exigences en matière de formation continue	
	Renforcer la supervision, y compris l'envoi de SMS	
	Conclure des contrats avec le secteur privé, les universités, les instituts de formation ou les sociétés privées pour satisfaire les exigences adéquates	Exemples : enquêtes, suivi indépendant, évaluations, responsabilité financière, et prestation de services
	Recruter et former des agents de santé/de mobilisation issus des communautés pour créer des emplois et impliquer ces communautés	
Agents de santé communautaires qui ne souhaitent pas travailler gratuitement	Nouer un partenariat avec des ONG, des OSC, de grandes sociétés	
Coût élevé des transports/du loyer des établissements	Nouer un partenariat avec des ONG, des OSC, de grandes sociétés	Peut inclure des organisations qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé, telles que les réseaux de téléphonie mobile pour la communication, les banques pour des contributions directes, etc.

	Nouer un partenariat avec la municipalité	
Des dénominateurs obsolètes/erronés engendrent un manque de ressources affectées à la vaccination pour les populations urbaines défavorisées, les implantations nouvelles/sauvages, etc.	Plaider en faveur de l'acceptation de données démographiques plus précises	
	Donner la priorité aux interventions à bas coût qui utilisent les infrastructures/le personnel déjà sur place	
Planification et mobilisation des ressources inefficaces ou inefficaces	Impliquer des acteurs non traditionnels dans la planification, sous-traiter la mobilisation de ressources	Consulter les universités avec un département de planification urbaine, les entreprises de planification et de comptabilité Profiter de la disponibilité accrue en milieu urbain

Dans une petite ville de Guinée, la société de pêche locale était détenue par un membre de la Croix-Rouge. Lors de la planification d'une campagne de vaccination contre la rougeole, le personnel de santé a réalisé qu'il ne disposait pas d'une chaîne de froid suffisante pour préparer les blocs réfrigérants. En réalisant un rapide exercice de cartographie des potentiels partenariats, il est entré en contact avec le propriétaire de la société de pêche qui lui a prêté ses installations solaires de chaîne de froid pour la préparation des blocs réfrigérants à titre gracieux.

2. Atteinte de toutes les populations concernées

2.1 Ressources disponibles pour atteindre toutes les populations concernées

- [Atteindre chaque district, chapitre 4](#), Outil 1b
- [Vaccination pratique](#), module 4
- [« Measles and SIA Planning and Implementation Field Guide, 3.5 Planning to reach “hard-to-reach” populations »](#)

2.2 Atteindre toutes les populations concernées : identifier les personnes défavorisées en milieu urbain

Cette composante peaufine les plans établis dans le premier chapitre afin de s'attarder sur les personnes non vaccinées et la planification d'interventions spéciales en vue de les atteindre. Bien que dans certains cas les populations défavorisées vivent dans des bidonvilles, dans d'autres villes, elles sont plus dispersées ou sont plutôt définies par les normes sociales que par leur niveau de pauvreté ou lieu de résidence. Ces populations peuvent avoir été décrites dans l'analyse de situation ci-dessus. Dans la présente section, nous abordons des étapes supplémentaires nécessaires pour assurer l'équité et pour atteindre les personnes défavorisées repérées par la [cartographie sociale](#).



Il est important de rappeler que le terme « concerné » dans le contexte de la vaccination ne renvoie pas à un statut légal, mais seulement au fait qu'une personne est en âge de recevoir des vaccins. Comment indiqué ci-dessus, le fait d'exclure tout segment de la population des bénéfices vitaux de la vaccination nuit non seulement à ces individus, mais impose un risque inutile et inacceptable à la population tout entière de la zone urbaine et au-delà, en laissant des maladies extrêmement contagieuses se propager.

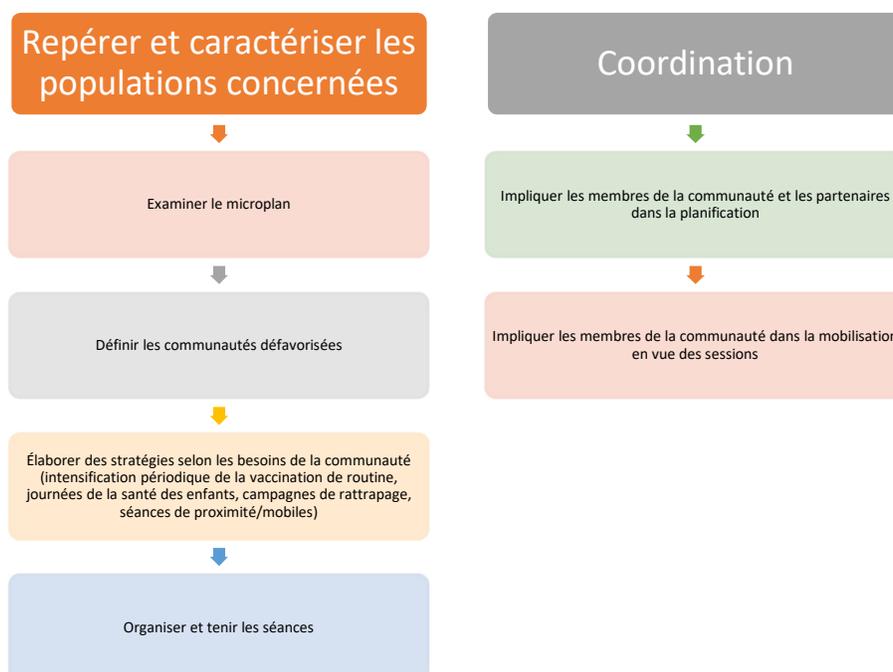


Figure 4. Diagramme représentant comment atteindre toutes les populations concernées

Tableau 4. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre d'une approche visant à atteindre toutes les personnes concernées en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Repérer, comprendre et caractériser les populations non vaccinées en milieu urbain.	Ajouter un volet urbain à toutes les évaluations, les données quantitatives et qualitatives ainsi que les analyses des OSC	Impliquer le secteur privé dans la microplanification et la cartographie.
	Ajouter des champs à la surveillance pour la malnutrition, etc.	Recruter des prestataires du secteur privé pour la surveillance. Sélectionner et inclure les laboratoires privés dans ce processus.
	Former des partenariats avec les communautés urbaines pauvres en tant que chefs de file	
	Favoriser l'effet boule de neige	
	Nouer un partenariat avec des ONG et des OSC	
	Dresser la cartographie des personnes non vaccinées	
	Vérifier le statut vaccinal des jeunes enfants dans les écoles	Les populations défavorisées ne sont pas toujours scolarisées, le taux de rappels peut être faible selon l'âge d'entrée à l'école, il est possible que les inégalités entre les sexes soient plus importantes pour la scolarisation que pour la vaccination
	Si les enfants d'âge scolaire mais non scolarisés sont atteignables, ils peuvent aider à identifier leurs frères et sœurs non vaccinés	
Examiner l'accessibilité des établissements fixes via une cartographie sociale pour s'assurer que les potentiels obstacles urbains (conflit/sécurité, temps/coût de transport, etc.) sont pris en compte.		
Statut juridique de certaines nouvelles implantations	Cartographier le paysage politique	La mise en avant des implantations illégales peut entraîner des conséquences négatives.
	Effectuer des activités de plaidoyer intersectorielles	

3. Collaboration avec la communauté et mobilisation sociale

3.1 Ressources disponibles pour la collaboration avec la communauté et la mobilisation sociale

- [Vaccination pratique](#), module 7
- [Atteindre chaque district](#), chapitre 5

3.2 Collaboration avec la communauté et mobilisation sociale : entrer en contact avec les personnes défavorisées en milieu urbain

Certains des défis qui ont été soulignés dans la littérature auxquels les populations défavorisées en milieu urbain sont confrontées est la perte de cohésion sociale, le manque de hiérarchies traditionnelles, la diversité des langues, la discrimination fondée sur l'origine ethnique, la pauvreté, la religion et les effets du coût de la vie élevé sur le bénévolat. En revanche, les communautés urbaines sont plus susceptibles d'avoir accès aux médias, dont les réseaux sociaux, et on y trouve plus d'associations, de groupes civiques et d'OSC avec un agenda social.



Figure 5. Diagramme représentant comment établir des partenariats

En Inde, la mission nationale de santé urbaine (NUHM, programme GOI) a financé l'opération Mahila Arogya Samitis (MAS), des groupes de femmes représentant 50 à 100 ménages parmi les populations urbaines défavorisées. Ces groupes peuvent être des groupes préexistants ou créés en vertu de la NUHM. [De plus amples informations sont disponibles en annexe.](#)



Pour les milieux urbains :

Tableau 5. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre de l'établissement de partenariats en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Forte mobilité/méconnaissance de l'emplacement des établissements de santé	Afficher les itinéraires et les heures d'ouverture aux principales intersections et voies de communication	Les établissements publics jouissent parfois de moins de flexibilité en matière d'affichage et de diffusion d'informations sur Internet. Les affiches doivent interpeller les personnes défavorisées et prendre en compte leur situation, en utilisant notamment leur langue, un drapeau ou en utilisant un logo familier.
	Diffuser des informations relatives par exemple aux emplacements ou aux horaires d'ouverture sur Internet, Facebook, etc.	
	Standardiser les horaires de vaccination dans les villes (p. ex., tous les mercredis, tous les jours à 10 heures)	
	Visites à domicile	
Manque de cohésion sociale/absence de direction traditionnelle	Nouer un partenariat avec les associations, les OSC et les groupes civiques ayant un agenda social	Les messages doivent parfois être traduits dans plusieurs langues
	Utiliser la radio, la télévision, les SMS et les groupes WhatsApp. Les lignes d'assistance téléphonique, gratuites pour les utilisateurs, permettent de diffuser des informations clés sur les vaccins et les services de vaccination.	
	Créer des groupes de soutien	
	Former un partenariat avec les employeurs	
Propagation plus rapide de rumeurs et de renseignements erronés	S'assurer que la communication au sujet des risques entourant toutes les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) est planifiée, testée et prête à être diffusée dans tous les médias, le cas échéant.	Veiller à ce que les MAPI n'entraînent pas l'ostracisme de groupes particuliers.
	Surveiller les médias à la recherche de messages négatifs concernant la vaccination et les vaccins.	
	Former les journalistes de manière proactive, encourager les chefs de file du journalisme médical	
Manque de confiance dans le système de soins de santé	Des agents de santé communautaires doivent être sélectionnés au sein du segment ou du sous-segment défavorisé de la communauté.	
	De futurs agents de santé qualifiés pourraient être recrutés au sein des communautés défavorisées pour obtenir une formation.	
	Intégrer des principes clés de l'implication communautaire dans	

	les programmes et le contenu des formations.	
Manque de communication entre les établissements de santé et la communauté, potentiellement dû à la barrière de la langue et aux différences culturelles.	Encourager les agents de santé à mieux comprendre la communauté.	Les agents de santé animant des groupes de discussion ou chargés de la collecte de données peuvent renforcer leurs relations avec la communauté et ainsi approfondir leur compréhension de celle-ci.
	Rendre la supervision formative pour modéliser les interactions.	Voir le chapitre sur la supervision formative .
Faible demande	Mener une campagne médiatique avec des messages adaptés aux personnes défavorisées via la radio, la télévision, la presse écrite ou Internet.	Les messages doivent parfois être traduits dans plusieurs langues

En Mongolie, de nombreux établissements de santé, même en milieu rural, possèdent une page Internet, une page Facebook et un compte Twitter afin de rester en contact avec les populations qu'ils servent, même les plus nomades.

Au Mali, en collaboration avec les chaînes de télévision locales, des panels d'experts issus de cabinets privés locaux et de l'école de médecine ont été conviés à une table ronde sur la vaccination.

4. Exercice d'une supervision formative

4.1 Ressources disponibles pour assurer une supervision formative

- Formation pour les cadres intermédiaires, [module 4](#) (en anglais)
- [Atteindre chaque district, chapitre 6](#)
- [Gestion de la prestation de services de santé](#)
- [Lignes directrices pour la mise en œuvre d'une supervision formative](#)

4.2 Exercice d'une supervision formative : assurer des services de haute qualité pour les populations défavorisées en milieu urbain

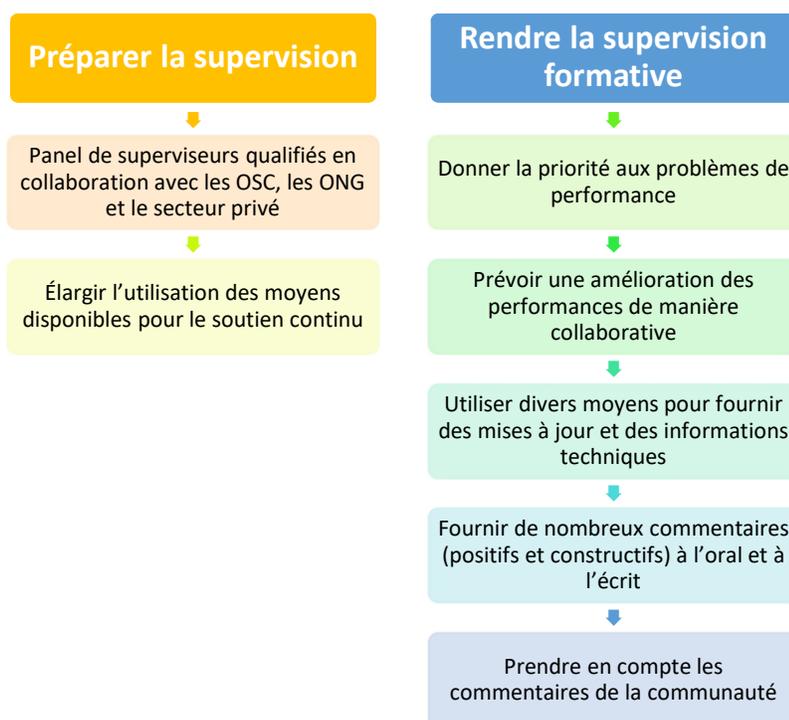


Figure 6. Diagramme de la supervision formative

Tandis que le milieu urbain est davantage propice à une forte rotation du personnel, il présente également d'autres possibilités en raison de la plus grande proximité des établissements, de la disponibilité de réseaux mobiles, des médias de masse et de la disponibilité d'universités et d'instituts de formation.

Tableau 6. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre d'une supervision formative en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Rotation du personnel élevée, motivation faible	Renforcer la supervision, y compris à travers l'envoi de SMS ou la création de groupes WhatsApp	Les techniques profitent de la proximité
	Former un partenariat avec les instituts de formation pour l'encadrement et la formation	
	Organiser des réunions trimestrielles pour la formation continue	
	Formation entre pairs	
Qualité des services du secteur privé	Définir/tirer partie des exigences en matière de franchisage (franchisage social)	
	Définir/tirer partie des exigences en matière de formation continue	
	Inclusion de la formation et de la supervision dans les accords signés avec le secteur privé	
	Affichage des « prestataires autorisés » sur le mur	
Les coûts des carnets ou services de vaccination les rendent inabordable pour les populations défavorisées des zones urbaines	S'assurer que les établissements privés et publics respectent les normes, les contrats, etc. concernant la facturation des services de vaccination pendant la supervision, et en collaboration avec la communauté	

Au Salvador, un programme de formation a travaillé avec les universités locales, dont le corps enseignant a encadré les projets de formation continue menés dans le district. La prise de contact pouvait se faire en personne, par téléphone ou par e-mail, mais elle était plus facile dans les districts urbains avoisinant l'université. Cette formation a permis de grandement améliorer les compétences.

Au Nigeria, le gouvernement fournit des vaccins, des formations et des équipements aux prestataires privés. Dans certaines circonscriptions, une convention est signée disposant que les vaccins seront fournis gratuitement aux prestataires suivant toutes les normes de qualité fixées par le gouvernement. Les prestataires privés doivent également donner accès au personnel technique du gouvernement à des fins d'assurance de la qualité.

5. Suivi et utilisation des données pour la prise de décisions

5.1 Ressources disponibles pour le suivi et l'utilisation des données pour la prise de décisions

- Formation pour les cadres intermédiaires, [module 5](#) (en anglais)
- [Atteindre chaque district, chapitre 7](#)
- Manuel sur les données à venir

5.2 Suivi et utilisation des données pour la prise de décisions : utiliser les données pour s'assurer que les personnes défavorisées en milieu urbain ont été vaccinées

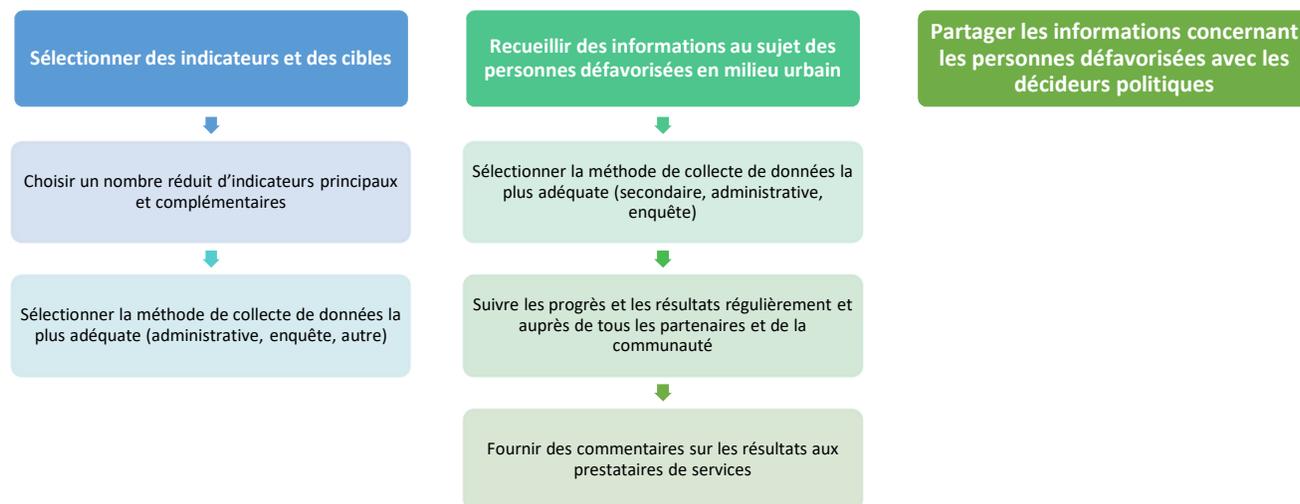


Figure 7. Diagramme du suivi et de l'utilisation des données pour la prise de décisions

De manière générale, les données administratives de routine ne sont pas ventilées par quintile de richesse ou toute autre catégorie permettant l'analyse des populations défavorisées en milieu urbain. L'ensemble des difficultés mentionnées dans la section consacrée à la planification, la coordination et la gestion des ressources concernant le dénominateur auront une incidence sur les efforts déployés pour suivre la couverture dans les zones urbaines et au sein des communautés défavorisées en milieu urbain. Par ailleurs, pour les enquêtes dont la base d'échantillonnage dépend des recensements réalisés avant les récentes vagues migratoires et la croissance démographique, ces bases d'échantillonnage sont obsolètes et pourraient ne pas prendre en compte les concentrations de populations défavorisées.

L'interprétation et l'utilisation des données sont aussi rendues plus difficiles par le contexte urbain. Une faible couverture peut par exemple être expliquée par le fait que les résidents se sont rendus dans un autre établissement de vaccination par choix. La couverture peut également être supérieure à 100 % en raison de l'arrivée de nouveau résidents dans la région, ou parce que les services sont perçus comme de meilleure qualité et attirent des familles issues des zones avoisinantes. Lorsque le taux d'abandon est élevé, le personnel déclarera souvent que la famille a déménagé.

- Il est primordial de veiller à atteindre la plus grande couverture possible pour tous les antigènes, dans tous les segments de la population, grâce à une combinaison adéquate de méthodes mentionnées ci-dessous ainsi que l'utilisation [d'outils et de méthodes normatifs](#).



- Les autres mesures dépendront des priorités du pays et de la ville, par exemple :
 - o Une ville peut décider qu'il est important de garantir que les familles ont accès gratuitement aux services de vaccination dans l'établissement public de santé le plus proche, et qu'elles en font usage. Auquel cas, des mesures seront prises pour attirer les familles dans ces établissements qui perdent actuellement des patients au profit d'établissements privés plus éloignés.
 - o Une ville pourrait sinon décider qu'elle souhaite promouvoir la fréquentation des établissements privés et, par conséquent, surveillera la croissance progressive de la disponibilité et de l'utilisation de ces derniers.

Tableau 7. Difficultés et mesures potentielles y afférentes dans le cadre du suivi et de l'utilisation des données en milieu urbain

Difficultés	Mesures potentielles	Commentaires
Cibles peu fiables, et par conséquent résultats erronés (taux de couverture supérieur à 100 % ou inférieur à 50 %)	Attribution des dénominateurs et suivi par rapport aux performances passées	Faites attention à ce que cette mesure n'exclue pas les populations récemment arrivées ou parties. Les données de surveillance (voir atteinte de toutes les populations concernées), le suivi pratique rapide (RCM) ou l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) (ci-dessous) peuvent être utilisés pour une vérification ponctuelle de la couverture dans les populations défavorisées.
	Utilisation d' enquêtes pour surveiller la couverture. Lorsque des enquêtes démographiques de santé ou des enquêtes en grappe à indicateurs multiples sont planifiées, les échantillons doivent permettre la ventilation par groupes d'intérêt.	Lorsque les cadres d'échantillonnage sur lesquels les enquêtes se reposent sont obsolètes, les données de recensement et l'utilisation de quadrillage géographique pour l'échantillonnage peuvent garantir que les familles récemment arrivées sont prises en compte (« Representative surveys in insecure environments: a case study of Mogadishu, Somalia », Driscoll J., <i>JSSAM</i> (2014)2, p. 78-95).
	Utilisation d'un LQAS pour confirmer les estimations à l'échelle du district	
	Utilisation d'un RCM afin de détecter les poches de faible couverture	
Suivi conjoint avec la communauté, les OSC, etc.		
Taux d'abandon erroné en raison de la forte mobilité	Registres électroniques	
	Suivi conjoint avec la communauté, les OSC, etc.	
Retards et manque d'exhaustivité des rapports	Utilisation des technologies pour le transfert de données	

	Collaboration avec des prestataires privés pour trouver une solution profitable à tous concernant l'établissement des rapports	Les prestataires privés peuvent hésiter à établir des rapports pour des raisons fiscales ou autres
	Suivi conjoint avec la communauté, les OSC, etc.	
Aucune participation des membres de la communauté dans la prestation et le suivi de services	Réunions conjointes d'examen et de suivi avec les membres de la communauté	Y compris les discussions au sujet de la santé en milieu urbain afin de renforcer les capacités de la communauté et de favoriser la prise de responsabilité

Annexe A – Utilisation du manuel de vaccination en milieu urbain

Dans le cadre d'une formation :

Une fois qu'un programme aura déterminé quelles approches et quels outils présentés dans ce manuel lui seront utiles, les formations à venir devront se concentrer sur les populations urbaines défavorisées.

Une des approches consiste à inclure dans les **présentations** des exemples illustrant la façon dont le matériel a été ou pourrait être utile en milieu urbain. Ces exemples doivent être choisis avant le début de la formation et fournis aux animateurs.

Exemples de mise en avant des populations urbaines défavorisées :

« Lors de l'analyse de situation et de la formation de la coalition en milieu urbain, le syndicat des boulangers était une association particulièrement active auprès des mères dans la ville de Ficticia. Quels groupes ou quelles parties prenantes sont, selon vous, important(e)s dans votre ville ? »

« Lors de la planification des activités visant à atteindre toutes les populations concernées, les équipes de district doivent prévoir des activités spécifiques pour sensibiliser les populations difficiles à atteindre. Dans le cadre de notre pays, ces populations incluent des communautés nomades des régions du nord. Dans les zones urbaines, nous avons noté que les personnes travaillant à temps plein dans des manufactures du textile étaient plus susceptibles de ne pas faire vacciner leurs enfants. »

Lors de la présentation des outils, si des outils spécialisés ont été adoptés pour le milieu urbain, assurez-vous d'inclure ces derniers dans vos présentations et de ne les distribuer qu'aux équipes urbaines.

Pour les groupes de travail et les exercices, les participants du milieu urbain doivent travailler ensemble sur des **exercices** spécifiques à leurs populations, en utilisant les approches adoptées par le programme.

Exemple : Activité d'apprentissage 2.1 du module 2 de la formation des cadres intermédiaires, « Former un partenariat avec les communautés ». L'animateur du groupe de travail en milieu urbain doit se préparer à questionner les participants pour s'assurer qu'ils ont pensé à tous les partenaires potentiels, avec les approches et les outils que le programme recommande pour le suivi des nouveau-nés en milieu urbain, tout particulièrement dans les communautés urbaines pauvres, etc.



Learning activity 2.1: Identify community groups and prioritize their participation in strengthening the immunization programme.

List the key community groups and representatives in your health area.

Beside each item in the box below, note which community groups/representatives could assist with each activity.

Discuss and put a "*" by the three most important activities in your catchment area.

Community involvement activity	Community group / representatives
1. Advocate and provide human, financial and logistical support.	
2. Ensure effective planning (place, time and location) for immunization sessions for routine, outreach and mobile.	
3. Identify and refer newborns.	
4. Track and follow up defaulters.	
5. Publicize immunization sessions	
6. Develop advocacy and mobilization messages.	
7. Assist with transport and other resources (e.g. fuel for cold-chain equipment or meals for outreach).	
8. Encourage and train volunteers to assist at immunization sessions.	
9. Communicate with local people and inform health officials about suspected vaccine-preventable diseases (VPDs) and adverse events following immunization (AEFI).	
10. Monitor the immunization programme by going through the coverage data with the health team.	

Dans le cadre d'évaluations et d'examens :

Pour les évaluations et les examens, tels que l'évaluation du Programme élargi de vaccination, l'évaluation des occasions manquées de vaccination et l'examen de surveillance, la situation en milieu urbain doit faire l'objet d'une mention spéciale.

L'examen du dossier doit inclure si

- les populations urbaines défavorisées sont considérées comme un groupe principalement ciblé par les services de vaccination, et, le cas échéant, sont prioritaires dans les stratégies nationales comme les plans pluriannuels ou les documents de politique ;
- des approches et des outils spéciaux sont utilisés dans le pays et sont pris en compte dans les normes, les standards et le matériel de formation.

Les enquêtes sur la couverture doivent servir à établir une analyse des niveaux de couverture par quintile de richesse en milieu urbain. La base d'échantillonnage doit également être ajustée afin de prendre en compte les nouvelles implantations, les implantations sauvages et les autres situations en milieu urbain. Consultez les études infranationales des zones urbaines concernées (Viet Nam 2015).

Les enquêtes de terrain doivent prendre en compte la population urbaine dans la sélection du site. Les entretiens doivent inclure les autorités administratives, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile de chaque centre urbain. En l'absence d'une étude de couverture, ou si l'étude n'est pas assez précise, envisagez un [suivi pratique rapide](#) pour les populations les plus défavorisées afin d'évaluer la situation.



L'analyse et le rapport de toutes les évaluations doivent inclure une section consacrée aux populations urbaines défavorisées.

[Retour à la section](#) Conseils d'utilisation



Annexe B – Exemples d’objectifs et d’indicateurs de référence

Les documents de planification et de suivi d’un pays doivent faire explicitement mention des populations urbaines défavorisées. Les centres urbains doivent établir des plans en collaboration avec les autorités civiles et d’autres partenaires locaux (secteurs de l’éducation, de l’eau, l’assainissement et l’hygiène, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile [OSC]) qui fixent des cibles et des indicateurs de référence particuliers pour les populations défavorisées. Vous trouverez quelques exemples de plan de santé urbaine ci-dessous.

Activité	Indicateur	Mesure	Responsable
Élaboration d’une liste exhaustive des communautés par lieu et caractéristiques	Liste terminée	Rapport	OSC1 et OSC2
Établissements de santé cartographiés	Cartographie terminée	Rapport	Programme élargi de vaccination (PEV) provincial et coalition œcuménique pour la santé
Mise au point d’un microplan PEV offrant des séances pour les populations défavorisées	Microplan terminé	Plan	PEV provincial
Déroulement comme prévu de toutes les séances de vaccination Réalisation de toutes les vaccinations à l’intention des populations urbaines comme prévu	% des séances planifiées réalisées % des séances spéciales planifiées réalisées	Rapports mensuels Rapports de supervision « Prises de températures » au sein des populations urbaines défavorisées, poser la question « êtes-vous allé vous faire vacciner et le personnel n’était pas présent ? »	École de médecine mandatée pour le suivi
% des moins de 5 ans non vaccinés ou pas à jour au sein des populations urbaines défavorisées	% non vaccinés % pas à jour pour leur âge	Rapport sur la campagne anti rougeole Rapports de suivi pratique rapide	PEV provincial École de médecine mandatée pour le suivi
Organisation et déploiement de campagnes médiatiques ciblant les populations urbaines défavorisées	% des activités planifiées mises en œuvre % de personnes s’occupant d’enfants de la population urbaine défavorisée qui connaissent les services de vaccination et qui les utilisent	Rapports mensuels « Prises de températures » au sein des populations urbaines défavorisées, poser les questions « avez-vous entendu parler des vaccins ? », « êtes-vous allé vous faire vacciner ? »	École de médecine mandatée pour le suivi

[Retour à la section Planification, coordination et suivi](#)



Annexe C – Analyse de situation au Kenya

Situation de la vaccination de routine dans les zones urbaines pauvres de la ville de Kisumu au Kenya.

Iqbal Hossain, Evans Mokaya, Isaac Mugoya

www.MCSprogram.org

Sélection de sites pour l'évaluation

L'évaluation a été menée dans 14 établissements de santé et huit bidonvilles situés dans les zones de couverture de ces établissements. Les établissements, représentant 20 % de tous les établissements de santé de la ville et dont 40 % proposent des services de vaccination, ont constitué **un échantillon de commodité des établissements qui offrent des services de vaccination et comportent un bidonville dans leur zone de couverture**. Les établissements sélectionnés comprenaient sept établissements publics (trois hôpitaux, un centre de santé et trois dispensaires), trois établissements religieux (deux centres de santé et un dispensaire) et quatre établissements privés (hôpitaux).

Outils et procédures d'évaluation

Cinq outils de collecte de données étaient disponibles pour l'évaluation : un formulaire d'entretien approfondi (EA) rempli par la personne de référence du programme élargi de vaccination (PEV) du sous-comté, un formulaire d'EA rempli par le personnel infirmier de l'établissement, un formulaire pour les discussions de groupe (DG) rempli par les mères des enfants partiellement vaccinés, un formulaire pour les DG rempli par les mères d'enfants complètement vaccinés, et un formulaire pour les DG rempli par les agents de santé communautaire bénévoles. Un total de 15 EA, 8 DG et 600 enquêtes auprès des ménages ont été menés.

Dans les établissements de santé, l'enquêteur a conduit l'EA auprès des membres du personnel infirmier, puis a examiné avec eux la chaîne du froid, la chaîne d'approvisionnement et les données du PEV pour leur établissement. L'enquêteur a réalisé une enquête auprès de 75 ménages avec des enfants âgés de 12 à 23 mois dans chacun des huit bidonvilles visités, en suivant le protocole d'enquête sur 75 ménages de l'Organisation mondiale de la Santé. L'objectif de l'enquête sur les ménages n'était pas d'estimer la couverture vaccinale, mais d'obtenir un aperçu du statut vaccinal des enfants résidant dans les bidonvilles à proximité des établissements de santé offrant des services de vaccination, et d'identifier les mères d'enfants partiellement ou complètement vaccinés pour les DG.

Nous avons demandé aux mères d'enfants partiellement vaccinés la raison pour laquelle elles n'avaient pas terminé le programme de vaccination. Nous leur avons également demandé de nous suggérer des moyens de rappeler aux mères/personnes s'occupant d'enfants les dates de vaccination et de nous indiquer la façon dont l'établissement de santé pourrait améliorer ses services de vaccination de routine.

Nous avons demandé aux mères des enfants complètement vaccinés de décrire ce qui leur a permis d'achever le programme de vaccination de leurs enfants et leurs motivations. Nous leur avons également demandé de fournir des suggestions sur la façon d'améliorer les services de vaccination de routine et de nous donner leurs avis sur les meilleures façons de rappeler à la population des dates de vaccination.

Nous avons demandé aux agents de santé communautaire bénévoles de décrire leurs rôles dans le cadre de la vaccination de routine et de la gestion des maladies évitables par la vaccination, la façon dont ils assurent le suivi du calendrier de vaccination, leur perception des raisons pour lesquelles les enfants ne sont que partiellement ou jamais vaccinés, leur avis sur la meilleure façon de rappeler à la population les dates de rappel, quels sont, selon eux, les obstacles rencontrés par la population urbaine pauvre en matière d'accès aux services de vaccination, la durée et le contenu de leur formation à la vaccination, et leurs besoins futurs en matière de formation.

Le consentement écrit et oral des participants à l'évaluation a été obtenu avant d'effectuer les EA et les GD. La personne de référence du PEV du sous-comté accompagnait l'équipe et observait les processus tout au long de la période d'évaluation.

Outils d'évaluation

Annexe 1 : Formulaire d'entretien approfondi

Nom de la ville/de l'établissement de santé : _____ Poste de l'informateur
clé : _____

Type et propriété de l'établissement de santé : _____/_____ Date de l'entretien : ____/____/____

Informations démographiques

Combien de circonscriptions dans cette ville/servis par cet établissement de santé : _____

Combien de bidonvilles dans cette ville/zone de couverture de l'établissement : _____ Population
totale des bidonvilles de la ville/zone de couverture de l'établissement : _____

Nom et lieu des bidonvilles de la ville/zone de couverture de l'établissement

Noms des bidonvilles	Lieu	Population

Établissements de santé dans la ville (remarque : à l'intention exclusive du conseiller municipal chargé des questions de santé)

Type d'établissement	Propriété	Nombre d'entre eux fournissant des services de vaccination de routine
Dispensaire		
Centre de santé		
Hôpital		

Ressources humaines pour le programme élargi de vaccination (PEV) dans la ville/l'établissement de santé

Nom du poste	Nombre disponible	Nombre de postes vacants	Nombre de ressources formées au PEV

Plan et stratégie du PEV

1. Disposez-vous d'un microplan pour le PEV en place dans la ville/zone de couverture ?
2. Ce microplan est-il à jour (voir microplan) ?
3. Le plan de cette année est-il entièrement financé ? Si non, quel pourcentage est financé ?
4. Le microplan contient-il des informations sur les services du PEV (fixes et de proximité) ?
5. Le microplan contient-il des cibles PEV (annuelles/mensuelles) ?
6. Le microplan contient-il des cibles pour chaque site de vaccination ?
7. Le microplan contient-il les noms des agents de santé par site ?
8. Le microplan contient-il des cibles/services d'informations relatifs au PEV adaptés aux bidonvilles ?
9. Disposez-vous d'un plan ou d'une stratégie spécifique pour atteindre les enfants vivant dans les bidonvilles ?

Chaîne du froid dans la ville/l'établissement

10. Le microplan contient-il une liste de tous les équipements de la chaîne du froid par lieu, indiquant leur statut et les coûts associés à leur entretien ?
11. Avez-vous un système de chaîne du froid dans votre ville/établissement de santé ? Si oui, de quels équipements de la chaîne du froid disposez-vous ?

Nom de l'équipement	Nombre disponible	Nombre en état de marche
Congélateur		
Réfrigérateur		
Glacière		
Contenants isothermes pour la conservation et le transport des vaccins		

12. Les vaccins sont-ils rangés dans le réfrigérateur selon les directives du PEV ?
13. Un dispositif de contrôle de la température est-il installé dans le réfrigérateur ?
14. Les agents de santé sont-ils en mesure d'interpréter les enregistrements du dispositif de contrôle de la température ?
15. Disponibilité des vaccins dans les entrepôts de la ville/l'établissement de santé

Vaccins	Disponible	Rupture de stock (dans les 12 derniers mois)
BCG		
Penta		
Vaccin antipoliomyélitique oral		
VPI		
PCV		
Vaccin anti-rotavirus		
MCV		
Tétanos/diphtérie		

Disponibilité logistique du PEV

Produit	Disponible	Rupture de stock dans les 12 derniers mois
Seringue BCG		
Seringue de 0,5 ml		
Seringue à mélange		
Contenant pour objets pointus ou tranchants		
Carte PEV		
Fiches de pointage		
Registre PEV		
Formulaire de rapport		

Disponibilité des ressources financière pour le PEV

	Disponible	Montant
Fonds pour la sensibilisation		
Fonds pour le transport des vaccins		
Fonds pour l'impression de matériel		
Fonds pour l'achat de seringues/vaccins		
Fonds pour la supervision		
Fonds pour le suivi		
Fonds pour le maintien de la chaîne du froid		
Fonds pour les pièces de rechange		

Système de supervision

16. À quelle fréquence assurez-vous la supervision/êtes-vous supervisé ?
17. Fréquence des visites de supervision ?
18. Utilisez-vous la liste de contrôle pour la supervision ?
19. Comment obtenez-vous/donnez-vous des commentaires sur la supervision ?
20. Comment utilisez-vous les commentaires sur la supervision ?
21. Système de suivi
22. Quelle est votre cible annuelle et mensuelle en matière de nombre d'enfants ?
23. Combien de séances de vaccination de proximité prévues ont été réalisées l'année dernière ?
24. Répartissez-vous les données PEV par bidonvilles/autres zones urbaines ?
25. Comment utilisez-vous les données dans le cadre des actions programmatiques ?
26. Comment recherchez-vous les personnes perdues de vue ?
27. Avez-vous un graphique de suivi de la couverture ?
28. Votre graphique de suivi de la couverture est-il à jour (voir le graphique) ?

Lien avec la communauté

29. Comment entrez-vous en contact avec la communauté afin de stimuler la demande ?
30. Avez-vous une stratégie particulière pour atteindre les populations des bidonvilles ?

31. Utilisez-vous les numéros de téléphones mobiles pour communiquer avec les parents/personnes s'occupant d'enfants ?
32. De quelle(s) autre(s) façon(s) communiquez-vous avec les mères/les personnes s'occupant d'enfants ?
33. Implication de la société civile
34. Comment impliquez-vous la société civile dans les services de soins de santé ?
35. La société civile soutient-elle le programme de vaccination de routine ? Comment ?
36. Nommez les membres de la société civile impliqués dans la vaccination de routine dans votre ville/zone de couverture.
37. Coordination des parties prenantes
38. Existe-t-il un comité de coordination dans votre ville/établissement ?
39. Toutes les parties prenantes sont-elles représentées au sein du comité de coordination ?
40. Y a-t-il des membres du comité issus des bidonvilles ?
41. À quelle fréquence ont lieu les réunions du comité de coordination ?
42. Avez-vous des procès-verbaux des réunions de coordination ?
43. Difficultés
44. À quelles difficultés êtes-vous confrontés lors de la prestation des services du PEV pour les enfants vivant dans les bidonvilles ?

Guide pour les groupes de discussion

Souhaitez la bienvenue et faites les présentations.

Remerciez les participants d'avoir accepté de participer. Présentez-vous ainsi que la personne qui prend des notes. Demandez aux participants de se présenter. Informez les participants que nous sommes très intéressés d'entendre leur précieux avis sur la façon dont le département de la santé du sous-comté peut améliorer son programme de vaccination de routine pour les enfants et les femmes de cette communauté.

Obtenez le consentement des participants. Suivez le processus ci-dessous.

Remerciez de nouveau les participants d'avoir accepté de participer. Expliquez que l'objectif de cette discussion est d'en apprendre davantage sur la façon dont le sous-comté peut améliorer l'accès de cette communauté aux services de vaccination de routine ainsi que leur utilisation.

Expliquez que nous prendrons note de leurs remarques, avis et idées, mais que les informations qu'ils fourniront demeureront entièrement confidentielles. Nous n'associerons le nom d'aucun participant avec ce qui est dit au cours de la réunion du groupe de discussion. Nous demanderons également à tous de respecter la confidentialité des autres participants.

Les participants peuvent refuser de répondre à n'importe quelle question et peuvent choisir de se retirer de la discussion à tout moment.

Si les participants acceptent et donnent leur consentement, vous pouvez commencer la discussion.

Expliquez le processus du groupe de discussion.

Demandez aux participants si l'un d'entre eux a déjà participé à un groupe de discussion auparavant. Expliquez le processus du groupe de discussion :

La discussion durera environ une heure.

N'hésitez pas à vous déplacer.

Les rafraîchissements sont en libre-service.

Nous voulons entendre votre avis, qu'il soit positif ou négatif.

Nous ne cherchons pas à atteindre un consensus : nous recueillons simplement des informations.

Règles fondamentales :

Toutes les personnes présentes doivent participer.

Restez avec le groupe, et veuillez éviter les conversations parallèles.

Éteignez vos téléphones portables, si possible.

Démarrez la discussion.

Posez les questions dans l'ordre. Assurez-vous de donner aux participants le temps de réfléchir avant de répondre aux questions, et n'allez pas trop vite. Demandez à tous les participants d'apporter leur contribution. Ne donnez aucune indication, mais utilisez les questions pour vous assurer que tous les problèmes sont abordés. Passez à la question suivante si vous notez que les informations se répètent.

[Retour à la section Analyse de situation](#)

Annexe D – Analyse de situation au Pakistan

Cartographie et profilage des bidonvilles urbains/périurbains de Karachi et Hyderabad (Pakistan) de mars à mai 2017

Chapitre 2 : Méthodologie

Le profilage des bidonvilles a été réalisé dans 6 districts et 18 quartiers de Karachi et 1 district et 4 tehsils d'Hyderabad, dans la province du Sindh.

Méthodologie

La méthodologie a garanti que le contexte local et la situation sécuritaire étaient pris en compte lors de la collecte d'informations auprès des bidonvilles et des ministères. Les bidonvilles ont été repérés à l'aide de listes officielles ou désignés par les pouvoirs publics concernés et des informateurs clés locaux de Karachi et Hyderabad.

Objectifs

L'objectif principal du profilage des bidonvilles est :

- de produire des informations complètes sur l'échelle géographique, la population cible approximative et la disponibilité des ressources du Programme élargi de vaccination (PEV) dans les bidonvilles (au moyen d'une vérification physique) ;
- de comparer les centres urbains à faible taux de couverture vaccinale où se trouvent les bidonvilles avec les ressources du PEV disponibles.

Les informations seront utilisées pour la planification des prestations de services de vaccination à la population cible dans ces bidonvilles.

Procédure

Examen documentaire

Une recherche documentaire complète a été réalisée afin d'établir l'étendue et la portée des études existantes sur les bidonvilles, la vaccination dans les bidonvilles et l'état de santé de la mère et de l'enfant dans les bidonvilles à l'échelle nationale et internationale. Il était important de déterminer la nature des bidonvilles et les types d'identificateurs pour de telles implantations, de sorte que des variables puissent être prises en compte dans l'évaluation du niveau de vie dans ces bidonvilles. La recherche documentaire comprenait également un examen des informations administratives telles que le nombre et les noms des districts, des quartiers, des centres urbains et des bidonvilles de Karachi et Hyderabad. Cela a aidé à affiner le processus de profilage des bidonvilles. Les études réalisées au Bangladesh et en Inde ont également été examinées en vue d'acquiescer un sens des stratégies PEV efficaces dans d'autres pays comportant des bidonvilles similaires.

Instruments de collecte de données

Les types d'outils suivants ont été mis au point dans le cadre de la collecte de données à plusieurs niveaux :

- Questionnaires pour
 - o les entretiens avec les informateurs clés ;
 - o la vérification de la disponibilité des services de base.
- Listes de contrôle pour :
 - o la collecte de données auprès des bureaux municipaux de santé ;
 - o l'élaboration de cartes ;
 - o le suivi.

Formation des recenseurs

Test préliminaire et mise à l'essai des instruments

Le questionnaire et les listes de contrôle ont été testés avant la collecte de données au moyen d'un test préliminaire dans 32 bidonvilles, suite auquel certains changements ont été opérés et ces documents ont été finalisés. Certaines modifications importantes concernaient la collecte d'informations au sujet des ressources du PEV telles que la disponibilité des ressources humaines et le système de prestation de services du PEV.

Compilation des listes de bidonvilles

Une liste exhaustive des bureaux de santé, des autorités publiques, des groupes d'organisations à but non lucratif et de la société civile a été dressée par niveau, et nous avons rendu visite à ces organismes afin de recueillir les noms des bidonvilles, les cartographies et le statut des établissements de santé et du PEV dans les centres urbains.

Collecte de données

La collecte de données a été réalisée auprès de quatre sources d'informations de différents niveaux : les bidonvilles, les bureaux de la santé des villes, le PEV provincial et les microplans préparés pour les centres urbains, notamment ceux de niveau 1 en matière de poliomyélite.

Les entretiens avec les informateurs clés issus des bidonvilles se sont tenus dans un lieu commun au sein des bidonvilles. La discussion a incité d'autres résidents des bidonvilles à se joindre au processus et à valider les informations. Nous nous sommes assurés de sélectionner les informateurs clés selon leur niveau d'informations et de crédibilité au sein de leur propre communauté. Lorsque les informateurs clés répondaient de manière vague aux questions, nous avons utilisé des techniques d'approfondissement et des questions de suivi afin d'obtenir les informations.

Saisie et analyse de données

Échantillonnage

Une liste consolidée des bidonvilles a été préparée d'après les informations collectées auprès des différentes administrations, des bureaux municipaux de la santé et des informateurs clés locaux. Pour la collecte d'informations, trois à cinq répondants par bidonvilles ont été sélectionnés selon l'échantillonnage de commodité et leur connaissance de l'infrastructure du bidonville. Nous avons choisi un échantillonnage de commodité, pour les raisons suivantes :

- il n'y avait aucune liste ni aucun registre des ménages ;
- la situation en matière de sécurité, l'hostilité générale et le refus de partager des informations ;
- considérés comme des communautés aux liens serrés, les bidonvilles constituent de vastes réseaux de partage d'informations ; par conséquent, les estimations faites par ces informateurs étaient considérées comme relativement fiables après validation croisée.

Composition de l'équipe

Une équipe de 54 recenseurs et 4 superviseurs a été impliquée à plusieurs niveaux. De plus, un chef d'équipe, deux agents de saisie de données, un expert AutoCAD et un expert en systèmes d'information géographique ont également été mandatés. L'équipe parlait couramment les langues locales de la province. Les entretiens avec le personnel des pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales ont été réalisés par les membres expérimentés de l'équipe du siège du Centre de recherche et des politiques sur la pauvreté des enfants (CHIP).

Système de suivi

Le système d'examen et de suivi a été conçu et les mesures suivantes ont été adoptées afin d'assurer la qualité des données recueillies :

- Un(e) superviseur(se) de terrain a été désigné(e) pour surveiller le processus de vérification physique des recenseurs 04 à 07. Il/elle était chargé(e) de rencontrer en personne les recenseurs et de vérifier l'exactitude des données recueillies.
- Des superviseurs de terrain ont intégré l'équipe de gestion de projet CHIP pour la supervision sur le terrain et la vérification de l'exactitude des données recueillies.
- Des réunions quotidiennes de suivi ont eu lieu, au cours desquelles les participants ont de nouveau vérifié que tous les questionnaires étaient complets et non contradictoires.
- Les membres de l'équipe ont également passé des appels téléphoniques aux informateurs clés afin de valider les informations.
- Tout questionnaire comportant des informations incomplètes ou contradictoires était renvoyé au recenseur pour correction ou nouvelle saisie.

[Retour à la section Analyse de situation](#)

Annexe E – Enquêtes de prestataires privés

L'évaluation doit répondre aux questions suivantes :

- Quels services curatifs fournissent-ils ?
- Connaissent-ils les définitions des cas de surveillance et les déclarent-ils régulièrement ?
- Quels vaccins fournissent-ils et quelle en est la qualité ?
- Quelles sont leurs pratiques en matière d'établissement de rapports ?
- Quels sont les obstacles rencontrés pour atteindre les populations mal desservies ?

Exemples :

Hagan J.E., « Knowledge, attitudes, and practices of private sector immunization service providers in Gujarat, India ». *Vaccine*, 2 janvier 2018 ; 36(1):36-42. doi : 10.1016/j.vaccine.2017.11.046. Publié en ligne le 23 novembre 2017.

Chawla P.C., « Knowledge, attitude & practice on human papillomavirus vaccination: A cross-sectional study among healthcare providers ». *Indian Journal of Medical Research*, novembre 2016 ; 144(5):741-749. doi : 10.4103/ijmr.IJMR_1106_14.

Georges M.S., « How do parents and pediatricians arrive at the decision to immunize their children in the private sector? Insights from a qualitative study on rotavirus vaccination across select Indian cities ». *Human vaccines & Immunotherapeutics*, décembre 2016 ; 12(12):3139-3145. doi : 10.1080/21645515.2016.1219824. Publié en ligne le 23 novembre 2016.

[Retour à la section Analyse de situation](#)

Annexe F – Évaluation des comportements de sollicitation de vaccinations

1) Enquête sur la couverture liée

Si les populations défavorisées sont définissables par leur emplacement géographique et si le programme a décidé de conduire une enquête sur la couverture (en anglais : http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index2.html), des questions supplémentaires peuvent être ajoutées au questionnaire afin de recueillir des informations utiles. Le terme « lien » dans ce contexte correspond à demander où l'enfant a reçu ses vaccins les plus récents. Dans l'exemple référencé ci-dessus, malgré les difficultés rencontrées par l'absence de liste fiable des établissements de santé au préalable, l'enquête a révélé au Programme élargi de vaccination (PEV) que parmi les enfants liés, 40 % ont été vaccinés en dehors de leur district. Des questions supplémentaires doivent également être ajoutées afin de permettre la ventilation des données sur les populations défavorisées ainsi que certaines questions qui peuvent aider à expliquer leur choix. Veuillez noter que cette enquête ne va probablement pas permettre une généralisation applicable à toute la population défavorisée, mais elle peut fournir des idées utiles. Nous vous invitons à consulter un statisticien si vous souhaitez obtenir des chiffres représentatifs.

Exemple : Burnett E., « Individually Linked Household and Health Facility Vaccination Survey in 12 At-risk Districts in Kinshasa Province, Democratic Republic of Congo: Methods and Metadata ». *The Journal of Infectious Diseases*, juillet 2017 ; 216 (sup 1):S237-S243.

2) Groupe de discussion

Lorsque les ressources ne permettent pas une enquête auprès des ménages, ou si la population défavorisée est dispersée, les mêmes types de questions peuvent être posés aux personnes s'occupant d'enfants à l'aide de méthodes qualitatives. L'étude réalisée au Nigéria sur les pratiques prénatales et d'accouchement en est un bon exemple. Chimaraoke O., « What does quality maternity care mean in a context of medical pluralism? Perspectives of women in Nigeria ». *Health Policy and Planning*, janvier 2018 ; 33(1):1-8. Disponible à l'adresse suivante : <https://academic.oup.com/heapol/article/33/1/1/4345788>.

Ces études doivent avoir lieu une fois par an ou de manière continue et peuvent consister en :

- des entretiens/groupe de discussion avec les personnes s'occupant d'enfants en milieu médical ;
- des données supplémentaires incluses dans les formulaires de surveillance et les enquêtes ;
- des entretiens/groupe de discussion sur les lieux de travail, y compris les marchés, les usines, les décharges ;
- des entretiens/groupe de discussion dans les lieux de culte.

[Retour à la section Analyse de situation](#)

Annexe G – Attribution de cibles de performance en fonction des proportions enregistrées

Exemple du district Y, qui compte une population de 147 740 habitants en 2018. En 2017, le district a atteint des niveaux de couverture de 85 % pour le DTC3 et 87 % pour le MCV1. La majeure partie d'entre eux (53 % de tous les vaccins reçus dans le district) ont été administrés dans l'établissement de santé 1. La clinique privée 2 en a administré le plus petit nombre (moins de 1 %). Dans l'espoir d'atteindre toutes les personnes non vaccinées en 2018, le district entreprend des efforts similaires, mais souhaite encourager tous les centres de vaccination à améliorer leur couverture. Le district s'appuie alors le nombre total de vaccins nécessaires pour atteindre une couverture de 100 % pour établir une cible qui représente la même proportion que l'année précédente. Par exemple, l'établissement de santé 1, qui a vacciné 53 % des enfants vaccinés l'année dernière dans le district, aura pour objectif de vacciner 53 % de la cible totale, faisant ainsi passer le nombre d'enfants vaccinés de 2 487 (DTC1) à 2 741 et réduisant son taux de décrochage. La clinique privée 2 devra passer de 36 à 40 enfants vaccinés avec le DTC1, tout en réduisant également son taux de décrochage.

District Y		Total	Live births	Surviving in 12-23 m	Pregnant women								
Population	2017	142744	5710	4996	4796	5567							
	2018	147740	5910	5171	4996	5762							
Performance and targets													
	Doses administered 2017					Unvaccinated 2017				Target 2018 - 100%			
	DTP1	DTP1 % of district performance	DTP3	MCV1	MCV2	DTP1	DTP3	MCV1	MCV2	DTP1	DTP3	MCV1	MCV2
District	4646		4247	4347	2498	350	749	649	2298	5171	5171	5171	4996
HF1	2487	53.5%	2261	2306	1333					2741	2741	2741	2674
HF2	834	17.9%	767	797	488					928	928	928	897
HF3	604	13.0%	556	567	357					672	672	672	649
HF4	46	1.0%	43	44	27					52	52	52	50
HF5	186	4.0%	171	174	110					207	207	207	200
HF6	213	4.6%	196	200	126					237	237	237	229
Private1	60	1.3%	55	56	35					67	67	67	65
Private2	36	0.8%	33	34	21					40	40	40	39
Private3	180	3.9%	166	169	0					200	200	200	194
Verify that Private3 is vaccinating MCV2													

[Retour à la section Planification](#)

[Retour à la section Suivi et utilisation des données](#)

Annexe H – Partenariat avec l'état civil

Dans les Îles Salomon, le Ministère de la santé a noué un partenariat avec l'état civil. Les services de maternité de tout le pays ont reçu pour mission de consigner toutes les naissances survenues dans leur établissement au sein du registre des naissances et de remplir une déclaration de naissance. Une copie de la déclaration était remise à la famille afin qu'elle obtienne un certificat de naissance, une autre copie était conservée par la maternité et une dernière copie était envoyée au système d'information sanitaire du Ministère de la santé.

Serial Number: 010653

Government of Solomon Islands
NOTICE OF BIRTH

Name of Child:	Nelson Nuvakia Mugi		
Sex:	Female <input type="checkbox"/>	Male <input checked="" type="checkbox"/>	Date of Birth: 10/21/2017
Place of Birth:	Honiara	Date of Notification:	DD/MM/YYYY
Health Facility:	NRH	Health Facility Birth <input checked="" type="checkbox"/>	Village Birth <input type="checkbox"/> SBA <input type="checkbox"/>
Province:	Honiara	Birth Weight:	3658 gm
Island/Area:	Guadalcanal	Gestation Period:	39/40
Mother's Name:	Rose	Mother's Date of Birth:	27/11/1973
Mother's Maiden Name:		Occupation:	House wife
Nationality:	Solomon Islands	Father's Name:	Kennedy Mugi
Father's Name:	Kennedy Mugi	Occupation:	SINU
Nationality:	Solomon Islands	Father's Date of Birth:	DD/MM/YYYY
Permanent Address of Parent (s):	Malaita		
Current Address:	Euna Creek		
Closed Health Facility:	VUA		
Total No. of Children Born to Mother:	Live: 3	Still:	
Attendant at Birth:	Angelina Mugi	Position:	Dr <input checked="" type="checkbox"/> VRN <input type="checkbox"/> Midwife <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Other
Signature of Attendant:	Angelina	Date:	10/08/2017
Name of Witness:		Date:	

FOR THE PURPOSE OF BIRTH REGISTRATION

STATUS OF PARENTS:
SINGLE: MARRIED: (Legal or Customary) DE FACTO:

PARTICULARS OF MARRIAGE (If Applicable)
1. Place: Euna Creek
2. Date: 2011

Signature of Mother: _____ Date: 10/08/2017
Signature of Father: _____ Date: _____

COPY FOR NHMS CENTRAL REGISTRY

NRH 330 bld
80K OPD /yr
A 5M bld

Les informations étaient saisies par le personnel du système d'information sanitaire dans le système informatique de l'état civil. Cela a permis au Ministère de la santé d'obtenir des informations complémentaires sur les dénominateurs, bien que cela implique des calculs, étant donné que de nombreuses mères sortent de leur district pour accoucher.

[Retour à la section Planification](#)

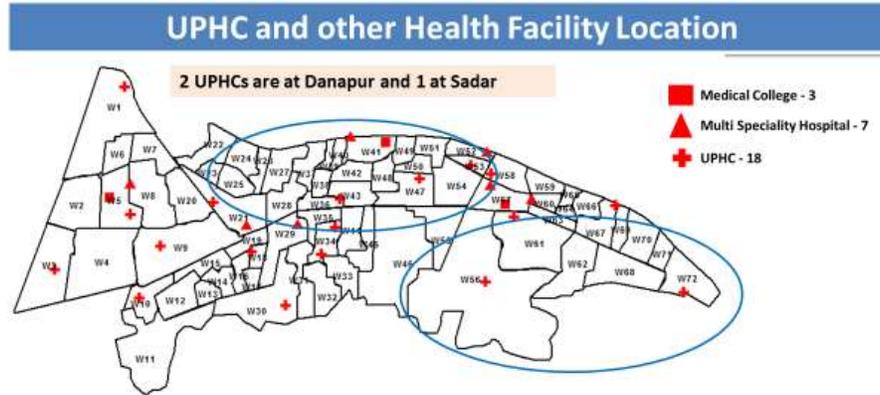
Annexe I – Liste des établissements de santé

Elle peut être préparée dans Excel, Access, EpiInfo ou tout autre logiciel favorisant le tri.

List Health Facilities														
Urban center:			District:				Region:							
Date update:														
Provider Name	Post, PHC, UHC, Hosp	Type		Date license renewed	Services offered							GPS coordinates		
		Public, private non profit, private for profit	Number mobile/ outreach sites		Surveillance	Routine vaccination	Well child clinic	Outreach	Curative	Family planning	Charge for well baby activities (yes, no, some)	lat	Long	
District			M = 2			X								
CSO1		Private not for profit	O=1; M=1			X								
HF1	PHC	Public	0		X	X	X		X	X	No			
Private1	Clinic	Private for profit	0	2014			X		X	X	Yes			
Private2	Hosp	Private not for profit	O=2	2017		X	X	X	X		Yes			

[Retour à la section Planification](#)

- 4) Dans une ville indienne, les services ont été cartographiés et ont révélé plusieurs zones de couverture sans accès facile aux services. Grâce à ces informations, ils sont parvenus à mobiliser l'engagement des autorités afin de combler ces lacunes.



Sl.	Particulars	Value
1	No of Urban PHC having full time MO	17
2	No of Urban PHC having staff nurse	17
3	No of Urban PHC having ANM	0
4	No of Urban PHC having Pharmacist	01
5	No of Urban PHC having Data handlers	17

- Identified area need few more U-PHC to ensure accessibility of health services
- U-PHC can be assigned catchment area for addressing delivery of National health programs, disease surveillance and addressing disease outbreak.

Details in next slide....

Advocacy meetings for Urban Validation to share the concerns and address the gaps identified

Participants	Date/ Venue	Key decisions taken
1. Chaired by Additional CMO, Participants: District Immunization Officer, CDPO-ICDS, NUHM-MOs, MOIC of Peri-Urban blocks SRTL/OSA-WHO, SMO-WHO	19 th December 2016/ WHO-NPSP Office, Patna	Urban, peri-urban area demarcation issue discussed resolved.
2. Chaired by District Magistrate, Participants: Civil Surgeon-cum-CMO, Additional CMO, DPO-ICDS, District Immunization officer, MO In charge of Urban PHCs and rural PHC, CDPO and WHO officials & partners	23 rd January 2017/ Officer of District magistrate, Patna	Special drive planned for urban slums as low immunization coverage is evidenced in these areas.
3. Chaired by District Magistrate, Participants: Additional CMO, District Immunization Officer, All concerned MO In Charge of Urban PHC and PHC, CDPO-ICDS, WHO and Unicef officials	20 th February 2017/ Officer of District magistrate, Patna	Urban wards were allocated to Urban PHCs.
4. Formation of City Task Force in Patna Chaired by District Magistrate, Participants: Members of City task force including CDPOs, Urban MOICs, SMO/SRTL of WHO and Development Partners	April 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Low coverage pockets to be covered and incorporated in RI Microplan - MO of UPHC to be responsible for the catchment area

[Retour à la section Planification](#)

Annexe K – Microrecensement

Le site Internet suivant fournit des idées et des exemples (en anglais) :

<http://www.actogetherug.org/index.php/blog/item/79-kampala-slum-profiling>.

[Retour à la section Planification](#)

Annexe L – Capture/recapture

Méthode de capture/recapture pour l'estimation des dénominateurs : S'il existe au moins deux registres relativement complets basés sur les noms (naissance, vaccination, centre de soins prénatals, liste des personnes déplacées/réfugiées), ils peuvent être comparés et un dénominateur peut en ressortir.

n = nombre d'inscriptions au registre dont vous évaluez l'exhaustivité, par exemple le registre des vaccinations

K = nombre d'inscriptions au registre qui ont la même population cible, cela peut être une inscription à l'état civil ou au centre de soins prénatals si le nom de la mère se trouve sur le registre des vaccinations

k = inscriptions se recoupant

N = Population totale que vous souhaitez déterminer

$N = (K \times n)/k$

Par exemple, il y a 100 personnes sur le registre des vaccinations (n) et 110 personnes dans la base de données de l'état civil (K). Vous observez les données qui se recoupent et déterminez que 90 personnes figurent sur les deux registres. Dans ce cas, votre estimation de la population totale sera de :

$$(100 \times 110)/90 = 122,22.$$

Par conséquent, il manque 22 personnes sur le registre électronique de vaccination, dont 10 ont été inscrites dans le registre de l'état civil, et on estime que 12 autres personnes n'ont pas été enregistrées.

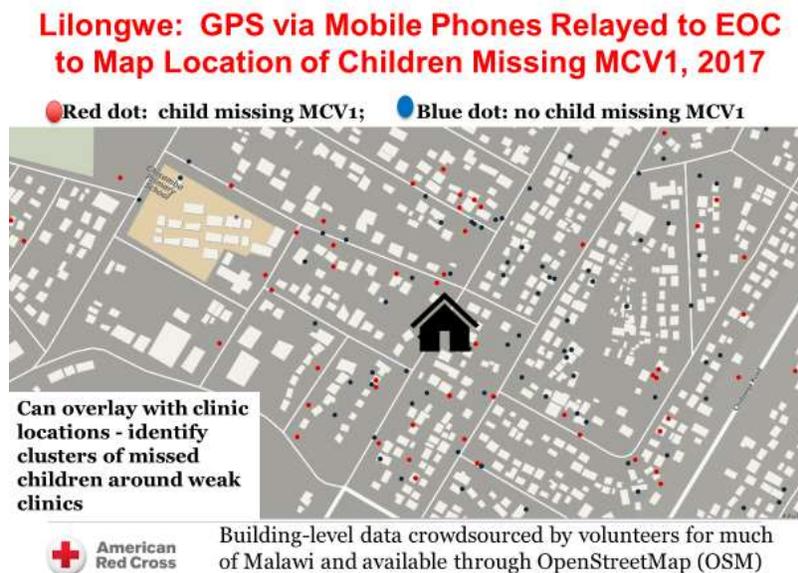
Référence : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Capture-marquage-recapture>.

[Retour à la section Planification](#)

Annexe M – Cartographie des personnes non vaccinées

À Lilongwe au Malawi, les bénévoles de la Croix-Rouge ont réalisé un suivi porte-à-porte après une campagne de vaccination contre la rougeole. À l'aide d'appareils portables, ils ont pu localiser les enfants qui ont reçu ou non le vaccin contre la rougeole. Cette activité venait s'ajouter à la localisation des établissements de santé afin d'identifier les zones et les quartiers avec la plus forte concentration de personnes non vaccinées.

Pour la vaccination de routine, la base de données peut être élargie à d'autres vaccins, inclure les ménages sans enfant et d'autres variables afin de décrire les personnes non vaccinées par groupe défavorisé.



Annex III: Daily Data Compilation Form for Supervisors

Summaries:	Day 1 Date.....	Day 2 Date.....	Day 3 Date.....	Day 4 Date.....	Day 5 Date.....	Day 6 Date.....	Day 7 Date.....	Day 8 Date.....	Day 9 Date.....	Total
Total number of households visited										
Total Number of children 9m-14yrs in households										
No. of children 12 months-23 months of age in the HH										
Total No. of children 12 months-23 months of age in the HH have a vaccination card?										
Total No. of children 12 months -23months of age with vaccination against measles marked on the card										
Total number of mothers aware of Measles and Rubella campaign										
Number of volunteers										

Total										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Code for sources of information:

1 : newspapers, television and radio; 2 : SMS messaging ; 3 : ~~social media~~ social media(s)/friend(s); 4 : imam/pastor; 5 : health personnel
6 : pamphlet/banner/brochure/poster/printed matter; 7 : other source of info (specify)

** Measles vaccine dose schedule – 1st dose given 9m-12m; 2nd dose given 18-24months

Formulaire utilisé au Malawi :

Pour plus de renseignements, veuillez consulter la page suivante (en anglais) :

<https://measlesrubellainitiative.org/resources/reports/meeting-presentations/#2017-partner-meeting>.

et les deux présentations suivantes :

[« Can House to House Social Mobilization Support Identification of Missed Children for Routine Immunization ? »](#)

[« Story From the Field – Malawi GIS »](#)

[Retour à la section Atteinte de toutes les populations concernées](#)

Annexe N – Exemples de messages de plaidoyer pour répondre à la situation des populations urbaines défavorisées

- Dans notre pays, X % de la population vit dans les zones urbaines.
- Bien que la majorité de la population urbaine ait un meilleur accès aux soins de santé, Y % (ou chiffre) (d')enfants qui vivent dans les régions urbaines ne sont pas complètement vaccinés.
- Le nombre de personnes non vaccinées en milieu urbain (ZZZ) est similaire/supérieur à celui des zones rurales (AAA).
- Les enfants non vaccinés qui vivent dans des régions densément peuplées sont exposés à un plus grand risque de contracter des maladies, qui peuvent ensuite se propager à d'autres parties de la ville ou à la campagne. Tout le monde est à risque tant que tout le monde n'est pas protégé.
- Les parents qui vaccinent leurs enfants perdent moins de jours de travail que ceux qui doivent rester à domicile pour s'occuper de leur enfant malade.

[Retour à la section Planification](#)

[Retour à la section Collaboration avec la communauté](#)

Annexe O – Rôle de Mahila Arogya Samiti dans un bidonville de Bhubaneswar

L'Odisha est l'un des états les moins urbanisés d'Inde, 17 % de sa population seulement vivant en milieu urbain. Cependant, le taux de croissance urbaine est estimé à 26,8 %.

L'état compte 2 473 bidonvilles représentant une population de 1 598 952 personnes répartie dans 36 villes de moyenne et grande taille et qui constitue 23 % de la population urbaine. En réponse à la croissance de la population urbaine, l'état a mis sur pied un mécanisme institutionnel mandaté par le gouvernement indien dans le cadre de la mission nationale pour la santé en milieu urbain. La mission vise à améliorer et à renforcer les services de soins de santé primaires dans les zones urbaines des villes dont la population est supérieure à 50 000 habitants. Afin de renforcer le mécanisme des processus communautaires, le programme pour la santé en milieu urbain prévoit la création d'un Mahila Arogya Samiti (MAS), un groupe de femmes visant à garantir la participation de la communauté dans la prise de décisions liées à la planification et à la gestion des services de santé. Un MAS sera constitué de 50 à 100 ménages.

Saliya Sahi, situé au cœur de la ville tentaculaire de Bhubaneswar, la capitale de l'état d'Odisha, est le plus grand bidonville (ou *basti*) de la ville. Il est composé de 36 groupes de bidonvilles étalés sur plus d'un kilomètre carré. Ce bidonville est la plaque tournante des migrants qui viennent de toutes les parties de l'état pour travailler. Les résidents sont des travailleurs journaliers, des conducteurs de rickshaw motorisés ou non motorisés et des vendeurs de rue qui vendent des légumes, des bâtons d'encens, des détergents ou font de la broderie ou de la couture à domicile. Comme dans la plupart des bidonvilles du pays, les résidents de Saliya Sahi n'ont pas accès aux services publics de base tels que l'eau potable, un logement, un système d'évacuation et d'égout.

Il existe plus de 40 centres de santé pour enfants (Anganwadi) dans cette région, ainsi qu'un centre urbain de soins primaires et un centre urbain de santé communautaire. Le village de Nayapalli, qui accueille un centre urbain de soins primaires soutenu par le Comité international de secours, fournit des structures



Figure 8. Réunion entre les membres d'un MAS et la communauté lors de la Journée pour la santé et la nutrition en milieu urbain



Figure 9. Membres d'un MAS à Saliya Sahi (Bhubaneswar)

sanitaires aux résidents de Saliya Sahi. La cible en matière de création de MAS est établie à 617, et 596 ont déjà été créés. Chaque MAS compte entre 11 et 15 membres et est responsable de 10 à 12 ménages.

Ces groupes représentent la clé de la mobilisation communautaire à Saliya Sahi. Les 121 membres des MAS, la plupart provenant des anciens groupes d'entraide, font le lien entre la communauté et le système de santé depuis leur création il y a trois ans. Les MAS sont enregistrés et ont reçu un capital d'amorçage de 5 000 roupies.

Avant la mise en place des MAS, les habitants du *basti* peinaient à faire entendre leurs voix auprès des autorités. Depuis, les résidents, notamment les femmes et les enfants, ont un responsable vers qui se tourner pour exprimer leurs doléances. Les membres des MAS ont commencé à rencontrer les ménages qui leur sont affectés de manière régulière, afin de les mobiliser et les aider à demander des services de santé et d'autres services connexes. Les réunions ont souvent lieu au centre communautaire situé au cœur du *basti*, mais aussi dans les habitations où les membres du MAS s'adressent aux femmes au sujet du soutien du gouvernement pour les services de santé. La vaccination et l'accouchement médicalisé sont les principaux thèmes abordés. Tous les premiers mercredis du mois, les membres des MAS, en coordination avec les travailleurs d'Anganwadi organisent une journée consacrée à la vaccination. Une journée pour la santé et la nutrition en milieu urbain est également organisée tous les premiers mardis de chaque mois.

Sous la supervision de l'unité de gestion du programme de la ville (CPMU), les MAS de Saliya Sahi ont déployé des efforts pour renforcer les niveaux de connaissance et la sensibilisation de la communauté aux questions de santé et à d'autres problèmes. Les groupes ont utilisé la communication traditionnelle des « Katha » traditionnels (histoires racontées à l'aide de fresques murales) de l'État d'Odisha pour sensibiliser la population aux questions de santé, de nutrition, d'assainissement et de propreté. Les activités de communication sont planifiées par les membres du MAS les soirs où les hommes sont également disponibles. La population locale joue des « Pala », « Daskatiya » et des spectacles de rue sont organisés dans chaque quartier à l'initiative des MAS. Les membres des MAS préparent des cartes des ressources médicales de chaque région avec l'aide du responsable chargé de l'information, de l'éducation et de la communication du CPMU afin de choisir les thèmes des fresques murales des Katha.



Figure 10. Plan d'action d'un MAS à Saliya Sahi



Figure 11. Inscriptions sur les murs avec des messages en faveur de la santé (Katha)

Avant la création des MAS à Saliya Sahi, l'hygiène, l'assainissement et l'alcoolisme représentaient les principaux problèmes dans la zone, avec un grand égout à ciel ouvert autour duquel gravitaient mouches, poussière et déchets qui s'entassaient dans la plupart des quartiers. Les maladies telles que la dengue et le paludisme étaient courantes. Cependant, grâce au travail intense et sans relâche des MAS, l'égout à ciel ouvert a été fermé. Le secteur est désormais plus propre, et les déchets sont couverts et brûlés. Les membres du MAS restent vigilants et ont parlé de la vaccination avec la communauté. Ils surveillent de près les ménages qui leur sont affectés afin de s'assurer qu'aucun des enfants ne manque ses vaccins. Grâce à l'utilisation de téléphones mobiles, d'annonces publiques et de visites dans les ménages, les membres du MAS informent les communautés au sujet des Journées pour la santé et la nutrition en milieu urbain et des services disponibles. Les militants sociaux et sanitaires certifiés reçoivent l'aide des membres des MAS dans le cadre de tous les efforts de mobilisation, et aident l'infirmière sage-femme auxiliaire (dans la préparation de l'échéancier et la réalisation d'enquêtes) afin de diffuser les messages sur la vaccination auprès de la communauté.

Les membres du *basti* sont reconnaissants des services que rendent les femmes du MAS. Leur présence a apporté des changements visibles dans la communauté, a sensibilisé aux problèmes de santé s'est accrue et les membres de la communauté sont soutenus pour faire entendre leurs revendications pour des services auxquels ils ont droit.

[Retour à la section Collaboration avec la communauté](#)

Annexe P – Surveillance pour aider à repérer les populations défavorisées

Les populations défavorisées sont exposées à un plus grand risque de malnutrition, de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (PFA-NP) et à d'autres maladies transmissibles. Des variables peuvent être ajoutées pour le statut vaccinal et les potentiels identifiants tels que les groupes religieux, ethniques, etc. Si cela représente une charge trop lourde pour les personnes qui établissent des rapports, alors des enquêtes périodiques peuvent être menées afin de caractériser les enfants répertoriés dans les rapports de cas.

Sample case based surveillance report form with key elements for disadvantaged populations.

Case Based Disease Report Form

Official Use: Number: _____ Received: ____/____/____

EPIID	Country	Region	District	Year onset	Case number	At national level
-------	---------	--------	----------	------------	-------------	-------------------

A IDENTIFICATION Name of closest

District: _____ Region: _____ Health Facility: _____

Name of case: _____ Father/Mother: _____

DOB: ____/____/____ Age: _____ years _____ months Sex: M / F

Address: _____ Village: _____ City: _____

Longitude: ____ Latitude: ____

B NOTIFICATION/INVESTIGATION

Case notified Date Date

by: _____ notified: ____/____/____ investigated: ____/____/____

C DISEASE/ EVENT (diagnosis): _____

If malnutrition, AFP, Fever/rash illness, ____ Please complete section E

D HOSPITALIZATION Hospitalized: Yes Date of admission: ____/____/____

Admission number: _____ Name/Address of hospital: _____

E FAMILY HISTORY

A. Vaccination History

- i. Never vaccinated
- ii. Incompletely vaccinated for age
- iii. Up to date for vaccinations
- iv. Received campaign doses

If never or not up-to-date for vaccination, reason given by care-giver: _____

B. Length of time at current residence: ____ years ____ months

C. Length of time in this city: ____ years ____ months

D. Member of special population: Y/N

If Yes, which

i. IDP	v. Seasonal labor
ii. Refugee	vi. Nomad
iii. Ethnic minority	vii. Other: _____
iv. Religious minority	

NAME: _____ TITLE: _____

HF: _____ Address: _____ Tel: _____

[Retour à la section Atteinte de toutes les populations concernées](#)

Annexe Q – Effet boule de neige

Tout enregistrement qui met en évidence les membres d'une population défavorisée peut être suivi d'enquêtes approfondies auprès des autres membres de cette communauté.

Dans le cadre des mesures de réponses à la flambée d'Ebola à la Sierra Leone en 2014, l'implication de la communauté dans les stratégies de surveillance, de signalement, de recherche de contacts, de sensibilisation et de prévention a joué un rôle capital dans l'interruption de la transmission dans le bidonville densément peuplé de Kroo Bay, situé au cœur de Freetown en Sierra Leone. Celle-ci a nécessité la sélection de chefs de file de la communauté de Kroo Bay, qui ont à leur tour impliqué d'autres organisations ou membres influents de la communauté, lesquels ont également transmis des messages à d'autres résidents du bidonville. Ce réseau des membres de la communauté a permis de sensibiliser davantage la population du bidonville aux risques d'Ebola, et de faciliter le repérage des cas, la recherche de contacts et les interventions. L'absence d'un système traditionnel de surveillance des maladies et le mouvement incessant des populations représentaient un défi unique à la région.

[Retour à la section Atteinte de toutes les populations concernées](#)

Annexe R – Examen par les pairs pour l’amélioration des performances

Voici quelques exemples dans la littérature :

Shimp L., « [Immunization review meetings: "Low Hanging Fruit" for capacity building and data quality improvement?](#) ». Pan African Medical Journal, 22 juin 2017 ; 27(Suppl. 3):21. doi : 10.11604/pamj.supp.2017.27.3.11516. eCollection 2017.

Bazos D.A., « [The gas cylinder, the motorcycle and the village health team member: a proof-of-concept study for the use of the Microsystems Quality Improvement Approach to strengthen the routine immunization system in Uganda](#) ».

Implementation Science, 8 mars 2015 ; 10:30. doi : 10.1186/s13012-015-0215-3.

Nicholas D.D., « [The Quality Assurance Project: introducing quality improvement to primary health care in less developed countries](#) ». Quality Assurance in Health Care, 1991 ; 3(3):147-165.

[Retour à la section Supervision formative](#)

Annexe S – Suivi pratique rapide pour la vaccination de routine

Exemples issus d'Inde et de République Démocratique du Congo

Région :

Date du suivi : -----/-----/-----

District : Établissement de santé le plus proche :

Quartier/Village :

Suivi :

Dans le quartier ou le village sélectionné, visitez 10 ménages. Utilisez une nouvelle fiche pour chaque quartier/village.

1 = oui 0 = non. Informations complémentaires au verso de la fiche

		Numéro du ménage										Résumé et remarques	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	Raisons du suivi de la région ? Couverture élevée (HC). Population désavantagée (DP), éloigné des établissements de santé (F), autre (O)												
B	Nombre d'enfants âgés de 0 à 11 mois dans le ménage, y compris les visiteurs et les nouveau-nés												
Les questions suivantes doivent être posées concernant l'enfant de 0 à 11 mois le plus vieux vivant au sein du ménage													
C	La mère de l'enfant a-t-elle reçu une ou plusieurs vaccination(s) antitétanique(s) pendant sa grossesse ?												
D	Le tuteur interrogé déclare-t-il (elle) que l'enfant est à jour dans ses vaccins ?												
E	Pour l'enfant âgé de 0 à 11 mois : vaccins (inscrivez la date de vaccination si le carnet est disponible, √ cochez les réponses qui ne sont données qu'à l'oral)	BCG											
		VPO 0											
		VPO 1											
		Penta 1											
		PCV13-1											
		VPO 2											
		Penta 2											

		PCV13-2																		
		VPO 3																		
		Penta 3																		
		PCV13-3																		
		MCV																		
		FJ																		
	L'enfant est-il à jour selon l'enquêteur** ?																			
F	Si l'enfant n'est pas à jour, quelles en sont les raisons ? (veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent)	1 – Manque d'argent																		
		2 – Manque de temps																		
		3 – Refus																		
		4 – Absence d'un responsable de vaccination																		
		5 – Vaccin non disponible																		
		6 – Fièvre après une vaccination précédente																		
		7 – Autre																		
H	Pour tout refus, veuillez en indiquer les raisons	1 – Croyance religieuse																		
		2 – Enfant malade																		
		3 – Ce n'est pas moi qui décide																		
		4 – Les vaccins sont dangereux																		
		5 – Sans réponse																		
		6 – Autre																		
L	Zone avec une couverture de vaccination de routine faible ? (au moins 3 enfants ne sont pas à jour dans leurs vaccins)																			

M	Zone avec une faible protection à la naissance (au moins 3 femmes non vaccinées pendant leur grossesse) ?		
---	---	--	--

****À jour pour leur âge :**

si l'enfant est âgé de 0 à 1 mois, il doit avoir reçu le BCG ;

si l'enfant a 2 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1 et le PCV1 ;

si l'enfant a 3 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2 et le PCV2 ;

si l'enfant est âgé de 4 à 9 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2, le PCV2, le DTC3, le VPO3, le PCV3 et le VPI ;

si l'enfant est âgé de 10 à 11 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2, le PCV2, le DTP3, le VPO3, le PCV3, le VPI, le vaccin anti-rougeole et le vaccin contre la fièvre jaune ;

si l'enfant n'a pas reçu l'un quelconque de ces vaccins, il n'est PAS à jour avec sa vaccination.

Situations qui nécessitent un suivi avec les équipes des établissements locaux de santé

1. *Si parmi les 10 ménages, entre 0 et 1 enfant n'est pas à jour, procédez à la vaccination dès que possible.*
2. *Si parmi les 10 ménages, au moins 2 enfants ne sont pas à jour, visitez 5 ménages supplémentaires. Si au total, au moins 3 enfants dans 15 ménages ne sont pas à jour et que :*
 - a. *le village est éloigné, prévoyez une vaccination de rattrapage pour tous les enfants du village et envisagez d'établir un centre de vaccination de proximité dans la région ;*
 - b. *le village est proche, organisez une visite de suivi entre la famille et les agents de santé du village.*
3. *Si parmi les 10 ménages, au moins 3 femmes n'ont pas reçu de vaccin contre le tétanos pendant leur grossesse, des enquêtes supplémentaires doivent être réalisées par des collaborateurs qui connaissent le calendrier des vaccinations afin de déterminer si elles étaient complètement vaccinées ou si des mesures sont à prendre.*
4. *Rétablissez le lien avec la communauté.*

N. B. La principale raison d'être de ce suivi est de s'assurer que tous les enfants sont vaccinés. Une fois le suivi terminé, vous pouvez poser des questions au sujet des autres enfants du ménage pour vous assurer qu'ils sont tous vaccinés.

[Retour à la section Suivi et utilisation des données](#)

Annexe T – Registres électroniques

Des exemples sont disponibles dans l'article suivant.

« Digital immunization registry: evidence for the impact of mHealth on enhancing the immunization system and improving immunization coverage for children under one year old in Vietnam », Nguyen N., mHealth 2017 ; 3:26.

[Retour à la section Planification](#)

[Retour à la section Suivi et utilisation des données](#)

Annexe U – LQAS pour les activités de vaccination de routine

D'après le Plan élargi de vaccination (PEV) de la République Démocratique du Congo (RDC)

I.1 BREVE DESCRIPTION DE LA METHODE LQAS

Objectif de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) : Repérer les districts, les zones de santé ou les villages dont la couverture vaccinale n'atteint pas la cible nationale (80 %).

Le LQAS permet l'acceptation ou le rejet des taux de couverture acceptables.

Nous acceptons ou refusons de considérer la région étudiée comme vaccinée ou non (c.-à-d. plus de 80 % ou moins de 80 % de la population est vaccinée).

Le LQAS peut être réalisé au niveau du district, du sous-district, etc.

Cette méthode présente les désavantages suivants :

- ne réduit pas la distance à parcourir de manière importante (par rapport à une enquête en grappes) ;
- un résultat binaire (bon ou mauvais) uniquement ne donne pas un taux de couverture ;
- problème de fiabilité en cas d'absence de carnet de vaccination ;
- impossibilité d'ajouter des questions ;

Généralement, le LQAS utilise un échantillon de 19 personnes dans la zone de supervision (ZS) ou 6 groupes de 10 ménages. Le Programme élargi de vaccination (PEV) en RDC a choisi d'utiliser la méthodologie en grappes pour le LQAS.

I.2 FREQUENCE ET OBJECTIFS DE CETTE ENQUETE LQAS

Le LQAS est réalisé une fois par an aux différents niveaux du système de soins de santé primaires, conformément au tableau suivant :

Niveau	Mois	Trimestre	Semestre	Année
Zone sanitaire	– Suivi pratique rapide			
District sanitaire	– Réunion de validation des données – Suivi des mesures correctives	Autoévaluation de la qualité des données (DQS)		LQAS
Antenne	– Réunion de validation des données	– DQS – Examen des activités (suivi des plans de correction DQS du district, etc.)		LQAS
Régional	– Réunion de validation des données		– DQS – Examen des activités (suivi des plans de correction DQS du district, etc.)	LQAS
National	– Réunion de validation des données		– DQS – Examen de mi-parcours des activités	LQAS, Examen annuel

2.1 GROUPES CIBLES

Pour le LQAS, nous interrogeons les parents/tuteurs d'enfants âgés de 3 à 11 mois dans les lieux concernés. Cela permet de déterminer la proportion de la population cible de l'année en cours qui est à jour avec sa vaccination, et de mettre en place des mesures correctives immédiates.

LE LQAS POUR LE PEV DE ROUTINE EN RDC S'ADRESSE AUX ENFANTS AGES DE 3 A 11 MOIS ET SUIT LES ETAPES ENONCEES CI-DESSOUS.

Définition du lot : un « lot » correspond à une zone d'intervention définie en fonction des intérêts des organisateurs, des potentielles actions correctives et des ressources disponibles pour l'enquête. Ceux-ci peuvent être des quartiers au sein d'une zone sanitaire, des zones de couverture au sein d'un district, des districts couverts par une antenne, etc.

Le LQAS est plus efficace lorsque les registres administratifs de la « zone d'intervention » affichent une couverture vaccinale élevée ou très faible, mais que le personnel y perçoit une erreur (« le dénominateur est erroné », etc.).

Choix des groupes

Après avoir défini le lot, les groupes sont choisis par la méthode de « probabilité proportionnelle à la taille ». Pour chaque zone de couverture :

- 1. Dressez la liste des communautés ainsi que leur population totale.**
- 2. Calculez la population cumulée.**
- 3. Calculez l'intervalle d'échantillonnage.**
- 4. Choisissez un numéro au hasard.**
- 5. À partir du numéro aléatoire, utilisez l'intervalle d'échantillonnage afin de sélectionner les communautés des groupes.**

Plus précisément :

- 1. Dressez la liste des communautés ainsi que leur population totale.*
- 2. Calculez la population cumulée.*

N° du village	Nom du village	Population totale	Population cumulée	Numéro de l'échantillon
1	AT	246	246	
2	B	1577	246 + 1577 = 1823	
3	C	468	1823 + 468 = 2291	
4	D	340	2291 + 340 = 2631	
5	E	220	2631 + 220 = 2851	
6	F	246	2851 + 246 = 3097	
7	G	190	3097 + 190 = 3287	
8	H	1124	3287 + 1124 = 4411	

3. Calculez l'intervalle d'échantillonnage.

Population totale/par le nombre de groupes (6).

Dans notre exemple, $4411/6 = 735$

4. Choisissez un numéro au hasard.

Dans le tableau de numéro aléatoire, choisissez un numéro au hasard (yeux fermés, pointez avec un crayon, par exemple). Prenez la partie du numéro qui est dans votre gamme. Par exemple, si vous tombez sur le numéro « 48177 » et que votre intervalle est 735, utilisez les trois derniers chiffres = 177.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	77937	36192	73719	60892	88731	53312	32028	51981	52537	13792
2	62235	21784	63671	43307	27466	18725	30422	35364	22684	52940
3	41271	76943	63176	13983	76307	62649	37776	12373	27781	08448
4	74303	91599	18364	46854	55949	16696	70329	57342	75565	00195
5	07316	19966	36871	69972	35949	23919	35358	75206	83106	28462
6	19852	18979	14669	67059	35949	08989	18634	09736	58087	87453
7	44332	63036	51047	22662	60949	48177	87131	42936	06018	88193
8	18139	72389	49388	72664	65670	32657	86661	42756	64465	74816
9	98592	49059	95525	38095	08437	30024	94906	62951	94659	99819
10	40317	53391	41926	35351	85078	18072	83048	66366	05390	35376
11	62617	66075	30313	97008	78976	48652	17317	30662	60683	12054
12	16911	00422	55292	25757	16504	54582	26375	63502	80040	47941
13	68800	73988	76322	65662	32778	52376	57512	01105	12160	04995
14	33682	48961	58841	56325	66879	50433	88774	35632	71408	54487
15	97012	25698	43344	64489	03461	18996	46699	19042	54195	66669
16	67003	86784	64254	00365	22206	18449	34569	21006	96242	43069
17	67427	02409	32424	44517	56795	34543	64366	75534	39516	73236
18	97145	24129	53570	90142	99015	49437	47618	72842	85020	87873
19	34107	47747	76070	23154	82296	09290	04927	86570	62716	08756
20	79935	12969	28375	73660	47982	35603	21854	79458	12409	73075
21	66851	75572	70463	06772	67840	78904	85099	32362	44651	02838

5. À partir du numéro aléatoire, utilisez l'intervalle d'échantillonnage afin de sélectionner les communautés des groupes.

N° du village	Nom du village	Population totale	Population cumulée	Numéro de l'échantillon
1	A	246	246	Numéro aléatoire : 177
2	B	1577	1823	177 + 735 (intervalle) = 912, 912 + 735 = 1647
3	C	468	2291	
4	D	340	2631	2382
5	E	220	2851	
6	F	246	3097	
7	G	190	3287	3117
8	H	1124	4411	3852

Par conséquent, les villages A, B (avec 2 groupes), D, G et H sont sélectionnés.

L'exemple ci-dessus sert à vérifier que la couverture d'une zone de couverture est acceptable. Pour les *niveaux administratifs supérieurs*, les zones/districts de couverture où le LQAS est le plus utile seraient les établissements de santé ou districts avec une couverture vaccinale supérieure à 80 % conformément au diagramme de décisions. Par conséquent :

1. *Dressez une liste numérotée des établissements de santé ou des districts (selon le niveau de vérification). Classez-les par ordre décroissant de taux de couverture vaccinale.*
2. *Décidez, en fonction des ressources et du temps, du nombre d'établissements de santé/districts à inclure.*
3. *Choisissez-en un de chaque au hasard en utilisant le numéro de série d'un billet de banque.*

P. ex., il y a suffisamment de ressources à disposition pour visiter deux ZS.

Numéro	ZS	couverture du DTC3
1	K	105
2	L	95
3	M	82
4	N	79
5	O	50

Numéro de série

PD 51351750 : Les chiffres inclus dans l'échantillon sont ~~5 1 3 5175~~, ZS K et M.

4. *Choisissez un quartier dans la ZS en utilisant les étapes précédentes.*

Sélection des ménages au sein d'un groupe

1. Une fois arrivés dans la localité choisie, demandez une liste des maisons ou une carte qui montre les maisons. Si aucune des deux n'est disponible, vérifiez si Google Earth, ou tout autre outil de cartographie ou d'imagerie satellite peut vous fournir un aperçu du lieu de l'enquête. Si ce n'est pas le cas, une liste des maisons ou des croquis devront être préparés, représentant toutes les maisons ainsi que des points de repère.
2. Définissez la zone d'échantillonnage.
 - a. Si la localité comporte moins de 20 ménages, sélectionner les ménages.
 - b. Si la localité comporte plus de 20 ménages, divisez la en quartiers égaux, de sorte que ces quartiers ne comportent pas plus de 20 maisons et choisissez un quartier au hasard pour l'enquête.
3. Numérotez les maisons du quartier sélectionné. Choisissez une maison au hasard comme point de départ dans la localité.
4. Dans les zones rurales, interrogez toutes les maisons paires jusqu'à 10. Dans les zones urbaines, interrogez toutes les trois maisons jusqu'à 10.
5. À votre sortie de la maison, tournez toujours à droite pour vous rendre à la maison suivante.
 - a. À ce stade, ne prenez pas en compte les limites du quartier établies à l'étape 2.

b. Si vous atteignez les limites du village/de la ville/du quartier avant d'atteindre la dixième maison, choisissez une direction (nord, sud, est, ouest) au hasard et continuez dans cette direction.

Choix des personnes sondées

Un ménage = un groupe de personnes qui mangent ensemble les mêmes repas.

Aux portes de la maison, présentez-vous et expliquez que vous êtes là pour poser des questions au sujet de la vaccination. Demandez si un enfant en bas âge vit dans le ménage, et cet enfant a entre 0 et 11 mois.

[...]

6. BUDGET

Le budget doit inclure les éléments suivants :

- les salaires des formateurs, des superviseurs, des enquêteurs, des chauffeurs, des gestionnaires de données, du personnel d'appui ;
- les incitations ;
- la formation ;
- l'impression des outils ;
- un superviseur par groupe. Sinon, le responsable de la santé régional/du district peut se charger de la supervision ;
- Deux enquêteurs par équipe (possibilité d'avoir une équipe chargée des 6 groupes à un rythme d'un groupe par jour, ou 6 équipes chargées de tous les groupes en un jour, etc.) ;
- transport, formateurs, superviseurs, enquêteurs ;
- gestion des données ;
- temps d'appel pour communiquer avec les équipes.

6.2 RESSOURCES HUMAINES

Le LQAS peut être réalisé par plusieurs personnes sous la supervision du responsable de la santé régional/du district. Cela étant dit :

- *Critères pour la sélection des enquêteurs.* La priorité sera donnée aux agents de santé qui connaissent la zone dans laquelle ils vont mener les enquêtes. Cependant, ils doivent au moins savoir lire et compter ; connaître la langue de formation, la langue du questionnaire et la langue parlée dans la zone ; être disponible pour la durée de la formation et de l'enquête. Idéalement, ils ont déjà de l'expérience en tant qu'enquêteurs ou sondeurs. Ils doivent être en bonne forme physique, car les enquêtes peuvent s'avérer exigeantes sur ce plan. Si les ressources le permettent, un plus grand nombre d'enquêteurs peut être recruté et la liste finale sera établie à partir de ceux qui ont réussi la formation.
- *Recrutement des enquêteurs.* Les collaborateurs chargés du LQAS recruteront les enquêteurs de terrain en fonction des ressources locales : écoles de médecine et d'infirmiers, hôpitaux, enseignants, instituts techniques et de santé. Si des membres du personnel de vaccination sont recrutés, ils doivent être affectés à d'autres zones afin d'éviter tout biais.
- *Rémunération.* La rémunération est établie selon les ressources et les normes locales. Le budget pour les enquêteurs doit inclure : une indemnité journalière, un salaire, les coûts de transport, les éventuels frais d'interprétation, etc.
- Veuillez remplir le tableau ci-dessous. Si possible, ajoutez les noms des enquêteurs.

	Nombre de superviseurs	Nombre d'enquêteurs
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		
Groupe 4		
Groupe 5		
Groupe 6		

7.1 ANALYSE DES DONNEES

Tableau de bord

Nom de la zone : _____

Numéro de la zone : | _ | _ |

Date : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |

Numéro du groupe	1	2	3	4	5	6	Total
Nombre d'enfants dont la vaccination est à jour	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/60
Résultat (accepté, rejeté, mise en garde)							

Accepté : < 6 enfants ne sont pas à jour

Mise en garde : 6 à 14 enfants ne sont pas à jour

Rejeté : 15 enfants ou plus ne sont pas à jour

7.3 INTERPRETATION DES RESULTATS ET MESURES A PRENDRE

MESURES À PRENDRE :

1. Accepté : félicitez l'équipe de vaccination et encouragez-les pour l'avenir.
2. Mise en garde : faites part du résultat à l'équipe et planifiez une nouvelle visite un mois plus tard pour recommencer l'enquête. Si le résultat est encore « mise en garde », nous rejetons la couverture.
3. Rejeté : faites part des résultats à l'équipe et élaborer un plan de redressement (améliorer la couverture et la qualité des rapports) avec eux ; recommencez l'enquête après trois mois.

N. B. Les enfants non vaccinés doivent immédiatement être vaccinés ou orientés vers un centre de vaccination.

7.4 RAPPORT FINAL

Cette section traite de la production du rapport final et de l'utilisation des informations qui découlent de l'enquête. Il doit fournir les informations suivantes :

le format du rapport final, sa taille estimée et les informations à inclure ;

la personne responsable de la rédaction du rapport final ;

la personne qui recevra les résultats et sous quelle forme (par exemple, ce rapport sera-t-il accompagné d'une présentation ?) ;

la date à laquelle chacune de ces tâches commencera et se terminera.

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

6 groupes

10 ménages par groupe

Q1 : Lot : _____

Q2 : Numéro de groupe : |__| (1-6)

Q3 : Nom du village/quartier : _____

Q4 : Enquêteur : _____ Signature : _____

Q5 : Superviseur : _____ Signature : _____

Q6 : Date : |_|_| |_|_| |_|_|

Statut vaccinal

Remarque : Remplissez le questionnaire pour un enfant admissible par ménage. Si le ménage compte plus d'un enfant, choisissez-en un au hasard.

Nombre de ménage dans le groupe		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q7 : Âge en mois	Enfants de 3 à 11 mois										
Q8 : Sexe	M = masculin F = féminin										
Q9 : Vaccins reçus, carnet ou historique	C ou H										
	BCG										
	Nombre de doses de VPO										
	Nombre de doses de pentavalent										
	Nombre de doses de PCV13										
	MCV										
	FJ										
Q10 : Votre enfant est-il/elle à jour dans ses vaccinations** ?	O = oui/N = non										
Q11 : Relation de la personne interrogée avec l'enfant concerné par ce questionnaire	Parent Grand-parent Frère/sœur Non apparenté										
Q12 : La personne interrogée sait-elle où obtenir les vaccins ?	O = oui/N = non										
Q13 : La personne interrogée	O = oui/N = non										

connaît-elle la date du prochain vaccin ?												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Q14 : Observations : _____

****À jour pour leur âge :**

si l'enfant a 3 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2 et le PCV2 ;

si l'enfant est âgé de 4 à 9 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2, le PCV2, le DTC3, le VPO3, le PCV3 et le VPI ;

si l'enfant est âgé de 10 à 11 mois, il doit avoir reçu le BCG, le DTC1, le VPO1, le PCV1, le DTC2, le VPO2, le PCV2, le DTP3, le VPO3, le PCV3, le VPI, le vaccin anti-rougeole et le vaccin contre la fièvre jaune ;

si l'enfant n'a pas reçu l'un quelconque de ces vaccins, il n'est PAS à jour avec sa vaccination.

ANNEXE 2 : LISTE DE FOURNITURES

Formation :

- Projecteur LCD
- Rallonge électrique
- Au moins une ampoule de rechange
- Tableau de conférence
- Marqueurs (différentes couleurs)
- Questionnaires pour la pratique sur le terrain
- Programme et documents pour les participants
- Bloc-notes
- Crayon
- Taille-crayon
- Gomme

Enquête :

- Crayon
- Taille-crayon
- Gomme
- Calculatrice
- Porte-bloc
- Sac ou sac à dos pour transporter les questionnaires et le matériel
- Tableau de chiffres aléatoires x2
- Équipement de pluie si nécessaire
- Carte de la communauté ou carnet pour dessiner des cartes

[Retour à la section Suivi et utilisation des données](#)