



OMV

Guide de planification

pour réduire les
occasions manquées de vaccination



Organisation
mondiale de la Santé

Le Département Vaccination, vaccins et produits biologiques remercie les donateurs dont le soutien financier à objet non désigné a permis la production du présent document.

Guide de planification pour réduire les occasions manquées de vaccination [Planning guide to reduce missed opportunities for vaccination]

ISBN 978-92-4-251294-6

© Organisation mondiale de la Santé 2017

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

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

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

Suggested citation. Citation suggérée. Guide de planification pour réduire les occasions manquées de vaccination [Planning guide to reduce missed opportunities for vaccination]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

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

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

Imprimé en Suisse.



OMV

Guide de planification

pour réduire les
occasions manquées de vaccination



Organisation
mondiale de la Santé

**Pour plus
d'informations, visitez:**

[http://www.who.int/immunization/
programmes_systems/policies_strategies/MOV/fr/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/fr/)



Table des matières

Préface	ii
Acknowledgements	iii
Acronymes	iv
À propos de ce document	v

Introduction 1

Qu'est-ce qu'une occasion manquée de vaccination (OMV) ?	1
Qu'est-ce que la stratégie OMV ?	2
De quelle manière la stratégie OMV peut-elle améliorer la couverture vaccinale ?	2
Dans quelle mesure la couverture vaccinale pourrait-elle être améliorée grâce à une réduction des OMV ?	3
Quels sont les principes fondamentaux de la stratégie OMV ?	4
Quelles sont les étapes de mise en œuvre de la stratégie OMV ?	5

ÉTAPE 1 Planifier une évaluation des OMV 7

ÉTAPE 2 Se préparer pour l'évaluation et garantir l'engagement des interventions de suivi 11

ÉTAPE 3 Effectuer le travail sur le terrain pour l'évaluation rapide des OMV 24

ÉTAPE 4 Analyser les données préliminaires et identifier les principaux thèmes 26

ÉTAPE 5 Réfléchir aux interventions proposées et élaboration d'un plan de travail pour la mise en œuvre 29

ÉTAPE 6 Débriefing avec la direction du MDS et les partenaires de vaccination sur les prochaines étapes proposées 32

ÉTAPE 7 Mettre en œuvre les interventions 35

ÉTAPE 8 Fournir une supervision coopérative et surveiller la progression 37

ÉTAPE 9 Effectuer une évaluation rapide sur le terrain des résultats ou de l'impact des interventions (12 à 18 mois plus tard) 40

ÉTAPE 10 Intégrer dans des plans de vaccination à long terme pour garantir la pérennité des gains 42

Annexe

Annexe A. Tableau de synthèse de la stratégie OMV	A-1
Annexe B. Estimation de la taille de l'échantillon pour l'évaluation quantitative de l'ampleur des OMV dans une population cible donnée	B-1
Annexe C. Exemple de budget pour l'évaluation des OMV	C-1

Préface

Les occasions manquées de vaccination (OMV) comprennent toute visite d'un enfant (ou d'un adulte) remplissant les conditions requises pour la vaccination dans un établissement de santé qui n'aboutit pas à l'injection de toutes les doses de vaccins pour lesquelles ce dernier remplit les conditions.

Dans le monde entier, les programmes nationaux de vaccination continuent à chercher des stratégies alternatives qui puissent leur permettre d'explorer les raisons de la stagnation de la couverture vaccinale et concevoir des stratégies personnalisées pour les traiter. Cette série de documents propose une stratégie supplémentaire aux outils à disposition du gestionnaire de programme au niveau national et infranational. Grâce à son approche englobant différentes méthodes participatives, elle fournit un guide détaillé sur la manière de conduire une analyse ascendante des causes fondamentales des goulots d'étranglement dans les programmes de vaccination afin de concevoir des stratégies adaptées pour les traiter. Lorsqu'elles sont appliquées correctement, les méthodes décrites dans ces guides peuvent potentiellement entraîner une augmentation de la couverture vaccinale et de l'équité de la vaccination et améliorer le respect des délais de vaccination.

La stratégie OMV ne doit pas être considérée comme un projet autonome ou séparé, mais plutôt comme un complément aux approches existantes de microplanification et d'amélioration de programmes comme l'approche « Atteindre tous les districts » (RED). La stratégie OMV est conçue comme un effort d'amélioration des services à l'échelle du système de santé, axé aussi bien sur la vaccination que sur d'autres services de santé.

Ce document fait partie d'un document en trois parties, conçues pour être utilisées ensemble.

Vous trouverez les mises à jour et les outils sur la stratégie OMV, sur le site:

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/fr/.

Remerciements

Ce document a été développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et a été rédigé au siège de l'OMS par Ikechukwu Udo OGBUANU, du département Vaccination, vaccins et produits biologiques.

Nous remercions nos collègues ayant contribué à la préparation de ce document grâce à leur appui indéfectible à la stratégie, à leurs idées et à leur aide dans la révision des premières ébauches, comprenant (dans l'ordre alphabétique) : Blanche-Philomene Melanga ANYA (OMS-AFRO), Laura CONKLIN (US-CDC), Danni DANIELS (US-CDC), Michael FAVIN (MCSP/JSI), Rebecca FIELDS (JSI), Tracey GOODMAN (OMS-HQ), Terri HYDE (US-CDC), Anyie LI (US-CDC), Joseph OKEIBUNOR (OMS-AFRO), Ana Maria Henao RESTREPO (OMS-HQ), Stephanie SHENDALE (OMS-HQ), Lora SHIMP (MCSP/JSI), Robert STEINGLASS (MCSP/JSI), Aaron WALLACE (US-CDC), Kathleen A. WANNEMUEHLER (US-CDC) and Kirsten WARD (US-CDC).

Nous remercions spécialement les nombreuses organisations et partenaires qui ont contribué au développement de ces documents grâce à leur participation à la plate-forme de coordination des partenaires OMV (dans l'ordre alphabétique) : Agence de Médecine Préventive (AMP), the Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF), United States Centers for Disease Control and Prevention (US-CDC), the Clinton Health Access Initiative (CHAI), Gavi, the Vaccine Alliance, John Snow International (JSI), Médecins San Frontières (MSF), the Pan-American Health Organization (PAHO), VillageReach, UNICEF, ainsi que les Ministères de la Santé de 18 pays en Amérique, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est.

Lors de la réunion d'avril 2016, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination a revu les résultats initiaux des pays pilotes en OMV et a apporté une contribution précieuse à cette méthodologie afin d'en faciliter le déploiement sur le plan de la programmation et la mise en œuvre pour les pays en fonction de leurs différents niveaux de développement. De même, les comités consultatifs de l'OMS ont revu les premières ébauches et nous ont fait part de critiques constructives : le comité consultatif sur la recherche pour la mise en œuvre de la vaccination et des vaccins (IVIR-AC) et le comité consultatif sur les pratiques vaccinales (IPAC).

Pour finir, nous souhaiterions remercier spécifiquement nos collègues des Ministères de la Santé et des bureaux régionaux de l'OMS au Tchad et au Malawi pour nous avoir permis d'effectuer des essais pilotes de cette méthodologie dans leurs pays respectifs en 2015. L'expérience acquise au cours de ces essais pilotes nous a aidé à affiner et finaliser la méthodologie, telle qu'elle est présentée dans cette série de documents.

Acronymes

AFR	Région africaine de l’OMS
AMR	Région américaine de l’OMS
CAP	connaissances, attitudes et pratiques
CCIA	Comité de coordination Inter Agences
CEI	conseil d’examen institutionnel
DGR	discussions de groupe de réflexion
DTC3	dose 3 du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
DVD-MT	outil de gestion des données de vaccination du district
EA	entretien approfondi
EDS	enquêtes démographiques et de santé
EGIM	enquête par grappes à indicateurs multiples
ES	établissement de santé
FRC	formulaire de rapport conjoint OMS/UNICEF
GPS	système mondial de localisation (Global Positioning System)
IPI	informations personnelles identifiables
MdS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMV	occasions manquées de vaccination
OSC	Organisations de la société civile
PAMV	plan d’action mondial pour les vaccins
PEV	Programme élargi de vaccination
PPAC	plan pluriannuel complet
RED	atteindre tous les districts (stratégie) (Reaching Every District)
RSSV	renforcement des systèmes de santé et de vaccination
SIGS	système d’information pour la gestion sanitaire
SISD2	système d’information sanitaire du district, version 2
SMT	outil de gestion de stock
TEE	taille d’échantillon effective
UNICEF	fonds d’urgence international des Nations unies pour les enfants
VAR	vaccin contenant le virus de la rougeole
WUENIC	estimations de la couverture vaccinale nationale faites par l’OMS et l’UNICEF

À propos de ce document

Ce guide de planification est conçu pour aider les décideurs et les gestionnaires de programmes de district intéressés par l'utilisation de la stratégie des occasions manquées de vaccination (OMV) afin d'améliorer la couverture vaccinale et l'administration des vaccins en réduisant le nombre d'occasions manquées de vaccination.

Ce guide fournit une vue d'ensemble de la stratégie OMV complète :

1. **Des informations générales** sur la manière dont la réduction du nombre d'occasions manquées peut aider à fournir des vaccins d'importance vitale à un grand nombre de personnes et d'enfants qui n'ont reçu aucune dose (non vaccinés) ou qui ne sont pas complètement vaccinés (vaccinés partiellement ou à qui il manque des doses) ;
2. **Les étapes de planification** et d'exécution d'une évaluation d'OMV et la **méthode d'analyse et de déclaration des résultats** ;
3. **Un guide sur la manière d'utiliser les résultats d'une évaluation d'OMV pour concevoir et mettre en œuvre des interventions** visant à réduire les occasions manquées de vaccination.



Ce guide de planification est le premier des trois documents sur les OMV qui ont été développés pour être utilisés ensemble :

1. Le Guide de planification pour réduire les occasions manquées de vaccination

(le présent document) : Destiné à être utilisé par les décideurs et les gestionnaires de programme aux niveaux national et infranational, ce manuel propose une vue d'ensemble de la stratégie OMV, qui comprend une évaluation de l'ampleur et des causes des occasions manquées, suivie des interventions spécifiques dans le système de santé visant à réduire de telles occasions manquées afin d'augmenter la couverture vaccinale et d'améliorer le respect des délais de vaccination.



2. Méthodologie pour l'évaluation des occasions manquées de vaccination

(« Méthodologie ») : Ce manuel fournit des instructions détaillées, une méthodologie standard et des outils pour la conduite du travail sur le terrain [comprenant des questionnaires pour les entretiens de sortie des établissements de santé et des questionnaires relatifs aux connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des agents de santé], et des instructions détaillées sur la manière de conduire des entretiens approfondis et des discussions de groupe de réflexion. Bien qu'il soit préférable dans certains pays d'obtenir une estimation de la proportion des occasions manquées dans les établissements de santé, l'objectif majeur du travail d'évaluation sur le terrain est de construire une argumentation solide en faveur de la réduction des OMV en amenant plusieurs partenaires de vaccination nationaux à identifier et traiter ce problème. Les séances de réflexion menées à la suite du travail sur le terrain sont destinées à atteindre cet objectif.



Remarque : Dans certaines situations, il n'est pas nécessaire d'effectuer l'évaluation standard des OMV décrite dans cette méthodologie. Les pays, les districts ou les établissements de santé peuvent disposer de preuves empiriques ou pré-documentées de l'existence des occasions manquées, et il est possible qu'il y ait déjà un soutien suffisant pour réduire les occasions manquées en tant que stratégie d'amélioration de la couverture vaccinale, et de l'équité des vaccinations. Dans de telles circonstances, les programmes peuvent passer à la mise en œuvre directe d'interventions localement adaptées pour réduire les occasions manquées dans les districts affectés ou les établissements de santé, en utilisant les conseils fournis dans le *Guide d'intervention* décrit ci-dessous.

3. Guide d'intervention pour réduire les occasions manquées de vaccination

(« Guide d'intervention ») : Ce guide propose des conseils pratiques pour traduire les résultats des évaluations des OMV en plans d'action pratiques. Cela comprend : une liste des raisons fréquentes des OMV, une vue d'ensemble des interventions potentielles visant à réduire les OMV, un exemple d'outils de travail et d'autres matériels à utiliser au niveau des établissements de santé, des conseils pour les activités et les processus d'exploration et de conception d'interventions localement adaptées pour réduire les OMV. Le *Guide d'intervention* peut également être utilisé comme un guide autonome pour la planification des actions visant à réduire les OMV dans les établissements de santé sélectionnés, même lorsqu'aucune évaluation complète des OMV n'a été effectuée.



Tous les documents MOV et les outils d'appui peuvent être trouvés à :

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/fr/

Introduction

Qu'est-ce qu'une occasion manquée de vaccination (OMV) ?

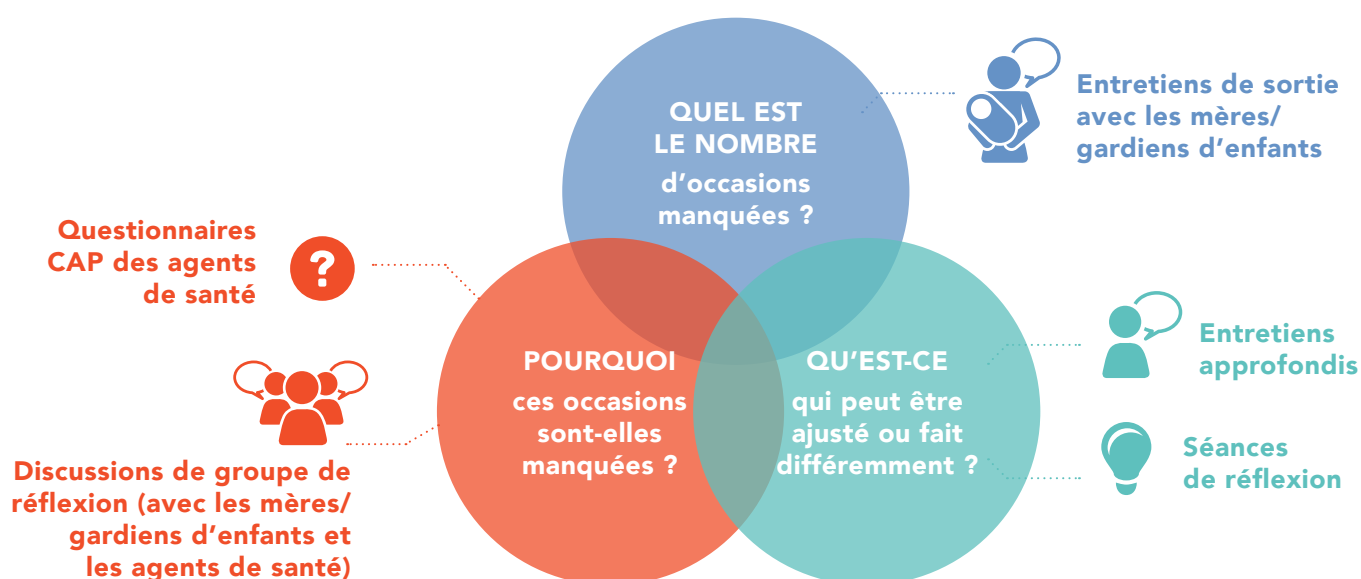
Les occasions manquées de vaccination (OMV) comprennent toute visite d'un enfant (ou d'un adulte) remplissant les conditions requises pour la vaccination (non vacciné, partiellement vacciné, non à jour et ne présentant aucune contre-indication à la vaccination) dans un établissement de santé qui n'aboutit pas à l'injection de toutes les doses de vaccins pour lesquelles ce dernier remplit les conditions.

La couverture vaccinale mondiale est restée constante à environ 80 % depuis 2006. Cela signifie qu'un cinquième de la cohorte de naissances mondiales annuelles n'est pas vacciné avec le DTC3. Les récents appels à « atteindre le 5e enfant » par le biais des services de sensibilisation sont basés sur l'hypothèse selon laquelle le 5e enfant n'a absolument aucun accès aux services de santé. Cependant, les précédentes revues documentaires et analyses de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suggèrent qu'une certaine proportion de ces enfants non vaccinés peut déjà avoir accès aux services de vaccination et de soin. La stratégie OMV propose des efforts « de proximité » concertés en plus de la sensibilisation afin d'identifier et de réduire au quotidien les occasions manquées de vaccination au niveau des établissements de santé.

La stratégie OMV répond à trois questions essentielles :

1. **Quel est le nombre** d'occasions de vaccination manquées au niveau des sites de vaccination existants ?
2. **Pour quelle raison** ces occasions de vaccination sont manquées dans les différents sites de vaccination ?
3. **Qu'est-ce qui peut être ajusté ou effectué différemment** (ex. : politiques, comportements, changements organisationnels ou structurels) pour que nous ne manquions plus aucune occasion de vaccination ?

FIGURE 1. Questions essentielles posées par la stratégie OMV



La plupart des occasions manquées sont dues au non-respect des politiques et procédures établies. Les précédentes évaluations des OMV suggèrent plusieurs raisons courantes d'occasions de vaccination manquées dans les établissements de santé. Elles comprennent : 1) le manquement ou l'incapacité des agents de santé à sélectionner les patients admissibles ; 2) les contre-indications de vaccination perçues par les soignants et les parents ; 3) les pénuries de vaccins ; 4) les programmes cliniques rigides qui séparent les services curatifs des zones de vaccination ; et 5) l'opposition des parents ou de la communauté aux vaccinations.

Avec l'introduction de nombreux nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination, les occasions de vaccination ainsi que les occasions de rattrapage des vaccinations tardives lors de visites médicales de routine ont aussi augmenté.

Qu'est-ce que la stratégie OMV ?

La stratégie OMV a pour but de réduire les occasions manquées de vaccination et donc d'augmenter la couverture vaccinale en améliorant l'utilisation des sites de vaccination existants (dans les centres de santé, les hôpitaux, les services mobiles ou les services de sensibilisation, etc.). La réduction des OMV améliorera également le respect des délais de vaccination et l'efficacité de la prestation de services sanitaires en général. Elle assurera également la promotion des synergies entre les services de traitement et les programmes préventifs au niveau des établissements de santé.

De quelle manière la stratégie OMV peut-elle améliorer la couverture vaccinale ?

La stratégie OMV crée un système permettant à chaque enfant ou personne pouvant être vacciné qui se rend dans un établissement de santé ou dans un centre de santé mobile (pour n'importe quelle raison) de recevoir les vaccins nécessaires au cours de sa visite.

Des occasions manquées de vaccination peuvent se produire :

1. Durant les visites aux établissements de santé ou aux centres de santé mobiles **pour la vaccination** (« contact de vaccination »)
2. Durant les visites aux établissements de santé ou aux centres de santé mobiles **pour des soins curatifs** (ex. : traitement des fièvres légères, de la toux, de la diarrhée, des blessures ; « contact de traitement ») ;
3. Au cours de visites aux établissements de santé ou centres de santé mobiles pour d'**autres services de prévention** (ex. : contrôle de la croissance, évaluations nutritionnelles, séances de formation à la réhydratation orale, etc.) ; et
4. Lors de l'accompagnement d'un membre de la famille à un centre de santé pour tout type de service.

Dans quelle mesure la couverture vaccinale pourrait-elle être améliorée grâce à une réduction des OMV ?

La réduction des OMV peut contribuer à la réalisation de l'objectif du plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) à l'horizon 2020, à savoir « une couverture nationale de 90 % et une couverture de 80 % dans tous les districts ou dans toutes les unités administratives équivalentes pour tous les vaccins du programme national de vaccination. »

Une analyse menée en 2014¹ à l'aide des données des récentes enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes en grappe à indicateurs multiples (EGIM) a estimé les gains potentiels en couverture si les enfants en contact avec les services de santé recevaient les doses de vaccin(s) normalement programmées. À titre d'exemple, la réduction des OMV pourrait éventuellement améliorer de 10 % la couverture des vaccins Penta3/DTC3, selon le pays (Tableau 1). **Au niveau infranational (ex. : districts ou établissement à faible rendement), ces gains en couverture pourraient être plus importants, allant parfois jusqu'à 30 %.**

TABLEAU 1 WUENIC et couverture de DTC3 projetée pour l'année 2013 par pays si les occasions manquées de vaccination étaient entièrement éliminées

PAYS	WUENIC DTC3 (2013)*	NOUVEAU DTC3 PRÉVU (2013)**	POURCENTAGE DE GAIN EN COUVERTURE PRÉVU
Bénin	69	77	8 %
Cambodge	92	95	3 %
RDC	72	80	8 %
Ghana	90	92	2 %
Inde	72	84	12 %
Kenya	76	81	5 %
Liberia	89	95	6 %
Malawi	89	96	7 %
Mozambique	78	92	14 %
Niger	70	80	10 %
Sierra Leone	92	97	5 %
Tanzanie	91	99	8 %
Ouganda	78	89	11 %
Zambie	79	88	9 %

Notes du tableau 1 :

* Estimations de la couverture vaccinale nationale faites par l'OMS et l'UNICEF.

** En utilisant les estimations (issues des récentes EDS et EGIM) du pourcentage d'enfants sous-vaccinés ou non vaccinés qui se sont présentés dans des établissements de santé pour obtenir un traitement contre la toux, la fièvre et la diarrhée au cours des deux semaines précédentes, nous avons estimé ce qu'aurait pu être la couverture nationale du DTC3 si ces visites médicales avaient été utilisées pour administrer à ces enfants tous les vaccins pour lesquels ils sont éligibles. Ces visites médicales ont été considérées comme des occasions manquées uniquement parce que le retard de vaccination de la dose de vaccin dépassait 3 mois et qu'il n'y avait aucune contre-indication à la vaccination.

¹ Données non publiées. Analyse de l'OMS concernant les gains potentiels en couverture si les occasions manquées étaient éliminées à l'aide des données des EDS, des EGIM et d'autres données auxiliaires.

² Estimations de la couverture vaccinale nationale faites par l'OMS et l'UNICEF

De récentes évaluations sur le terrain menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur l'ampleur des OMV en Amérique (AMR) (2014) et en Afrique (AFR) (2015) ont indiqué **que 23 % à 96 %** des enfants éligibles qui se sont rendus dans des établissements de santé pour se faire vacciner ou recevoir des soins de santé en sont repartis sans recevoir les doses de vaccin dont ils avaient besoin. Ce sont des enfants qui ont déjà été contactés par les services de santé (et qui ne font pas nécessairement partie des populations mal desservies ou « difficiles d'accès »). Il est inacceptable de manquer l'occasion de vacciner ces enfants alors qu'ils sont déjà présents dans l'établissement de santé ou le site de sensibilisation.

Quels sont les principes fondamentaux de la stratégie OMV ?

PRINCIPE N° 1. Mettre l'accent sur la mise en œuvre des mesures au niveau local où la plupart des motifs d'occasions manquées de vaccination sont identifiés

La stratégie OMV est basée sur une approche ascendante dans le cadre de laquelle les informations concernant les raisons des OMV sont obtenues auprès des prestataires de service et des utilisateurs des services de santé, au niveau des établissements de santé. La stratégie a recours à une approche de recherche participative pour obtenir l'engagement du personnel local et des utilisateurs et tirer profit de leur savoir et de leurs expériences afin de résoudre les problèmes identifiés. Lorsque les agents de santé et les communautés locales prennent leurs responsabilités et s'engagent pour la réduction des occasions manquées, l'impact sur le nombre d'enfants vaccinés est positivement amélioré.

PRINCIPE N° 2. Souligner le leadership du pays

Les évaluations des OMV ne doivent pas être effectuées par un établissement universitaire comme des projets de recherche autonomes. Tous les efforts doivent être consentis pour amener l'équipe responsable du Programme Élargi de Vaccination (PEV) du Ministère de la Santé (Mds) à intégrer la stratégie OMV à ses plans de perfectionnement du programme et à optimiser les processus, les politiques et les mécanismes des services sanitaires. Afin d'obtenir des gains à long terme dans chaque pays, la stratégie OMV commence par une évaluation entreprise par le pays pour découvrir les motifs des occasions manquées de vaccination. Elle apporte ensuite des solutions aux problèmes spécifiques identifiés par des interventions locales adaptées. La stratégie OMV est conçue pour être économique et pragmatique. Elle doit être soutenue au niveau national et infranational et mise en œuvre et gérée par le personnel des établissements de santé.

PRINCIPE N° 3. Utiliser les plates-formes déjà existantes et créer des synergies

La stratégie OMV doit être intégrée aux autres plans et activités en cours dans le pays qui visent à améliorer la couverture vaccinale de routine et à améliorer l'équité en matière de couverture et la rapidité d'exécution de la vaccination. Lorsque cela est possible, la stratégie OMV peut être incorporée aux activités de renforcement des systèmes de santé afin de tirer avantage des synergies avec les autres services et programmes ne portant pas sur la vaccination. La stratégie OMV ne doit pas être considérée comme un projet autonome ou séparé, mais plutôt comme un complément aux approches existantes de microplanification et d'amélioration de programme telles que l'approche « Atteindre tous les districts » (RED)³. La stratégie OMV met un accent particulier sur l'amélioration de la prestation de

³ www.who.int/immunization/programmes_systems/service_delivery/red/en/ (disponible qu'en anglais)

services, tout particulièrement dans le cadre de l'établissement de santé. Cet accent particulier mis sur les établissements de santé a pour but d'améliorer la gestion, l'organisation et l'intégration de la prestation de services au plus bas niveau possible. Par conséquent, la couverture des autres services de santé primaires peut également être améliorée.

PRINCIPE N° 4. Investir dans une supervision et une surveillance durables

La réduction des OMV implique un investissement dans la surveillance régulière de la couverture et une supervision coopérative fréquente de la part des supérieurs hiérarchiques au sein du système de santé. Il est important de surveiller le nombre d'enfants vaccinés, de le comparer d'un mois à l'autre et de comparer les mêmes mois d'une année à l'autre. Tous les établissements doivent effectuer le suivi mensuel de la couverture vaccinale à l'aide des tableaux de bord standard. Ces tableaux de bord doivent être suffisamment grands pour être affichés et visibles pour tous les utilisateurs de l'établissement de santé. Ils doivent également faire l'objet d'un examen au cours des rencontres communautaires. (Consulter le [Guide d'intervention sur les OMV](#) pour obtenir un exemple de tableau de bord).

Quelles sont les étapes de mise en œuvre de la stratégie OMV ?

Dix étapes composent la stratégie OMV, chacune conduisant à la suivante. Ces 10 étapes sont résumées ci-dessous :

PLANIFIER ET PRÉPARER	
ÉTAPE 1	Planifier une évaluation et une intervention OMV
ÉTAPE 2	Se préparer pour l'évaluation et garantir l'engagement pour les interventions de suivi
TRAVAIL SUR LE TERRAIN	
ÉTAPE 3	Effectuer le travail sur le terrain pour l'évaluation rapide des OMV
ÉTAPE 4	Analyser les données préliminaires et identifier les principaux thèmes
ÉTAPE 5	Réflexion sur les interventions proposées et élaboration d'un plan de travail pour la mise en œuvre
ÉTAPE 6	Débriefing avec la direction du MDS et les partenaires de vaccination sur les prochaines étapes proposées
METTRE EN ŒUVRE ET SURVEILLER	
ÉTAPE 7	Mettre en œuvre les interventions
ÉTAPE 8	Fournir une supervision coopérative et surveiller la progression
ÉTAPE 9	Effectuer une évaluation rapide sur le terrain des résultats ou de l'impact des interventions (12 à 18 mois plus tard)
ÉTAPE 10	Intégrer dans des plans à long terme pour garantir la pérennité des gains

Le présent *Guide de planification* décrit les principales mesures à prendre à chaque étape et les enseignements tirés des expériences nationales. Les dix étapes sont également classées en :

- 1. Étapes à effectuer par l'équipe de planification** (« l'équipe responsable de la stratégie OMV) au niveau national ou infranational :
 - Étapes 1 et 2
 - Étapes 7 à 10
- 2. Étapes à effectuer par les équipes de terrain** responsables de l'exécution et de l'analyse des évaluations :
 - Étapes 3 à 6.

Une synthèse des 10 étapes de la stratégie OMV, y compris les personnes responsables, les délais recommandés, le détail des tâches à faire à chaque étape et les résultats escomptés, est disponible à l'Annexe A.

FIGURE 2. Les 10 étapes de la stratégie OMV



Planifier une évaluation des OMV

QUI	 Le Ministère de la Santé et l'équipe responsable de la stratégie OMV avec l'aide de tous les partenaires de vaccination nationaux
QUAND	2 à 4 mois avant le travail sur le terrain
TÂCHE 1.1	 Décider si une stratégie OMV est nécessaire
TÂCHE 1.2	 Obtenir un soutien de haut niveau du Ministère de la Santé (Mds)
TÂCHE 1.3	 Identifier le coordonnateur d'évaluation et les membres de l'équipe responsable de la stratégie OMV [de préférence multipartenaire ; peut être un sous-comité du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) ou un organisme similaire]
TÂCHE 1.4	 Identifier les sources de financement de l'intérieur et/ou de l'extérieur du programme du PEV
TÂCHE 1.5	 Préparer un calendrier des activités et l'inclure dans le plan de travail annuel du PEV, avec l'approbation du CCIA ou d'un organisme similaire

1.1 Décider si une stratégie OMV est nécessaire

Les causes des OMV et les interventions visant à les réduire varient considérablement d'un pays à l'autre. L'expérience montre que la stratégie et les outils OMV sont applicables à tous les programmes de vaccination à faible, moyenne et grande couverture. Chaque pays doit évaluer de manière critique les conclusions de ses récents examens des programmes de vaccination et décider si le traitement des OMV sera une stratégie utile pour accroître la couverture vaccinale et le respect des délais de vaccination.

1

2

3

1.2 Obtenir un soutien de haut niveau du Ministère de la Santé (MdS)

Une fois la tâche 1.1 terminée, le programme du PEV doit élaborer un plan détaillé pour obtenir un soutien de haut niveau du MdS. Ce soutien est normalement obtenu en faisant des présentations aux dirigeants du MdS qui comprend, entre autres : une liste de certains des problèmes connus du programme de vaccination et la manière dont la stratégie OMV pourrait fournir des solutions permettant d'améliorer aussi bien les services de vaccination que les autres services ; une liste des sources de financement possibles comme une future demande de Renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSSV) ou des fonds similaires. Cette tâche est essentielle pour la phase post-évaluation, lorsque de nouvelles activités et des changements de politiques peuvent nécessiter un soutien politique de haut niveau pour une mise en œuvre et un financement durables.

4

5

6

7

8

9

10

Identifier le *coordonnateur d'évaluation* et les membres de l'*équipe responsable de la stratégie OMV* [de préférence multipartenaire ; peut être un sous-comité du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) ou un organisme similaire]

1.3

L'identification des « champions des OMV » et la création d'une « Équipe responsable de la stratégie OMV » au début de la phase de planification sont l'une des étapes cruciales du succès. Le coordonnateur de l'évaluation peut être le gestionnaire du programme du PEV ou un autre fonctionnaire du MdS ou d'autres partenaires de vaccination. En principe, l'équipe responsable de la stratégie OMV doit être composée d'un représentant de chacun des principaux partenaires de vaccination (par exemple une personne du MdS, de l'OMS, de l'UNICEF, etc.). Une équipe de 3 à 5 personnes est idéale. L'équipe responsable de la stratégie OMV n'a pas besoin de former un nouveau comité. Elle pourrait être un sous-comité ou un groupe de travail du CCIA ou d'un organisme similaire.

Avec le soutien de l'équipe responsable de la stratégie OMV, le coordonnateur de l'évaluation est responsable de la promotion de la stratégie OMV lors des différentes rencontres de haut niveau du MdS et de la coordination de la logistique et du financement de la mise en œuvre parmi les partenaires de vaccination. Il est également appelé à diriger le rapport après l'évaluation, à diffuser le plan de travail lors des séances de réflexion et à mener la mise en œuvre d'activités à long terme visant à réduire les OMV.

Besoins en ressources humaines typiques pour effectuer une évaluation des OMV :

- Coordonnateur de l'évaluation
- Équipe responsable de la stratégie OMV (3 à 5 membres ; équipe multipartenaire)
- Équipes de terrain (10 à 20 intervieweurs, deux par équipe ; 5 à 10 superviseurs)
- Gestionnaire de données
- Spécialiste en sciences sociales (si possible) ou une personne habituée aux méthodes de recherche qualitative

TÂCHE

1.4

Identifier les sources de financement de l'intérieur ou de l'extérieur du programme du PEV

Bien que le coût du travail sur le terrain relatif aux OMV ne soit pas très élevé, il est nécessaire d'identifier les sources potentielles de financement pour le travail sur le terrain ainsi que pour les interventions post-évaluation. Il s'agit de s'assurer que la stratégie OMV peut être pleinement mise en œuvre. La réalisation de l'évaluation des OMV et la détermination des causes des OMV (étapes 3 à 6) sans soutenir la mise en œuvre et le suivi des interventions ou des actions correctives (étapes 7 à 10) constituent un échec de la stratégie. Pour le financement à long terme des interventions et des activités de supervision, explorer les synergies avec les programmes existants (financés) et/ou d'autres plateformes (par exemple les fonds RSSV) pour améliorer la pérennité. Les sources extérieures au programme du PEV, comme les services de planification familiale, les services prénataux et les programmes nutritionnels, peuvent offrir des possibilités de financement synergique dans certains contextes.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Préparer un calendrier des activités et l'inclure dans le plan de travail annuel du PEV, avec l'approbation du CCIA ou d'un organisme similaire

La dernière tâche de la phase de planification consiste à s'assurer que le CCIA ou un organisme similaire de haut niveau appuie les activités proposées. De nombreux pays ont systématiquement des plans de travail annuels de PEV surchargés. L'expérience acquise par les pays montre que l'inclusion de l'évaluation et des interventions OMV dans un plan de travail annuel du PEV et, le cas échéant, le plan pluriannuel complet (PPAC), augmentent considérablement les chances de consacrer suffisamment de temps et de ressources à sa mise en œuvre.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



Se préparer pour l'évaluation et garantir l'engagement des interventions de suivi

QUI	 équipe responsable de la stratégie OMV, MDS et autres principaux partenaires de vaccination
QUAND	1 à 2 mois avant le travail sur le terrain
TÂCHE 2.1	✓ Recueillir, compiler et passer en revue les informations disponibles sur le programme de vaccination, y compris les examens récents des programmes et les estimations de couverture
TÂCHE 2.2	✓ Décider de l'ampleur des travaux OMV (dans tout le pays ou seulement dans certains districts à faible couverture)
TÂCHE 2.3	✓ Le cas échéant, sélectionner les zones infranationales pour le travail sur le terrain
TÂCHE 2.4	✓ Convenir de la taille de l'échantillon, du nombre de personnes sur le terrain et du nombre de jours pour le travail sur le terrain nécessaires
TÂCHE 2.5	✓ Finaliser le budget pour le travail d'évaluation sur le terrain
TÂCHE 2.6	✓ Préparer un projet de budget pour les interventions post-évaluation
TÂCHE 2.7	✓ Partager le plan avec le CCIA ou l'organisme approprié (et les partenaires) pour son approbation finale
TÂCHE 2.8	✓ Préciser si une approbation éthique est nécessaire et commencer le processus.
TÂCHE 2.9	✓ Examiner les questionnaires génériques et, si nécessaire, les adapter au contexte du pays et au calendrier de vaccination
TÂCHE 2.10	✓ Si nécessaire, conclure les arrangements pour la traduction des questionnaires et du matériel de formation mis à jour dans la (les) langue(s) locale(s)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Recueillir, compiler et passer en revue les informations disponibles sur le programme de vaccination, y compris les examens récents des programmes et les estimations de couverture

Le cas échéant, les données administratives de routine [telles que les données de l'outil de gestion des données de vaccination du district (DVD-MT), de l'outil de gestion des stocks (SMT) et du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS)], les enquêtes récentes sur la couverture et les rapports d'évaluation du programme sont indispensables à la préparation des évaluations des OMV. Ceux-ci peuvent s'avérer utiles dans la hiérarchisation des districts ou des types d'établissements de santé pour les interventions ciblées. L'examen de ces rapports et des sources de données peut également permettre d'identifier les OMV comme un enjeu du programme de vaccination ou de préparer et focaliser le travail de terrain sur des problèmes spécifiques ou des régions géographiques.

Les éléments de données à examiner peuvent indiquer si le pourcentage d'enfants entièrement vaccinés est inférieur à la couverture du Penta3 ou du VAR1, le nombre de doses administrées par mois, le nombre de jours de rupture de stock par antigène et les ruptures de stock de seringues, d'outils d'enregistrement ou d'autres dispositifs d'injection. Bien que la qualité des données de bon nombre de ces sources ne soit pas toujours élevée, les informations fournies peuvent confirmer l'existence des OMV, permettant ainsi d'orienter le travail sur le terrain vers certains districts ou de souligner des questions supplémentaires devant éventuellement être intégrées aux questionnaires (p. ex la politique et la pratique de rattrapage si un enfant ne reçoit pas l'un des antigènes à cause d'une rupture de stock).

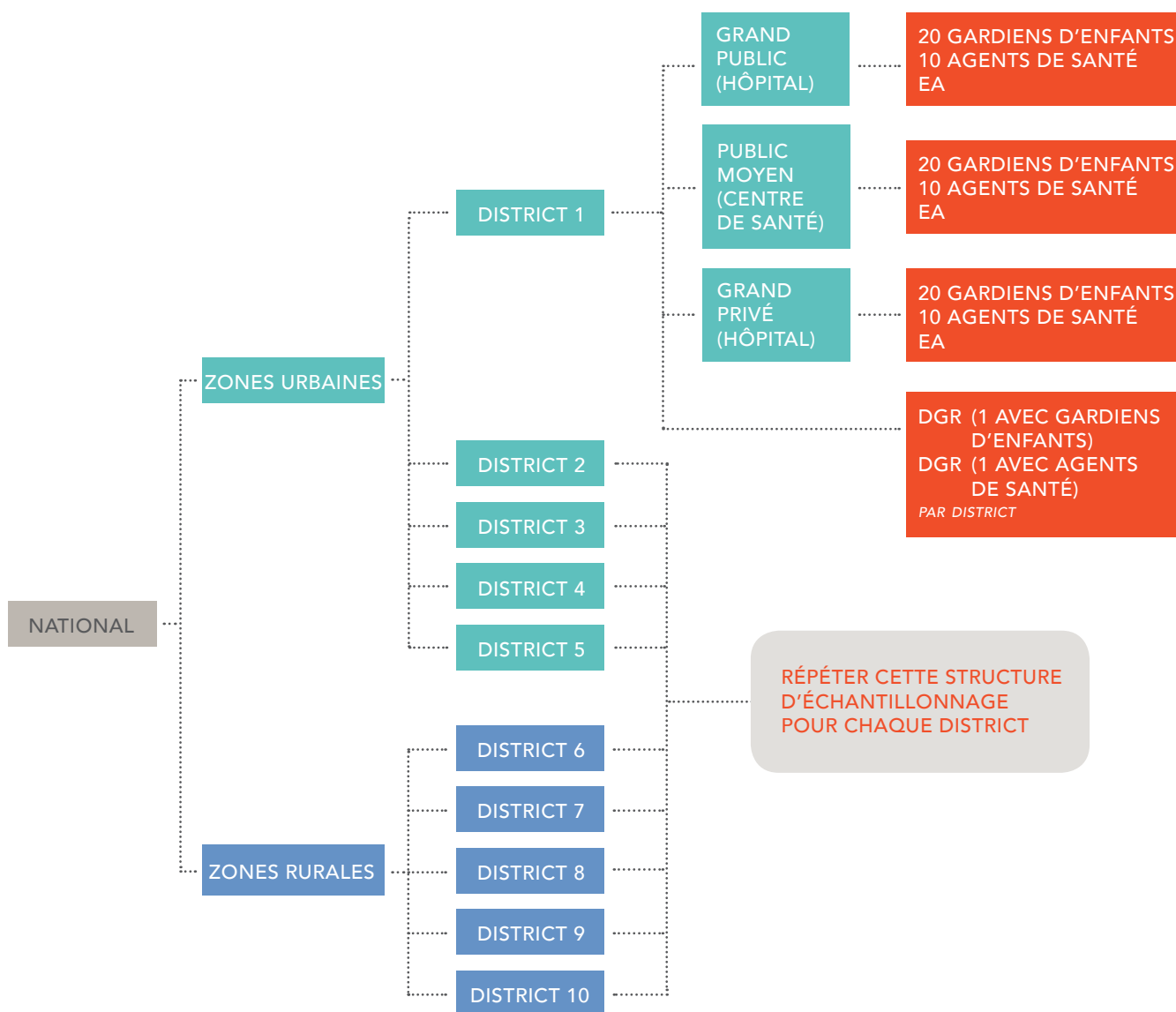
Les ressources supplémentaires, telles que l'approche du Renforcement des systèmes de santé des districts de l'UNICEF qui fournit des orientations pour la gestion et la surveillance fondées sur les faits au niveau du district ainsi que l'utilisation des cartes de pointage et des outils d'analyse des goulots d'étranglement intégrés à la plate-forme du SISD2, doivent également être consultées, le cas échéant. Les récentes évaluations des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des agents de santé⁴ qui ont peut-être été effectuées dans le pays peuvent également éclairer sur les causes des occasions manquées. S'ils sont disponibles, ces rapports doivent être étudiés au cours de la phase de planification pour identifier les domaines d'intervention.

⁴ Consultez le Guide d'étude des interactions entre les agents de santé et les gardiens d'enfants lors de la vaccination (OMS, 2017) disponible à l'adresse suivante (disponible en anglais) : http://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/

TÂCHE
2.2 Décider de la portée des travaux relatifs aux OMV
[partout dans le pays ou seulement dans
le(s) district(s) sélectionné(s)]

La méthodologie OMV est adaptable à différents niveaux du système de santé. Alors que les solutions aux problèmes identifiés sont en grande partie applicables au point de prestation de services, les politiques et directives nationales peuvent parfois nécessiter modification. Bien que les évaluations puissent être effectuées dans un nombre limité de districts ou d'établissements de santé sentinelles, les interventions de suivi peuvent être étendues à l'échelle nationale. La figure 3 montre un exemple de sélection de districts multiples dans le cadre d'un échantillon national.

FIGURE 3. Exemple d'échantillonnage pour une évaluation organisée à l'échelle nationale
(Total n = 600 gardiens d'enfants et 300 agents de santé)



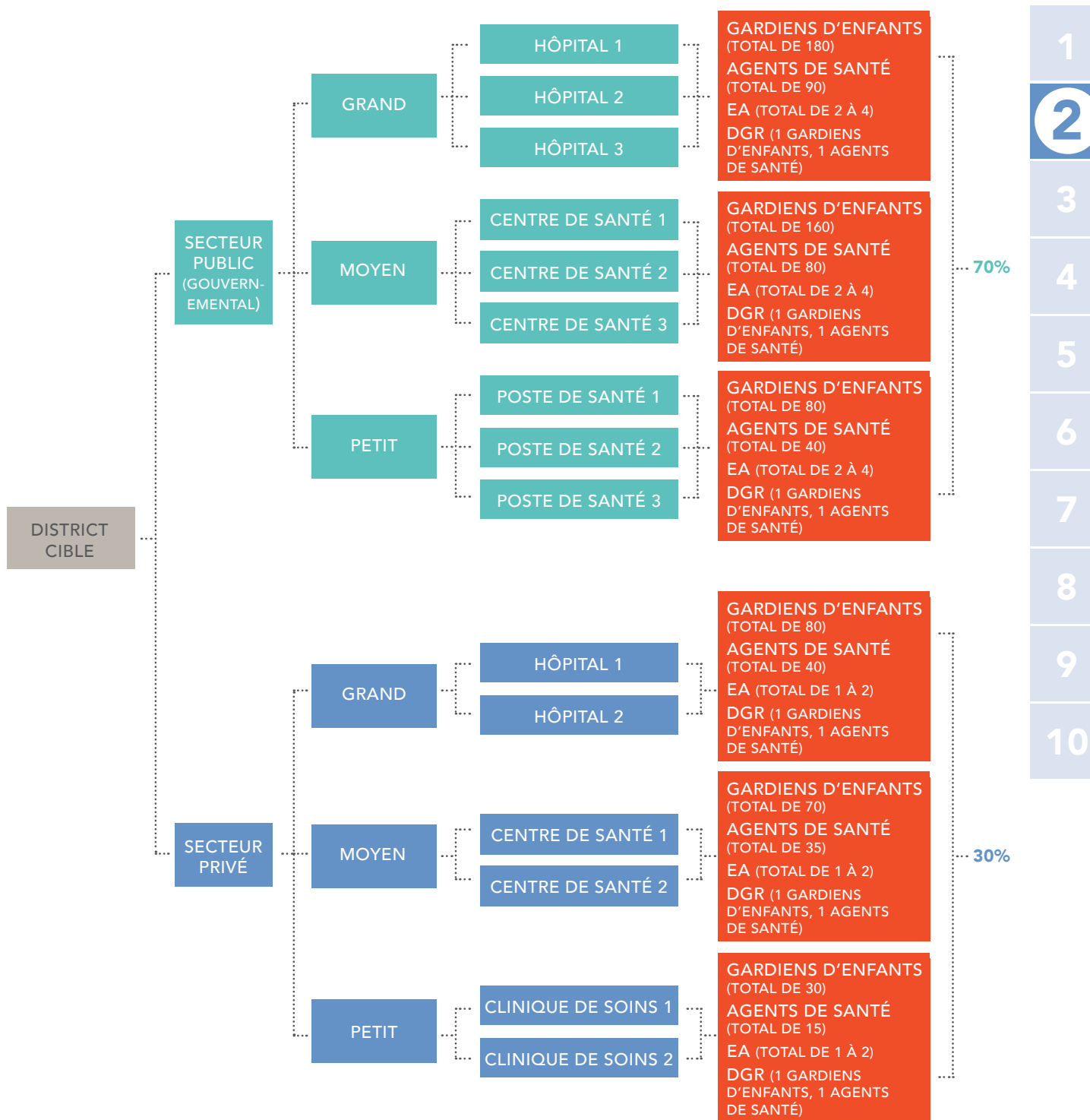
Le cas échéant, sélectionner les zones infranationales pour le travail sur le terrain

Certains pays peuvent choisir les districts les plus grands ou les moins performants comme sujets des évaluations d'OMV et des interventions sur les OMV en supposant que cela permettrait d'obtenir les meilleurs résultats et d'utiliser au mieux les ressources limitées dont ils disposent. La figure 4 montre l'exemple d'un pays qui a choisi le district le plus grand pour l'évaluation des OMV. Le MdS envisage d'étendre plus tard les interventions à d'autres districts après la phase de preuve de concept dans le district le plus grand.



FIGURE 4. Exemple d'échantillonnage au sein d'UN district

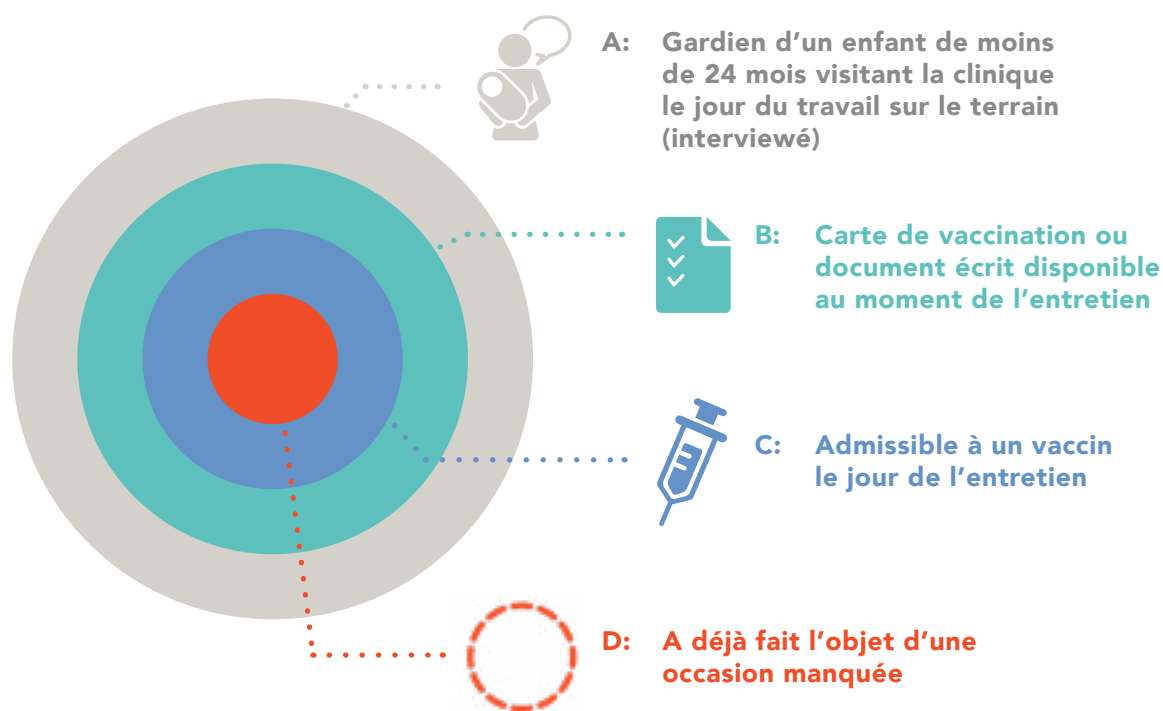
Remarque : Les équipes doivent parcourir autant d'établissements de santé que nécessaire pour obtenir la taille d'échantillon voulue, visant 70 % d'établissements publics et 30 % d'établissements privés de divers types et de diverses tailles



TÂCHE 2.4 Convenir de la taille de l'échantillon, du nombre d'équipes de terrain requises et du nombre de jours à dédier au travail sur le terrain

La Tâche 2.4 fournit des conseils à l'Équipe responsable de la stratégie OMV sur la conception de sondage recommandée et les considérations relatives à la taille de l'échantillon en mettant l'accent sur une approche programmatique pour la facilitation des interventions visant à réduire les OMV.

FIGURE 5. Conception du sondage : Estimations d'intérêt potentielles



Selon les besoins du programme de vaccination, les estimations d'intérêt potentielles peuvent inclure :

1. Pourcentage de gardiens d'enfants interviewés possédant une carte ou un document disponible pour les enfants de moins de 24 mois = **B / A**
2. Pourcentage de gardiens d'enfants interviewés dont l'un des enfants était admissible à un vaccin (c'est-à-dire le pourcentage admissible à une occasion manquée) = **C / A**
3. Pourcentage de gardiens d'enfants interviewés possédant les documents nécessaires et dont l'un des enfants était admissible à un vaccin = **C / B**
4. Pourcentage de parents/gardiens d'enfants interviewés dont l'un des enfants a fait l'objet d'une occasion manquée = **D / A**
5. Pourcentage de parents/gardiens d'enfants interviewés possédant les documents nécessaires et dont l'un des enfants a fait l'objet d'une occasion manquée = **D / B**
6. Pourcentage d'enfants admissibles à une occasion manquée et qui ont fait l'objet d'une occasion manquée = **D / C**

Le troisième objectif du PAMV consistant à étendre équitablement la vaccination à tout le monde implique que chaque personne reçoive tous les vaccins auxquels elle est admissible. La stratégie « Atteindre toutes les communautés » telle que décrite dans le Plan d'action mondial pour les vaccins appelle à « une compréhension des obstacles à l'accès et à l'utilisation de la vaccination ». Le présent Guide des OMV décrit une stratégie axée sur l'atteinte de tous les enfants à toutes les occasions grâce à une évaluation et un plan d'action visant à réduire les occasions manquées de vaccination. Dans cet environnement, toutes les occasions manquées sont problématiques.

L'Équipe responsable de la stratégie OMV doit d'abord se demander si l'évaluation quantitative d'un paramètre de population est nécessaire. Une estimation précise de l'ampleur des OMV changera-t-elle les mesures résultantes prises en termes de portée ou d'échelle ? En cas de réponse négative, le respect des directives générales suivantes peut permettre de capturer des données d'information sur l'existence ou non d'occasions manquées et la raison de ces occurrences. Les établissements de santé peuvent être échantillonnés intentionnellement ou de manière aléatoire en fonction de la population cible et des objectifs de l'évaluation.

Si l'Équipe responsable de la stratégie OMV estime que l'évaluation quantitative des événements d'OMV est nécessaire pour une planification efficace, alors une conception de sondage appropriée doit être envisagée. La conception de l'objectif d'estimation d'un paramètre de population avec une précision donnée doit commencer par le calcul de la taille de l'échantillon. **L'Annexe B** fournit des conseils sur le calcul de la taille de l'échantillon et le choix d'une conception d'échantillonnage des objectifs d'estimation d'un paramètre de population dans une population cible bien définie. Cependant, la section suivante donne des conseils sur la conception du sondage à des fins programmatiques.

Considérations relatives à la taille de l'échantillon : Approche programmatique

Les conseils suivants proposent une conception simplifiée à des fins programmatiques.

L'équipe responsable de la stratégie OMV peut choisir de procéder à une évaluation au niveau national, régional ou au niveau du district. Dans chaque cas, un échantillon cible de 600 entretiens (de sortie) avec des mères/gardiens d'enfants et de 300 entretiens avec des agents de santé doit être prélevé pour l'analyse des causes des OMV. Dans les systèmes de santé à faible disponibilité des fiches conservées à domicile (cartes de vaccination), des échantillons plus importants peuvent être requis. Si le temps et les ressources le permettent, un plus grand échantillon permettra de mener des sous-analyses plus détaillées telles que l'estimation des occasions manquées par antigène vaccinant, âge, raison de la visite dans l'établissement de santé et autres sous-classifications démographiques.

Les décisions concernant la taille et la portée de l'échantillon dépendront probablement du temps et des ressources financières et humaines. En règle générale, chaque équipe de deux intervieweurs devrait effectuer au moins 31 entretiens par jour (20 entretiens de sortie, 10 avec des agents de santé et 1 entretien approfondi avec un informateur principal). En outre, chaque équipe doit conduire au moins une ou deux discussions de groupe de réflexion (DGR) au cours du travail sur le terrain. Elles peuvent donc être organisées à des jours différents.

Les DGR doivent être organisées dans des établissements différents de ceux qui abritent les entretiens. Sur la base de ce calendrier des activités à mener sur le terrain et du nombre de jours disponibles pour le travail sur le terrain, les distances à parcourir et le terrain dans différents pays, l'Équipe responsable de la stratégie OMV doit pouvoir déterminer le nombre d'intervieweurs et de superviseurs nécessaires pour constituer les équipes de terrain. Chaque fois que possible, les intervieweurs et les superviseurs doivent être partiellement issus du MdS et d'autres partenaires nationaux de vaccination au lieu d'être tous issus d'un établissement universitaire ou d'un institut de recherche.

- La méthodologie actuelle utilise l'approche pragmatique de la triangulation de données provenant d'entretiens qualitatifs (discussions de groupe de réflexion et entretiens approfondis) pour compenser les lacunes (perçues) dans les données
- Un effort concerté doit être fait pour étaler la collecte de données sur plusieurs établissements de santé. Cela permet de saisir une partie de la variabilité des occasions manquées

L'approche de l'échantillonnage programmatique a été simplifiée pour réaliser ce qui suit :

1. **Réduire la charge** de l'évaluation en réalisant le travail sur le terrain en trois jours maximum. La limitation du nombre de jours dédiés aux travaux sur le terrain peut introduire un biais systématique par rapport à l'évaluation des OMV dans les établissements de taille plus réduite où les services de PEV sont moins fréquents et le nombre de patients servis quotidiennement plus réduit. Cependant, la triangulation des données des entretiens approfondis réduira l'impact de ce biais ;
2. **Minimiser le coût** du travail sur le terrain et attribuer les fonds restants à la mise en œuvre des interventions visant à réduire les occasions manquées ;
3. **Prioriser « l'identification » et la sensibilisation** aux OMV comme un problème plutôt que de calculer une « estimation » statistiquement précise (avec un faible intervalle de confiance) ;

Les pratiques recommandées suivantes amélioreront la solidité de la conception de l'évaluation :

1. Étaler la collecte de données sur plusieurs établissements de santé uniques (par exemple, 20 entretiens dans chacun des 30 établissements de santé [n = 600], au lieu de 40 entretiens dans chacun des 15 établissements de santé [n = 600]) ;
2. Dans la mesure du possible, évaluer un mélange d'établissements de santé en termes de **taille** (petit/moyen/grand), de **type** (privé/public) et d'**emplacement** (rural/urbain), etc.
3. Si le secteur privé [praticiens privés, organisations de la société civile (OSC), organisations confessionnelles, etc.] fournit des services de vaccination dans la région géographique en cours d'évaluation, l'Équipe responsable de la stratégie OMV doit s'assurer de **prendre en compte un nombre d'établissements de santé privés proportionnel dans l'évaluation**. Lorsque cette proportion est inconnue, l'Équipe responsable de la stratégie OMV doit viser une cible de **30 %** de l'échantillon total de l'évaluation.
4. Effectuer un nombre fixe d'entretiens dans chaque établissement de santé sélectionné :
 - 10 entretiens de sortie avec des parents/gardiens d'enfants de 0 à 11 mois ;
 - 10 entretiens de sortie avec des parents/gardiens d'enfants de 12 à 23 mois ;
 - 10 questionnaires relatifs aux CAP des agents de santé (dirigés par l'intervieweur ou auto-administrés) ;
5. Chercher à discuter avec les mères/gardiens d'enfants venant dans l'établissement pour diverses raisons :
 - Si possible, un mélange équilibré des personnes venant pour la vaccination et pour d'autres services serait idéal.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

La sélection du district devrait être effectuée par l'Équipe responsable de la stratégie OMV. En gardant à l'esprit que les résultats de l'évaluation des OMV ne sont pas destinés à être représentatifs sur le plan national, un minimum de 25 % des districts ou comtés (au moins 8 à 10 en général) ou d'autres subdivisions administratives doivent être inclus. Dans la mesure du possible, la sélection des districts ou comtés doit couvrir l'ensemble des domaines géographiques et des services (y compris les zones rurales ou urbaines, publics ou privés, la taille des installations et le niveau de performance de chaque district ou établissement).

L'échantillonnage des établissements de santé est volontaire. Au sein de chaque district, l'Équipe responsable de la stratégie OMV présélectionnera au moins trois établissements de

TABLEAU 2 Sélection des districts d'évaluation dans le pays X
(8 à 10 districts sélectionnés)

DISTRICTS URBAINS (4 OU 5)			DISTRICTS RURAUX (4 OU 5)		
ES gouvernemen- tamental (grand)	ES gouvernemen- tamental (petit ou moyen)	ES Privé	ES gouvernemen- tamental (grand)	ES gouvernemen- tamental (petit ou moyen)	ES Privé
Entretiens de sortie	Entretiens de sortie	Entretiens de sortie	Entretiens de sortie	Entretiens de sortie	Entretiens de sortie
n=10 (0 à 11 mois)	n=10 (0 à 11 mois)	n=10 (0 à 11 mois)	n=10 (0 à 11 mois)	n=10 (0 à 11 mois)	n=10 (0 à 11 mois)
n=10 (12 à 23 mois)	n=10 (12 à 23 mois)	n=10 (12 à 23 mois)	n=10 (12 à 23 mois)	n=10 (12 à 23 mois)	n=10 (12 à 23 mois)
Questionnaires relatifs aux CAP	Questionnaires relatifs aux CAP	Questionnaires relatifs aux CAP	Questionnaires relatifs aux CAP	Questionnaires relatifs aux CAP	Questionnaires relatifs aux CAP
n=10 (agents de santé)	n=10 (agents de santé)	n=10 (agents de santé)	n=10 (agents de santé)	n=10 (agents de santé)	n=10 (agents de santé)
Entretien approfondi	Entretien approfondi	Entretien approfondi	Entretien approfondi	Entretien approfondi	Entretien approfondi
n=1 (informateur principal)	n=1 (informateur principal)	n=1 (informateur principal)	n=1 (informateur principal)	n=1 (informateur principal)	n=1 (informateur principal)
n = 2 par district (DGR avec les gardiens d'enfants ou les agents de santé)			n = 2 par district (DGR avec les gardiens d'enfants ou les agents de santé)		
Notes du tableau 2 :					
ES = Établissement de santé					

2.5 Finaliser le budget pour le travail d'évaluation sur le terrain

Un budget doit pouvoir être facilement élaboré sur la base des décisions de la tâche 2.4 (ci-dessus). Il est important d'inclure les coûts associés à la formation du personnel sur le terrain, à l'impression des documents et au transport quotidien pendant le travail sur le terrain. Un exemple de modèle de budget est fourni à l'Annexe C.

2.6 Préparer un projet de budget pour les interventions post-évaluation

Il est conseillé, à ce stade, de commencer les discussions préliminaires autour de différents scénarios de coûts pour les interventions post-évaluation potentielles, compte tenu des performances et des goulots d'étranglement connus du programme de vaccination. Les éventuels postes budgétaires peuvent comprendre la formation des agents de santé, l'impression de matériel promotionnel, l'impression d'outils de travail, l'impression d'affiches murales, le financement d'une supervision coopérative, la communication et la mobilisation sociale, etc.

Les bailleurs de fonds potentiels doivent être contactés au cours de la phase de planification. L'inclusion des bailleurs de fonds potentiels dans les phases de planification et d'évaluation accroît la probabilité qu'ils souhaitent financer les interventions nécessaires. Certains partenaires peuvent être plus actifs dans des districts donnés et désireux d'inclure ces districts dans l'échantillon d'évaluation. Ceci devrait être déterminé avant la phase d'évaluation.

2.7 Partager le plan avec le CCIA ou l'organisme approprié (et les partenaires) pour l'approbation finale

L'Équipe responsable de la stratégie OMV doit présenter le plan, le budget et les délais proposés au CCIA pour approbation. L'*objectif principal* de l'évaluation des OMV est d'utiliser les données et les résultats pour plaider et agir (par exemple adapter les politiques, les processus) et concevoir des mesures correctives qui réduiront les OMV. Un appui explicite de la part du CCIA ou d'un organe similaire est un facteur essentiel pour la mise en œuvre réussie des interventions.

TÂCHE

2.8 Préciser si une approbation éthique est nécessaire et commencer le processus de demande

Dans de nombreux pays, l'évaluation des OMV a été effectuée en tant qu'évaluation systématique du programme. Dans de telles situations, elle peut être exemptée de l'approbation éthique formelle. Cela doit être clarifié dès que possible avec l'organisme responsable. Si une approbation éthique officielle est nécessaire, le coordonnateur de l'évaluation doit adapter la méthodologie générique et les outils de collecte de données à la soumission en temps opportun au Conseil d'examen institutionnel (CEI).⁵

1

2

3

TÂCHE

2.9 Examiner les questionnaires génériques et, si nécessaire, les adapter au contexte du pays et au calendrier de vaccination

Sous la direction du coordonnateur de l'évaluation, l'Équipe responsable de la stratégie OMV doit examiner et adapter le questionnaire générique de l'entretien de sortie (*Méthodologie des OMV*, Annexe D) et questionnaire relatif au CAP des agents de santé (*Méthodologie des OMV*, Annexe E) au contexte du pays. De telles adaptations peuvent inclure la mise à jour des questionnaires génériques avec le calendrier local de vaccination, les classifications des établissements de santé et les qualifications professionnelles du personnel de santé. Pour maintenir la comparabilité des résultats avec les autres évaluations par pays, ces modifications doivent être réduites au maximum.



5

6

7

8

9

10

⁵ L'examen du CEI peut prolonger l'étape de planification d'un à deux mois. Ceci devrait être déterminé bien à l'avance.

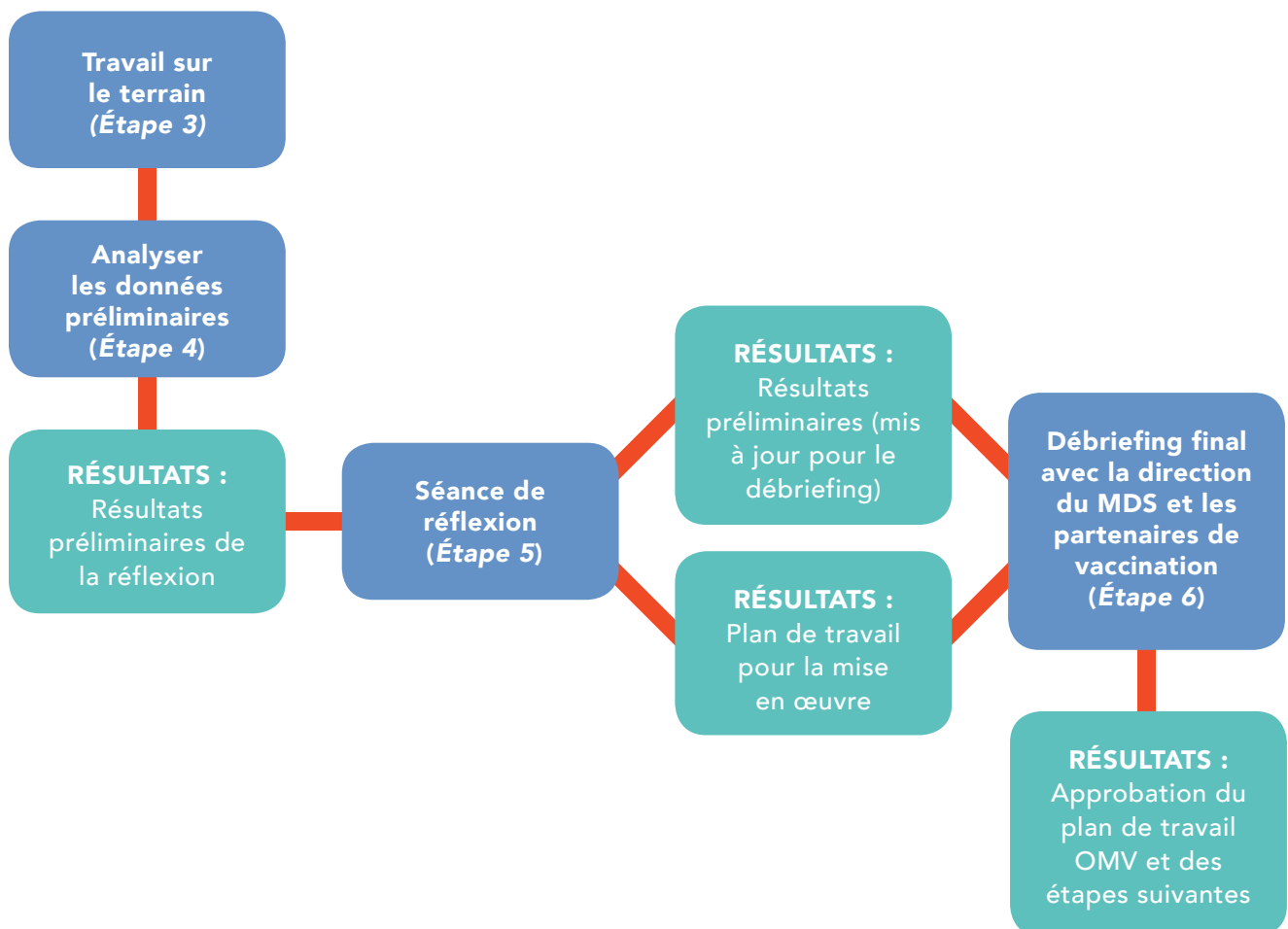
TÂCHE
2.10

Si nécessaire, conclure les arrangements pour la traduction des questionnaires et du matériel de formation mis à jour dans la (les) langue(s) locale(s)

Si nécessaire, la traduction de tous les instruments doit commencer le plus tôt possible. La formation ne peut pas commencer tant que la traduction n'est pas terminée et validée. Si une collecte électronique de données est prévue, alors un délai supplémentaire sera requis pour convertir les outils traduits en un format électronique et tester les plates-formes électroniques.

Les tâches d'exécution de l'évaluation (étapes 3 à 6) sont présentées sur les pages suivantes sous forme de synthèse. Une description détaillée de chaque tâche est fournie dans le document d'accompagnement, *Méthodologie pour l'évaluation des occasions manquées de vaccination (Méthodologie des OMV)*.

FIGURE 6. Les activités et les résultats sont décrits aux phases 3 à 6



- 1
- 2**
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Effectuer le travail sur le terrain pour l'évaluation rapide des OMV

1	QUI	 Le coordonnateur de l'évaluation, l'Équipe responsable de la stratégie OMV, le MdS et les partenaires de vaccination du pays
2		
3	QUAND	De 1 à 2 semaines, selon les besoins de formation et les distances de déplacement
4	TÂCHE 3.1	 Imprimer les questionnaires et/ou apprêter les tablettes électroniques ou les smartphones pour la collecte des données
5	TÂCHE 3.2	 Former les équipes de terrain (les superviseurs et les intervieweurs) au processus d'évaluation et à la logistique (3 jours)
6		
7	TÂCHE 3.3	 Mener des entretiens de sortie avec des mères ou des gardiens d'enfants de moins de deux ans dans les établissements de santé sélectionnés (2 à 3 jours, dans la matinée)
8		
9	TÂCHE 3.4	 Extraire les données de vaccination des registres des établissements de santé pour les enfants sans fiches conservées à domicile (dans l'après-midi, après les entretiens de sortie)
10	TÂCHE 3.5	 Diriger les questionnaires relatifs aux CAP (connaissances, attitudes et pratiques) des agents de santé (2 à 3 jours, dans l'après-midi)
	TÂCHE 3.6	 Mener des discussions de groupe de réflexion avec les parents ou les gardiens d'enfants (une demi-journée)
	TÂCHE 3.7	 Mener des discussions de groupe de réflexion avec les agents de santé (une demi-journée)
	TÂCHE 3.8	 Conduire les entretiens approfondis avec les principaux informateurs selon le nombre prédéterminé (cadres supérieurs et administrateurs des services de santé)

La stratégie OMV utilise une approche ascendante qui cherche à évaluer les raisons des occasions manquées ainsi que les interventions potentielles au point de vaccination. La stratégie d'évaluation utilise la triangulation à partir de plusieurs éléments d'évaluation, comme indiqué dans le schéma ci-dessous :

ÉTAPE 3: Schéma illustrant les contributions des éléments d'évaluation des OMV

RÉSULTATS ATTENDUS	ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION
Identifier l'ampleur, la portée et les causes des occasions manquées	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens de sortie des établissements de santé (entretiens menés par l'intervieweur) • Questionnaires relatifs aux CAP des agents de santé (dirigés par l'intervieweur ou auto-administrés) • Discussions de groupe de réflexion (avec les mères/gardiens d'enfants et les agents de santé) • Entretiens approfondis (avec les cadres supérieurs et les administrateurs des services de santé)
Identifier les interventions potentielles permettant de réduire les OMV	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions de groupe de réflexion (avec les mères/gardiens d'enfants et les agents de santé) • Entretiens approfondis (avec les cadres supérieurs et les administrateurs des services de santé) • Séances de réflexion des groupes de travail






Veuillez vous référer à la *Méthodologie des OMV* pour plus d'informations sur chacune des tâches composant l'élément d'évaluation des OMV.



ÉTAPE

4

Analyser les données préliminaires et identifier les principaux thèmes

1	QUI		Coordonnateur de l'évaluation, gestionnaire de données, expert qualitatif ou spécialiste des sciences sociales et représentants du MdS et des organisations partenaires
2			
3	QUAND		1 à 2 jours, juste après le travail sur le terrain
4			
5	TÂCHE 4.1		Enregistrer les données des questionnaires échantillonnés à des fins d'analyse, ou télécharger les données préliminaires depuis la plate-forme de collecte de données électronique
6	TÂCHE 4.2		Réunir les notes de l'animateur prises lors des entretiens qualitatifs (DGR et EA)
7			
8	TÂCHE 4.3		Effectuer une analyse rapide des données préliminaires afin d'identifier les principaux thèmes et les principaux résultats de la discussion à l'étape 5
9	TÂCHE 4.4		Préparer l'analyse détaillée des données complètes ainsi que le nettoyage des données
10			

TÂCHE
4.1

Enregistrer les données des questionnaires échantillonnés à des fins d'analyse, ou télécharger les données préliminaires depuis la plate-forme de collecte de données électronique

La collecte des données doit commencer pendant le travail sur le terrain et prendre fin dès le retour des équipes au niveau central. Un gestionnaire de données ou le coordonnateur de l'évaluation est responsable de cette étape.

L'expérience acquise dans les pays qui ont achevé l'évaluation des OMV montre que cette étape est grandement facilitée par l'utilisation de plates-formes de collecte de données électroniques (tablettes électroniques ou smartphones). Dans la mesure du possible, l'utilisation de ces outils électroniques est encouragée. Si les données sont collectées sur des formulaires papier, un échantillon (aléatoire) de formulaires doit être saisi dans une base de données pour une analyse rapide afin de préparer les séances de réflexion (étape 5) et leur présentation au MDS et aux partenaires (étape 6). Les étapes 5 et 6 se déroulent généralement 1 à 2 jours après la fin du travail sur le terrain. Pour la première phase de l'analyse, un simple logiciel d'analyse tel que *Visual Dashboard* dans *Epi Info™* est idéal. Cela peut produire des fréquences simples et met automatiquement et facilement à jour des graphiques simples. Une analyse plus détaillée peut être effectuée plus tard à l'aide du logiciel *Stata®* ou *SAS®*.

TÂCHE
4.2

Réunir les notes de l'animateur prises lors des entretiens qualitatifs (DGR et EA)

Dans la mesure du possible, un spécialiste des sciences sociales doit faire partie de l'équipe de terrain. Il sera chargé de mener les entretiens qualitatifs. Le spécialiste des sciences sociales peut alors soumettre les résultats de l'analyse préliminaire et les notes textuelles importantes à inclure dans la présentation pour les séances de réflexion et de débriefing. En l'absence du spécialiste des sciences sociales, le coordonnateur de l'évaluation doit compiler les notes importantes et les thèmes abordés lors des discussions de groupe à cette fin.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Effectuer une analyse rapide des données préliminaires afin d'identifier les principaux thèmes et les principaux résultats de la discussion à l'étape 5

Le gestionnaire de données et le coordonnateur de l'évaluation doivent compiler les résultats préliminaires des différents éléments d'évaluation en un ensemble de diapositives de présentation.⁶ Il convient de souligner que ces données et résultats sont préliminaires. Cependant, l'expérience montre que les résultats finaux diffèrent rarement de façon marquée des conclusions tirées à cette étape. Il sera pratiquement impossible de déduire une « estimation » de la proportion d'enfants non pris en compte à ce stade de l'analyse. Cela nécessite un nettoyage plus poussé, un reclassement et un sous-groupage des données (Tâche 4.4).

1

2

3

4

Préparer l'analyse détaillée des données complètes ainsi que le nettoyage des données

L'analyse détaillée des données doit commencer dès que possible après le travail sur le terrain. Les résultats finaux doivent être utilisés dans la planification des interventions post-évaluation. Si l'analyse ne peut pas être effectuée dans le pays en raison de contraintes de temps et de capacité, elle doit être externalisée dès que possible. En cas d'externalisation, il convient de tout mettre en œuvre pour que les principaux acteurs du MdS soient pleinement impliqués tout au long de l'analyse et des phases de rédaction des rapports. Le rapport définitif et tous les documents associés doivent être rédigés en collaboration avec le MdS et préapprouvés par ce dernier.

6

7

8

9


10

⁶ Un exemple de jeu de diapositives « Résultats préliminaires de la réflexion » et des exemples de matériel de formation sont disponibles à l'adresse suivante (disponible en anglais) : www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/en/

ÉTAPE

5

Réfléchir aux interventions proposées et élaboration d'un plan de travail pour la mise en œuvre

QUI	 Coordonnateur de l'évaluation, équipes de terrain, direction du PEV au MdS et organisations partenaires	1
QUAND	1 jour, après le travail sur le terrain	2
		3
TÂCHE 5.1	<input checked="" type="checkbox"/> Présenter les données préliminaires de l'étape 4 et demander au groupe ses réactions	4
TÂCHE 5.2	<input checked="" type="checkbox"/> Faciliter une séance de réflexion sur les idées visant à réduire les OMV dans le(s) district(s) sélectionné(s) ou dans tout le pays	5
TÂCHE 5.3	<input checked="" type="checkbox"/> Élaborer un cadre détaillé, un plan de travail et un chronogramme pour réduire les OMV au cours des 6 à 12 prochains mois	6
TÂCHE 5.4	<input checked="" type="checkbox"/> Attribuer des rôles et des responsabilités à différents partenaires en utilisant le plan de travail de la Tâche 5.3, y compris en prévoyant un plan clair de surveillance, de suivi et d'évaluation	7
TÂCHE 5.5	<input checked="" type="checkbox"/> Proposer des systèmes, des possibilités et des activités existants pour assurer la participation communautaire pendant la phase d'intervention	8
		9
		10

Présenter les données préliminaires de l'étape 4 et demander au groupe ses réactions

Tous les participants à l'évaluation, ainsi que la direction du MdS et les principaux partenaires de vaccination, doivent se réunir pour discuter des données préliminaires compilées. Avant la présentation des résultats de l'analyse des données, chaque équipe de terrain doit commenter en quelques minutes son travail sur le terrain, y compris les difficultés rencontrées et les principales constatations qui n'ont peut-être pas été prises en compte par les questionnaires. Les bonnes pratiques remarquées dans les établissements de santé visités doivent également être soulignées et incluses par le Coordonnateur de l'évaluation dans les diapositives de débriefing et le rapport final.

1

2

3

4

Faciliter une séance de réflexion sur les idées visant à réduire les OMV dans le(s) district(s) sélectionné(s) ou dans tout le pays

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan d'action pour la réduction des OMV, les séances de réflexion doivent inclure :

- Une discussion sur les principales conclusions de l'évaluation des OMV pour identifier les principales causes des occasions manquées (plénière) ;
- Des séances de réflexion sur les interventions possibles pour traiter les causes identifiées (dans des groupes de travail de 3 à 5 personnes) ;
- Une liste ou un chronogramme des activités visant à réduire les OMV qui seront mis en œuvre au cours des 6 à 12 prochains mois (au sein de chaque groupe de travail de 3 à 5 personnes) :
 - » Chaque activité doit avoir un calendrier précis
 - » L'assistance technique pour chaque activité doit être attribuée à l'un des partenaires ayant un avantage comparatif dans cette zone de travail
 - » Dans la mesure du possible, les activités énumérées doivent tirer parti des sources de financement existantes et être alignées sur les plans nationaux actuels ;
- Une présentation de l'ébauche de plan d'action de chaque groupe de travail pour discussion (en plénière)



6

7

8

9

10

Élaborer un cadre détaillé, un plan d'action et un chronogramme pour réduire les OMV au cours des 6 à 12 prochains mois

Après la finalisation de la tâche 5.2, compiler les idées de tous les groupes de travail en une liste complète d'activités, de personnes responsables, de délais et des sources potentielles de financement. Inclure cette liste dans la présentation (étapes suivantes et activités de suivi).

Attribuer des rôles et des responsabilités à différents partenaires en utilisant le plan d'action de la Tâche 5.3, y compris en prévoyant un plan clair de surveillance, de suivi et d'évaluation



Veiller à ce que les partenaires de vaccination possédant une expertise dans différents aspects du programme soient prêts et capables d'assumer leurs rôles et responsabilités respectifs (p. ex. : communications, formation des agents de santé, perfectionnement ou diffusion des politiques, amélioration de la chaîne du froid, financement des interventions). Ceux-ci peuvent être davantage négociés suite au débriefing.



Proposer des systèmes, des possibilités et des activités existants pour assurer la participation communautaire durant l'intervention

La viabilité à long terme des programmes de vaccination exige une participation communautaire constante et une demande de la communauté en services de haute qualité. Les organisations de la société civile (OSC) et les comités de développement communautaire doivent être invités à la séance finale de débriefing (étape 6). Profiter de l'occasion pour solliciter leurs commentaires et leur aide pour mettre en œuvre les interventions proposées.

Débriefing avec la direction du MDS et les partenaires de vaccination sur les prochaines étapes proposées

1	QUI		Tous les partenaires de vaccination et les programmes associés (tels que la planification familiale, les services prénataux, la santé de la reproduction, etc.) sous la direction du Mds	
2				
3	QUAND		Une demi-journée après la séance de réflexion et l'élaboration du plan d'action de mise en œuvre	
4	TÂCHE		Présenter les objectifs sommaires de l'évaluation, le processus de travail sur le terrain et les résultats et recommandations préliminaires de l'étape 5	
5				6.1
6				6.2
7	TÂCHE		Présenter le plan d'action proposé et demander la rétroaction ou l'approbation du plan d'action par la direction du Mds santé et des partenaires	
8				6.3
9	TÂCHE		Au cours du débriefing, entamer des discussions sur le financement des interventions ou leur inclusion dans les plans d'amélioration existants de la vaccination ou du système de santé	
10				

TÂCHE 6.1 **Présenter les objectifs sommaires de l'évaluation, le processus de travail sur le terrain et les résultats et recommandations préliminaires de l'étape 5**

Les objectifs et les résultats des éléments d'évaluation et des districts couverts doivent être présentés dans un ensemble de diapositives PowerPoint. Plus de détails, voir *Méthodologie OMV*.

TÂCHE 6.2 **Présenter le plan d'action proposé et demander la rétroaction ou l'approbation du plan d'action par la direction du MdS et des partenaires**

Un temps suffisant doit être alloué à la discussion sur le plan d'action proposé. Les autres idées énoncées doivent être incluses et le plan d'action approuvé avant la conclusion de la séance de débriefing. Veuillez noter que tous les détails du plan d'action pour la réduction des OMV peuvent ne pas être entièrement développés au cours de la séance de débriefing. L'Équipe responsable de la stratégie OMV doit prendre des notes et continuer de peaufiner le plan au cours des semaines suivant la séance de débriefing.



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

TÂCHE **6.3** **Au cours du débriefing, entamer des discussions sur le financement des interventions ou leur inclusion dans les plans d'amélioration existants de la vaccination ou du système de santé**

Afin de s'assurer que les activités d'intervention proposées sont mises en œuvre en temps opportun, des discussions concrètes sur les nouvelles sources de financement ou la reprogrammation des fonds existants doivent être engagées au cours du débriefing. Les nouvelles idées visant à inclure la stratégie OMV dans les demandes de financement à venir doivent être explorées.





Les principaux résultats de l'étape 6 sont les suivants :

1. **L'approbation d'un plan d'action détaillé** pour la réduction des OMV avec des **délais de mise en œuvre clairs**.
2. **L'identification ou l'engagement du financement catalytique** ou des plans d'intégration avec les programmes existants
3. Des plans de **mobilisation sociale et de développement de matériels de communication**

Un plan d'action détaillé est essentiel pour garantir l'intégration des interventions proposées pour la réduction des occasions manquées au plan de travail du PEV. Il doit également servir de base à des discussions plus approfondies au niveau le plus élevé possible du MdS. La majorité des interventions proposées ne nécessiteront probablement pas de financements supplémentaires. Cela est particulièrement vrai pour la plupart des changements de pratique qui doivent avoir lieu au niveau de l'établissement de santé ou du point de vaccination. En réalité, ces changements de pratique peuvent être initiés immédiatement pendant que le plan de travail est encore en cours de discussion au niveau national. Davantage d'informations sont fournies dans le [Guide d'intervention sur les OMV](#).

Les tâches de mise en œuvre des interventions (étapes 7 à 10) sont présentées sur les pages suivantes sous forme de synthèse. Une description détaillée de chaque tâche est fournie dans le document d'accompagnement, [Guide d'intervention pour la réduction des occasions manquées de vaccination \(Guide d'intervention sur les OMV\)](#).

Mettre en œuvre les interventions

QUI	 <p>Le personnel des établissements de santé, l'Équipe responsable de la stratégie OMV et du MdS et les partenaires de vaccination</p>	1
QUAND	6 à 12 mois après la phase d'évaluation	2
TÂCHE 7.1	 <p>Sur la base des résultats de l'évaluation des OMV, mettre en œuvre des interventions portant sur des résultats spécifiques, p. ex. : de nouvelles formations adaptées ; utiliser les médias de masse pour créer une demande communautaire, etc.</p>	3
TÂCHE 7.2	 <p>Fournir des directives politiques, des guides, des aides à l'emploi et d'autres supports de communication au niveau national</p>	4
TÂCHE 7.3	 <p>Utiliser le Guide d'intervention sur les OMV comme point de départ, encourager des solutions locales ou personnalisées pour réduire les OMV dans chaque établissement de santé</p>	5
		6
		7
		8
		9
		10

TÂCHE
7.1

Sur la base des résultats de l'évaluation des OMV, mettre en œuvre des interventions portant sur des résultats spécifiques, p. ex. : de nouvelles formations adaptées ; utiliser les médias de masse pour créer une demande communautaire, etc.

Il est important que les interventions proposées pour réduire les OMV ciblent les problèmes qui ont été identifiés au cours de l'évaluation. Ces problèmes peuvent varier selon le district ou le type d'établissement de santé (par exemple urbain/rural ou public/privé). L'objectif général est de promouvoir les politiques de soutien, les directives fondées sur les faits relatives à la prestation de services, les prestataires de service et les gestionnaires capables, une solide logistique pour garantir la disponibilité des fournitures, et de stimuler l'acceptation générale de la vaccination aussi bien par les communautés que par les agents de santé.

TÂCHE
7.2

Fournir des directives politiques, des guides, des aides à l'emploi et d'autres supports de communication au niveau national

L'équipe responsable de la stratégie OMV doit collaborer avec le MdS et le CCIA pour élaborer ou réviser des politiques, des règlements et des directives traitant des questions spécifiques identifiées au cours de l'évaluation, p. ex. la vaccination des enfants âgés de plus de 12 ou 24 mois, la mise en œuvre de la politique de flacon multidoses, la lutte contre les fausses contre-indications, etc. Des mesures visant à assurer la mise en œuvre de ces politiques nouvelles ou mises à jour au point de vaccination doivent être prises, renforcées et mises en application au point de vaccination.

TÂCHE
7.3





Utiliser le Guide d'intervention sur les OMV comme point de départ, encourager des solutions locales ou personnalisées pour réduire les OMV dans chaque établissement de santé

Le *Guide d'intervention* sur les OMV fournit des conseils et des options pour les interventions au niveau national, du district ou de l'établissement de santé. Le *Guide d'intervention* sur les OMV doit aider l'Équipe responsable de la stratégie OMV à concevoir des solutions réalisables pour les différents niveaux du système de santé. Il propose également des suggestions en matière de supervision, de suivi et d'évaluation des activités proposées.

ÉTAPE

8

Fournir une supervision coopérative et surveiller la progression

QUI	 Le Ministère de la Santé et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination	1
QUAND	6 à 12 mois après la phase d'évaluation	2
TÂCHE 8.1	 Établir un plan clair de surveillance et de supervision	3
TÂCHE 8.2	 Fournir des fonds pour une supervision coopérative et des mesures correctives	4
TÂCHE 8.3	 Fournir des tableaux de bord et assurer la conformité avec les estimations affichées de la couverture mensuelle	5
		6
		7
		8
		9
		10

8.1 Établir un plan clair de surveillance et de supervision

Élaborer un plan de suivi et d'évaluation parallèlement à la conception de l'intervention et la planification de la mise en œuvre. Le suivi doit être considéré comme une partie intégrante de l'intervention et non effectué comme une activité séparée. Le suivi doit être axé sur : a) ce qui a été fait (p. ex. le nombre de formations organisées) et b) les résultats immédiats (résultats) de l'effort (p. ex. le nombre de personnes formées), avec un accent particulier sur ces derniers (suivi fondé sur les résultats). Lors de la détermination de l'élément à surveiller et de la manière de procéder à cette surveillance, prenez en compte les éléments suivants :

- les principales questions auxquelles vous souhaitez répondre grâce aux données de suivi
- les besoins ou aspirations de chacune des principales parties prenantes
- la charge de la collecte ou de la déclaration des données
- la disponibilité des données existantes qui seront directement affectées par l'intervention

Les indicateurs doivent être conçus sur la base d'un certain nombre de facteurs – voir la liste de vérification des indicateurs performants.⁷ Toutes les informations n'ont pas à être quantifiables ; les indicateurs peuvent également utiliser des données qualitatives.

Au cours des 6 à 12 premiers mois d'intervention, un accent particulier doit être mis sur la supervision coopérative continue. Les visites de supervision doivent être axées sur la mise en œuvre continue des interventions pour réduire les OMV et corriger tous les problèmes identifiés. Pour éviter les doubles emplois, le plan de surveillance et de supervision doit renforcer les systèmes de supervision existants chaque fois que possible. Ceux-ci doivent être systématisés et réguliers, de préférence mensuels et provenant du niveau directement supérieur du système de santé. L'équipe responsable de la stratégie OMV doit fournir des modèles de rapports aux niveaux plus élevés. Une méthode de classement doit également être établie pour les rapports ultérieurs et la rétroaction au personnel de santé affecté. Cependant, les visites de supervision ne doivent pas être simplement conçues pour les rapports aux niveaux supérieurs, mais plutôt pour soutenir les changements de pratique afin de réduire les OMV et d'améliorer la couverture vaccinale ainsi que l'efficacité globale de la prestation de services.

Cette étape doit être effectuée au cours des premières phases de l'intervention. En outre, elle est différente de l'évaluation rapide des résultats sur le terrain décrite dans l'étape 9 ci-dessous.



⁷ Une liste de vérification utile pour la sélection des indicateurs performants est disponible en ligne à l'adresse suivante : https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/Indicator_checklist.pdf (disponible qu'en anglais)

Fournir des fonds pour une supervision coopérative et des mesures correctives

La supervision et le suivi de la mise en œuvre des activités relatives aux OMV doivent tirer avantage des systèmes de supervision existants. Cependant, dans certains pays, un financement supplémentaire pour les visites de supervision peut être nécessaire au cours des phases initiales, visites qui doivent être budgétisées, le cas échéant. Si la supervision révèle qu'il est nécessaire de prendre certaines mesures correctives (p. ex. une formation supplémentaire, des outils de travail, etc.) le financement de la mise en œuvre de ces mesures doit également être pris en compte dans l'estimation du budget de l'intervention.

1

2

3

4

5

6

7

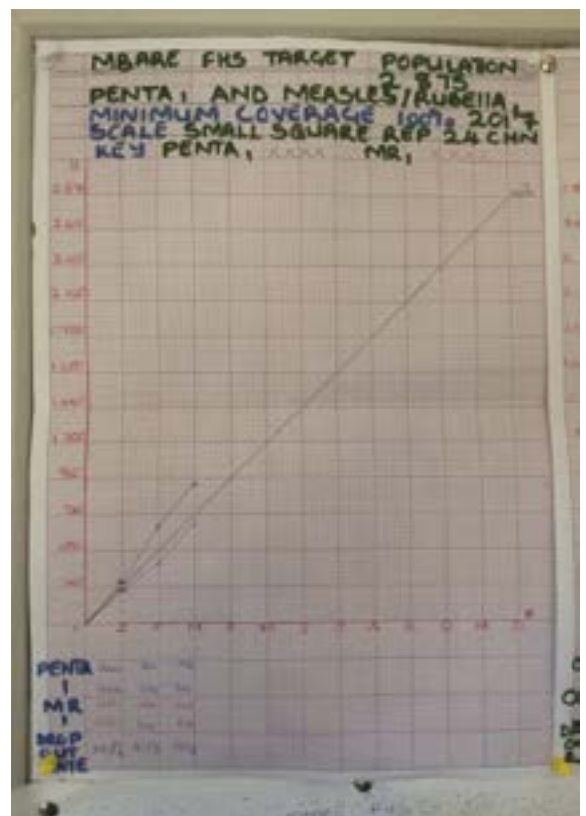
8

9

10

Fournir des tableaux de bord avec des estimations affichées de la couverture et assurer la conformité

La couverture administrative est l'une des méthodes de suivi du changement après la mise en œuvre de l'intervention. L'une des manières simples de réaliser cela consiste à mettre l'accent sur le **suivi du numérateur pour différents antigènes**, car cela suffit pour suivre les changements d'un mois à l'autre ou pour comparer les mêmes mois d'une année à l'autre. Des tableaux de bord clairs et faciles à utiliser doivent être imprimés et distribués à tous les établissements de santé. Les graphiques doivent fournir un espace vide pour la personnalisation, comme le nom de l'établissement ou du village, la date, etc. Plus d'informations sur cet aspect, y compris des exemples de tableaux de bord sont fournies dans le [guide d'intervention sur les OMV](#).



Effectuer une évaluation rapide sur le terrain des résultats ou de l'impact des interventions (12 à 18 mois plus tard)

1

WHO



Le Ministère de la Santé et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination

2

3

WHEN

12 à 18 mois après les étapes 7 et 8

4

5

TÂCHE
9.1

Après 12 à 18 mois de mise en œuvre des activités, effectuer une évaluation de l'efficacité des interventions dans certains établissements de santé

6

7

8

9

10

Après 6 à 12 mois de mise en œuvre des interventions et de la supervision coopérative, une réévaluation des OMV doit être effectuée dans un sous-ensemble aléatoire des établissements de santé d'origine (étape 3). Pour une bonne comparaison, cette évaluation doit utiliser une méthodologie similaire à celle de l'évaluation initiale ainsi que les mêmes outils. L'objectif est d'évaluer tous les **changements** dans les pratiques de prestation de services, la réduction des OMV et éventuellement la couverture vaccinale qui peuvent avoir eu lieu à la suite des interventions.

L'évaluation rapide sur le terrain doit chercher à évaluer les résultats intermédiaires associés aux interventions spécifiques comme les changements dans les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé ou les différences entre les thèmes soulevés par les éléments d'évaluation qualitative.

L'équipe responsable de la stratégie OMV doit veiller à ce que les résultats de cette évaluation soient largement diffusés et que les dirigeants du MDS soient mis au courant des résultats. Les domaines à renforcer doivent être identifiés et bénéficier d'un soutien supplémentaire. L'objectif à long terme est de s'assurer que la réduction des OMV devienne une composante régulière de la pratique clinique normale dans tous les établissements de santé aussi bien privés que publics.

S'il n'y a eu aucune intervention sur les OMV dans certaines régions du pays ou du district, ces endroits pourraient servir de témoins pour illustrer davantage l'impact des interventions sur la qualité du service et la couverture vaccinale. De même, le suivi mensuel de l'énumérateur d'année en année (avant et après l'intervention) peut être utilisé pour estimer les changements dans la couverture vaccinale avant et après l'intervention.

Étant donné la structure d'échantillonnage simplifiée des enfants (aléatoire, mais pratique) utilisée pour l'évaluation du taux d'OMV dans l'évaluation initiale, l'élimination complète du biais de sélection influençant les résultats peut ne pas être possible. Une simple évaluation des résultats programmatiques peut suffire à l'usage général de la plupart des pays. Cependant, ceux qui désirent investir des ressources supplémentaires pour une évaluation statistique plus étoffée peuvent envisager de le faire.

Des informations complètes sur la conception et l'exécution d'une évaluation appropriée des résultats, y compris des conseils sur l'échantillonnage, la gestion des facteurs de confusion potentiels et les méthodes de mesure des résultats intermédiaires, sont fournies dans le [*Guide d'intervention sur les OMV*](#).



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Intégrer dans des plans de vaccination à long terme pour garantir la pérennité des gains

1

QUI



Le Ministère de la Santé et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination

2

3

QUAND

En continu

4

5

TÂCHE
10.1

Pour assurer la pérennité, inclure des interventions visant à réduire les OMV dans les plans de vaccination à long terme (par exemple : PPAC et plan de travail annuel du PEV)

6

7

8

9

10

La stratégie OMV ne doit pas être conçue comme un projet autonome ou une activité ponctuelle dont le but est d'augmenter la couverture vaccinale. Il s'agit plutôt d'un effort d'amélioration des services à l'échelle du système de santé axé sur la vaccination et d'autres services de santé. Dès le départ, l'Équipe responsable de la stratégie OMV doit s'assurer que les activités et les processus d'intervention sur les OMV sont inclus dans les plans nationaux tels que le PPAC et les plans de travail annuels du PEV. Les activités d'intervention doivent être maintenues et banalisées en garantissant la disponibilité de fonds suffisants et la volonté politique. La supervision coopérative et le suivi périodiques des OMV doivent se poursuivre mensuellement ou trimestriellement, dans le cadre du plan régulier de surveillance et de supervision des services de santé en général.

Annexe A. Tableau de synthèse de la stratégie OMV

ÉTAPE 1	ÉTAPE 2
QUOI Planifier une évaluation et une intervention OMV	QUOI Se préparer pour l'évaluation et garantir l'engagement pour les interventions de suivi
QUI Le MdS, avec le soutien de tous les partenaires de vaccination du pays	QUI équipe responsable de la stratégie OMV, MdS et autres principaux partenaires de vaccination
CALENDRIER ET DURÉE 2 à 4 mois avant le travail sur le terrain	CALENDRIER ET DURÉE 1 à 2 mois avant le travail sur le terrain
<p>TÂCHE 1.1 Décider si une stratégie OMV est nécessaire</p> <p>TÂCHE 1.2 Obtenir un soutien de haut niveau du MDS</p> <p>TÂCHE 1.3 Identifier le coordonnateur d'évaluation et les membres de l'équipe responsable de la stratégie OMV [de préférence multipartenaire ; peut être un sous-comité du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) ou un organisme similaire]</p> <p>TÂCHE 1.4 Identifier les sources de financement de l'intérieur et/ou de l'extérieur du programme du PEV</p> <p>TÂCHE 1.5 Préparer un calendrier des activités et l'inclure dans le plan de travail annuel, avec l'approbation du Comité de Coordination Inter-Agences (CCI) ou d'un organisme similaire</p>	<p>TÂCHE 2.1 Recueillir, compiler et passer en revue les informations disponibles sur le programme de vaccination, y compris les examens récents des programmes et les estimations de couverture</p> <p>TÂCHE 2.2 Décider de l'ampleur des travaux OMV (échelle nationale ou seulement dans certains districts à faible couverture)</p> <p>TÂCHE 2.3 Le cas échéant, sélectionner les zones infranationales pour le travail sur le terrain</p> <p>TÂCHE 2.4 Convenir de la taille de l'échantillon, du nombre de personnes sur le terrain et du nombre de jours pour le travail sur le terrain nécessaires</p> <p>TÂCHE 2.5 Finaliser le budget pour le travail d'évaluation sur le terrain</p> <p>TÂCHE 2.6 Préparer un projet de budget pour les interventions post-évaluation</p> <p>TÂCHE 2.7 Partager le plan avec le CCIA ou l'organisme approprié (et les partenaires) pour son approbation finale</p> <p>TÂCHE 2.8 Préciser si une approbation éthique est nécessaire et commencer le processus.</p> <p>TÂCHE 2.9 Examiner les questionnaires génériques et, si nécessaire, les adapter au contexte du pays et au calendrier de vaccination</p> <p>TÂCHE 2.10 Si nécessaire, conclure les arrangements pour la traduction des questionnaires et du matériel de formation mis à jour dans la (les) langue(s) locale(s)</p>
<p>RÉSULTATS ATTENDUS</p> <ul style="list-style-type: none"> » Engagement de haut niveau du MDS » Stratégie OMV incluse dans le plan de travail annuel du PEV » Équipe de stratégie OMV constituée au niveau national 	<p>RÉSULTATS ATTENDUS</p> <ul style="list-style-type: none"> » Chronogramme finalisé pour les activités OMV » Budget final pour l'évaluation des OMV » Projet de budget pour les interventions post-évaluation des OMV » Exemption du processus d'approbation éthique, ou approbation, selon le cas » Questionnaires et matériel de formation finalisés pour la formation sur le terrain (y compris les plans pour la traduction, le cas échéant)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

ÉTAPE 3	ÉTAPE 4	ÉTAPE 5	ÉTAPE 6
QUOI Effectuer le travail sur le terrain pour l'évaluation rapide des OMV	QUOI Analyser les données préliminaires et identifier les principaux thèmes	QUOI Réfléchir aux interventions proposées et élaboration d'un plan de travail pour la mise en œuvre	QUOI Débriefing avec la direction du MdS et les partenaires de vaccination sur les prochaines étapes proposées
QUI Le coordonnateur de l'évaluation, le MdS et les partenaires de vaccination du pays	QUI Coordonnateur de l'évaluation, gestionnaire de données, expert qualitatif ou spécialiste des sciences sociales, équipes de terrain et représentants du MdS et des organisations partenaires	QUI Coordonnateur de l'évaluation, équipes de terrain, direction du PEV au MdS et organisations partenaires	QUI Tous les partenaires de vaccination et les programmes associés (tels que la planification familiale, les services prénataux, la santé de la reproduction, etc.) sous la direction du MdS
CALENDRIER ET DURÉE De 1 à 2 semaines, selon les besoins de formation et les distances de déplacement	CALENDRIER ET DURÉE 1 à 2 jours	CALENDRIER ET DURÉE 1 jour	CALENDRIER ET DURÉE ½ journée

TÂCHE 3.1: Imprimer les questionnaires et/ou apprêter les tablettes électroniques ou les smartphones pour la collecte des données

TÂCHE 3.2: Former les superviseurs et les intervieweurs au processus d'évaluation et à la logistique

TÂCHE 3.3: Mener des entretiens de sortie des mères ou des gardiens d'enfants de moins de deux ans dans les établissements de santé sélectionnés

TÂCHE 3.4: Extraire les données de vaccination des registres des établissements de santé pour les enfants sans fiches conservées à domicile

TÂCHE 3.5: Diriger les questionnaires relatifs aux CAP (connaissances, attitudes et pratiques) des agents de santé

TÂCHE 3.6 : Mener des discussions de groupe de réflexion avec les mères ou les gardiens d'enfants

TÂCHE 3.7: Mener des discussions de groupe de réflexion avec les agents de santé

TÂCHE 3.8: Conduire les entretiens approfondis avec les principaux informateurs selon le nombre prédéterminé (cadres supérieurs et administrateurs des services de santé)

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Questionnaires et guides d'entretien imprimés
- » Personnel de terrain intégralement formé au processus d'évaluation
- » Personnel de terrain compétent pour remplir les questionnaires sur papier ou sur les tablettes
- » Entretiens de sortie, questionnaires CAP et entretiens qualitatifs terminés (discussions de groupe de réflexion et entretiens approfondis)

TÂCHE 4.1: Enregistrer les données des questionnaires échantillonnés à des fins d'analyse, ou télécharger les données préliminaires depuis la plate-forme de collecte de données électronique

TÂCHE 4.2: Réunir les notes de l'animateur prises lors des entretiens qualitatifs (DGR et EA)

TÂCHE 4.3: Effectuer une analyse rapide et approximative des données préliminaires afin d'identifier les principaux thèmes et les principaux résultats de la discussion à l'étape 5

TÂCHE 4.4: Planifier l'analyse détaillée des données complètes ainsi que le nettoyage des données

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Fréquences de base à partir des données quantitatives pour susciter des discussions à l'étape 5
- » Points critiques tirés des discussions de groupe de réflexion pour définir les principales conclusions
- » Une liste des interventions proposées par tous les composants de l'évaluation pour réduire les OMV

TÂCHE 5.1: Présenter les données préliminaires de l'étape 4 et demander au groupe ses réactions

TÂCHE 5.2: Faciliter une discussion sur les idées visant à réduire les OMV dans le(s) district(s) sélectionné(s) ou dans tout le pays

TÂCHE 5.3: Élaborer un cadre détaillé, un plan d'action et un chronogramme pour réduire les OMV au cours des 6 à 12 prochains mois

TÂCHE 5.4: Attribuer des rôles et des responsabilités à différents partenaires en utilisant le plan d'action de la Tâche 5.3, y compris en prévoyant un plan clair de surveillance, de suivi et d'évaluation

TÂCHE 5.5: Proposer des systèmes, des possibilités et des activités existants pour assurer la participation communautaire pendant la phase d'intervention

RÉSULTATS ATTENDUS

- » List of proposed activities to reduce MOV (to be prioritized by MOH)
- » Frame work and 6-12 month work plan for reducing MOV
- » Outline of roles and responsibilities of different partners
- » Possible funding sources and links/synergies with existing work plans

TÂCHE 6.1: Présenter les objectifs sommaires de l'évaluation des OMV, le processus du travail sur le terrain et les résultats et recommandations préliminaires définis à l'étape 5

TÂCHE 6.2: Présenter le plan d'action proposé et demander des commentaires ou l'approbation de la direction du Ministère de la Santé et des partenaires

TÂCHE 6.3: Au cours du débriefing, entamer des discussions sur le financement des interventions ou leur inclusion dans les plans d'amélioration existants de la vaccination ou du système de santé

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Finalized recommendations
- » Finalized and endorsed action plan, with clear implementation timelines
- » Catalytic funding and/or plans for integration with existing programmes
- » Plans for social mobilization and communication materials

ÉTAPE 7	ÉTAPE 8	ÉTAPE 9	ÉTAPE 10
QUOI Mettre en œuvre les interventions	QUOI Fournir une supervision coopérative et une surveillance	QUOI Effectuer une rapide évaluation sur le terrain des résultats ou de l'impact des interventions	QUOI Intégrer dans des plans de vaccination à long terme pour garantir la pérennité des gains
QUI Le personnel des établissements de santé, l'Équipe responsable de la stratégie OMV et du MdS et les partenaires de vaccination	QUI Le MdS et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination	QUI Le MdS et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination	QUI Le MdS et l'équipe responsable de la stratégie OMV, avec l'appui des principaux partenaires de vaccination
CALENDRIER ET DURÉE 6 à 12 mois après la phase d'évaluation	CALENDRIER ET DURÉE 6 à 12 mois après la phase d'évaluation	CALENDRIER ET DURÉE 12 à 18 mois après l'étape 7/8	CALENDRIER ET DURÉE En continu

TÂCHE 7.1: Sur la base des résultats de l'évaluation des OMV, mettre en œuvre des interventions portant sur des résultats spécifiques, p. ex. : de nouvelles formations adaptées ; utiliser les médias de masse pour créer une demande communautaire, etc.

TÂCHE 7.2: Fournir des directives politiques, des guides, des aides à l'emploi et d'autres supports de communication au niveau national

TÂCHE 7.3: Utiliser le Guide d'intervention sur les OMV comme point de départ, encourager des solutions locales et personnalisées pour réduire les OMV dans chaque établissement de santé

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Interventions mises en œuvre à l'échelle nationale ou dans certains districts et établissements de santé

TÂCHE 8.1: Établir un plan clair de surveillance et de supervision coopérative

TÂCHE 8.2: Fournir des fonds pour une supervision coopérative et des mesures correctives

TÂCHE 8.3: Fournir des tableaux de bord et assurer la conformité avec les estimations affichées de la couverture mensuelle

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Rapports de supervision coopérative accompagnés de mesures correctives
- » Tableaux de bord complétés et affichés dans tous les établissements de santé

TÂCHE 9.1: Après 12 à 18 mois de mise en œuvre des activités, effectuer une évaluation de l'efficacité des interventions dans certains établissements de santé

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Réduction des OMV déclarés dans les évaluations
- » Augmentation du nombre d'enfants vaccinés par rapport aux nombres enregistrés les années précédentes
- » La réduction des OMV et l'amélioration générale des services de santé constituent un processus habituel des établissements de santé évalués
- » Résultats des évaluations partagés avec le CCIA ou un organisme similaire

TÂCHE 10.1: Pour assurer la pérennité, inclure des interventions visant à réduire les OMV dans les plans de vaccination à long terme (par exemple, PPAC et plan de travail annuel du PEV)

RÉSULTATS ATTENDUS

- » Interventions et processus OMV inclus dans les plans nationaux tels que PPAC et les plans annuels du PEV
- » Financement disponible pour la mise en œuvre

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Annexe B: Estimation de la taille de l'échantillon pour l'évaluation quantitative de l'ampleur des OMV dans une population cible donnée (voir figure 5)

La population cible peut être nationale ou infranationale. Pour commencer, identifiez ou créez un cadre d'échantillonnage de tous les établissements de santé (ES) dans la population cible. L'évaluation recueille des informations au niveau de l'établissement. Cependant, les résultats primaires, les OMV (admissibles) ou les OMV (occasions manquées), sont des résultats obtenus au niveau des enfants. Les enfants sont imbriqués dans les établissements de santé, ce qui oblige à prendre en compte la conception par grappe dans les phases de conception et d'analyse de l'évaluation. (notez que la prise en compte de la mise en grappe ne pourrait affecter que les erreurs standard. Pour les pourcentages descriptifs seulement (absence d'IC, de valeurs p, RO) [tel que proposé dans la tâche 2.4], vous n'avez pas à prendre en compte la mise en grappe).

Considérations relatives à la conception :

1. Choisissez l'estimation d'intérêt **primaire** parmi les six énumérées dans la Figure 5 .
2. Indiquez une valeur escomptée (pourcentage) pour l'estimation primaire
3. Indiquez la précision voulue
4. Calculez la taille d'échantillon effective (TEF) (voir le Tableau B1 ci-dessous pour les exemples).
- 5) 5) Majorez la taille de l'échantillon pour prendre en compte la conception de la grappe (enfants imbriqués avec les ES) sur la base d'une corrélation intra-classe (CIC) supposée. L'effet de la conception = $1 + (\text{nombre moyen de réponses par ES} - 1) * \text{CIC}$. Si l'estimation primaire est basée sur le dénominateur A (voir Figure 5), le nombre moyen de réponses par ES est votre nombre d'entretiens cible. Si l'estimation primaire est basée sur un dénominateur de B ou C, alors le nombre moyen de réponses est le nombre d'enfants escompté. Des informations sur l'ajustement de la TEF pour la conception des grappes sont fournies dans les directives de l'enquête en grappe de l'OMS (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index2.html).
- 6) 6) Si l'estimation primaire est basée sur le dénominateur A (nombre de gardiens d'enfants interviewés), la TEF ajustée doit alors être majorée pour prendre en compte les éventuelles non-réponses. Si l'estimation choisie a un dénominateur B (nombre de gardiens d'enfants possédant des documents de vaccination disponibles) ou C (nombre d'enfants admissibles à une OMV), alors une étape supplémentaire doit être réalisée après la majoration pour les non-réponses. Une supposition de la proportion de l'échantillon susceptible de remplir la condition B (ou C) devra être faite. La majoration appropriée prenant en compte ce sous-échantillon devra alors être effectuée. Consultez le document relatif au sondage en grappe de l'OMS pour plus d'informations.
- 7) 7) Nombre d'ES = taille d'échantillon ajustée à l'étape 6 divisée par le nombre moyen de réponses indiqué à l'étape 5.
8. L'échantillon des ES doit être aléatoire et tiré de la liste de tous les ES de la population cible. Les éléments suivants sont des options :
 - a. Simple échantillon aléatoire tiré de la liste de tous les ES de la population cible
 - b. Échantillonnage systématique pour faciliter le sous-groupage implicite par classement préalable de la liste des ES selon les caractéristiques visées (ex. urbain ou rural ; public ou privé). Le sous-groupage implicite peut permettre d'étendre l'échantillon à différentes sous-populations.

- c. Échantillon aléatoire segmenté pour faciliter le sous-groupage explicite selon lequel un nombre donné d'ES est échantillonné dans une couche donnée (urbain/rural ; public/privé ; niveau systémique). Souhaiterait tenir compte du sous-groupage et de la mise en grappe dans l'analyse, et peut nécessiter des pondérations au niveau de la couche si l'allocation n'est pas proportionnelle au nombre total d'établissements dans chaque couche.

9. Les pondérations d'échantillonnage de chaque enfant sélectionné ne peuvent pas être calculées de manière adéquate étant donné la nature de l'échantillonnage dirigé des gardiens d'enfants présents dans l'ES à une date spécifique. L'équipe responsable de la stratégie OMV doit comprendre que l'échantillon des gardiens d'enfants et des enfants N'est PAS un échantillon représentatif de la population cible dans son ensemble. Elle ne doit pas non plus supposer que l'échantillon est représentatif des gardiens d'enfants ou des enfants visitant l'ES. **Les stratégies permettant d'obtenir un échantillon aléatoire de gardiens d'enfants ou d'enfants demandent beaucoup de ressources et ne sont pas recommandées pour la stratégie OMV.** L'échantillonnage de commodité est une limitation qui peut conduire à une estimation biaisée ou à une sous-estimation de l'erreur standard. Cependant, la triangulation des données peut réduire l'impact de ce biais à des fins programmatiques.

Remarque : Selon le nombre d'ES dans la population cible et si l'échantillonnage aléatoire stratifié est effectué, on pourrait être confronté à des problèmes de population finie. Nous recommandons l'association d'un statisticien d'échantillonnage au calcul de la taille de l'échantillon et au choix de la conception appropriée pour l'échantillonnage.

TABLEAU B1

Taille d'échantillon effective (TEF)¹ pour l'estimation précise du pourcentage pour alpha = 0,05

		POURCENTAGE ESCOMPTÉ									
		5 %	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %	45 %	50 %
PRÉCISION POUR IC = 95 %		95 % ²	90 %	85 %	80 %	75 %	70 %	65 %	60 %	55 %	50 %
	±2 %	457	865	1225	1537	1801	2017	2185	2305	2377	2401
	±3 %	203	385	545	683	801	897	972	1025	1057	1068
	±4 %	115	217	307	385	451	505	547	577	595	601
	±5 %	73	139	196	246	289	323	350	369	381	385
	±6 %		97	137	171	201	225	243	257	265	267
	±7 %		71	100	126	147	165	179	189	195	196
	±8 %		55	77	97	113	127	137	145	149	151
	±9 %		43	61	76	89	100	108	114	118	119
	±10 %		35	49	62	73	81	88	93	96	97

1 Taille d'échantillon permettant d'obtenir la précision indiquée, où la précision est définie de la manière suivante : pour un échantillonnage répété, 95 % des estimations de point seront dans l'intervalle x%±y% (colonne ± ligne) si le pourcentage réel est x % (colonne). Formule de Wald (asymptotique) : $TEF = 1,962 * p * (1-p) / e^2$, où p est le pourcentage escompté et e la précision désirée.

2 Pour une précision donnée, la taille de l'échantillon est la même pour 5 % et 95 %, 10 % et 90 %, etc. La formule contenant p et (1-p) indique pourquoi il en est ainsi.

Annexe C. Exemple de budget pour l'évaluation des OMV

AVANT-PROJET de budget : Évaluation des occasions manquées de vaccination - NOM DU PAYS

RUBRIQUE	# D'UNI-TÉS	# DE JOURS	DESCRIPTION DÉTAILLÉE	MULTIPLICA-TEUR	PRIX UNI-TAIRE (DEVISE LOCALE)	COÛT TOTAL (DEVISE LOCALE)	COÛT TOTAL (USD)
Formation							
1			Facilités de conférence pour l'atelier				
2			Formation des équipes de terrain à la méthode d'évaluation des OMV				
3			Pause café et déjeuner				
4			Déjeuner et collations pour les équipes de terrain (si non inclus dans le forfait de la conférence)				
5			Traduction des outils et matériels (si nécessaire)				
6			Traduction des outils dans la langue locale, si nécessaire				
7			Impression des matériels				
8			Impression des manuels de formation, des outils d'évaluation (questionnaire, etc.)				
TOTAL DE LA FORMATION							
Travail sur le terrain							
9			Location de véhicule				
10			Véhicules supplémentaires devant être obtenus pour les équipes de terrain				
			Estimation du carburant				
			Estimation du carburant (nombre moyen de km pour le trajet aller-retour sur le terrain + courses quotidiennes x nombre de jours)				
			Indemnité journalière (IJ) pour les chauffeurs				
			IJ pour les chauffeurs en fonction du nombre de véhicules et du nombre de jours de travail sur le terrain, y compris les jours de voyage				
			IJ pour le personnel de terrain				
			IJ pour les équipes de terrain en fonction du nombre de jours de travail sur le terrain, y compris les jours de voyage				
			IJ pour les superviseurs				
			IJ pour les superviseurs en fonction du nombre de jours de travail sur le terrain, y compris les jours de voyage				

RUBRIQUE	# D'UNI-TÉS	# DE JOURS	DESCRIPTION DÉTAILLÉE	MULTIPLICA-TEUR	PRIX UNI-TAIRE (DEVISE LOCALE)	COÛT TOTAL (DEVISE LOCALE)	COÛT TOTAL (USD)
Prime de panier pour le personnel du district et de l'établissement de santé			Prime de panier pour le(s) partenaire(s) de terrain, p. ex. le logisticien du PEV pour x jours de travail sur le terrain				
Collations et boissons pour les participants à la DGR (agents de santé)			Déjeuner/collations pour les participants à la DGR				
Collations et boissons pour les participants à la DGR (gardiens d'enfants)			Déjeuner/collations pour les participants à la DGR				
Indemnité de crédit d'appel et d'Internet			Pour la communication et la coordination entre les équipes du MDS et les logisticiens PEV du pays/district ; également pour le téléchargement des formulaires via Internet				
TOTAL DU TRAVAIL SUR LE TERRAIN							
Réflexion et débriefing							
Facilités de conférence pour la séance de débriefing			Forum des parties prenantes à la vaccination, dissémination				
Pause café et déjeuner			Déjeuner et collations pour les équipes de terrain (si non inclus dans le forfait de la conférence)				
TOTAL RÉFLEXION ET DÉBRIEFING							
Coûts supplémentaires et imprévus							
Coûts supplémentaires - Approbation de la bioéthique							
Imprévus - 5 %							
TOTAL DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES							
COÛT TOTAL						-	
TAUX DE CHANGE :						1 USD=	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Remarques			Commentaires du MDS
Prévisions budgétaires	Par province	Total	Districts à visiter :
Nombre de provinces			
Nombre de districts			
ES à visiter			
Nombre d'interviewers			
Nombre de superviseurs			
Nombre de jours sur le terrain (y compris 2 jours de voyage)			

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



Pour plus d'informations, visitez:
[http://www.who.int/immunization/
programmes_systems/policies_
strategies/MOV/fr/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/MOV/fr/)

Ce document a été produit par le Programme élargi de vaccination (PEV)
du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques.

Publication disponible en ligne à l'adresse:
<http://www.who.int/immunization/documents/fr/>

Des exemplaires du présent document, ainsi que d'autres supports
d'information sur la vaccination, les vaccins et les produits biologiques
peuvent être commandés à :

Organisation mondiale de la Santé

Département Vaccination, vaccins et produits biologiques
CH-1211 CH-1211 Genève 27
Suisse

Télécopie : + 41 22 791 4227
email : vaccines@who.int
www.who.int/immunization/fr



**Organisation
mondiale de la Santé**

