

Evaluation de la mise en œuvre de l'approche vaccinale « Atteindre Chaque District » dans le district sanitaire de Tandjoaré au Togo en 2018

Présenté par

Lorimpo DJANDA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Santé

Spécialité Santé Internationale

Sous la Direction du :

Pr. KASSANKOGNO Yao

Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé, Togo

le 02 avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr. Patrick THONNEAU

DR / INSERM

Directeur du Département Santé/Université Senghor

Pr. Anne-Marie MOULIN

DR / CNRS

M. Pierre TRAISSAC

Ingénieur de Recherche CE / IRD

Président

Examineur

Examineur

Remerciements

Tous nos remerciements et notre profonde gratitude vont d'une façon particulière à chacun d'entre vous qui avez contribué à la réalisation de ce mémoire. Nous pensons à vous :

Docteur Patrick THONNEAU, Directeur du département Santé de l'Université Senghor et son assistante madame Alice MOUNIR pour avoir su planifier et gérer avec expertise les cours, les stages et la rédaction des mémoires au sein du département. Trouvez ici nos sincères remerciements ;

Professeur KASSANKOGNO Yao, pour avoir accepté de nous diriger et pour l'avoir fait d'une main de maître. Recevez ici toute notre gratitude ;

Professeur Thierry VERDEL, Recteur de l'Université Senghor, pour la gestion de ce programme de master indispensable pour l'Afrique ;

Docteur François Marie LAHAYE, Ex-directeur du département Santé, merci pour avoir géré le master 1 et la recherche du stage ;

Professeur Anne-Marie MOULIN, merci pour avoir amendé notre protocole de recherche ;

Le corps Enseignant du Département Santé de l'Université Senghor à Alexandrie, merci pour avoir assuré notre formation ;

Docteur TAMEKLOE Tsidi Agbéko, Directeur de la Lutte contre la Maladie et les Programmes de Santé Publique, pour nous avoir accepté dans votre Direction pour le stage ;

Docteur BOKO Amévégbé Kodjo, Chef Division de l'Immunisation et Monsieur Anani LACLE, et tout personnel, merci pour votre encadrement lors de notre stage ;

Docteur SANWOGO Dedamani, Enseignant à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Lomé, merci pour votre appui multiforme dans notre formation de master2 ;

Docteur SABLIKOU Oladé, Directeur Régional et Docteur Daoudou TCHEOU et tout le personnel de Direction Régionale de la Santé des Savanes, merci pour avoir facilité la collecte des données lors de notre enquête ;

A mes amis et collègues de services : LATEVI Kodjo Edem, GNATOU Gatibe Yendu-Suglpak, YARBONDJA Guinansoa, AKPEMADO Elom, NDAO Khady, KONE Fatimata, KOMBASSERE Karim, TOURE Al-Hamady, DIALLO K. Nina, DIAKITE Djiba, SANOH Kadiatou, NGENDA S. Aimée, CAMARA Bella Issatou, KAFETCHINA Litorga, DARETEA Yawo, BASSIBOKOA Gérard, TENA Lydie, KENAO Serge, BOUKARI Moussiliou, TCHINGUE Naguegbéne, BANGOURE Goumbane, LALLE Namilé, TCHALAOU Nazifou, GOMEZ Kokou, MAHAMOUDOU Khaled et TCHABLY Sylvie.

A tous les auditeurs et auditrices de la 16^{ème} Promotion de l'Université Senghor à Alexandrie.

Dédicaces

Nous dédions ce mémoire :

A nos parents : DJANDA Adamou et Yempoatime Adama

Vous nous avez très tôt appris à travailler, à être patiente et à persévérer dans les moments difficiles de la vie ; ce travail est le résultat du dur travail que vous avez enduré pour assurer notre scolarisation.

A notre chère épouse : LAMBONI Dam-Man Raynatou

En lisant ce mémoire, trouves-y la reconnaissance de ton époux ; qu'il soit pour toi un élément de réconfort pour ton amour, ta compréhension et ta collaboration qui ne nous ont jamais fait défaut.

A nos enfants : Samira, Malika et Maya

Pour la joie et le bonheur que m'apporte votre présence à mes côtés. Sachez que seul le travail libère l'homme et l'anoblit. Puissiez-vous un jour mieux faire que votre père.

A notre tuteur : DJAMOULI Nakoldja et sa femme

Vous n'avez jamais hésité de me soutenir et votre confiance en mon travail bien fait n'a jamais fait défaut. Que ce travail soit pour vous une récompense morale en signe de bénéfice de votre soutien.

A nos sœurs et frères : Assana, Maïmouna, Salamatou, Ramatou, Adjara, Kombaté NANGUE, Abou et Issaka, que ce travail soit une source de satisfaction pour vous.

Résumé

Introduction : L'objectif de l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD/ACE) était de garantir une couverture vaccinale durable et équitable pour chaque femme et enfant cible dans chaque communauté. Elle a fait ses preuves dans l'amélioration des couvertures vaccinales dans les pays en développement entre 2000 et 2011 selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Le district sanitaire de Tandjoaré a enregistré une faible couverture vaccinale suite à l'arrêt du financement GAVI. Notre étude avait pour objectif d'évaluer la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE.

Méthodes : Etude transversale basée sur une enquête auprès de 18 chargés du Programme Elargi de Vaccination (PEV) des formations sanitaires (FOSA), du Chargé PEV du district et de 70 leaders communautaires. Toutes les FOSA disposant d'une aire de santé et offrant les services de vaccination dans le district ont été incluses dans notre étude. L'analyse des résultats s'est basée sur les indicateurs de l'approche ACD/ACE de l'OMS.

Résultats : Parmi les FOSA incluses, 17 % disposaient des documents de micro planification des activités de vaccination de l'année en cours. Moins d'un quart des FOSA respectaient la programmation des séances de vaccination de routine. Une seule FOSA disposait des fiches de gestion de stocks de vaccins et consommables correctement remplies et à jour. Par ailleurs, aucune des FOSA n'a bénéficié de financement extérieur pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE. Des FOSA enquêtées, moins de la moitié réalisaient des stratégies avancées et 11 % vaccinaient au moins une fois par semaine. La participation communautaire au processus de micro planification était de 44 % selon les chargés PEV et 26 % selon les leaders communautaires. Aucune visite de supervision de soutien n'a été reçue par les FOSA enquêtées. Parmi ces FOSA, moins d'un quart disposaient des diagrammes d'auto monitoring tracés et à jour. Aucun des chargés PEV n'a pu donner avec exactitude les 5 composantes de l'approche ACD/ACE.

Conclusion : L'appropriation de l'approche ACD/ACE souffre d'une insuffisance dans les FOSA du district de Tandjoaré depuis l'arrêt du financement GAVI et nécessite une appropriation par les acteurs.

Mots-clefs

Evaluation, approche Atteindre Chaque District, Tandjoaré, Togo.

Abstract

Introduction: The objective of "Reach Every District" (RED) approach was to ensure sustainable and equitable vaccination coverage for every woman and child in every community. According to the World Health Organization, RED has proven its impact on improving vaccinal coverage in developed countries between the years 2000 and 2011. The health district of Tandjoaré recorded low vaccination coverage following the end of GAVI fund. The aim of our study was to evaluate the implementation of the RED approach.

Methods: A cross-sectional study based on an investigation of 18 managers of the Expanded Program on Immunization (EPI) of healthcare facilities (HCFs), the district EPI manager and 70 community leaders. All healthcare facilities offering vaccination services in the district were included in our study. The analysis of the results was based on the WHO indicators of the RED approach.

Results: Among HCFs, 17 % had microplanning documents for immunization activities for the current year. Less than a quarter of healthcare facilities were on schedule for routine immunization sessions. Only HCF had properly completed and updated vaccine and consumable stock management sheets. In addition, none of the HCFs have received external funding for the implementation of the RED approach. Among HCFs surveyed, less than half carried out advanced strategies and 11 % vaccinated at least once a week. Community participation in the microplanning process was 44 % according to EPI officers and 26 % according to community leaders. No supportive supervision visits were received by the HCFs surveyed. Among HCFs, less than a quarter had up-to-dated, plotted self-monitoring diagrams. None of the EPI managers were able to provide accurate information on the 5 components of the RED approach.

Conclusion: The appropriation of the RED approach suffers from a lack of ownership in healthcare facilities of Tandjoaré district since the end of GAVI funding, that is why it requires an ownership by the actors.

Key words

Evaluation, approach Reach Every District, Tandjoaré, Togo.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ACD	Atteindre Chaque District
ACE	Atteindre Chaque Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAP	Connaissance Attitudes Pratiques
CMS	Centre Médico-Social
COGES	Comité de Gestion
CVD	Comité Villageois de Développement
DTC	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
DTC-HepB-Hib	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et l'Haemophilus de type B
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre régional
EDST	Enquête Démographique et de Statistiques du Togo
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance of Vaccine and Immunization
HCFs	Healthcare Facilities
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RR2	Deuxième Dose de la Rougeole Rubéole
SA	Stratégie Avancée
SIDA	Syndrome Immunodéficience Acquise
SSP	Soins de Santé Primaires
SSV	Soutien aux Services de Vaccination
USP	Unités de Soins Périphériques
VUE	Vaccination Universelle des Enfants

Tables des matières

Remerciements	i
Dédicaces.....	ii
Résumé.....	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract	iv
Key words	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Tables des matières.....	1
Introduction.....	3
1 Méthodologie	10
1.1 Type et période d'étude.....	10
1.2 Cadre de l'étude	10
1.3 Echantillonnage	11
1.4 Population d'étude.....	12
1.5 Critères d'inclusion.....	12
1.6 Critères d'exclusion	12
1.7 Techniques et outils de collecte des données	12
1.8 Déroulement de l'enquête sur le terrain	13
1.9 Principaux paramètres	13
1.10 Difficultés de l'étude	14
1.11 Traitement et Analyse des données.....	14
1.12 Considérations éthiques.....	16
2 Résultats.....	17
2.1 Description des échantillons	17
2.2 Connaissances sur l'approche ACD/ACE des chargés PEV	19
2.3 Charge du travail des chargés PEV des FOSA.....	19
2.4 Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE : niveau district	19
2.5 Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE : niveau formation sanitaire.....	20
2.6 Principales suggestions faites par les enquêtés.....	25
3 Discussion.....	26

Conclusion	33
4 Références bibliographiques.....	36
5 Liste des illustrations.....	39
6 Liste des tableaux.....	40
7 Annexes	41
7.1 Annexe 1 : Généralités sur l’approche « Atteindre Chaque District ».....	41
7.2 Annexe 2 : Cadre conceptuel	45
7.3 Annexe 3 : Outils de collecte des données	46
7.4 Annexe 4 : Autorisation du ministre	69

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et efficientes pour la réduction de la mortalité et morbidité infanto-juvénile dans le monde(1). Les vaccins restent aujourd'hui un des piliers de la médecine moderne à qui on attribue couramment une bonne part de l'augmentation de l'espérance de vie au cours des cent dernières années(2). Grâce à la vaccination, l'incidence de la poliomyélite a été réduite de 99 % ; de même l'incidence et la mortalité attribuable à la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, le tétanos, et les méningites à méningocoque(1). On estime que la vaccination permet d'éviter 2,5 millions de décès annuels tous âges confondus(3). En 2009, 107 millions de nourrissons, selon les estimations, ont reçu trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux(3). Malgré ce résultat sans précédent, on compte encore environ 1,5 million de décès annuels d'enfants dus à des maladies évitables par la vaccination, ce qui représente près de 20 % des 8 millions de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans(3).

Le Programme élargi de vaccination (PEV) a commencé en 1974 avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS)(4). Il a été adopté à partir de 1979 dans 12 pays d'Afrique(4).

La plupart des pays des aires géographiques de l'OMS Afrique considérés comme des pays parvenus à augmenter leur couverture vaccinale au cours de la décennie de la Vaccination Universelle des Enfants (VUE), notamment les années 1980, avaient connu une régression avec la fin de l'appui de la VUE au cours des années 1990(5). Aussi, cette couverture de la vaccination de routine est-elle retombée dans les pays de la Région Afrique de l'OMS dans son ensemble avant la fin des années 80(5).

Après vingt ans de mise en œuvre du PEV dans les pays d'Afrique, les couvertures vaccinales ont été toujours faibles avec une troisième dose du vaccin trivalent contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (DTC3) à 57 % en 2000. C'est ainsi qu'en 2002, l'OMS avait mis en place l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD/ACE) connue aujourd'hui sous le nom de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE) qui avait pour objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale en DTC3 de 90% dans chaque pays et ceci dans 80 % des districts du pays en fin 2010(5). Cette approche a cinq composantes essentielles : la planification et gestion des ressources, l'atteinte de toutes les populations cibles par les stratégies de vaccination, la collaboration avec la communauté, la supervision de soutien et le suivi et

l'utilisation des données pour l'action (voir les détails sur cette approche en annexes)(6). Les objectifs de cette approche étaient d'améliorer l'organisation des services de vaccination, d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles et de garantir une couverture vaccinale durable et équitable pour chaque femme et enfant remplissant les conditions requises(6). L'approche ACD/ACE est venue renforcer les programmes nationaux de vaccination, mais ne les remplace pas pour autant(6).

Depuis 2003, 53 pays en développement ont commencé à mettre en œuvre l'approche ACD/ACE à des degrés, principalement en Afrique et en Asie du Sud-Est(7). Tous les 53 pays appartiennent aux groupes des pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur, selon la classification de la Banque mondiale(7). En 2005, une évaluation de 5 pays d'Afrique ayant mis en œuvre l'approche ACD/ACE a révélé que dans 4 des 5 pays, la couverture vaccinale en DTC3 avait plus que doublé(8). Le nombre d'enfants non vaccinés dans ces 5 pays a été ramené de 3 millions en 2002 à 1,9 million en 2004(8).

En 2007, l'OMS et ses partenaires ont évalué la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans neuf pays africains. Les résultats auxquels ils étaient parvenus ont montré que la couverture vaccinale était meilleure dans huit de ces neuf pays, que le nombre de séances de vaccination destinées aux groupes mal desservis avait augmenté dans tous les districts visités, et que la supervision était plus fréquente dans sept des neuf pays visités(6). En conséquence, le guide de mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » a été révisé en 2008 conformément au but de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 » puis en 2017(3,5,6). Selon cette stratégie, une répartition équitable des avantages de la vaccination à l'intérieur des pays supposerait la mise en œuvre des approches comme celle permettant d'atteindre chaque district, qui privilégie le district et vise à améliorer l'équité d'accès à la vaccination en ciblant les groupes qu'il est difficile d'atteindre(3). Ce guide révisé a fait la promotion de cette approche en tant que plateforme susceptible d'améliorer la prestation des autres services de soins de santé primaires, dans l'esprit de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique (2008) et l'objectif 4 du document de l'OMS intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégies »(6).

L'approche « Atteindre Chaque District » a contribué à l'augmentation de la couverture par la troisième dose du DTC en Afrique, qui est passée de 57 % en 2000 à 80 % en 2014(6). Moins

de la moitié des pays de la région OMS Africaine (16 précisément) avaient atteint les cibles nationales de 90 % qui, selon le Plan d'action mondial pour les vaccins et « La vaccination dans le monde : vision et stratégie », devraient être atteintes en 2015 ; 13 de ces pays ont maintenu ce niveau pendant trois années consécutives(6).

Le Togo a fait du PEV, une priorité de la politique nationale de santé. Sa mise en œuvre a démarré en 1980 par la région des Savanes en phase pilote puis une extension progressive à toutes les régions avant 1985(4).

Le Togo, à l'instar des autres pays, a bénéficié de ses partenaires un appui technique et financier qui lui a permis de mettre en œuvre cette approche dans un premier temps dans 23 districts en 2002 en phase pilote suivie de l'extension dans tous les districts en 2003. La mise en œuvre de cette approche de 2003 à 2011 a donné des résultats satisfaisants en termes d'augmentation des couvertures vaccinales. La couverture en DTC3 est passée de 75 % en 2003 à 84,1 % en 2011(9). Mais entre 2012 et 2014 cette couverture vaccinale a baissé à 61,4 % d'enfants complètement vaccinés, période qui coïncidait avec l'arrêt du financement de l'approche ACD/ACE (10,11). Cette baisse de la performance du PEV serait en lien avec l'insuffisance de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE. C'est ainsi que des demandes ont été introduites auprès du Global Alliance of Vaccine and Immunization (GAVI) pour la reprise du financement ACD/ACE(5). En 2016, les régions de Kara et des Savanes du Togo ont bénéficié de l'appui financier de GAVI Alliance qui a permis de financer l'approche ACD/ACE. Malgré le financement de l'approche ACD/ACE en 2016, la couverture vaccinale de certains territoires comme le district de Tandjoaré est restée en deçà de 90 % pour le DTC-Hep B Hib3 avec des disparités au sein du district¹. La mise en œuvre des Journées de Santé de l'Enfant en juillet 2016 dans les régions de Kara et des Savanes en phase pilote avait démontré que nombreux sont les enfants qui n'avaient pas accès aux services de vaccination mais que les stratégies avancées² utilisées ont permis de les toucher³.

¹ Données administratives de la vaccination de routine de la région des Savanes de 2016

² Les stratégies avancées sont des séances de vaccination organisées dans les villages de plus de 5 km de la formation sanitaire

³ Données administratives de la mise en œuvre des Journées de Santé de l'enfant de la région des Savanes de 2017

Sur le plan mondial, des études ont montré que l'organisation et l'offre des services de vaccination de routine, étaient un facteur associé de la couverture vaccinale. En effet, une étude des facteurs associés à la couverture et au respect des délais en Nouvelle-Zélande, et publié en 2010, avait conclu que les aspects organisationnels et structurels généraux des pratiques de vaccination de routine, étaient des déterminants clés de la couverture vaccinale(12). Dans une autre étude faite en Indonésie et publiée en 2011, sur les déterminants apparents entre zone rurales et zones urbaines dans la participation à la vaccination anti rougeoleuse, il était ressorti que la résidence en milieu rural, limitait l'accès à un personnel qualifié et par ricochet, la couverture vaccinale(13). Dans le même sens, une autre étude transversale par échantillonnage en grappes stratifiées sur la faible couverture vaccinale des enfants Roms Grecs, en période de crise économique et publiée en 2016, avait conclu que de meilleures conditions de vie et des services de soins primaires à proximité des zones d'installation, ont été associés à des indices de vaccination plus élevés(14).

Tout cela implique que l'enregistrement de la faible couverture vaccinale dans un district sanitaire ou un pays, peut être lié aux insuffisances dans l'organisation et l'offre des services de vaccination notamment les cinq composantes de l'approche ACD/ACE.

Ces résultats précédents corroborent ce que la plupart des études qui ont été menées dans la région Africaine de l'OMS ont relevé.

Plusieurs études ont été menées dans des pays à ressources limitées, pour comprendre les différents facteurs expliquant le caractère incomplet de la couverture vaccinale. La plupart de ces études suggèrent que la non complétude de la couverture vaccinale, n'était pas seulement fortement associée aux caractéristiques socio-économiques de la population, mais principalement à des facteurs liés à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de santé du pays(15–17). Par ailleurs, il est démontré que la micro planification basée sur les problèmes prioritaires, est fondamentale pour identifier les besoins et prioriser les actions spécifiques à mettre en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale(6). C'est ainsi que, dans le plan régional OMS Afrique pour la vaccination 2014-2020, il est demandé d'encourager la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » (ACD/ACE) et d'autres approches adaptées au contexte local, pour maximiser l'accessibilité et l'utilisation des services de vaccination(18). Cela permettra aux individus et aux communautés de s'impliquer plus dans la prestation des

services de vaccination, qui ne seront plus déterminés par l'offre, mais plutôt par la demande(18).

Contrairement à cette étude, d'autres menées au Togo en 2007, au Burkina Faso en 2009 et dans la région OMS AFRO en 2015, avaient révélé que la qualité de l'interface entre la communauté et les services de vaccination qui est une composante clé de l'approche ACD/ACE est un des déterminants directs de la couverture vaccinale(6,19,20). En plus du leadership local et des compétences en matière de management des responsables du district, la disponibilité des prestataires de soins, leur répartition équitable et leur motivation constituent des facteurs de bonnes performances des services de vaccination(6,20,21). Bien que n'étant pas l'unique déterminant, la régularité dans le suivi des données et la supervision de soutien au personnel sont positivement associées à de meilleurs couvertures vaccinales(6,20,21). En 2014, une autre étude menée en Uganda avait souligné que l'inadéquation des sessions de vaccination en stratégie fixe, la quasi absence des sessions de vaccination en stratégies avancées et la faible participation des membres de la communauté, agissent en synergie pour limiter l'utilisation des services de vaccination par les populations vulnérables(22).

En 2016, une étude menée au Cameroun sur l'offre des services de vaccination avait conclu qu'avec l'effectivité d'une micro planification réaliste, la conduite régulière des sessions de vaccination en stratégies fixes et avancées, le suivi et la supervision orientés vers l'action et la participation communautaire en faveur de la vaccination, sont des voies d'amélioration de la couverture vaccinale(23). En 2017, des études récentes, ont montré que l'engagement de la communauté, l'accès communautaire, et l'état de préparation des centres de santé étaient des facteurs associé à l'utilisation des services de vaccination(24,25).

L'analyse de la situation du PEV au Togo, avait relevé une faible participation des communautés et Organisations de la Société Civile (OSC) au processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des activités de vaccination de routine. La même analyse, a montré une insuffisance de supervisions par les niveaux supérieurs des FOSA offrant les services de vaccination, un faible financement par l'Etat et les partenaires techniques et financiers de l'approche ACD/ACE dans les 40 districts sanitaires du Togo et une insuffisance du nombre de prestataires formés en gestion du PEV (11). Toutes ces insuffisances se retrouvent dans les cinq composantes de l'approche ACD/ACE.

L'évaluation de l'ACD/ACE, menée au Togo à l'instar des huit autres pays de la Région OMS Afrique en 2007, avait montré que les budgets publics, en particulier au niveau des districts, couvrent plusieurs frais récurrents et que les fonds de soutien aux services de vaccination (SSV) de l'Alliance GAVI a été une nouvelle et importante source de financement, et de manière générale, de renforcement des programmes nationaux de vaccination(19). Une enquête d'évaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) réalisée en 2009 sur la vaccination au Togo avait révélé que l'éloignement des centres de vaccination des ménages et les ruptures de stock de vaccins dans les formations sanitaires (FOSA) étaient des sources de démotivation pour la continuité de la série vaccinale des enfants(26).

Cependant, une étude menée en 2016 au Togo sur les facteurs de la couverture vaccinale incomplète chez les enfants d'un à cinq ans, n'avait pas abordée l'état de mise en œuvre des composantes de l'approche ACD/ACE(27). Ainsi le nouveau guide de l'approche « Atteindre chaque District » révisé de 2017 prévoit de mettre l'accent sur les cinq domaines suivants : la réduction des inégalités de la couverture vaccinale, l'intégration des services de santé, la fourniture de vaccins au-delà de la petite enfance selon l'approche tenant compte de toutes les étapes de la vie, l'offre de vaccination des populations urbaines, pauvres et marginalisées et une attention particulière aux zones d'insécurité et de conflit(6).

De tout ce qui précède, la question de l'organisation et l'offre des services de vaccination, surtout avec l'introduction de la deuxième dose de Rougeole-Rubéole (RR2) entre le 15ème et le 18ème mois, reste toujours d'actualité au Togo et nécessite une étude pour évaluer l'état de mise en œuvre des cinq composantes de l'approche ACD/ACE.

Après une telle revue de la littérature et de la faible couverture vaccinale relevée dans le district de Tandjoaré à l'instar de deux autres districts du pays (District n°2 de la région sanitaire de Lomé-Commune et le district de d'Anié) et au vu des disparités très importantes dans le même district, il s'est révélé important de mener cette étude sur l'état de mise en œuvre de l'approche ACD/ACE⁴.

Ainsi, avec la faible couverture vaccinale enregistrée dans le district de Tandjoaré, l'approche ACD/ACE a-t-elle été suffisamment mise en œuvre?

⁴ Données administratives de vaccination de routine du Togo de 2017

L'objectif général de notre étude était d'évaluer la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans le district de Tandjoaré. Plus spécifiquement il s'est agi de :

- mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs de mise en œuvre de l'approche ACD/ACE par les FOSA du district de Tandjoaré offrant les services de vaccination de routine ;
- déterminer les facteurs influençant la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE.

1 Méthodologie

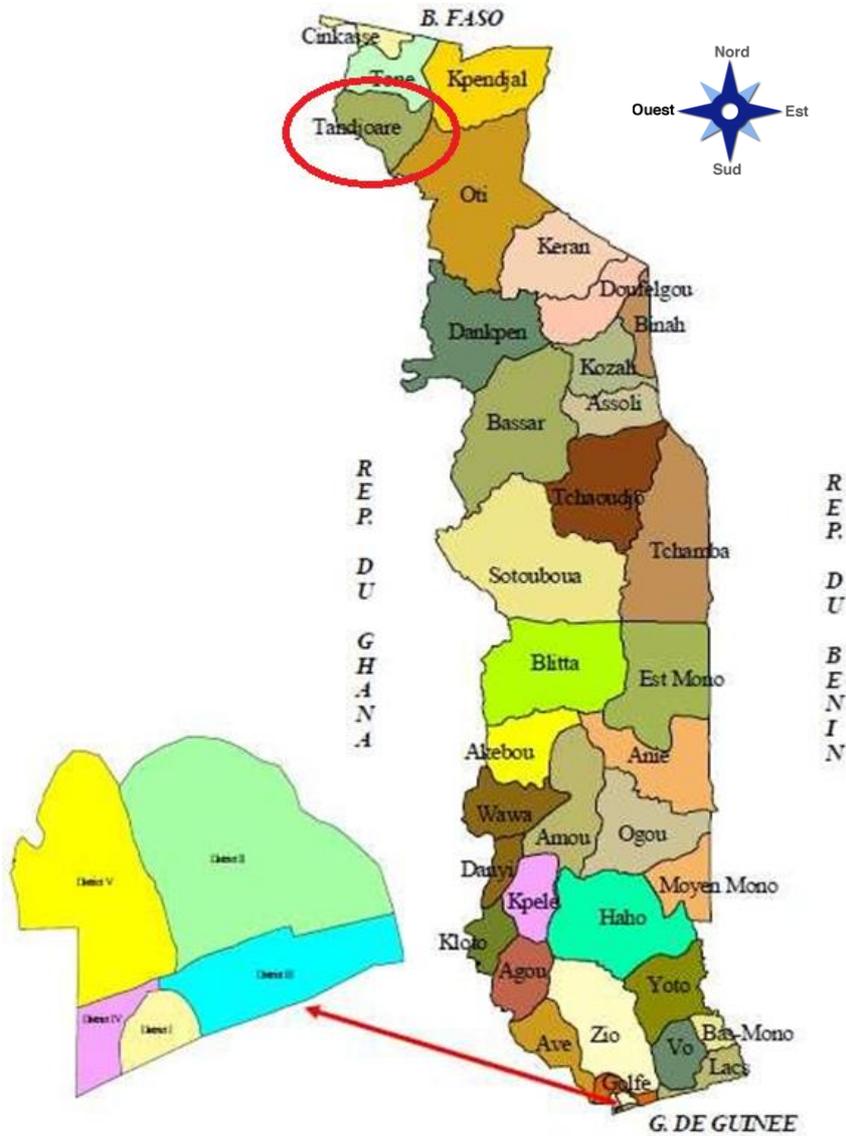
1.1 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale basée sur une enquête auprès des chargés PEV des formations sanitaires, du chargé PEV du district et des leaders communautaires.

La préparation et la mise en œuvre de l'étude se sont déroulées du 02 mai au 31 août 2018.

1.2 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Tandjoaré situé dans l'extrême Nord du pays dans la région des Savanes au Togo (voir la situation du district de Tandjoaré sur la carte du Togo ci-dessous). Il a une superficie de 847 km² et une population de 140 882 hbts en 2018 (densité de 166,33 hbts/km²) avec une cible d'enfants de 0-11 mois, d'environ 5 800(28). L'accessibilité des formations sanitaires est entravée par un relief montagneux(28). La distance entre les formations sanitaires et l'hôpital de district varie entre 5 et 70 kilomètres(28). Le district compte au total vingt (20) structures sanitaires dont deux privées confessionnelles et dix-huit (18) publiques. Toutes les 18 FOSA publiques du district offrent des services de vaccination(28). Les deux FOSA confessionnelles n'offrent pas de services de vaccination et ne disposent pas d'aire de santé avec une population de responsabilité.



Source : carte sanitaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU) du Togo

Figure 1 Carte sanitaire du Togo

1.3 Echantillonnage

La sélection était exhaustive, incluant ainsi tous les 18 chargés PEV des FOSA du district de Tandjoaré offrant des services de vaccination en routine.

Le chargé PEV du district a été la personne choisie pour répondre au questionnaire niveau district en raison de sa responsabilité dans les activités de vaccination.

Dans chaque aire de santé, un échantillonnage aléatoire simple de quatre (04) leaders communautaires (un chef traditionnel, un membre du Comité de Gestion (COGES), un

membre de Comité Villageois de Développement (CVD) et un Agent de Santé Communautaire (ASC)) a été fait pour sélectionner ceux qui devraient participer à l'enquête. Ces catégories ont été privilégiées dans notre étude du fait de leur statut social et du rôle qu'ils sont sensés jouer dans leur communauté en matière de santé.

1.4 Population d'étude

La population d'étude était composée de :

- 18 chargés PEV des FOSA;
- 1 chargé PEV du district ;
- 72 leaders communautaires du district sanitaire de Tandjoaré.

1.5 Critères d'inclusion

Tous les chargés PEV des 18 FOSA du district offrant les services de vaccination ont été inclus dans notre étude.

Seuls les leaders communautaires appartenant à l'aire de santé et répondant aux profils recherchés⁵, choisis au hasard et ayant donné leur consentement éclairé ont été inclus dans notre étude.

1.6 Critères d'exclusion

Les leaders communautaires ayant demandé une contrepartie n'ont pas été incluses dans notre étude.

1.7 Techniques et outils de collecte des données

Les techniques et outils de collecte des données ont été essentiellement :

- Une enquête par questionnaire (voir en annexes) avec les chargés PEV des FOSA ;
- Une enquête par questionnaire avec le chargé PEV du district ;

⁵ Chef traditionnel, membre de COGES, membre de CVD et ASC

- Une enquête par questionnaire avec les leaders communautaires de chaque aire sanitaire.

1.8 Déroulement de l'enquête sur le terrain

Après la revue de la littérature, la validation du protocole de recherche, les questionnaires à l'endroit des chargés PEV des FOSA, du Chargé PEV du District et des leaders communautaires ont été élaborés et testés dans les FOSA de Sam Naba et de Timbou et au chef-lieu du District de Cinkassé avant le passage à la collecte des données. Pour la mise en œuvre de l'enquête, cinq (05) enquêteurs ont été recrutés puis formés en une journée sur l'administration du questionnaire. Parmi eux, on avait trois (3) Assistants d'Hygiène d'Etat, un Technicien Supérieur de Génie Sanitaire et un Infirmier d'Etat. La collecte des données a duré trois (03) jours. Pour le bon déroulement de l'enquête, une supervision des enquêteurs sur le terrain a été conduite. Nous avons assuré la coordination et de la supervision de cette enquête.

La collecte des données s'est déroulée du 14 au 16 août 2018. Sur le terrain, des véhicules ont été mis à la disposition des enquêteurs pour se rendre dans les FOSA. Les leaders communautaires ont été enquêtés individuellement dans leur formation sanitaire. Après leur enquête, les chargés PEV ont ensuite été enquêtés. L'enquête s'est déroulée en français et en langue locale (Moba) pour les leaders communautaires qui ne parlaient pas français. Au total dix (18) chargés PEV des FOSA, un Chargé PEV du district et soixante-dix (70) leaders communautaires ont été enquêtés. Deux (02) leaders communautaires avaient demandé une contrepartie pour répondre au questionnaire après leur tirage.

1.9 Principaux paramètres

Les principaux paramètres étudiés sont :

- Les informations sur la mise en œuvre des cinq composantes de l'approche ACD/ACE, notamment le niveau d'atteinte des principaux indicateurs ;
- Les connaissances de base des chargés PEV sur l'approche ACD/ACE ;
- La charge du travail des chargés PEV.

Afin de minimiser les biais d'information, nous avons introduit dans notre questionnaire des questions-contrôle avant d'accorder les points à la FOSA.

1.10 Difficultés de l'étude

Les principales difficultés de cette étude étaient essentiellement l'accessibilité des FOSA à l'aide du véhicule due au mauvais état des routes, l'accessibilité financière et l'accessibilité à la littérature sur l'approche ACD/ACE au Togo et en Afrique.

1.11 Traitement et Analyse des données

Nous avons vérifié la complétude des données collectées avant la saisie et l'analyse descriptive à l'aide du logiciel Epi Info et Excel 2016. Pour les données concernant les raisons de la non réalisation des activités, la charge du travail du chargé PEV et les suggestions des enquêtés nous avons effectué une analyse de contenu.

Notre plan d'analyse s'est inspiré des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des 5 composantes de l'approche ACD/ACE recommandés par l'OMS(tableau I)(6). Les résultats ont été exprimés en termes de proportion de « oui » ou « non » pour chaque indicateur. La réponse « oui » a été accordé après vérification de la preuve de réalisation ou de l'existence. En ce qui concerne les variables « séances de vaccination en stratégie fixe et avancée », le niveau souhaité était d'au moins quatre (04) séances par mois. Pour « la participation du chargé PEV aux réunions de monitoring mensuel du district », l'idéale était qu'il participe toujours aux réunions de monitoring.

Nous avons procédé à une confrontation des réponses données par les chargés PEV avec les réponses des leaders communautaires dans la composante « engagement avec les communautés ».

Pour mieux apprécier la performance du district en termes de mise en œuvre des différentes composantes de l'approche ACD/ACE, nous avons établi des critères d'appréciation comme suit:

- niveau d'atteinte de l'indicateur inférieur à 50 %= insuffisamment mise en œuvre ;
- niveau d'atteinte de l'indicateur entre 50 % et 80 %= moyennement mise en œuvre ;
- niveau d'atteinte de l'indicateur supérieur à 80 %= suffisamment mise en œuvre.

Tableau I Liste des indicateurs de base pour les composantes de l'approche ACD/ACE pour les FOSA et districts

Composantes	N°	Indicateurs
Planification et gestion des ressources	1	% des FOSA disposant une carte sanitaire affichée
	2	% des FOSA disposant des données démographiques affichées
	3	% des FOSA disposant des micros plans actualisés tous les trimestres
	4	% des FOSA disposant des données vaccinales des années précédentes
	5	% des FOSA disposant la liste des problèmes prioritaires
	6	% des FOSA ayant connu des ruptures de vaccins au cours de l'année
	7	% des FOSA disposant une programmation des séances de vaccination respectée
	8	% des FOSA disposant des fiches de gestion de stocks correctement remplies et à jour
	9	% des FOSA ayant reçu un financement d'un PTF pour l'ACD/ACE
	10	% des FOSA dont la mise en œuvre de l'ACD/ACE est financée totalement par le COGES
	11	% des FOSA disposant un réfrigérateur homologué et fonctionnel
	12	% des FOSA disposant une fiche de température correctement remplie et à jour
	13	% des FOSA disposant un cahier de maintenance de la chaîne du froid
	14	% des FOSA dont la maintenance préventive de la chaîne du froid est mensuelle
Atteindre les populations cibles par les stratégies de vaccination	1	% des FOSA ayant une fréquence des séances de vaccination fixe supérieure ou égale à 4 par mois
	2	% des FOSA réalisant des stratégies avancées (SA)
	3	% des FOSA ayant une fréquence des séances de vaccination en SA supérieure ou égale à 4 par mois
Engagement avec les communautés	1	% des FOSA dont la communauté participe au processus de micro planification
	2	% des FOSA dont la communauté participe à la programmation des séances de vaccination
	3	% des FOSA dont la communauté participe réunions avec le personnel de santé sur la vaccination

Composantes	N°	Indicateurs
Supervision de soutien	1	% des FOSA ayant reçu des visites de supervision au cours du trimestre précédent l'enquête
	2	% des FOSA disposant un plan de résolution de problèmes mise en œuvre
Suivi et utilisation des données pour action	1	% des FOSA ayant enregistré une rupture des supports de collecte des données
	2	% des FOSA disposant des rapports de vaccination du trimestre précédent l'enquête
	3	% des FOSA disposant des diagrammes d'auto monitoring à jour
	4	% des FOSA dont le chargé PEV participe aux réunions de monitoring mensuel
	5	% des FOSA dont la couverture vaccinale au DTC-HepB-Hib3 l'année précédente a atteint au moins 90 %
	6	% des FOSA dont le taux d'abandon du DTC-HepB-Hib 1- DTC-HepB-Hib3 de l'année précédente était inférieur à 10 %

Source : Guide révisé de l'approche « **Atteindre Chaque District** », OMS 2017

1.12 Considérations éthiques

Du fait que notre étude s'inscrivait dans le cadre de l'évaluation des activités de vaccination de routine de la Division de l'Immunisation, notre protocole n'a pas été soumis au comité éthique du pays.

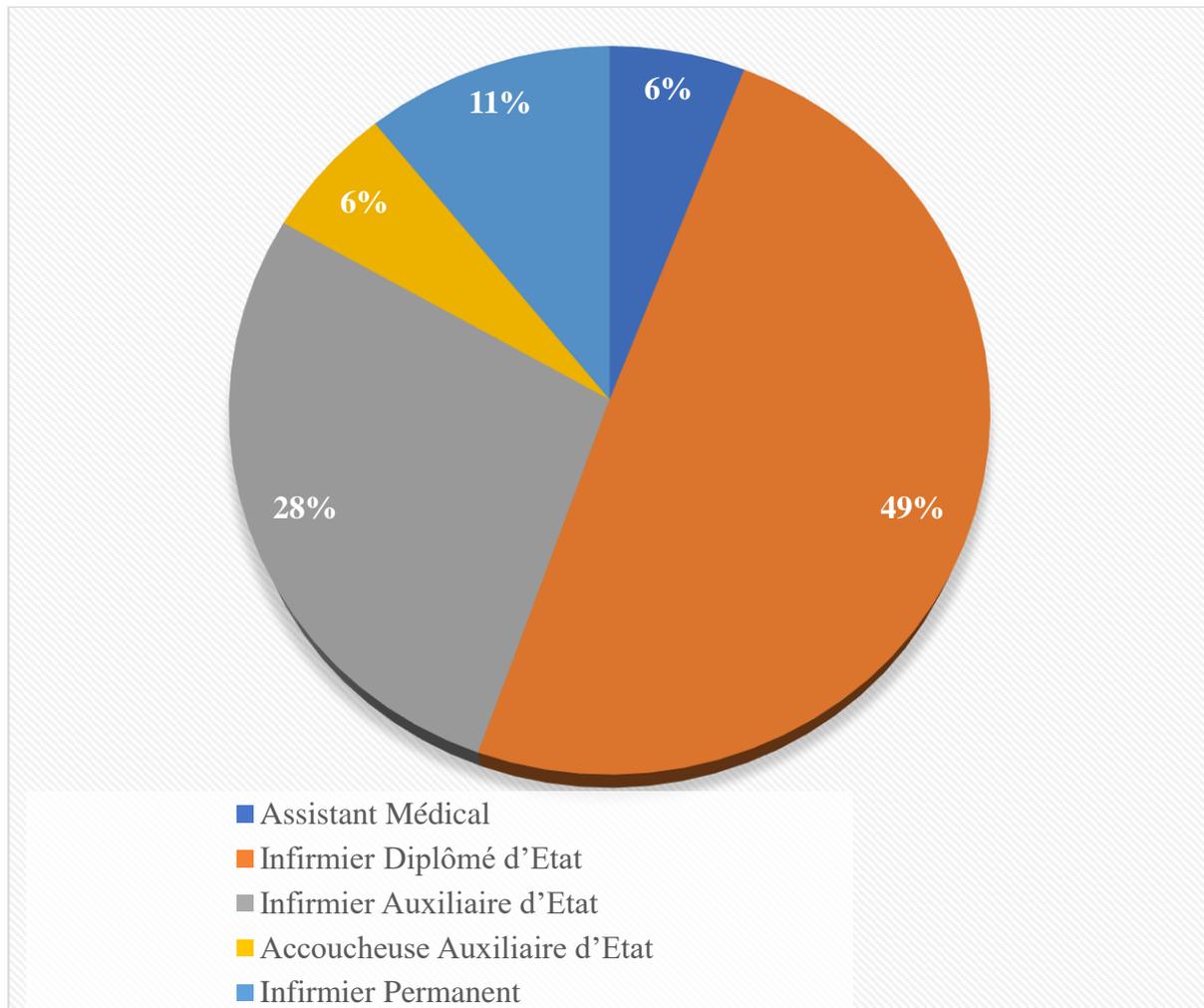
Nous avons obtenu le consentement éclairé des personnes enquêtées avant l'administration du questionnaire.

Pour des raisons de confidentialité, l'identité des personnes enquêtées n'a pas été mentionnée dans notre mémoire.

En dehors des considérations éthiques, l'étude a été faite après l'obtention de l'autorisation du Ministre de la santé et de la Protection Sociale du Togo.

2 Résultats

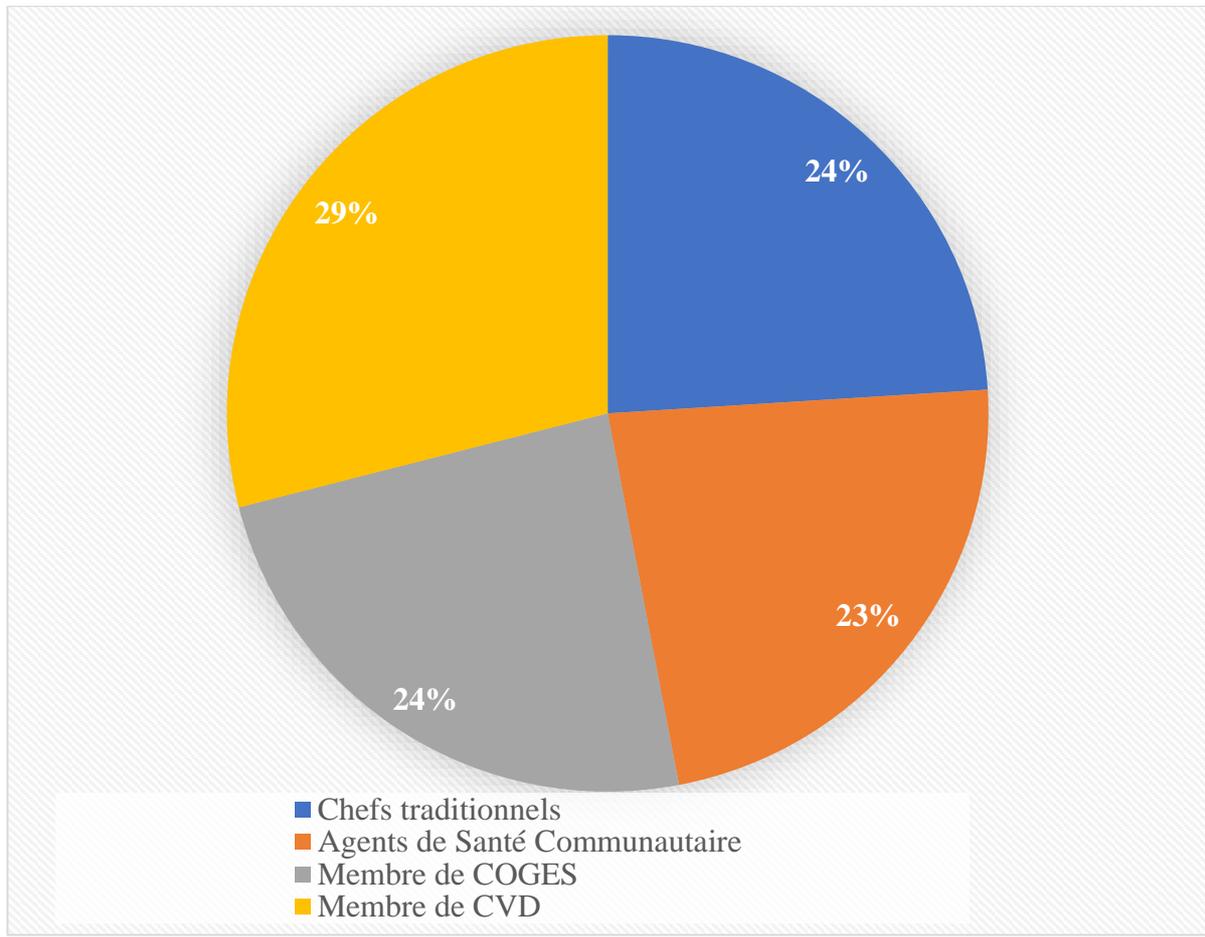
2.1 Description des échantillons



Source : Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018

Figure 2 Répartition des chargés PEV enquêtés dans le district de Tandjoaré par qualification (n=18)

La majorité des chargés PEV enquêtés (49 %) étaient des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).

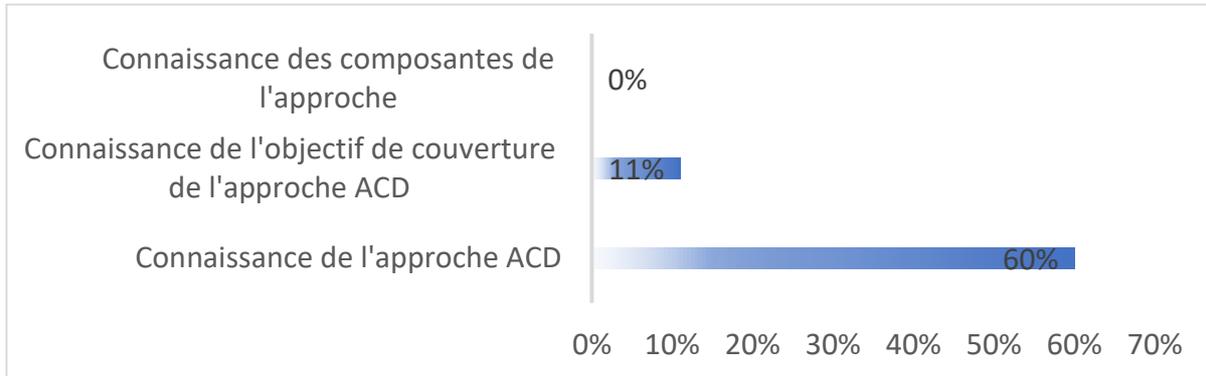


Source : Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018

Figure 3 Répartition des leaders communautaires enquêtés dans le district de Tandjoaré par type de responsabilité dans la communauté (n=70)

Les membres de CVD constituaient 29 % des leaders communautaires enquêtés.

2.2 Connaissances sur l'approche ACD/ACE des chargés PEV



Source : *Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandoaré 2018*

Figure 4 Connaissances des chargés PEV des FOSA sur l'approche ACD/ACE

Aucun chargé PEV n'avait connaissance des composantes de l'approche ACD/ACE.

2.3 Charge du travail des chargés PEV des FOSA

Dans notre étude nous avons trouvé que toutes les FOSA avaient un chargé PEV qui était soit le responsable ou un autre personnel désigné. Cependant tous les chargés PEV des FOSA avaient d'autres responsabilités en dehors des activités de vaccination.

2.4 Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE : niveau district

Afin d'apprécier l'organisation des services de vaccination au niveau du district, nous avons administré un questionnaire au chargé PEV du district.

Il était ressorti de cet entretien que le chargé PEV du district avait d'une manière générale des connaissances sur l'approche ACD/ACE même s'il n'avait pas pu donner avec exactitude les cinq composantes. Le chargé PEV, en plus des activités de vaccination s'occupe d'autres activités notamment les consultations et les soins aux malades. Le district Sanitaire disposait d'un document de plan d'action opérationnel de l'année en cours lors de l'enquête prenant en compte les cinq composantes de l'approche ACD/ACE qui était actualisé tous les trimestres. Le chargé PEV du district n'avait pas reçu une formation sur l'approche ACD/ACE ni sur la gestion du PEV depuis sa prise de fonction. Le district n'avait pas connu de rupture des stocks de vaccins et consommables au moment de l'enquête et disposait des fiches de gestion de

stocks à jour. Aussi le district de Tandjoaré n'avait pas reçu de financement extérieur pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE. Toutes les activités de vaccination de routine étaient financées entièrement par le COGES. Le district disposait des réfrigérateurs homologués et fonctionnels pour la conservation des vaccins du dépôt munis des fiches de monitoring de température remplies correctement et à jour. Par contre le district ne menait pas les tâches de maintenance des équipements de la chaîne du froid. Le district avait une programmation des stratégies mobiles pour appuyer certaines FOSA mais qui n'était pas mise en œuvre par faute de ressources financières selon le chargé PEV. En ce qui concerne la participation communautaire aux activités de vaccination, aucune preuve n'a été trouvée par rapport à cette participation au niveau district. Le district organisait des réunions avec la communauté que seulement lors des campagnes de vaccination. Cependant le district disposait des relais communautaires qui ont été formés en vaccination à travers les pratiques familiales essentielles. Aucune activité de supervision n'avait pas été menée par l'ECD et il n'a pas reçu de visite de supervision PEV aussi de la part de la région et du niveau central. Par ailleurs le district de Tandjoaré avait connu la rupture des diagrammes d'auto monitoring, des supports de rapports et par conséquent n'avait pas tracé ses courbes de monitoring des données de vaccination avant l'arrivée des enquêteurs.

2.5 Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE : niveau formation sanitaire

Les informations sur l'état de mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans les FOSA sont présentées par composante dans les tableaux ci-dessous. Ces résultats décrivent le niveau d'atteinte des différents indicateurs évalués.

Tableau II Niveau des indicateurs de mise en œuvre de la composante "planification et gestion des ressources" dans le district de Tandjoaré, 2018

Indicateurs mesurés	Modalités de réponses	Fréquences (n=18)	
Disponibilité de la carte Sanitaire	Oui	08	44 %
	Non	10	56 %
Disponibilité des données démographiques par village	Oui	07	39 %
	Non	11	61 %
Disponibilité des micros plans actualisés tous les trimestres	Oui	03	17 %
	Non	15	83 %
Disponibilité des données vaccinales de l'année précédente	Oui	6	33 %
	Non	12	67 %
Disponibilité de la liste des problèmes prioritaires	Oui	4	22 %
	Non	14	78 %
Ruptures de vaccins au cours l'année	Oui	3	17 %
	Non	15	83 %
Disponibilité d'une programmation des séances de vaccination respectée	Oui	4	22 %
	Non	14	78 %
Disponibilité des fiches de gestion de stocks correctement remplies et à jour	Oui	01	6 %
	Non	17	94 %
Disponibilité d'un réfrigérateur homologué et fonctionnel	Oui	13	72 %
	Non	5	28 %
Disponibilité de la fiche de température correctement remplie et à jour	Oui	06	33 %
	Non	12	67 %
Disponibilité d'un cahier de maintenance de la chaîne du froid	Oui	04	22 %
	Non	14	78 %
Maintenance préventive mensuelle de la chaîne du froid	Oui	04	22 %
	Non	14	78 %

Source : Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018

Onze (11) des quatorze (14) indicateurs de la composante « planification et gestion des ressources » avaient un niveau d'atteinte inférieur à 50 %.

Aucune des FOSA n'a reçu de financement des PTF pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE, qui a été entièrement financée à partir des fonds COGES.

Tableau III Niveau des indicateurs de mise en œuvre de la composante "Atteindre les populations cibles" dans le district de Tandjoaré, 2018

Indicateurs mesurés	Modalités de réponses	Fréquences (n=18)	
Fréquence des séances de vaccination fixe	4 séances et plus par mois	2	11 %
	Moins de 4 séances par mois	16	89 %
Réalisation des Stratégies Avancées	Oui	8	44 %
	Non	10	56 %
Fréquence des séances de vaccination en Avancée	4 séances et plus par mois	4	22 %
	Moins de 4 séances par mois	14	78 %

Source : *Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018*

Les trois indicateurs de la composante « atteindre les populations cibles » avaient un niveau de moins de 50 %.

Dans les FOSA où les données étaient disponibles le pourcentage d'enfants vaccinés en stratégie avancée variait de 15 à 58% au cours du trimestre précédent l'enquête (avril-juin 2018) et de 9 à 35% pour l'année 2017.

Tableau IV Niveau des indicateurs de la mise en œuvre de la composante " engagement avec les communautés " selon les réponses des chargés PEV (n=18) comparées aux réponses des leaders communautaires (n=70) dans le district de Tandjoaré, 2018

Indicateurs mesurés	Modalités de réponses	Fréquences (FOSA, n=18)		Fréquences (Communauté, n=70)	
Participation communautaire au processus de micro planification	Oui	8	44 %	18	26 %
	Non	10	56 %	52	74 %
Participation communautaire à la programmation des séances de vaccination	Oui	13	72 %	50	71 %
	Non	5	28 %	20	29 %
Tenue de réunions avec la communauté	Oui	3	17 %	41	59 %
	Non	15	83 %	29	41 %

Source : *Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018*

La participation communautaire au processus de planification était très faible avec un niveau d'indicateur inférieur à 50 % (44 % selon les réponses des chargés et 26 % selon les réponses des leaders communautaires).

Tableau V Niveau des indicateurs de la mise en œuvre des composantes "Supervision de soutien" et "suivi et utilisation des données pour l'action" dans le district de Tandjoaré, 2018

Indicateurs mesurés	Modalités de réponses	Fréquences (n=18)	
Visite de supervision du trimestre précédent l'enquête	Oui	00	0 %
	Non	18	100 %
Existence d'un plan de résolution de problèmes	Oui	00	0 %
	Non	18	100 %
Rupture des supports de collecte des données	Oui	10	56 %
	Non	8	44 %
Disponibilité des rapports de vaccination du dernier trimestre	Oui	17	94 %
	Non	01	6 %
Disponibilité des diagrammes d'auto monitoring à jour	Oui	2	11 %
	Non	16	89 %
Participation du chargé PEV aux réunions de monitoring	Toujours	12	66 %
	Souvent	3	17 %
	Rarement	1	6 %
	Jamais	2	11 %
FOSA avec couverture vaccinale de l'année précédente en DTC-HepB-Hib3 \geq 90 %	Oui	4	22 %
	Non	14	78 %
FOSA avec taux d'abandon du DTC-HepB-Hib1- DTC-HepB-Hib3 de l'année précédente $<$ 10 %	Oui	14	78 %
	Non	4	22 %

Source : Evaluation de l'approche vaccinale ACD/ACE, Tandjoaré 2018

Aucune FOSA n'avait reçu de visite de supervision dans le district et seulement 2 (11 %) disposaient des diagrammes d'auto monitoring à jour.

Les chargés PEV ont évoqué les raisons de l'insuffisance de l'application des différentes composantes de l'approche ACD/ACE. Ces raisons sont essentiellement :

- méconnaissance de l'importance de la réalisation des Stratégies Avancées, l'implication des communautés dans la programmation des séances de vaccination et aux réunions ;
- manque de temps pour la réalisation des Stratégies Avancées et l'organisation des réunions avec la communauté ;
- insuffisance de financement (Etat et Partenaires techniques et financiers) ;
- ruptures de stocks de vaccins, des supports de collecte de données et des graphiques.

Cependant les leaders communautaires ont aussi évoqué certaines raisons qui sont à la base de leur faible implication dans les activités de vaccination à savoir :

- déficit de communication entre les membres de la communauté et le personnel des FOSA ;
- refus des responsables des FOSA d'impliquer les membres de la communauté dans la planification et la mise en œuvre des activités de la vaccination.

2.6 Principales suggestions faites par les enquêtés

Dans l'administration du questionnaire au niveau des FOSA, il était prévu que les enquêteurs puissent collecter les suggestions des enquêtés. Ces suggestions qui ont été collectées se résument comme suit :

- financement de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE : 10 (56 %) des enquêtés ;
- renforcement des compétences des chargés de vaccination, les responsables des FOSA et les membres des ECD sur l'approche ACD/ACE : 9 (50 %) des enquêtés ;
- renforcement de la supervision intégrée du District vers les FOSA : 4 (22 %) des enquêtés ;
- renforcement de la logistique roulante (motos) et des équipements de la chaîne du froid (réfrigérateurs homologués) de certaines FOSA : 4 (22 %) des enquêtés ;
- renforcement de la disponibilité des intrants (vaccins et consommables) et des outils de collecte de données dans toutes les FOSA : 4(22 %) des enquêtés.

3 Discussion

Les résultats de notre étude ont montré une insuffisance dans la mise en application des cinq composantes de l'approche ACD/ACE dans le district sanitaire de Tandjoaré. Sur les 28 indicateurs, 20 avaient un niveau de mise en œuvre inférieur à 50 %, 4 entre 50 % et 80 % et le reste à plus de 80 %. Cette situation constitue une des raisons de la faible couverture vaccinale enregistrée dans le district de Tandjoaré.

Planification et la gestion des ressources

La planification et gestion des ressources, première fonction séquentielle du processus gestionnaire d'un programme de santé publique et première composante de l'approche ACD/ACE est très indispensable pour la réussite de toute intervention. Dans notre étude les résultats montrent que la proportion des FOSA disposant d'un micro plan actualisé tous les trimestres est de 3(17 %). Ce résultat est légèrement au-dessus de celui obtenu dans l'évaluation de l'offre des services de vaccination menée dans le District de Djoungolo au Cameroun par Armelle V. *et al* (2016), bien que les contextes et le nombre de Formations Sanitaires soient largement différents. Dans cette étude, il a été trouvé que seulement 4 % des FOSA disposaient des micros plans actualisés tous les trimestres(23). Cette proportion trouvée dans notre étude est en dessous de 50 %, cela note une faible performance par rapport à cet indicateur qui est essentiel pour la mise œuvre de l'approche ACD/ACE. Car une planification judicieuse et une gestion rationnelle des ressources seraient une clé à l'amélioration des indicateurs de santé.

Nos résultats ressortent que les proportions des FOSA ayant connu des ruptures de vaccins au cours de l'année 2018 et de la disponibilité des fiches de gestion des stocks à jour sont respectivement 3(17 %) et 1 (6 %). Le résultat obtenu par rapport à la rupture des stocks est inférieur à celui du Cameroun d'Armelle V. *et al* qui était de 56 % des FOSA (23). Par contre, les résultats du rapport d'évaluation de l'approche ACD/ACE au Togo (2007) avait montré que 90 % des FOSA avaient connu des ruptures de stocks du fait de la mauvaise estimation des besoins(19). Pour les ruptures des stocks de vaccins, nous pouvons dire que le résultat est encourageant car 83 % des FOSA n'ont pas connu de rupture. Cependant, il y a une faible performance en ce qui concerne la disponibilité des fiches de stocks à jour. Cette situation pourrait être à l'origine des ruptures de stocks et mettrait en doute les résultats obtenus par

rapport à la disponibilité des stocks de vaccins. L'utilisation des fiches de gestion des stocks est primordiale dans la gestion des vaccins et, par ricochet, la performance du PEV. Dans une étude transversale qui a été menée en Inde par Patel T. et Pandit N. (2011), la rupture des vaccins (15 %) était l'une des causes d'abandon en vaccination de routine(29). Par conséquent la gestion des stocks de vaccins demeure une préoccupation même si le résultat obtenu dans les FOSA et au dépôt du district est plus ou moins satisfaisant car un déplacement vain d'une mère d'enfant cible à cause de la rupture de vaccins peut entraîner un abandon vaccinal.

Quatre (22 %) FOSA du district de Tandjoaré avaient respecté les séances de vaccination programmées. Aucune FOSA n'avait reçu de financement de la part des PTF pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE. Les activités de vaccination de routine ont été entièrement financées par le Comité de Gestion (COGES). Ce résultat est largement en dessous de celui de l'évaluation de l'approche ACD/ACE au Togo (2007) qui était de 75 %, dans un contexte de financement extérieur(19). Ces résultats dénotent une faible performance dans la réalisation des séances de vaccination programmées, ce qui contribuerait à l'enregistrement de la faible couverture vaccinale. Cependant cette faible performance pourrait être due au manque de financement extérieur de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE. Cette différence remarquable est probablement due à une baisse de performance dans la réalisation des séances de vaccination de routine et l'absence d'appropriation de l'approche ACD/ACE par les FOSA à l'arrêt du financement extérieur.

Dans notre étude, 13(72 %) des FOSA sont dotées d'un réfrigérateur homologué fonctionnel, 6(33 %) ont une fiche de suivi de la température remplie et à jour. Ces résultats sont légèrement inférieur à celui de l'étude au Cameroun d' Armelle V. *et al* (2016) qui montrait que 89 % des FOSA étaient dotées de réfrigérateurs fonctionnels et 64 % disposaient des fiches de suivi de la température(23).

Ces résultats montrent que des efforts restent à fournir dans la dotation des FOSA en réfrigérateurs homologués mais aussi dans la maintenance des équipements qui peut augmenter leur durée de vie. Ces progrès auront un impact sur la qualité des vaccins, la réalisation régulière des séances de vaccination (en poste fixe et avancée) et la couverture vaccinale.

Selon les chargés PEV, l'insuffisance constatée dans la mise en œuvre de la composante planification et gestion des ressources serait en partie liée à la non maîtrise de l'approche ACD/ACE, au manque de temps et de financement extérieur.

Atteindre les populations cibles par les stratégies de vaccination

La réalisation régulière des séances de vaccination à travers les stratégies fixes et avancées est primordiale pour l'atteinte des populations cibles, l'éviction des abandons et occasions manquées⁶. Dans le District de Tandjoaré, il n'a été relevé que 2 (11 %) FOSA avaient réalisé au moins une séance hebdomadaire de vaccination en poste fixe. Ce résultat obtenu est inférieur celui d'Armelle V. *et al* au Cameroun qui était de 89 %(23). En effet, il existe une insuffisance dans la réalisation des séances de vaccination de routine en poste fixe dans les FOSA du district de Tandjoaré, ce qui pourrait être à l'origine de la faible couverture. Car l'idéal voudrait que les FOSA puissent vacciner quotidiennement en poste fixe afin de réduire au maximum les occasions manquées.

Notre étude ne relève que 8 (44 %) FOSA réalisaient la stratégie avancée vers les zones d'accès difficiles alors que le district n'organisait pas des stratégies mobiles⁷. Armelle V. *et al* avaient trouvé que seules 19 % des FOSA menaient des stratégies avancées, ce qui est inférieur à notre résultat(23). Par contre, notre résultat était similaire à celui de l'évaluation menée au Togo (40 %)(19). Cette proportion reste très faible vu l'accessibilité géographique (44 %) du district de Tandjoaré. Selon les directives de l'OMS, il est recommandé que toutes les FOSA ayant des villages de plus de 5 km puissent effectuer des stratégies avancées. L'insuffisance de la réalisation des stratégies avancées pourrait être à l'origine d'une faible couverture vaccinale. Car une étude menée en Côte d'Ivoire (2010) avait montré que le problème de déplacement (17 %) constitue l'une des principales raisons de l'abandon vaccinal ou de non-vaccination évoquées(30). Dans une autre étude d'Olivier L. *et al* menée en Tanzanie (2013), la couverture vaccinale était faible chez les enfants vivant à une distance supérieure à 5 km de l'établissement de santé et pendant la saison des pluies(31).

⁶ Une cible (enfant ou femme enceinte) qui rentre dans une structure sanitaire pour une raison autre que la vaccination et qui en sort sans avoir reçu la ou les doses qu'elle pouvait recevoir.

⁷ Les stratégies mobiles sont organisées par les districts afin d'appuyer les FOSA ayant des villages d'accès difficiles en vaccination de routine et activités de santé.

Pour la fréquence des séances de vaccination en stratégies avancées, 4(22 %) FOSA réalisaient au moins 4 séances voir plus par mois. Cependant il faut noter que ce résultat est considérablement inférieur à celui de l'évaluation au Togo (80 %)(19). Par contre, dans l'étude menée au Cameroun (2016), ce résultat était de 5 % des FOSA (23). Cet indicateur reste faible et contribuerait à la contre-performance des FOSA du district de Tandjoaré. Car une étude menée au Madagascar (2014) avait montré que l'inaccessibilité temporelle et géographique des services de vaccination (23 %) constitue une des causes du retard de vaccination(32). De même, une autre étude d'estimation de la couverture vaccinale de routine basée sur les résultats de 40 enquêtes par grappes au niveau district dans le nord du Nigéria (2014-2015) avait révélé que l'accès aux services de vaccination de routine (15 %) était l'une des raisons de non-vaccination fréquemment évoquées(33). Des efforts devraient être faits dans la réalisation des stratégies avancées de vaccination afin d'améliorer la couverture vaccinale du district.

L'insuffisance constatée dans la mise en application de la composante « Atteindre les populations cibles par les stratégies de vaccinations » est principalement liée à la méconnaissance de l'importance de la régularité des séances de vaccination en fixe et en avancée, mais aussi au manque de temps et de financement.

Engagement avec les communautés

L'engagement avec les communautés qui est une composante clé de l'approche ACD/ACE, a occupé une place prépondérante dans notre étude. L'évaluation de cette composante était basée sur des enquêtes avec deux catégories de répondants : d'une part les chargés PEV des FOSA et d'autre part les leaders communautaires. Cette méthode particulière a permis de confronter les informations collectées et dégager la réalité de l'application de cette composante contrairement à d'autres études menées auparavant. La participation communautaire au processus de micro planification des activités de la FOSA chez les leaders communautaires étaient de 26 % contre 44 % chez les chargés PEV. Le résultat trouvé dans cette étude était légèrement supérieur à celui de l'évaluation au Cameroun (2016) dont la participation de la communauté à la planification était de (8 %)(23). De même (2007), l'évaluation de l'approche ACD/ACE au Togo avait révélé dans son rapport que la participation des responsables communautaires était très faible(19). Bien qu'une légère amélioration a été constatée en ce qui concerne la participation communautaire, l'application de cette

composante reste faible et nécessite une amélioration considérable. Pour une amélioration de la couverture vaccinale dans le district, il s'avérerait important de mettre un accent sur l'engagement avec les communautés. En effet, une étude au Cameroun (2012) avait montré que le manque d'information sur la vaccination (65 %) et les heures de vaccination inadaptées à la mère /nourrice (45 %) étaient les principales raisons de non vaccination(23). Cela suppose qu'une franche collaboration avec les communautés permettrait de trouver des jours de vaccinations adaptées à leur calendrier mais aussi d'assurer l'information au sein de la communauté.

L'insuffisance constatée dans la mise en application de la composante « engagement avec les communautés » serait liée à la non maîtrise de l'approche ACD/ACE par les chargés PEV mais aussi à la méconnaissance de l'importance d'une franche collaboration avec les communautés dans l'offre des soins de santé primaires en général et des services de vaccination en particulier. Elle est aussi liée au déficit de communication entre les membres de la communauté et le personnel des FOSA d'une part et le refus de certains responsables des FOSA d'impliquer la communauté dans la planification et la mise en œuvre des activités de la vaccination de routine d'autre part.

Supervision de soutien

La composante supervision de soutien n'a pas été du tout mise en œuvre selon les résultats de notre étude. En effet, aucune formation n'a reçu une visite de supervision de la hiérarchie le trimestre précédent l'enquête et le trimestre en cours. De même, aucune formation sanitaire ne disposait de plan de résolution de problèmes. Par contre, l'évaluation au Cameroun (2016) avait souligné que six sur dix FOSA (59 %) avaient été supervisées au moins une fois au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Parmi ces FOSA, 20 % disposaient d'un plan de résolution des problèmes(23). Les résultats de notre étude sont très alarmants. Cette composante qui devrait apporter le soutien et la motivation aux prestataires dans la mise en œuvre des activités de vaccination a été complètement négligée dans le district de Tandjoaré et cela pourrait être en partie la cause de la faible application des autres composantes en ce sens que les indicateurs étaient bons au niveau district. Des mesures urgentes sont nécessaires à tous les niveaux hiérarchiques pour restaurer les supervisions de soutien aux FOSA.

L'insuffisance constatée dans la mise en application de la composante « supervision de soutien » serait due au manque de temps des ECD, à la méconnaissance de l'importance des supervisions de soutien et à l'insuffisance de financement.

Suivi et l'utilisation des données pour l'action

En ce qui concerne la composante « suivi et utilisation des données pour l'action », il ressort de cette étude que 10 (56 %) FOSA avaient connu la rupture d'au moins un outil de collecte de données. Seulement 2 (11 %) FOSA disposaient de diagrammes d'auto monitoring correctement tracés et à jour. Dans 12 (66 %) FOSA, les chargés PEV participaient toujours aux réunions de monitoring mensuel PEV organisées par le district. Ce résultat corrobore avec celui de l'étude au Cameroun en 2016 qui avait réalisé qu'une courbe de suivi des couvertures vaccinales correctement renseignée était disponible dans 6 (8,6 %) des FOSA(23). Mais ce résultat est très faible à celui de l'évaluation au Togo en 2007 qui avait trouvé que 80 % des FOSA disposaient des courbes d'auto monitoring correctement tracées(19). Nous pouvons dire que cette composante est insuffisamment mise en application. Cette faible performance dans le cas du District de Tandjoaré s'expliquerait en partie par la rupture des courbes d'auto monitoring signalée dans 14 (78 %) FOSA et au niveau district. Dans notre étude 4 (22 %) des FOSA seulement avaient une couverture vaccinale au DTC-HepB-Hib3 supérieure ou égale à 90 %, ce qui serait lié à l'insuffisance dans la réalisation des stratégies de vaccination. L'insuffisance constatée dans la mise en œuvre de la composante « suivi et l'utilisation des données pour l'action » serait en partie liée à la non maîtrise de l'approche ACD/ACE par les chargés PEV mais aussi à la rupture des outils de collecte de données et de monitoring.

En somme, l'appropriation de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans le district de Tandjoaré à l'arrêt du financement extérieur n'a pas été effective. Cette situation serait à l'origine des insuffisances constatées dans la mise en œuvre des cinq composantes de l'approche. La faible couverture enregistrée dans le district semble être liée à ces insuffisances.

Limites de l'étude

Notre étude a connu des limites à savoir :

- le déroulement de l'étude dans un seul district ne permettant pas d'extrapoler nos résultats ;

- l'absence de comparaison des résultats du district de Tandjoaré avec un district performant ;
- la non prise en compte de la satisfaction des bénéficiaires (les mères et gardiennes d'enfants) dans notre étude en raison de l'insuffisance des ressources limitées ;
- l'absence d'évaluation de la qualité de la coordination et le leadership des premiers responsables du district ;
- la limitation de l'étude au descriptif.

Conclusion

En définitive, la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans le district de Tandjoaré souffre d'une insuffisance qui pourrait être à l'origine de la faible couverture vaccinale enregistrée. En effet, l'appropriation de cette approche par les acteurs dans les FOSA n'est pas effective à l'arrêt du financement de l'Alliance GAVI. Cette situation aura pour conséquence l'exclusion de nombreux enfants de la vaccination de routine. Une meilleure maîtrise de l'approche ACD/ACE par les responsables de vaccinations des FOSA constituerait une piste d'amélioration de la couverture vaccinale. Cette maîtrise et la mise en application passent par une planification judicieuse, une gestion rationnelle des ressources, une réalisation régulière des séances de vaccination en poste fixe et avancée, un engagement des communautés, des visites de supervision de soutien, un suivi et une utilisation des données pour des prises de décisions. L'application des différentes composantes de l'approche ACD/ACE, le renforcement des capacités des chargés PEV et de la logistique ne pourront être effectif dans les FOSA sans un engagement fort de l'Etat, des partenaires techniques et financiers et surtout le leadership des responsables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au regard des résultats de notre étude, nous formulons des suggestions à l'endroit des acteurs du PEV en vue de contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE et par ricochet la couverture vaccinale.

A l'endroit de la communauté

- Appuyer les responsables FOSA et les chargés PEV dans la recherche des perdus de vue ;
- S'approprier les activités de vaccination de routine pour le bien-être des enfants de la communauté.

A l'endroit des chargés PEV des formations sanitaires

- S'appuyer sur les composantes de l'approche ACD/ACE pour la mise en œuvre de la vaccination de routine ;
- Actualiser trimestriellement les micros plans des FOSA en tenant compte des problèmes prioritaires ;
- Utiliser correctement tous les outils de gestion du PEV ;
- Mener des stratégies avancées de vaccination dans les zones d'accès difficiles en tenant compte des cibles par village ;

- Collaborer avec les communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de toutes les activités de vaccination.

A l'endroit de l'ECD de Tandjoaré

- Organiser le briefing des chargés PEV sur l'approche ACD/ACE en tenant compte du nouveau guide révisé de 2017 ;
- Renforcer la supervision de soutien des agents chargés de la vaccination dans les FOSA suivi de l'élaboration des plans de résolution des problèmes ;
- Veiller à la disponibilité de tous les outils de gestion du PEV dans les FOSA ;
- Impliquer tous les chargés PEV aux réunions mensuelles de monitoring.

A l'endroit de l'ECR des Savanes

- Veiller à la disponibilité de tous les intrants (vaccins et consommables) et supports de gestion du PEV dans les districts ;
- Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour le financement de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans tous les districts et FOSA de la région ;
- Faire le plaidoyer auprès de l'Etat et de ses partenaires pour doter les FOSA ne disposant pas de motos et de réfrigérateurs homologués ;
- Renforcer les supervisions de soutien vers les districts et les FOSA ;

A l'endroit de la Division de l'Immunisation

- Assurer toute la logistique PEV dans les régions et Districts (vaccins, consommables, supports de gestion, équipements de la chaîne du froid et des motos) ;
- Faire le plaidoyer auprès de l'Etat et ses partenaires pour le financement de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE à l'échelle nationale ;
- Faire le plaidoyer auprès de l'Etat et ses partenaires pour le financement du renforcement des capacités des chargés PEV sur l'approche ACD/ACE avec le guide révisé de 2017 ;
- Diminuer la charge du travail des chargés PEV en les déchargeant de la gestion des autres programmes ;
- Organiser une évaluation comparative de la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE couplé d'une enquête d'équité vaccinale.

La prise en compte de ces suggestions permettra à coup sûr d'améliorer l'offre des services de vaccination du Togo en général puis du district de Tandjoaré en particulier. Une extrapolation de cette étude à plus grande échelle constituera un outil de plaidoyer pour la

recherche de financement auprès des PTF. Elle permettra également de disposer des informations plus globales pour orienter les prises de décisions au niveau national et contribuer ainsi à l'amélioration de l'état de santé des populations.

4 Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d' Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. 2011; 4–77.
2. Moulin A-M. L'aventure de la vaccination. *Edition Foyard*. Paris. 1996.
<https://www.fayard.fr/histoire/laventure-de-la-vaccination-9782213594125> (Accessed November 20, 2018).
3. Conseil Exécutif de l'Oganisation Mondiale de la Santé. La vaccination dans le monde : vision et stratégies, rapport du Secrétariat. 2010; 1-7.
4. Stanley O, Foster E, Brian F, Laurie A, et al. Programme Elargi de Vaccination dans 12 pays africains 1982-1993. *Centers Dis Control Prev* 1994; 83-109.
5. Oganisation Mondiale de Santé, Région Africaine. Atteindre Chaque District : Guide à l'intention des Equipes de Santé de District 2008; 9-93.
6. Oganisation Mondiale de Santé, Région Africaine. Atteindre Chaque District (ACD) : Un guide pour augmenter la couverture et l'équité dans toutes les communautés de la Région africaine. 2017; 8-116.
7. OMS, Rotary International, CDC, UNICEF. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : Rapport annuel 2005 Genève 2006; 21-43.
8. Jos V. et Julian B. Approche Reaching Every District (RED): un moyen d'améliorer les performances de la vaccination. *Bull World Heal Organ* 2008; **86**: 1–3.
9. Ministère de la Santé, Direction de la Lutte Contre la Maladie et les Programmes de Santé Publique. Revue du Programme Elargi de Vaccination et l'enquête sur indicateurs paludisme au Togo. 2013; 56.
10. Ministère de la Planification du Développement et de l'Amenagement du Territoire, Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Ministère de la Santé, ICF International. Enquête Démographique et de Santé du Togo 2013-2014. 2015; 529.
11. Ministère de la santé, Division de l'Immunisation. Plan Pluri Annuel complet du Programme Elargi Vaccination- Togo - 2016-2020. 2016; 102.
12. Grant C, Turner N, York D, Goodyear-Smith F, et al. Factors associated with immunisation coverage and timeliness in New Zealand. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 180–6.
13. Fernandez RC, Awofeso N, Rammohan A. Determinants of apparent rural-urban differentials in measles vaccination uptake in Indonesia. *Rural Remote Health* 2011; **11**: 5-14.
14. Papamichail D, Petraki I, Arkoudis C, Terzidis A, et al. Low vaccination coverage of Greek Roma children amid economic crisis: National survey using stratified cluster sampling. *European Journal of Public Health*. 2017; **27**: 1–7.
15. Oku A, Oyo-ita A, Glenton C, Fretheim A, et al. Communication strategies to promote the uptake of childhood vaccination in Nigeria : a systematic map Communication strategies to promote the uptake of childhood vaccination in Nigeria : a systematic map. *Glob Health Action* 2016; **9716**: 1–12.

16. Jani J , De Schacht C, Jani I, Bjune G. Risk factors for incomplete vaccination and missed opportunity for immunization in rural Mozambique. *BMC Public Health* 2008; **8**: 161.
17. Mohamud A, Feleke A, Worku W, Kifle M, et al. Immunization coverage of 12 – 23 months old children and associated factors in Jigjiga District , Somali National Regional State , Ethiopia. *BMC Public Health* 2014; **14**: 5–9.
18. Organisation Mondiale de Santé, Région Africaine. Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020. 2014; 100.
19. Ministère de la Santé, Division de l'Immunisation. Rapport d'évaluation de l'approche "Atteindre Chaque District" ACD au Togo. 2007; 18.
20. Sia D, Fournier P, Kobiané J, Sondo B. Rates of coverage and determinants of complete vaccination of children in rural areas of Burkina Faso (1998-2003). *BMC Public Health* 2009; **10**: 1–10.
21. Lafond A, Kanagat N, Steinglass R, Fields R, et al. Drivers of routine immunization coverage improvement in Africa : findings from district-level case studies. *Health Policy (New York)* 2015; **30**: 298–308.
22. Babirye JN, Engebretsen IMS, Rutebemberwa E, Kiguli J, et al. Urban settings do not ensure access to services : findings from the immunisation programme in Kampala Uganda. *BMC Health Serv Res* 2014; **14**: 5–12.
23. Armelle V, Basile K, André F, Fabrice N, et al. L'offre des services de vaccination en milieu urbain, au Cameroun: étude de cas du District de Santé de Djoungolo. *Pan Afr Med J* 2016; **8688**: 4–11.
24. Oryema P, Babirye J, Baguma C, Wasswa P, et al. Utilization of outreach immunization services among children in Hoima District, Uganda : a cluster survey. *BMC Res Notes* 2017; **10**: 3–7.
25. David P, Joseph D, Stephen S, Lim J. Determinants of effective vaccine coverage in low and middle-income countries : a systematic review and interpretive synthesis. *BMC Health Serv Res* 2017;**17**: 5–17.
26. Ministère de la Santé. Etude comportementale en matière de vaccination pour le Plan Intégré de Communication au Togo. 2010; 70–71.
27. Landoh D, Ouro-Kavalah F, Yaya I, Kahn A, et al. Predictors of incomplete immunization coverage among one to five years old children in Togo. *BMC Public Health* 2016; **16**: 1–7.
28. District Sanitaire de Tandjoaré. Plan de Développement Sanitaire 2017-2022. 2017. 78.
29. Patel T et Pandit N. Why Infants Miss Vaccination During Routine Immunization Sessions ? Study in a Rural Area of Anand District , Gujarat. *Indian J Public Health* 2011; **55**: 2–4.
30. Sackou J, Oga S, Desquith A, Kouadio L. Couverture vaccinale complète des enfants de 12 à 59 mois et raisons de non-vaccination en milieu périurbain abidjanais en 2010. *Public Health* 2012; 1–7.
31. Olivier L, Schellenberg J, Manzi F, Mrisho M, et al. Timeliness and completeness of vaccination and risk factors for low and late vaccine uptake in young children living in

- rural southern Tanzania. *Int Health* 2013; **5**: 1–9.
32. Randriatsarafara F, Ralamboson S, Rakotonirina E, Rahoelison H, et al. Respect du calendrier vaccinal selon le programme élargi de vaccination au CSMIU de Moramanga. *Revue Médicale du Madagascar* 2014; **4**: 457–63.
 33. Gunnala R, Ogbuanu I, Adegoke O, Scobie H, et al. Routine vaccination coverage in northern nigeria: Results from 40 district-level cluster surveys, 2014-2015. *PLoS One* 2016; **11**: 1–8.

5 Liste des illustrations

Figure 1	Carte sanitaire du Togo	11
Figure 2	Répartition des chargés PEV enquêtés dans le district de Tandjoaré par qualification (n=18)	17
Figure 3	Répartition des leaders communautaires enquêtés dans le district de Tandjoaré par type de responsabilité dans la communauté (n=70)	18
Figure 4	Connaissances des chargés PEV des FOSA sur l'approche ACD/ACE	19
Figure 5	Cadre conceptuel de l'étude	45

6 Liste des tableaux

Tableau I : Liste des indicateurs de base pour les composantes de l'approche ACD/ACE pour les Formations Sanitaires et districts	15
Tableau II : Niveau des indicateurs de mise en œuvre de la composante "planification et gestion des ressources" dans le district de Tandjoaré, 2018	21
Tableau III : Niveau des indicateurs de mise en œuvre de la composante "Atteindre les populations cibles" dans le district de Tandjoaré, 2018.....	22
Tableau IV : Niveau des indicateurs de la mise en œuvre de la composante " engagement avec les communautés " selon les réponses des chargés PEV (n=18) comparées aux réponses des leaders communautaires (n=70) dans le district de Tandjoaré, 2018	23
Tableau V : Niveau des indicateurs de la mise en œuvre des composantes "Supervision de soutien" et "suivi et utilisation des données pour l'action" dans le district de Tandjoaré, 2018	24

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Généralités sur l'approche « Atteindre Chaque District »

But de l'approche de l'approche « Atteindre Chaque District »

L'approche « Atteindre Chaque District » entend renforcer les systèmes de vaccination en améliorant la planification, la gestion des ressources disponibles, la prestation des services et le suivi, dans le contexte de soins de santé primaires fondés sur les besoins des communautés. Ainsi renforcés, les systèmes devraient donner à chaque personne remplissant les conditions d'âge, un accès plus équitable et plus durable aux vaccins, ce qui devrait réduire la survenue des maladies évitables par la vaccination(6).

Stratégies de l'approche « Atteindre Chaque District »

L'approche ACD/ACE met l'accent sur les notions de planification, gestion des services de santé qui, si elles sont appliquées d'une façon appropriée, permettront d'améliorer la couverture vaccinale et l'impact. Le premier niveau de mise en œuvre de l'approche ACD/ACE est le district (ou une unité administrative équivalente). Rendre les districts capables de planifier, mettre en œuvre, monitorer et superviser leurs propres services de vaccination constitue l'un des principaux objectifs de l'approche ACD/ACE. Elle favorise également les partenariats entre les districts, les agents de santé et les communautés afin de permettre aux populations d'accéder et d'utiliser facilement les services de santé ; cette approche met également l'accent sur l'utilisation continue des données du programme dans le but de guider l'évolution des activités et d'apporter une solution aux problèmes rencontrés(5).

Rappel des composantes de l'approche ACD/ACE

Rappelons les cinq (05) composantes de l'approche ACD/ACE afin de s'assurer de la bonne compréhension de cette approche vaccinale de l'OMS par tous. Il faut noter que plusieurs de ces composantes contiennent des éléments qui se chevauchent.

Planification et gestion des ressources

Au niveau des districts et des établissements sanitaires, la planification consiste à identifier et classer par ordre de priorité les activités et les ressources nécessaires pour atteindre toutes les populations cibles d'une manière durable(6).

Une bonne planification implique les étapes suivantes :

- Procéder aux préparatifs ;
- Analyser la situation ou faire le diagnostic communautaire ;
- Fixer un objectif et les cibles annuelles ;
- Repérer les problèmes et planifier les activités ;
- Estimer les besoins en ressources ;
- Choisir les indicateurs de suivi ;
- Suivre les progrès accomplis ;
- Utiliser les micros plans comme outil de gestion(6).

Atteindre les populations cibles avec les stratégies avancées de vaccination

La composante « Atteindre toutes les populations éligibles » est centrée sur l'amélioration de l'accès et l'utilisation équitable des services de la vaccination et d'autres services de manière efficiente par l'association des stratégies de fourniture de services qui répondent aux besoins de la communauté(6). La mise en œuvre de cette composante implique les étapes suivantes :

- Evaluer le micro plan et concevoir les stratégies fondées sur les besoins de la communauté ;
- Etendre la vaccination à toutes les tranches d'âge ;
- Préparer, conduire et superviser les séances de vaccination ;
- Suivre la mise en œuvre de la composante « Atteindre toutes les populations éligibles»(6).

Engagement avec les communautés

Cette composante de l'approche ACD/ACE encourage le personnel de santé à établir des partenariats avec les communautés pour la planification, la promotion, la fourniture et le suivi des services de vaccination et autres Soins de Santé Primaires (SSP). La collaboration avec les communautés donne lieu à des services plus accommodants et conviviaux, accroît leur utilisation et encourage la responsabilité(6). Pour réussir cette collaboration avec la communauté, les actions suivantes doivent être respectées à savoir :

- Etablir des partenariats avec les communautés ;
- Soutenir la confiance et les services conviviaux ;
- Fournir des services aux communautés défavorisées ;
- Collaborer avec les agents de santé et les agents mobilisateurs dans les communautés ;
- Mener une communication efficace ;
- Veiller à la participation de la communauté(6).

Supervision de soutien

La supervision de soutien est un processus visant à aider le personnel à améliorer continuellement son rendement. Elle se déroule de manière respectueuse et non autoritaire, en mettant l'accent sur l'utilisation des visites de supervision comme une occasion d'amélioration des connaissances et des compétences du personnel de Santé tout en mettant l'accent sur la promotion de services de qualité. La supervision de soutien encourage la communication ouverte et bidirectionnelle et la mise en place d'approches d'équipe qui facilitent la solution de problèmes. Elle se concentre sur le suivi de la performance par rapport aux objectifs et l'utilisation des données pour la prise de décision, et dépend du suivi régulier, de pair avec le personnel, pour s'assurer que les nouvelles tâches sont mises en œuvre de manière appropriée(6). Les étapes suivantes doivent être respectées pour mieux réussir une supervision de soutien à savoir :

- Se préparer pour la supervision ;
- Désigner les superviseurs ;
- Planifier les visites des sites ;
- Informer les sites à visiter ;

- Effectuer des visites constructives.

Suivi et utilisation des données pour l'action

Les équipes de santé de districts et le personnel des Formations Sanitaires ont besoin d'un flux continu d'informations qui les renseignent sur la qualité et accessibles des services aux populations cibles ; qui est atteint et qui ne l'est pas ; les ressources sont-elles utilisées efficacement et les stratégies vont elles dans le sens des objectifs. Le suivi pour l'action va au-delà de la collecte de données, de l'établissement de rapports et de l'analyse des données collectées. Le suivi actif utilise continuellement des informations à tous les niveaux pour : mesurer les progrès, identifier les problèmes et mettre au point des solutions pratiques et des plans de travail réalistes. Le suivi pour l'action implique tout le monde : gestionnaire, superviseurs, agents de santé, responsables locaux, communauté(6). La mise en œuvre de cette composante implique les étapes suivantes :

- Définir le processus de suivi ;
- Choisir les indicateurs et les cibles ;
- Collecter les données et soumettre les rapports ;
- Analyser et interpréter les données ;
- Prendre des décisions ;
- Mettre en œuvre les décisions prises(6).

7.2 Annexe 2 : Cadre conceptuel

En se référant à la revue de la littérature ci-dessus sur les implications de la mise en œuvre de l’approche ACD/ACE à la performance des districts sanitaires en vaccination de routine, nous estimons que les faibles couvertures vaccinales dans le district de Tandjoaré sont en partie liées à l’insuffisance de la mise en œuvre de la dite approche. Parmi les insuffisances soulignées dans la mise en œuvre de l’approche ACD/ACE, nous pouvons citer entre autres : l’insuffisance dans la planification et gestion des ressources, un faible taux de réalisation des stratégies avancées dans les villages à accès difficiles, la faible collaboration des services de vaccination avec les communautés. Par ailleurs nous pouvons noter aussi la faible réalisation des supervisions de soutien et l’insuffisance dans le suivi des données de vaccination de routine pour une action.

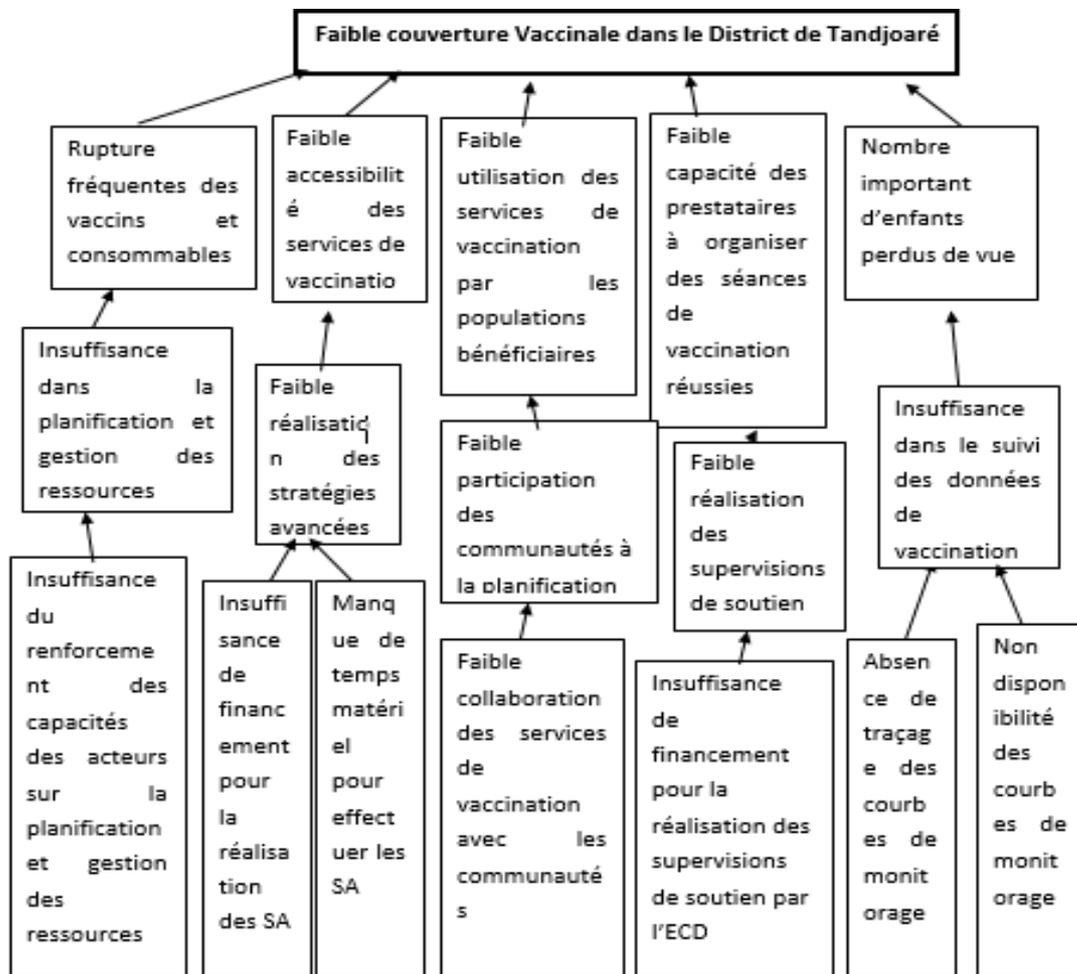


Figure 5 Cadre conceptuel de l’étude

7.3 Annexe 3 : Outils de collecte des données

Evaluation de la mise en œuvre de l'approche vaccinale « Atteindre Chaque District » dans le District de Tandjoaré au Togo en 2018

QUESTIONNAIRE NIVEAU DISTRICT

Consentement

« Bonjour/bonsoir, je m'appelle....., je travaille pour M. DJANDA Lorimpo, stagiaire au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale au sein de la Division de l'Immunisation et il réalise une étude pour évaluer la mise en œuvre de l'approche vaccinale ACD/ACE dans le district. Je voudrais, si vous le permettez, m'entretenir avec vous et vous poser quelques questions sur ce sujet. L'administration de ce questionnaire va durer environ 2 heures de temps mais on peut par moment interrompre l'enquête pour vous permettre de vaquer à d'autres préoccupations ou de s'occuper des malades et je vous rassure que toutes les informations que nous allons recueillir seront confidentielles. »

Puis-je commencer maintenant ? Oui / ___ / Non / ___ / 1. Oui : Continuer l'enquête 2. Non : Fin de l'enquête

I-Identification

Q1. Numéro/__/__/ 	Q2. District: 	Q3. Date de l'enquête : /__/__//__/__ / 2018
Q4. Nom de l'enquêteur: 	Q5. Fonction de l'enquêteur 	Q6. Quelle est la qualification du chargé PEV? 1=Médecin ; 2=AM ; 3=IDE ; 4=SFE 5=TS GS ; 6=AHE ; 7=IAE ; 8=AAE 9=Agent permanent 10=Autre à préciser :..... Réponse:/ __/

II-Evaluation des connaissances du chargé PEV sur l'approche ACD/ACE

Q7. Qu'est-ce que sait que l'approche ACD/ACE dans la vaccination ?	Réponse :
Q8. Quelles sont les différentes composantes de l'approche ACD/ACE ?	Réponses :
Q9. Quel est l'objectif de couverture vaccinale en Penta3 visé par l'approche ACD/ACE pour chaque district ?	Réponse :

III. Evaluation de la charge du travail du chargé PEV

Q10. Combien de temps accordez-vous aux activités du PEV par semaine?	Réponses :
---	------------

Q11. En dehors du PEV, avez-vous d'autres programmes que vous gérez ou d'autres activités que vous menez? Oui=1 et Non=0	Réponses :
Q12. Si oui lesquelles et quel est le temps que vous accordez à ces programmes ou activités? Instructions : Insistez sur la question pour recenser de façon exhaustive tous les programmes gérés ou activités menées par l'enquêté ?	Réponses :

IV. Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE

Questions	Réponses
Planification et gestion des ressources	
Q13. Existe-t-il une carte sanitaire du district ? Oui=1 et Non=0	
Q14. Si oui est-elle affichée ? Dans le bureau du chargé PEV=1 ; Sur le tableau d'affichage=2, Ailleurs =3 et Non=0	
Q15. Les données démographiques de l'année en cours du district sanitaire sont-elles disponibles ? Vérifiez l'affichage de ces données. Oui=1 et Non=0	
Q16. Si oui sont-elles affichées ? Dans le bureau du chargé PEV =1 ; Sur le tableau d'affichage=2, Ailleurs =3 et Non=0	
Q17. Le district dispose-t-il d'un micro plan de l'année en cours intégrant les activités du PEV ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q18. Si Oui, ce micro plan prend-il en compte les 5 composantes de l'approche ACD/ACE ? Oui =1 ; Non=0	
Q19. Le micro plan est-il actualisé chaque trimestre ? Oui =1 ; Non=0	

Q20. Le PF PEV a-t-il été formé en gestion du PEV ? Oui=1 et Non=0	
Q21. Si oui, pour la dernière formation Année :..... Durée :.....Organisateur :.....formateurs :.....	
Q22. Les données vaccinales des trois années précédentes sont-elles disponibles ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q23. La liste des problèmes prioritaires de vaccination est-elle disponible ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q24. Le district a-t-il connu des ruptures de stocks de vaccins et de consommables au cours des trois derniers mois ? Oui=1 et Non=0	
Q25. Si oui, antigène(durée) :.....(.....),.....(.....),.....(.....),.....(.....),.....(.....),(.....),.....(.....),.....(.....),	
Q26. Le district dispose-t-il des fiches de gestion de stocks de vaccins et consommables ? Oui=1 et Non=0 si non aller à Q31.	
Q27. Ces fiches sont-elles à jour ? Oui=1 et Non=0	
Q28. Ces fiches sont correctement remplies ? Oui=1 et Non=0	
Q29. Le district a-t-il reçu au cours de l'année en cours un financement d'un partenaire pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE ? Oui=1 et Non=0	
Q30. Si oui quelles sont les composantes qui ont été financées ? Planification=1 ; stratégies avancées =2 ; Mobilisation sociale=3 Monitoring=4 ; supervision =5 ; Ne sait pas =6 (plusieurs réponses sont possibles)	
Q31. Si non quelle a été alors la principale source de financement de la mise en œuvre des activités de vaccination de routine ? Budget de l'Etat=1 ; COGES=2 ; Autres :.....	
Q32. Le district dispose-t-il d'un réfrigérateur ? homologué=1 ; fonctionnel=2 ;température à l'intérieur comprise entre +2 et +8=3 ; Non=0 (plusieurs réponses sont possibles)	

Q33. La fiche de température est-elle à jour et bien renseignée? Oui=1 et Non=0	
Q34. Cette fiche est-elle à jour ? Oui=1 et Non=0	
Q35. Cette fiche est correctement remplie ? Oui=1 et Non=0	
Q36. Le district dispose-t-il d'un cahier de maintenance des équipements de la CDF ? Oui=1 et Non=0	
Q37. Si oui la maintenance préventive est-elle faite régulièrement ? Toujours=1 ; Souvent=2 ; Rarement=3 ; Jamais=4	
Atteindre les populations cibles avec les stratégies de vaccination	
Q38. Existe-t-il une programmation des séances de Stratégie mobile pour le dernier trimestre pour les villages de plus 15 Km des FOSA? Oui=1 et Non=0	
Q39. Si oui combien de séances ont été programmées par mois ?...../mois	
Q40. Quel est le pourcentage des séances de vaccination mobiles organisées par rapport aux séances programmées par le district au cours du dernier trimestre ? A calculer = Nombre séance réalisées/prévues. %
Q41. Si non quelles sont les raisons ?	
Q41. Quel est le pourcentage d'enfants vaccinés en stratégie mobile par le district au cours : trimestre passé.....; année passée..... ? %
Liens avec les communautés	
Q42. Les membres de la communauté participent-ils au processus d'élaboration du micro plan du district ? Oui=1 et Non=0	
Q43. Si oui existe-t-elle une preuve de cette participation de la communauté (vérifiez l'existence d'un PV ou rapport ou un cahier ou toute autre preuve prouvant les réalisations) ? Oui=1 ; Non=0	

<p>Q44.</p> <p>Qui ? :.....</p> <p>.....</p> <p>Et comment ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q45. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q46. Le district organise-t-il des séances de stratégies mobiles dans les villages de 15 km des FOSA ? (Vérifiez l'existence d'un PV ou rapport ou un cahier ou toute autre preuve prouvant les réalisations) ? Oui=1 ; Non=0</p>	
<p>Q47. Si oui la communauté est-elle impliquée dans la Programmation de ces séances de vaccination mobile qu'organise le district (vérifiez l'existence d'un PV ou rapport ou un cahier ou toute autre preuve prouvant les réalisations) ? Oui=1 et Non=0</p>	
<p>Q48.</p> <p>Qui ? :.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Et comment ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

.....	
Q49. Si non quelles sont les raisons ?	
Q50. Existe-t-il des relais communautaires ou ASC en activité qui sont formés sur la vaccination de routine dans votre district? Oui=1 et Non=0	
Q51. Le district a-t-il organisé une réunion au cours du dernier trimestre pendant laquelle la vaccination et les autres services de SSP ont fait l'objet de débats avec la présence des acteurs communautaires ? Oui=1 et Non=0	
Q52. Si oui Existe-t-il un PV de cette réunion? Oui=1 et Non=0	
Q53. Si non quelles sont les raisons ?	
Supervision de soutien	
Q54. Le centre a-t-il reçu une supervision PEV au cours du dernier trimestre? Vérifiez le cahier de supervision. Oui=1 et Non=0	
Q55. Si oui les plans de résolution des problèmes ont-ils été élaboré à la suite de ces visites de supervision? Vérifiez l'existence de ces plans. Oui=1 et Non=0	
Q56. Ces plans de résolution de problème ont-ils été mis en œuvre ? Totalement=1 ; Partiellement=2 ; Pas du tout= 3	
Q57. Si partiellement ou pas du tout, expliquez les raisons :	

.....	
Monitorage pour action	
Q58. Quels sont les outils de collectes des données du PEV disponibles dans le district ?	
Q59. Si outils manquants, quelles sont les raisons ?	
Q60. Les rapports de vaccination des trois derniers mois sont-ils disponibles ? Vérifiez leur existence. Oui=1 et Non=0	
Q61. Le district dispose-t-il des diagrammes actualisés de suivi de la vaccination, correctement dessinés et affichés ? Vérifiez leur existence. Disponible=1 ; correctement dessinés=2 ; Affichés=3 Non=0 (plusieurs réponses sont possibles)	
Q62. Si non quelles sont les raisons ?	
Q63. Le district organise-t-il des réunions de monitorages mensuelles? Toujours=1 ; Souvent=2 ; Rarement=3 ; Jamais=4	
Q64. Si oui les PV de ces réunions sont-ils disponibles ? Oui=1 et Non=0	
Q65. Si non quelles sont les raisons ?	

.....	
Q66. Quels sont les points inscrits à l'ordre du jour de ces réunions de monitorages mensuels ?	
Suggestions	
Que suggérez-vous pour l'amélioration de la mise en œuvre des différentes composantes de l'approche ACD/ACE ?	

Je vous remercie de votre disponibilité pour répondre à notre questionnaire.

Evaluation mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » dans le District Sanitaire de Tandjoaré au Togo en 2018

QUESTIONNAIRE NIVEAU FORMATION SANITAIRE

Consentement

« Bonjour/bonsoir, je m'appelle....., je travaille pour **M. DJANDA Lorimpo**, stagiaire au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale au sein de la Division de l'Immunisation qui réalise une étude pour évaluer la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans le District. Je voudrais, si vous le permettez, m'entretenir avec vous et vous poser quelques questions sur ce sujet. L'administration de ce questionnaire va durer environ 2 heures de temps mais on peut par moment interrompre l'enquête pour vous permettre de vaquer à d'autres préoccupations ou de s'occuper des malades et je vous rassure que toutes les informations que nous allons recueillir seront confidentielles. »

Puis-je commencer maintenant ? Oui /___/ Non /___/ **1. Oui : Continuer l'enquête 2. Non : Fin de l'enquête**

I-Identification

Q1. Numéro /__/_/	Q2. District: _____	Q3. Nom de la Formation Sanitaire : _____
Q4. Statut de la Formation Sanitaire : Publique /__/_/ Privée /__/_/ Confessionnelle /__/_/	Q5. Milieu de résidence /__/_/ (1=urbain, 2=rural)	Q6. Nombre de villages de l'aire Sanitaire A moins de 5 km /__/_/ A plus de 5 km /__/_/
Q7. Nom de l'enquêteur: _____	Q8. Date de l'enquête : /__/_/ /__/_/ / 2018	Q9. Quelle est la qualification du chargé PEV? 1=Médecin ; 2=AM ; 3=IDE ; 4=SFE 5=TSGS ; 6=AHE ; 7=IAE ; 8=AAE 9=Agent permanent 10=Autre à préciser :...../__/_/
Q10. Quelles sont les qualifications et les effectifs du personnel de la Formation sanitaire ?	Qualification	Nombre

II-Evaluation des connaissances du chargé PEV ou du RFOSA sur l’approche ACD/ACE :

Q11. Qu’est-ce que sait que l’approche ACD/ACE dans la vaccination ?	Réponse :
Q12. Quelles sont les différentes composantes de l’approche ACD/ACE ?	Réponses :
Q13. Quel est l’objectif de couverture vaccinale en Penta3 visé par l’approche ACD/ACE pour chaque district ?	Réponse :

III. Evaluation de la charge de travail du chargé PEV

Q14. Combien de temps accordez-vous à une séance de vaccination en fixe et en avancée ?	Réponse :
Q15. En dehors du PEV, avez-vous d’autres activités que vous menez? Oui=1 et Non=0	Réponses :
Q16.Si oui lesquelles et quel est le temps que vous accordez à ces activités? Instructions : Insistez sur la question pour recenser de façon exhaustive toutes les activités menées par l’agent ?	Réponses :

III. Informations sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE

Questions	Réponses
A. Planification et gestion des ressources	
Q17. Existe-t-il une carte sanitaire de la FOSA ? Oui=1 ; Non=0	
Q18. Si oui est-elle affichée ? Dans le bureau du Chargé PEV=1 ; Sur le tableau d'affichage=2, Ailleurs =3 et Non=0	
Q19. Les données démographiques de l'année en cours de l'aire sanitaire sont-elles disponibles ? Oui=1 et Non=0	
Q20. Si oui sont-elles affichées ? Dans le bureau du Chargé PEV=1 ; Sur le tableau d'affichage=2, Ailleurs =3 et Non=0	
Q21. Le centre dispose-t-il d'un micro plan de l'année en cours intégrant les activités du PEV ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q22. Si Oui, ce micro plan prend-il en compte les 5 composantes de l'approche ACD/ACE ? Oui =1 ; Non=0	
Q23. Le micro plan est-il actualisé chaque trimestre ? Oui =1 ; Non=0	
Q24. Le chargé PEV a-t-il été formé sur l'approche ACD/ACE ? Oui=1 ; Non=0	
Q25. Si oui, pour la dernière formation Année :..... Durée :.....Organisateur :.....formateurs :.....	
Q26. Les données vaccinales des trois années précédentes sont-elles disponibles ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q27. La liste des problèmes prioritaires de vaccination est-elle disponible ? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses)	
Q28. Le centre a-t-il connu des ruptures de stocks de vaccins et de consommables au cours des trois derniers mois ? Oui=1 et Non=0	

Q29.	Si	oui,	
antigène(durée) :.....(.....),.....(.....),.....(.....),.....(.....),.....(.....),(.....),.....(.....),.....(.....),			
Q30. Existe-t-il une programmation des séances de vaccination du trimestre en cours et du trimestre précédent? version dure=1, version électronique=2, Non=0 (possibilités de deux réponses), si non aller à Q33.			
Q31. Cette programmation est-elle respectée? Toujours (100 %) =1 ; Souvent (50-75 %)=2 ; Rarement(moins de 50 %)=3 ; Jamais=4 ; NA=99			
Q32. Existe-t-elle une preuve de ces réalisations (vérifiez l'existence d'un PV ou rapport ou un cahier ou toute autre preuve prouvant les réalisations) ? Oui=1 ; Non=0			
Q33. Le centre dispose-t-il des fiches de gestion de stocks de vaccins et consommables ? Oui=1 et Non=0 si non aller à Q36.			
Q34. Ces fiches sont-elles à jour ? Oui=1 ; Non=0			
Q35. Ces fiches sont correctement remplies ? Oui=1 ; Non=0			
Q36. Le centre a-t-il reçu au cours de l'année en cours un financement d'un partenaire pour la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE ? Oui=1 ; Non=0			
Q37. Si oui quelles sont les composantes qui ont été financées ? Planification=1 ; stratégies avancées =2 ; Mobilisation sociale=3 Monitoring=4 ; supervision =5 ; Ne sait pas =6 (plusieurs réponses sont possibles) ; NA=99			
Q38. Si non quelle a été alors la principale source de financement de la mise en œuvre des activités de vaccination de routine ? Budget de l'Etat=1 ; COGES=2 NA=99 ; Autres :.....=3			
Q39. Le centre dispose-t-il d'un réfrigérateur ? homologué fonctionnel avec température à l'intérieur comprise entre (+2et+8)=1 ; Non homologué fonctionnel avec température à l'intérieur comprise entre +2et+8=2 ; Non=0 (plusieurs réponses sont possibles)			

Q40. La fiche de température est-elle ? Oui=1 ; Non=0	
Q41. Cette fiche est-elle à jour ? Oui=1 ; Non=0	
Q42. Cette fiche est correctement remplie ? Oui=1 ; Non=0	
Q43. Le centre dispose-t-il d'un cahier de maintenance des équipements de la CDF ? Oui=1 ; Non=0	
Q44. La maintenance préventive est-elle faite (vérifier la réponse à travers le cahier et non par la réponse de l'enquêté)? Oui=1 ; Non=0	
Q45. Si oui, à quelle fréquence? mensuel=1 ; Une fois toutes les deux semaines =2 ; hebdomadaire=3 ; au-delà d'un mois=4 ; Jamais=5 ; NA=99	
B. Atteindre les populations cibles avec les stratégies avancées de vaccination	
Q46. Quelle est la fréquence des séances de vaccination en poste fixe ? Quotidien=1 ; Bihebdomadaire=2 ; Hebdomadaire=3 ; Une fois toutes les deux semaines=4 ; Autres :.....	
Q47. Existe-t-il une programmation des séances de SA du trimestre en cours et pour le dernier trimestre? Oui=1 ; Non=0	
Q48. Si oui combien de séances ont été programmées par mois ?...../mois	
Q49. La cible attendue par séance de SA figure-elle dans la Programmation ? Oui=1 ; Non=0	
Q50. Quel est le pourcentage des séances de vaccination avancées organisées par rapport aux séances programmées par le centre au cours des trois derniers mois ? A calculer = Nombre séance réalisées/prévues. %
Q51. Si non quelles sont les raisons ?	

<p>Q52. Quel est le pourcentage d'enfants vaccinés en SA au cours : trimestre passé.....; année passée..... ?</p>	<p>..... %</p>
<p>C. Liens avec les communautés</p>	
<p>Q53. Les membres de la communauté participent-ils au processus d'élaboration du micro plan de FOSA ? Oui=1 ; Non=0</p>	
<p>Q54. Si oui :</p> <p>Qui ?:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Et comment ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q55. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q56. La communauté s'implique-t-elle dans la Programmation des séances de vaccination de routine ? Oui=1 et Non=0</p>	
<p>Q57. Si oui :</p> <p>Qui ?:.....</p> <p>.....</p> <p>Et comment ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

<p>Q58. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q59. Existe-t-il des relais communautaires ou ASC en activité qui sont formés sur la vaccination de routine dans votre aire de santé? Oui=1 et Non=0</p>	
<p>Q60. Le centre a-t-il organisé une réunion au cours du dernier trimestre pendant laquelle la vaccination et les autres services de SSP ont fait l’objet de débats avec la présence des acteurs communautaires ? Oui=1 ; Non=0</p>	
<p>Q61. Si oui Existe-t-il un PV de cette réunion? Oui=1 ; Non=0</p>	
<p>Q62. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>D. Supervision de soutien</p>	
<p>Q63. Le centre a-t-il reçu une supervision PEV au cours du dernier trimestre? Vérifiez le cahier de supervision. Oui=1 et Non=0</p>	
<p>Q64. Si oui un plan de résolution des problèmes a-t-il été élaboré à la suite de cette supervision? Vérifiez l’existence de ce plan. Oui=1 ; Non=0; NA=99</p>	
<p>Q65. Ce plan de résolution de problème a-t-il été mis en œuvre ?</p> <p>Totalement=1 ; Partiellement=2 ; Pas du tout= 3; NA=99</p>	
<p>Q66. Si partiellement ou pas du tout, expliquez les raisons :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

E. Monitoring pour action	
<p>Q67. Quels sont les outils de collectes des données du PEV disponibles dans le centre ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q68. Si outils manquants, quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q69. Les rapports de vaccination du dernier trimestre sont-ils disponibles ? Vérifiez leur existence. Oui=1 ; Non=0</p>	
<p>Q70. Le centre dispose-t-il des diagrammes actualisés de suivi de la vaccination, correctement dessinés et affichés ? Vérifiez leur existence. Disponible=1 ; correctement dessinés=2 ; Affichés=3 Non=0 (plusieurs réponses sont possibles)</p>	
<p>Q71. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q72. Le chargé PEV participe-t-il aux réunions de monitorages mensuelles qu'organise le district ?</p> <p>Toujours=1 ; Souvent=2 ; Rarement=3 ; Jamais=4</p>	
<p>Q73. Quels sont les points inscrits à l'ordre du jour de ces réunions de monitorages mensuels ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Q74. Quelle était la couverture vaccinale DTC-HepB-Hib3 de la FOSA en fin de l'année précédente (Vérifier dans le rapport PEV de la FOSA) %
Q75. Quel était le taux d'abandon vaccinal DTC-HepB-Hib1-DTC-HepB-Hib3 de la FOSA en fin de l'année précédente (Vérifier dans le rapport PEV de la FOSA) %
Suggestions	
<p>Que suggérez-vous pour l'amélioration de la mise en œuvre des différentes composantes de l'approche ACD/ACE ?</p> <p>.....</p>	

Je vous remercie de votre disponibilité pour répondre à notre enquête.

Evaluation de la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque District » dans le District de Tandjoaré au Togo en 2018

QUESTIONNAIRE NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Consentement

*« Bonjour/bonsoir, je m'appelle....., je travaille pour **M. DJANDA Lorimpo**, stagiaire au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale au sein de la Division de l'Immunisation et il réalise une étude pour évaluer la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE dans le district. Je voudrais, si vous le permettez, m'entretenir avec vous et vous poser quelques questions sur ce sujet. Cet entretien va durer environ 15 minutes et je vous rassure que toutes les informations que nous allons recueillir seront confidentielles. »*

Puis-je commencer maintenant ? Oui /___/ Non /___/ **1. Oui : Continuer l'enquête 2. Non : Fin de l'enquête.**

I-Identification

<p>Q1. Numéro/___/___/</p>	<p>Q2. District: _____</p>	<p>Q3. Nom de la Formation Sanitaire : _____</p>
<p>Q4. Milieu de résidence /___/ (1=urbain, 2=rural)</p> <p>Q5. Sexe : 1=masculin ; 2=féminin /___/</p>	<p>Q6. Date de l'enquête : /___/___//___/___/ 2018</p>	<p>Q7. Quelle responsabilité vous occupez dans votre communauté.</p> <p>Chef de village/canton=1</p> <p>ASC=2</p> <p>Membre de COGES=3</p> <p>Membre de CVD=4</p> <p>Autre leader d'opinion=4</p> <p>Réponse :</p>
<p>Collaboration avec les services de vaccination</p>		<p>Réponses</p>
<p>Q8. Les membres de votre communauté participent-ils au processus d'élaboration du micro plan de la FOSA ? Oui=1 et Non=0</p> <p>Si non aller à la question Q11.</p>		
<p>Q9. Si oui, de quel type de micro plan les membres de votre communauté participent-ils ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Q10. Qui sont ceux qui ont participé à cette élaboration de microplan ?.....</p> <p>Et comment ?</p>		

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q11. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q12. Les membres de votre communauté sont-ils impliqués dans la programmation des séances de vaccination de routine ? Oui=1 et Non=0 Si non aller à Q15.</p>	
<p>Q13.Si oui pouvez-vous me donner les dates de la dernière programmation ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q14. Qui sont ceux qui ont participé à cette programmation?.....</p> <p>.....</p> <p>Et comment ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q15. Si non quelles sont les raisons ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Q16. Existe-t-il des relais communautaires ou ASC dans votre communauté qui sont formés sur la vaccination de routine dans votre aire de santé? Oui=1 et Non=0</p>	

Q17. Le centre a-t-il organisé une réunion au cours du dernier trimestre pendant laquelle la vaccination et les autres services de SSP ont fait l'objet de débats avec la participation des membres de votre communauté ? Oui=1 et Non=0	
Q18. Si non quelles sont les raisons ?	

Je vous remercie de votre disponibilité pour répondre à notre enquête.

7.4 Annexe 4 : Autorisation du ministre

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CABINET
SECRETARIAT GENERAL *au*
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES *H*
Division Formation et Renforcement des Capacités du Personnel *me*
N° 023 /2018/MSPS/CAB/SG/DRH/DFRCP Lomé, le 25 JAN. 2018

NOTE DE SERVICE
=====
(Portant autorisation de stage)

Monsieur Lorimpo DJANDA, de nationalité togolaise, étudiant en formation en master 1 en développement, spécialité « santé internationale » à l'Université Senghor d'Alexandrie en Egypte, est autorisé à effectuer un stage de trois (03) mois valable du 02 mai au 31 juillet 2018 à la division de l'immunisation à Lomé.

Au cours de son stage, l'intéressé aura à collecter les données nécessaires pour la rédaction de son mémoire de fin de formation.

Ampliations

MSPS/CAB	1
SG	1
DRH	1
DLMPSP	1
DGAS	1
Dv* immunisation	1
Intéressé	1

Le Ministre de la santé et de la protection sociale



**Professeur
Moustafa MIJIYAWA**