

TECHNIQUE D'ANIMATION DE GROUPE

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de conduire une séance d'animation de groupe.

Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable de :

- 1) Citer les différentes fonctions d'un animateur de groupe
- 2) Enoncer les attitudes d'un animateur de groupe
- 3) Citer les qualités d'un bon animateur de groupe
- 4) Enumérer la taxonomie de la technique d'animation de groupe.
- 5) Décrire les cinq (5) techniques d'animation de groupe
- 6) Décrire les techniques de gestion de conflits pendant l'animation de groupe
- 7) Enumérer les attitudes à adopter pendant la gestion d'un conflit

INTRODUCTION

Les techniques d'animation de groupe sont des stratégies qui participent au changement social de comportement de la population. Plusieurs techniques existent pour faire l'animation d'un groupe. Ainsi, le choix d'une technique d'animation est lié aux objectifs visés par le thème. Chaque technique peut être adaptée aux besoins spécifiques du groupe et au thème abordé. L'animateur doit se sentir à l'aise dans la technique qu'il a choisi librement d'utiliser. L'infirmier et la sage-femme, dans la stratégie de changement social de comportement doit s'approprier ces différentes technique d'animation afin d'opérer ce changement

I. FONCTIONS D'UN ANIMATEUR DE GROUPE

1.1 La fonction de production

Elle signifie que l'animateur doit produire un résultat, trouver une solution ou des éléments de solution en développant une stratégie qui permette d'atteindre les objectifs fixés.

1.2 La fonction de facilitation

Cette fonction signifie que l'animateur doit organiser (suggérer un plan de travail par exemple) et clarifier (faire définir les mots employés) le travail du groupe.

1.3 La fonction de régulation

Cette fonction qui concerne les relations entre les participants signifie que l'animateur doit maintenir le groupe uni dans un climat détendu en évitant ou résolvant les conflits (faire diversion en plaisantant par exemple).

II. LES ATTITUDES D'UN ANIMATEUR DE GROUPE

L'animateur doit être :

- Un bon organisateur ;
- Au parfum de son sujet ;
- Accueillant, poli, courtois, respectueux, impartial ;
- Exemplaire ;
- Humble et expliquer les mots techniques ? etc.

III. LES QUALITES D'UN BON ANIMATEUR

L'animateur doit :

- Accepter d'être « sous le regard » des participants ;
- Eviter de monopoliser la parole au détriment des participants ;
- Eviter d'avoir un débit de langage trop rapide et pouvoir ménager des pauses dans la chaîne parlée ;
- Eviter de rester en seul lieu en alternant stationnements et déplacements ;
- Mettre en mouvement le groupe vers les objectifs fixés ;
- Prendre la bonne distance et faire les interventions debout, ce qui permet de se déplacer et créer un ascendant sur les participants, etc.

IV LA TAXONOMIE DE LA TECHNIQUE D'ANIMATION DE GROUPE

Toute animation de groupe doit obéir à l'ordre suivant

1. Saluer les participants et se présenter ;
2. Demander au participant de se présenter (si possible) ;
3. Commencer l'animation dès l'entrée en salle ;
4. Introduire le thème de façon vivante ;
5. Animer dans la langue connue de tous ;
6. Eviter si possible les interprètes (déperdition

V. QUELQUES TECHNIQUES D'ANIMATION DE GROUPE

5.1 L'EXPOSE : il favorise l'expression

Définir l'objectif	<ul style="list-style-type: none">▪ Formuler l'objectif en fonction du résultat à atteindre.▪ L'objectif général peut se décliner en objectifs spécifiques précis, réalisables, concrets, avec utilisation des verbes d'action
---------------------------	---

Choisir l'angle et délimiter le contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir l'information en fonction de l'aspect du sujet qui sera mis en lumière à partir de l'objectif visé, mais aussi en fonction de l'auditoire.
Déterminer le message essentiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le contenu de l'exposé est toujours ciblé. Il est déterminé par l'objectif visé, mais aussi par le public. ▪ Il est donc important de cerner les caractéristiques de ce public particulier pour adapter le contenu de l'intervention. ▪ Le message essentiel doit permettre d'articuler les idées et d'organiser le contenu de notre intervention.
Organiser le contenu	<p>Un exposé se structure en trois parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction ; ▪ Développement ; ▪ Conclusion. <p>Il faut intégrer le timing</p> <p>Dans l'introduction</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se présenter ; ▪ Préciser le contexte global dans lequel s'inscrit l'intervention ; ▪ Enoncer le message essentiel ; ▪ Présenter les objectifs et définir le temps (durée). <p>Dans le développement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter une structure logique suivant un plan chronologique, un plan thématique. <p>Dans la conclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire une synthèse ; ▪ Reprendre le message essentiel.
Rédiger des notes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un aide-mémoire avec de petites cartes ; ▪ Cartes aérées pour pouvoir s'y repérer rapidement et maintenir le contact avec l'auditoire ; ▪ Rédiger ses notes d'un seul côté et les numéroter clairement afin d'éviter de s'embrouiller.
Prévoir des supports	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le papier Padex et le Padex ; ▪ Le vidéo projecteur ▪ Le vidéo projecteur

5.2 LE BRAINSTORMING OU REMUE-MENINGES

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Produire en groupe un maximum d'idées sur un sujet donné ▪ Découvrir des représentations ▪ Faire surgir des questions ou réflexions
Consignes et	<p>Le facilitateur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduit le sujet à traiter et esquisse les objectifs attendus du brainstorming.

déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pose une question ouverte sur le sujet à traiter (par exemple : qu'est-ce que la santé ?) ▪ Note sur grand papier toutes les idées ressorties, en s'efforçant de les regrouper mentalement ou graphiquement, par thème ou idées plus générales. ▪ Demande au groupe de revenir sur la matière générée et reformuler les idées floues et se mettre d'accord sur les grandes thématiques abordées. ▪ Invite les participants à se mettre en petits groupes pour discuter et reformuler les idées floues ressorties.
Durée estimée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le brainstorming doit se terminer dès que les participants sont à court d'idées.
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padex et papiers Padex ▪ Marqueurs effaçables
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout public adulte ; ▪ Groupe de moins de 15 personnes.
Contexte d'utilisation	<p>Cette technique est utilisée dans</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les réunions, les ateliers participatifs de formation et les groupes de discussion ▪ Les réunions du personnel de santé (réunions d'information, de prise de décision, de plaidoyer, etc.). ▪ la formation du personnel des centres de santé et des agents de santé communautaire ...
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapide et facile à organiser ; ▪ Augmente la capacité de créativité ; ▪ Favorise l'esprit de groupe ; ▪ Les participants s'approprient les résultats.
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mauvaise animation peut conduire les participants à hésiter de s'exprimer ; ▪ Le facilitateur ne doit pas faire paraître ses idées personnelles.

5.3 JEUX DE ROLES

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prendre conscience de ses attitudes dans des situations professionnelles ; ▪ Prendre consciences des éléments verbaux et non verbaux de la communication ; ▪ Analyser une situation dans sa complexité ; ▪ Comprendre le point de vue d'autrui.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le facilitateur doit être conforme à l'objectif qu'il propose au groupe.

Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ il s'agit d'un jeu de rôles qui permet une analyse des pratiques ou une analyse de cas. ▪ Sur proposition du facilitateur qui a préparé une fiche de jeu de rôles ou de groupe, il est décidé de jouer une scène qui sera objet d'analyse. ▪ Le facilitateur invite le groupe à se répartir en trois petits groupes pour mettre en scène le jeu de rôles et le troisième petit groupe se charge de regarder en silence les scènes et d'en faire des observations. ▪ Après 20 à 30 min de préparation de jeu de rôles en petits groupes, le facilitateur demande aux petits groupes de mettre en scène le jeu de rôles en plénière. ▪ Il demande en suite aux acteurs et puis aux observateurs d'exprimer ce qu'ils ont ressenti en mettant en scène le jeu. ▪ Le facilitateur invite vers la fin les participants à analyser le sujet mis en situation.
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padex et papier Padex ▪ Marqueurs pour noter les éléments d'analyse de la situation et les recommandations
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout public adulte
Contexte d'utilisation	<p>Cette technique est plus utilisée dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ateliers participatifs de formation le groupe de discussion : ▪ La formation du personnel de santé sur des thèmes liés à la santé ; ▪ Les groupes de discussion avec le personnel de santé. ▪ L'analyse, la production, l'argumentation, la synthétisation et L'établissement d'un consensus autour d'un sujet
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participants vivent les situations et les analysent, ce qui leur favorise la prise de conscience et la remise en question.
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire attention à la répartition des rôles à jouer au sein des petits groupes. ▪ Technique peut être difficile pour certaines personnes, surtout lorsque le rôle que la personne doit jouer correspond à sa profession. ▪ Prévoir si c'est possible, une co-animation pour le jeu de rôles, ▪ Il peut avoir un animateur qui soit attentif aux questions et un autre attentif aux émotions.

5.4 ETUDE DE CAS

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser et apprendre à résoudre les problèmes posés en groupe
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le facilitateur invite les participants à se mettre en petits groupes pour répondre aux questions à ces questions : <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème posé par le cas ? • Quelles sont les causes et les conséquences de ce problème • Quelles sont les solutions possibles au problème posé ? ▪ Après 30 min de travail en petits groupes, le facilitateur demande aux

	<p>rapporteurs des petits groupes, en fonction du temps de restituer les travaux de petits groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le facilitateur évoque une discussion en plénière sur le problème posé dans le cas où la situation, ses causes, ses conséquences et les solutions possibles proposées par les petits groupes.
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padex et papier Padex ▪ Marqueurs effaçables pour noter le problème identifié, son niveau, ses causes, ses conséquences, les personnes impliquées dans le problème et les solutions possibles.
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout public adulte
Contexte d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette technique est plus utilisée dans : ▪ Les ateliers participatifs de formation ▪ Les groupes de discussion sur des thèmes liés à la santé pendant la formation du personnel de santé ▪ Les groupes de discussion avec le personnel de santé. ▪ L'analyse, la production, l'argumentation, la synthétisation et L'établissement d'un consensus autour d'un sujet
Point fort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une technique rigoureuse qui favorise l'implication de tout le monde dans l'analyse.
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le choix de la situation fait des participants des personnes responsables du problème.

5.5 LA PRESENTATION EN DUO OU TRIO

Objectif	Favoriser les conditions d'expression et du travail en groupe
Consignes et déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le facilitateur donne la consigne : ▪ Demande aux participants de constituer des duos ou des trios avec des personnes qu'ils ne connaissent pas et qu'ils vont découvrir. ▪ Dans les duos ou trios, chaque participant est invité à se présenter, (prénom, motivations, valeurs, qualités et souvenirs) à son collègue ou à ses collègues. ▪ Chaque participant est invité à présenter son collègue en plénière,

	(dessin, parole, mime, etc.) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Après échange en trios, chaque participant présente son collègue au groupe, en plénière.
Matériel nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papier et stylos
Contexte d'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendant la formation et dans un groupe de discussion.
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilite le travail en groupe
Mise en garde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certains animateurs rencontreraient des difficultés pour présenter les collègues de sexe opposé.

VI. TECHNIQUES DE GESTION DE CONFLITS PENDANT L'ANIMATION DE GROUPE

6.1 AVANT LA GESTION DU CONFLIT

Les conflits dans un groupe de personnes sont normaux et inévitables. Le groupe ne peut pas progresser sans qu'il y ait des oppositions et des confrontations. Mais avant tout gestion de conflit, il faut :

✓ Identifier l'origine des conflits

Il peut provenir soit blocage de l'explosion de la révolte dû à l'impuissance soit la répression par le respect des règles formelles.

✓ Mesurer l'expression de la tension

Il peut s'exprimer par la diversion, le bouc émissaire, le conflit de leadership (lutte pour influencer le groupe).

✓ Mesurer la décharge de la tension

L'intensité de la tension peut découler d'un :

- Fou-rire général ;
- Ralliement de tous à une solution de fuite ;
- Brouhaha, une agitation générale, etc.

6.2 LA GESTION DU CONFLIT

Pendant la gestion du conflit, il faut prendre en compte un certain nombre de besoins ou préoccupations des membres du groupe

6.2.1 Les besoins identitaires des membres du groupe

- Besoin d'existence et de considération ;
- Etre visible aux yeux d'autrui, connu par son nom, pris en compte, respecté ;
- Les besoins d'intégration ;

- Etre inclus dans un groupe, y avoir une place reconnue ;
- Etre considéré comme égal aux autres ;

6.2.2 Les besoins de valorisation

- Être jugé positivement, donner une bonne image de soi ;
- Etre apprécié.

6.2.3 Les besoins de contrôle

- Pouvoir maîtriser l'expression et l'image que l'on donne de soi ;
- Gérer l'accès d'autrui à sa sphère d'intimité.

6.2.4 Les Besoin d'individuation

- Etre distingué des autres ;
- Affirmer sa personnalité propre ;
- Pouvoir être soi-même et accepté comme tel.

VII. ATTITUDES DE L'ANIMATEUR DANS LA GESTION D'UN CONFLIT

7.1 Etre transparent dans ses intentions

- Annoncer clairement au groupe les objectifs et les modalités de travail prévues ;
- Ne pas se laisser absorber ou fasciner par le sens immédiat du contenu.

7.2 Etre vigilant et présent intégralement sur ce qui se passe

- Être attentif à un silence qu'à un éclat de voix, à une position des chaises ou à une posture physique,
- Être discrète à une intervention agressive, à la fréquence des apartés qu'à une procédure de vote ;
- Ne pas prendre parti dans un conflit entre les sous-groupes,
- Ne pas se laisser envahir par l'antipathie pour telle personne,
- Ne pas être exaspéré par une manière d'agir du groupe,

7.3 Faire preuve d'empathie et de congruence.

- Etre en empathie permet de percevoir l'état dans lequel est l'autre, sans pour autant se sentir envahi par ses propres émotions ;
- Accepter ce que les personnes éprouvent, tout en conservant une capacité intellectuelle de formulation abstraite et la lucidité nécessaire ;
- Repérer et être clair avec ses représentations du groupe et avec ses attentes vis-à-vis du groupe.

7.4 Ne pas interpréter ce qui se passe

- Ne pas se « projeter » sur le groupe ;

- Ne pas se croire à priori et se sentir personnellement concerné ;
- Éviter les interprétations négatives.

CONCLUSION

Un message bien perçu dans un groupe est lié en grande partie au choix d'une bonne technique d'animation. Il est donc primordial aux futurs agents de santé de maîtriser ses différentes techniques afin de conduire efficacement une séance de sensibilisation et de mobilisation sociale.

CHAÎNE DU FROID

I. Définition

La chaîne du froid (CDF) consiste en une série de modalités de conservation et de transport, toutes destinées à conserver les vaccins à une température acceptable jusqu'à ce qu'ils arrivent à l'utilisateur.

II. Importance de la chaîne du froid

Le maintien de la chaîne du froid est important dans le cadre des activités de vaccination pour trois raisons fondamentales :

- Les vaccins sont thermosensibles ;
- L'altération des vaccins est irréversible ;
- Les effets successifs des altérations s'additionnent.

III. Matériels de la chaîne du froid

3.1. Matériels qui produisent du froid

- les chambres froides ;
- les congélateurs ;
- les réfrigérateurs.

3.2. Matériels qui conservent le froid

- Les emballages isothermes ;
- Les glacières proprement dites ;
- Les porte-vaccins ou glacières portatives ;
- Les coussinets en mousse ;
- Les accumulateurs de froid.

2.3. Le matériel de monitoring de la CDF utilisés au centre de santé

- La fiche de température du réfrigérateur
- Le thermomètre

- La pastille de contrôle des vaccins (PCV)
- Les indicateurs de congélation

IV. DISPOSITIONS A PRENDRE POUR OBTENIR CONSTAMMENT DU FROID DANS LE REFRIGERATEUR

- Veiller à installer correctement le réfrigérateur à l'abri du soleil et de la chaleur dans un local frais à une distance de 15 à 30 cm du mur ;
- Surélever le réfrigérateur sur des cales hautes de 5 cm ;
- Veiller à limiter les pertes de froid, pour se faire, ne l'ouvrir qu'en cas de nécessité de service ;
- Entretien régulièrement en nettoyant et en dégivrant le réfrigérateur.

V. ENTRETIEN PREVENTIF DU REFRIGERATEUR

- Dégivrage fréquent et régulier dès que la couche de glace atteint 0,5 cm ;
- Dépoussiérage de la tuyauterie à l'arrière avec une brosse à poils souples ;
- Contrôle de l'étanchéité du joint de la porte par le test de la feuille de papier.

VI. PRECAUTIONS A PRENDRE POUR EVITER DE ROMPRE LA CHAINE DE FROID.

- Réceptionner les vaccins chez le fabricant ou à l'aéroport dès que possible et les déplacer toujours à une température comprise entre +2°C et +8°C;
- Conserver les vaccins entre +2°C et +8°C dans les magasins principaux/centraux et intermédiaires, ainsi que dans les centres de santé ;
- Transporter les vaccins dans une glacière à une température comprise entre +2°C et +8°C jusqu'au postes avancés et au cours des déplacements des équipes mobiles ;
- Conserver les vaccins à la température comprise entre +2°C et +8°C pendant les séances de vaccination ;
- Assurer un suivi régulier des températures de stockage des vaccins dans les différentes structures de vaccination.
- Eviter les ouvertures intempestives du réfrigérateur

VII. SUIVI DE LA TEMPERATURE DE CONSERVATION DES VACCINS SUR UN LIEU DE STOCKAGE.

-Assurer le relevé biquotidien de la température du réfrigérateur (matin et soir),si possible à des heures précises et la noter sur la fiche de température collée sur le réfrigérateur.

Vérifier régulièrement l'état des pastilles de contrôle des vaccins pour s'assurer qu'ils sont bien conservés à la bonne température.

VIII.CONDUITE A TENIR EN CAS DE RUPTURE DE LA CHAINE DE FROID_

Si les vaccins sont exposés à la chaleur :

- Regarder les pastilles de contrôle des vaccins qui en possèdent ;
- Si les pastilles virent, on ne peut plus les utiliser ;
- Pour les vaccins sans pastilles, il faut vérifier s'il reste de la glace dans le réfrigérateur ou dans les accumulateurs ;
- Si oui, les vaccins sont probablement intacts ; dans ces conditions il faut les ranger en sécurité dans une glacière avec la glace et les utiliser jusqu'à la fonte totale de la glace ;
- Si non, ils sont probablement altérés. Il faut donc les rendre au coordinateur du programme élargi de vaccination (CPEV) du district en échange d'un nouveau stock et accompagner les vaccins d'un document écrit. (Portant les références et la quantité des vaccins altérés.)
- En cas d'une panne du réfrigérateur, il faut stocker les vaccins dans le réfrigérateur d'une localité voisine.
- Si les vaccins sont exposés à la congélation il faut pratiquer le test d'agitation des anatoxines.

IX. TEST D'AGITATION DES ANATOXINES

Lorsqu'un stock d'anatoxine est suspecté d'avoir été congelé, il faut le comparer avec un flacon non suspect du même fabricant en procédant comme suit :

Agiter et les disposer sur un plan horizontal pendant une heure. Dans le flacon congelé, la sédimentation est plus rapide alors que le flacon indemne reste homogène.

X. LA PASTILLES DE CONTROLE DES VACCINS (PCV)

Il s'agit d'un indicateur composé d'un carré blanc contenu dans un cercle bleu et qui vire en cas de variation anormale de la température du réfrigérateur.

Elle est placée sur l'étiquette des flacons de vaccin liquide et sur la fermeture en plastique des flacons de vaccin en poudre ou à reconstituer.

✓ *Interprétation de la PCV*

Figure 6A : Ce que la pastille de contrôle du vaccin indique



Le carré est plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Un peu plus tard, le carré est toujours plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Point limite
Le carré est de la même couleur que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.



Au-delà du point limite
Le carré est plus sombre que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.

XI. LES INDICATEURS DE CONGELATION.

Ils permettent de vérifier si les vaccins non congelables ne sont pas exposés à la congélation.

XII. PLAN DE SAUVETAGE DES VACCINS OU PREVISION DES SITUATIONS D'URGENCE

Il faut afficher sur le réfrigérateur, une étiquette avec le nom, l'adresse et toutes les coordonnées du responsable des vaccins.

CONCLUSION

Les effets bénéfiques des programmes Elargis de vaccination ne sont plus à démontrer dans le monde en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Grâce à la vaccination, la variole a été éradiquée de notre planète. Les maladies comme la poliomyélite, la coqueluche et la diphtérie ont connu un net recul pour certaine (coqueluche, diphtérie)

et pour d'autre en phase de pré éradication (poliomyélite). Aussi, souhaitons-nous que les étudiants de la Licence 2 s'approprient le contenu de ce cours pour participer la vaccination pendant le stage clinique.

GESTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES AU NIVEAU DES CENTRES VACCINATEURS

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de gérer de façon efficace les vaccins et consommables au niveau d'un centre de vaccination.

Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable

- 1) Définir quelques concepts utilisés dans la vaccination
- 2) Expliquer les différents paramètres utilisés pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables
- 3) Citer les facteurs liés aux pertes de vaccins
- 4) Enumérer les étapes de l'estimation des besoins en vaccins et consommables à partir de la méthode de la population cible
- 5) Commander les vaccins et consommables
- 6) Réceptionner les vaccins et les consommables ;
- 7) Ranger les vaccins et solvants dans un réfrigérateur vertical et horizontal
- 8) Contrôler la qualité des vaccins dans les lieux de stockage et aux postes de stratégie avancée
- 9) Enumérer les précautions à prendre pour sortir les vaccins pour la vaccination

INTRODUCTION

L'évaluation des activités des centres de vaccination a permis de constater une faiblesse dans la gestion des vaccins sur le terrain engendrant une perte en vaccins très élevée (destruction massive suite à la péremption, mauvais usage, PCV virée ...).

Compte tenu du coût de plus en plus élevé des vaccins pour les pays, la bonne gestion des vaccins pour les acteurs du système de santé devient une nécessité absolue.

I DEFINITION DES CONCEPTS

1.1 Occasions manquées

C'est une cible qui vient au centre pour une cause que la vaccination et qui sort du centre sans être vacciné alors qu'il l'aurait dû l'être.

1.2 Populations non atteintes ou hors de portée

Ce sont les populations qui bien qu'ayant accès aux services de vaccination ne les utilisent pas pour des raisons informationnelles, culturelles, sociales ou financières...

1.3 Populations inaccessibles ou hors d'accès

Ce sont les populations qui vivent loin des centres vaccineurs ou qui vivent dans des endroits difficiles d'accès

1.4 Dose valide

C'est une dose de n'importe quel antigène administré à l'âge recommandé dans l'intervalle de temps approprié.

1.5 Dose sacrifiée

Ce sont les doses administrées aux populations hors cibles pour que la vaccination ait lieu.

1.6 Enfant correctement vacciné.

C'est l'enfant qui a reçu le nombre de vaccins et de doses conformément à, son âge et au calendrier de vaccination.

1.7 Enfant complètement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses des vaccins inscrit dans le calendrier de vaccination.

1.8 Enfant complètement et correctement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses de vaccins requis dans le respect du calendrier vaccinal prescrit.

II-PARAMETRES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS EN VACCINS ET EN CONSOMMABLES

L'estimation des besoins en vaccin et consommables se fait selon trois méthodes qui sont :

- La méthode selon la consommation antérieure ;
- La méthode selon le nombre de séances de vaccination ;
- La méthode selon la population cible. C'est la méthode utilisée en Côte d'Ivoire.

L'application de cette méthode nécessite qu'un certain nombre de paramètres essentiels soient définis au préalable à savoir :

- La population cible ;
- L'objectif vaccinal ;
- Le contact vaccinal ;
- Le facteur de perte.

1.2.1 La population cible

C'est une sous-partie de la population totale qui bénéficie de l'activité vaccinale. En Côte d'Ivoire, les populations cibles du PEV varient selon qu'on soit en vaccination de routine ou en campagne de vaccination.

Les populations cibles du PEV Ivoirien sont :

- Les enfants de 0 à 11 mois ;
- Les femmes enceintes ;
- Les jeunes filles de 9 ans.

Tableau n°1 : Populations cibles du PEV et population cibles supplémentaires

Population cible en routine	Pourcentage	Activité vaccinale
Enfant de 0 à 11 mois	4 % de la population totale	Routine.
Femme enceinte	5 % de la population totale	Routine.
Jeune fille de 9ans	1,86 % de la population totale	Routine
Pop cible supplémentaire		
Enfant de 0 à 59 mois ou 0 à 5 ans	20 % de la population totale	Campagne (JNV de VPO)
Femme en Age de Reproduction :	20 % de la population totale	Campagne de Td
9 mois à 14 ans	45 % de la population totale	Campagne de RR

1.2.2 L'objectif vaccinal

L'objectif vaccinal est ce que l'on cherche à atteindre pour chaque antigène dans un programme de vaccination ou dans une activité vaccinale. Il varie selon le type de

vaccin et l'activité vaccinale (vaccination de routine ou campagne de vaccination). L'objectif vaccinal doit être réaliste et fixé en fonction des priorités de la lutte contre la maladie.

Tableau n°2 : Objectifs vaccinaux par antigène selon le type de vaccin appliqués en Côte d'Ivoire (DCPEV, 2022)

Antigènes	Objectifs vaccinaux	
	En routine	En campagne
BCG	95 %	
VPO	95 %	100%
Vaccin anti Hépatite B pédiatrique	95 %	
VPI	95 %	
DTCHepHib (Pentavalent)	95 %	
RR (Rubéole, Rougeole)	95 %	100%
Rotarix	95 %	
PCV13	95 %	
VAA	95 %	
Td	95 %	100 %
Vaccin contre le Papilloma Virus Humain (HPV)	95 %	??????
Vaccin Antimeningococcique A	95 %	100 %

1.2.3 Le contact vaccinal ou dose par cible

Un contact vaccinal est une dose d'un vaccin administrée à un sujet cible pour assurer sa protection. Le nombre de contacts vaccinaux annuels qu'il faut pour un sujet cible varie d'un vaccin à un autre et se détermine à partir du calendrier de vaccination en vigueur dans un pays.

Tableau N°3 : Les contacts vaccinaux par antigène

-

Antigènes	Nombre de contacts
DN-Hépatite B	1
BCG	1

DTCHepHib ou vaccin pentavalent	3
Rotarix	2
PCV13	3
VPO (Vaccin Polio Oral)	4
VPI (vaccin Polio Inactivé)	2
RR (Vaccin contre la rougeole et la Rubéole)	2
VAA (vaccin anti Amaril)	1
Td (Vaccin contre le tétanos et la diphtérie)	3
Vaccin Antimeningococcique A	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV) pour jeunes filles séronégative	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain pour jeune fille séropositive au VIH	3

1.2.4 Le facteur de perte (FP)

C'est une perte en dose de vaccin due au conditionnement en flacons multidoses. Il se calcule à partir du **taux de perte** du vaccin.

Tableau N°4 : Taux de perte par antigène

Antigènes	Taux de perte
BCG	40 %
VPO	10 %
Vaccin anti hépatite pédiatrique	10%
DTC-HepB-Hib	10 %
VPI	10%
Rotarix	5%
PCV13	5%
Td	10 %
RR (vaccin contre la rougeole et la rubéole)	15 %
Vaccin Anti Amaril	15 %
Vaccin Antimeningococcique A	15%
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	5%
Seringues	10%

Tableau N°3 : Facteur de perte par antigène

Antigènes	Facteur de perte
BCG	1,66
VPO	1,11
Vaccin anti hépatite pédiatrique	1.11
DTC-HepB-Hib	1,11
VPI	1,11
Rotarix	1.05
PCV13	1.05

Td	1.11
RR	1,17
Vaccin Anti Amaril	1.17
Vaccin Antimeningococcique A	1.17
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	1.05
Seringues	1.11

✓ *Formule du calcul du taux de perte*

$$TPertes = \frac{\text{Doses sorties} - \text{Doses administrées}}{\text{Doses sorties}} \times 100 \text{ ou } 100 - \text{TU du vaccin}$$

✓ *Formule du calcul du taux d'utilisation du vaccin (TU).*

$$TU = \frac{\text{Nbre de doses effectivement administrées pendant une période donnée}}{\text{Nbre de doses sorties pendant la même période}} \times 100$$

Ou $TU = 100 - Tperle \text{ du vaccin}$

✓ *Formule du calcul du facteur de perte*

$$(Fperles) = \frac{100}{100 - TPertes}$$

II. FACTEURS LIES AUX PERTES DE VACCINS

2.2.2.1 Facteurs évitables de perte de vaccins

- Mauvaise gestion des stocks entraînant un approvisionnement excédentaire et la péremption des vaccins avant leur utilisation ;
- Défaillance de la chaîne de froid exposant ainsi les vaccins à des températures extrêmement inacceptables (trop élevées ou trop basses) ;
- Administration des doses incorrectes. Par ex : l'administration de plus de trois gouttes de VPO au lieu de deux ;
- Perte, détérioration, casses ou vol des vaccins.
- Ces facteurs peuvent être améliorés par une bonne gestion des vaccins.

2.3 Facteurs inévitables de perte de vaccins

- L'application de la politique du flacon entamé qui consiste à jeter les flacons de vaccins reconstitués 6 heures après leur reconstitution même si la température de conservation est normale.

III. ETAPES DE LA COMMANDE DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES

3.1. Commande des vaccins

3.1.1. Estimation des besoins théoriques en vaccin

3.1.1.1. Besoin théorique annuel

Besoin annuel = Population cible x Objectif vaccinal x Nombre de contact x Facteur de perte

3.1.1.2. Besoin théorique mensuel

Besoin théorique (BT) =
$$\frac{P_{\text{cible}} \times \text{Objectif vaccinal} \times \text{Nbre de contact} \times F_{\text{perte}} \times \text{Période}}{12}$$

3.1.2. Le stock de sécurité en vaccin (SS)

Ce stock est utilisé comme imprévu pour permettre de prendre en charge les populations cibles de passage en provenance d'autres aires sanitaires ou satisfaire les cas de rattrapage de vaccins.

Ce stock représente 25% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) =
$$\frac{\text{Besoin Théorique} \times 25}{100}$$
 pour les vaccins

3.1.3. Le besoin réel (BR)

Le besoin réel est l'ensemble du stock de vaccins prévu aussi bien pour les besoins théoriques que le stock de sécurité.

Besoin Réel (BR) = Besoin Théorique (BT) + Stock de Sécurité (SS)

Remarque

La quantité en stock (QS)

Il est souvent possible que les stocks commandés ne soient pas épuisés par les populations, surtout lorsque le taux de fréquentation de la structure devient faible

pendant une période donnée. Dans ce cas, il est conseillé de faire un inventaire en vue d'extraire les quantités stockées des besoins réels et éviter les surstocks et les risques de péremption des vaccins.

3.1.4. La quantité à commander

Quantité à commander (QC) = Besoin Réel (BR) - Quantité en stock (QS)

3.2. Commande des consommables

3.2.1. Commande des seringues autobloquantes

La commande des seringues autobloquantes ou seringue d'administration des vaccins se fait selon la même démarche de commande des vaccins. La différence se situe à deux niveaux.

- Au niveau du facteur de perte des seringues qui est de 1,11
- Au niveau du stock de sécurité qui est de 10% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) = $\frac{\text{Besoin Théorique} \times 10}{100}$ pour les consommables

3.2.2. Commande des seringues à dilution

Pour diluer un flacon de vaccin lyophilisé, il faut une seringue de dilution. Par conséquent il faut calculer le nombre de doses de vaccins et les convertir en flacons dont le nombre correspondra au nombre de seringues de dilution.

3.2.3. Commande des boîtes de sécurité

Le nombre de boîtes de sécurité à commander dépend du nombre de seringues utilisés pour la vaccination (seringues autobloquantes + seringues de dilution), sachant qu'une boîte de sécurité peut contenir en moyenne 100 seringues.

Boîte de sécurité = $\frac{(\text{Seringue de dilution} + \text{seringue d'injection})}{100}$

IV.COMMANDE DE VACCINS

Après l'estimation des besoins en vaccin, il faut passer la commande. Cela consiste à :

- Faire l'inventaire de la quantité de vaccin en stock avant toute commande (fiche d'inventaire) ;

- Remplir la fiche de commande de vaccin (à retirer auprès du CPEV) en précisant la quantité à commander pour chaque antigène et la quantité en stock ;
- La commande des antigènes se fait sur le même bordereau de commande.

4.1 Précautions à prendre pour la commande de vaccins

Toute commande de vaccins doit être faite en prenant des précautions suivantes :

- S'assurer que la capacité de stockage disponible est adéquate ;
- S'assurer que la conservation des vaccins est conforme aux normes recommandées ;
- S'assurer que les intrants nécessaires à la conservation (électricité, gaz stabilisateurs, groupe électrogène, outils de gestion) et à l'administration (diluants, seringues, BS, coton, outils de gestion...) sont commandés ou disponibles.

4.2 Périodicité de commande de vaccins et consommables

Niveau	Période
Dépôt central	Chaque 6 mois
Dépôts régionaux	Chaque 3 mois
Dépôts districts	Chaque mois
Centre de santé	Chaque mois
Case de santé	Chaque semaine

V RECEPTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES

Dès la réception des vaccins, il faut :

- S'assurer que la quantité sur le bordereau est conforme à la quantité reçue
- Vérifier les paramètres ci-dessous
 - Nom de l'antigène ;
 - Numéros de lot ;
 - Statut de la PCV ;
 - Date de péremption ;
 - Conditionnement ;
 - L'état des vaccins ;
 - Indicateur de monitoring de température.
- Remplir les fiches de stock pour chaque antigène tout en renseignant toutes les rubriques

VI. RANGEMENT DES VACCINS ET DILUANTS

Le rangement des vaccins et diluants survient après leur réception. Il consiste à assurer aux vaccins les conditions de conservation requises (entre 2 et 8°C) pour ne pas rompre la chaîne de froid, assurant ainsi la qualité aux vaccins.

L'élément central dans le rangement des vaccins est le **réfrigérateur**. C'est pourquoi dès la réception et après vérification nécessaire, il faut immédiatement les ranger dans les réfrigérateurs en fonction de leur sensibilité à la lumière et de la congélation.

Le BCG, **6.1 Les vaccins du PEV sensibles à la lumière.**

-
- La Rubéole,
- La Rougeole-rubéole

Ces vaccins sont reconnaissables par leurs flacons teintés en noir.

6.2 Les Vaccins du PEV sensibles à la chaleur

- BCG;
- Penta;
- PCV13 ;
- RR ;
- Rotarix ;
- VAA;
- Td;
- VPI ;
- VPO.

✓ *Ordre de Sensibilité de vaccin à la chaleur*

Echelle	Vaccins
<i>Très sensibles</i>	VPO
	RR
	Penta+ VAA+VPI+ PCV13
	BCG
	VAT/Td
<i>Moins sensibles</i>	

6.3 Les vaccins sensibles à la congélation

- BCG, VAA, RR (après reconstitution)
- DTCHepB ;
- HepB pédiatrique ;
- Hib liquide ;

- PCV13 ;
- Rotarix,
- VAT/Td ;
- VPI ;
- Vaccin contre le Papilloma virus humain.

✓ *Ordre de sensibilité à la congélation*

<i>Echelle</i>	<i>Vaccins</i>
Très sensibles	Hépatite B pédiatrique
	Hib liquide
	DTC, DTC-HepB +PENTA, PCV13
	VPI, Rotarix
	VAT/Td ,Hib (lyophilisé),VAA,BCG et le diluant
Moins sensibles	

6.4 Rangement des vaccins et diluants dans un réfrigérateur (VERTICAL)

Le rangement de vaccins et diluants dans un réfrigérateur vertical doit obéir à certaines règles à savoir :

- Disposer les vaccins de sorte à avoir une bonne circulation de l'air ;
- Disposer les vaccins de sorte à permettre leur identification et une lecture rapide de la date de péremption ;
- Ranger les flacons entamés après les avoir marqués de couleur de sorte à les utiliser en premier lieu lors de la prochaine séance de vaccination selon la règle **Premier à Expirer Premier à Utiliser (PEPU)** ;
- Disposer les vaccins dans le réfrigérateur en respectant les règles **Premier à Périmer Premier à Sortir (PPPS)** ;
- Ranger les vaccins sensibles à la chaleur dans le premier compartiment ou sur l'étagère supérieur, près du freezer (BCG, VAA, RR, etc.), et ceux sensibles à la congélation sur l'étagère du milieu, loin du compartiment congélateur (Td, vaccin contre le Papilloma virus humain, etc.) ;
- Ranger les diluants à l'étagère du bas ou compartiment du bas.

6.5 Rangement dans un réfrigérateur horizontal ou Bahut

- Ranger les flacons de vaccins sensibles à la chaleur tels le vaccin contre la Rougeole-Rubéole, le VPO, le BCG, le vaccin Antiamaril au fond du réfrigérateur sur des accumulateurs de froid pour surélever les vaccins ;
- Ranger Les vaccins sensibles à la congélation comme la PCV13, le Rotarix, le penta, l'Hépatite B pédiatrique, Td, l'Hib, le vaccin Antimeningococcique A, le VPI, le vaccin contre le Papilloma virus humain au sommet (partie supérieure, loin du fond où ils peuvent être exposés à la congélation) ;
- Les diluants pour le vaccin contre le BCG, la RR la FJ se rangent également à côté des vaccins sensibles à la congélation.

6.6.CAT en cas de flacons suspectés de congélation

- Si un flacon de vaccin liquide est suspecté de congélation, il faut :
- Prendre le flacon de vaccin suspecté de congélation et un autre non congelé du même vaccin et du même fabricant ;
- Agiter les deux flacons pendant au moins 5mn ;
- Laisser reposer les deux flacons pendant 15 à 20 minutes ;
- Comparez le flacon suspect avec le flacon test ;
- Si le vaccin congelé s'éclaircit et il n'y a pas de sédiment qui se dépose au fond du flacon, c'est qu'il est bon et il faut l'utiliser ;
- Si le vaccin congelé devient complètement clair et une épaisse couche de sédiment se forme au fond du flacon, c'est qu'il n'est pas bon et il ne faut pas l'utiliser.

6.7. La politique du flacon entamé

C'est une technique de gestion des vaccins. Elle permet de réduire de façon substantielle les taux de pertes.

Elle consiste à réutiliser un flacon de vaccin liquide ouvert et duquel l'on a prélevé une ou plusieurs doses de vaccins pour la prochaine séance de vaccination **jusqu'à 4**

semaines à condition que ce vaccin :

- Ne soit pas périmé ;
- N'ait pas été contaminé (règles d'asepsie observées lors du prélèvement des doses) ;
- N'ait pas été exposé excessivement au froid ou à la chaleur excessive ;
- N'ait pas été immergés dans de l'eau ;

- Ne présente aucun trouble ou précipitation ;
- N'ait pas la PCV virée.

La politique du flacon entamé s'applique uniquement aux vaccins multidoses liquides (VPO, Td, penta, PCV13, Rotarix, vaccin contre le Papilloma virus humaine).

Les vaccins reconstitués (BCG, RR, VAA et le vaccin contre la méningite) ne sont pas inclus dans la directive de la politique du flacon entamé, car ils **ne doivent pas être conservés plus de 6 heures** après leur reconstitution.

NB : La PFE ne s'applique pas aux flacons de VPI dont la PCV est collée sur le capuchon.

VII.PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LASORTIE DE VACCINS

Après rangement des vaccins. Certaines précautions doivent être observées pendant la sortie et le transport des vaccins aux postes de stratégie avancée.

7.1 Précautions à prendre pendant la sortie et transport des vaccins

7.1.1 Précautions pendant la sortie de vaccin du réfrigérateur

- Tenir compte de la date de péremption du vaccin et non de sa date de réception ;
- Sortir en premier les vaccins dont le carré s'est assombri mais qui est toujours plus clair que le cercle ;
- Sortir en premier les vaccins liquides utilisés et ramenés dans le cadre de la politique du flacon entamé ;
- Eviter d'exposer pendant longtemps les vaccins à la chaleur et au froid selon leur sensibilité
- Refermer aussitôt la portière du réfrigérateur une fois la sortie des vaccins terminée

7.1.2 Précaution pendant le transport du vaccin

- Utiliser de préférence les accumulateurs de froid non congelés pour le transport des vaccins sensibles à la congélation (DTCHepB, Td, Hépatite B pédiatrique, le vaccin contre le Papilloma virus humain) ou isoler les vaccins en utilisant les sachets plastiques dans le cas où tous les accumulateurs sont congelés ;
- Utiliser les accumulateurs bien congelés pour le transport des vaccins VPO, RR, BCG, VAA ...) ;
- Eviter si possibles les secousses pour éviter de détériorer les vaccins ;
- Ne transporter les vaccins que dans les dispositifs adaptés et réservés à cet effet. (Glacière, porte vaccins etc.) ;

- Ne pas mettre des sachets d'eau congelée dans les glacières car une fois décongelés, ils pourront détruire la PCV.

VIII. LES ABANDONS VACCINAUX

8.1 Définition

L'abandon vaccinal se définit comme toute cible qui a utilisé les services de vaccination et qui n'a pas complété sa vaccination. Il s'évalue pour les vaccins à multiples contacts.

8.2. Calcul des taux d'abandon (TA)

$$TA (VPO) = \frac{VPO0 - VPO3}{VPO0} \times 100$$

$$TA (Penta) = \frac{Penta1 - Penta 3}{Penta1} \times 100$$

$$TA (Td) = \frac{Td1 - Td 2}{Td1} \times 100$$

$$\text{Taux d'abandon Global} = \frac{Penta1 - RR1}{Penta1} \times 100$$

8.3. Causes possibles des abandons vaccinaux

- Vaccination non réalisée au quotidien ;
- Insuffisance de stratégies avancées ;
- Recherche active des perdus de vue non organisée ;
- Beaucoup d'occasions manquées de vaccination ;
- Faible niveau de communication ;
- Crainte d'un taux de perte élevé de vaccin (PF

8.4. Stratégies de réduction des abandons

- Rapprochement des services de vaccination des populations (plus de centres vaccineurs, postes avancés, stratégies avancées) ;
- Renforcement de la communication interpersonnelle et de la mobilisation sociale autour de la vaccination ;

- Renforcement de l'identification et de la recherche des enfants non vaccinés en y associant les agents de santé communautaire ;
- Mise à jour systématique et régulière des registres de vaccination ;
- Approvisionnement continu en vaccins et consommables.

IX-LA COUVERTURE VACCINALE (CV)

9.1. Couverture vaccinale

C'est la population cible ayant reçu le nombre de doses requis conformément au calendrier PEV.

9.2. Le taux de couverture vaccinal global

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture vaccinale globale

$$TCV \text{ Globale} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre requis de doses de Vaccins de chaque antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de la même période}} \times 100$$

9.2. Le taux de couverture vaccinal spécifique d'un antigène donné

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture d'un antigène donné

$$TCV \text{ d'un antigène} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre de doses requis de l'antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de l'antigène pendant la même période}} \times 100$$

9.2. Causes des faibles taux de couverture vaccinale

- Les occasions manquées de vaccination ;
- Les abandons vaccinaux ;
- Les populations hors de portée ;
- Les populations hors d'accès.

10.4. Actions à mener en vue d'augmenter la couverture vaccinale

- Rechercher activement les enfants ayant abandonné la vaccination
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur la vaccination
- Organiser régulièrement les séances de vaccination

- Tenir compte des activités socioculturelles dans la planification des séances de vaccination

LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de faire un diagnostic communautaire

Objectifs spécifiques

Au terme de l'enseignement, il doit être capable de :

- 1) Définir les concepts de base du diagnostic communautaire
- 2) Enumérer au moins deux buts du diagnostic communautaire
- 3) Dégager l'importance du diagnostic communautaire dans un milieu de travail.
- 4) Expliquer les deux grandes approches utilisées dans le diagnostic com
- 5) Décrire la méthodologie utilisée dans le diagnostic communautaire
- 6) Décrire les critères de sélection d'un problème prioritaire
- 7) Enumérer les différentes étapes de la conduite d'un diagnostic communautaire.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, le système de santé est resté un système à part. L'on ne s'était nullement posé la question de ses articulations avec les autres systèmes qui constituent la vie des communautés humaines à savoir : le système économique, le système social, le système culturel et le système écologique, etc.

Il est maintenant démontré et évident pour tout le monde que le système sanitaire dépend étroitement des autres systèmes. C'est ainsi que pour être bien portant, tout individu doit manger à sa faim, consommer des aliments sains, etc. Seul le diagnostic communautaire, socle sur lequel devrait reposer toute politique de soins de santé primaires, permet à l'agent de santé d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de la communauté et la manière dont ils sont perçus

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS DE BASE DU DIAGNOSTIC COM

1.1 Diagnostic

La définition du terme « diagnostic » au sens médical, correspond à l'identification d'une maladie par ses symptômes.

1.2 Diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire est un processus permettant de recueillir des informations d'ordre social, sanitaire, culturel, économique, démographique et politique sur une communauté afin d'identifier ses besoins en matière de santé et d'y apporter des solutions éventuelles avec sa pleine participation.

II. BUTS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

- Identifier les principaux problèmes de santé d'une communauté avec sa participation et ses ressources pour envisager les solutions et des actions ciblées sur les problèmes repérés ;
- Faire une analyse fine des ressources disponibles (matérielles et humaine) sur le plan quantitatif et qualitatif.
- Initier un processus de collaboration entre les populations et les agents de santé.

III. IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Le diagnostic communautaire

- Sert de base à toutes les actions sanitaires ;
- Permet d'orienter les efforts sur les besoins réels de la population ;
- Permet de renforcer les activités effectuées en santé communautaire, etc ;

IV. APPROCHES UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Selon Raynald Pinault, deux grandes approches sont utilisées dans le diagnostic communautaire.

4.1 L'approche basée sur la notion épidémiologique du besoin.

C'est une enquête épidémiologique dont l'objet est de collecter un maximum de données existantes sur l'état sanitaire de la population. Elle fournit les données quantitatives

4.2 L'approche psychosociologique des besoins

Elle permet de déterminer les perceptions de la population relatives aux problèmes de santé rencontrés dans le milieu et les moyens de résolution de ces problèmes. Elle fournit les données qualitatives.

V. METHODOLOGIE UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COM

5.1 La phase préparatoire :

5.1.1 L'implication communautaire

- Impliquer la communauté et les autres professionnels concernés. (Il faut éviter de mettre la communauté et ses représentants devant le fait accompli et lui proposer de participer à un projet déjà élaboré en dehors d'elle.)
- Constituer un groupe de travail qui rassemblera toutes les couches socio professionnelles du milieu. Ce groupe de travail déterminera les étapes successives à suivre, définira les objectifs de l'étude, les moyens et les méthodes et mobilisera les ressources nécessaires.

5.1.2 La préparation technique

Elle consiste d'une part à informer et d'autre part à former les personnes directement impliquées dans le diagnostic communautaire

5.2 Le diagnostic communautaire proprement dit

5.2.1 Définition des objectifs

Il s'agit de se mettre d'accord sur ce que l'on cherche à obtenir, dans quel but et auprès de quelles communautés.

5.2.2 Informations ou données à recueillir

Elles sont en rapport avec les caractéristiques de la communauté et les relations caractéristiques, état de santé de la communauté.

✓ Au niveau de l'environnement général de la communauté

- Dans quelle région est implanté le village ?
- Quelles sont les différentes saisons ?
- Quels sont les types de végétation, de climat ?
- De quel centre administratif dépend le village, Etc. ?

✓ Au niveau du village

- Quelle est l'histoire du village ;
- Le village est-il loti ?
- Quelle est la proportion de maisons en dur ?
- Faire un plan orienté du village avec les routes, les pistes les différents quartiers, le marché etc.) ;

✓ Au niveau démographique

- Le nombre d'habitants, de familles, de ménages ;
- Les mouvements migratoires de cette population ;
- Les différentes ethnies rencontrées ;

- Les différentes personnes influentes du village (notables, chefs religieux, autorités politiques etc.)

✓ ***Au niveau Economique***

- Quelles sont les ressources financières du village ? culture, pêche, élevage, artisanat etc. ;
- L'usage des produits récoltés (consommation, vente) ;
- Quels sont les débouchés possibles ? ya-t-il un marché sur place ? Quel jour a-t-il lieu ? Quels sont les marchés voisins les plus importants ?
- Existe-il des fonctionnaires, des GVC, des coopératives, des moyens de communication, des associations à bases communautaires ? etc.

✓ ***Au niveau socio culturel***

- Ya-t-il des coutumes ? des traditions ? des fêtes propres au village ou à la région ?
- Quels sont les jours de repos ?
- Existe-t-il des associations culturelles, politiques et religieuses ?
- Quelles sont les différentes ethnies et religions rencontrées ? Etc.

✓ ***Au niveau sanitaire***

- Existe-t-il des problèmes de santé liés à l'alimentation, à l'eau ?
- Existe-t-il des pratiques de la prostitution, etc. ;
- Quels sont les structures et équipements sanitaires existants (privés et publics) ?
- Où accouchent les femmes ? (Centre de santé ou domicile),etc.

5.2.3 Identification des sources de données, choix des méthodes, élaboration d'instruments de recueil des données.

❖ **Identification des sources possibles**

Les sources sont de deux ordres :

- Les informations existantes ;
- Les formations à rechercher.

✓ ***Les informations existantes***

Le plan de développement socio-économique et sanitaire du pays ;

- Les registres d'état civil ;
- Les registres de consultation ;

- Les statistiques sanitaires et démographiques ;
- Les rapports d'activités des services de santé, Etc ;

✓ *Les informations à rechercher*

Elles correspondent à ce que l'on a appelé l'approche psychosociale des besoins et des problèmes.

❖ **Choix des méthodes**

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

✓ *Méthodes non systématiques*

- L'observation ;
- Les interviews ;
- Les réunions de groupe ;
- Les visites.

✓ *Méthodes systématiques*

Ce sont les enquêtes systématiques de type épidémiologique. Elles consistent à rechercher de facteurs de risque ou les causes des comportements. Elles permettent de recueillir des données précises, quantifiables sur la communauté afin de confirmer et compléter les informations mises en évidence ou soupçonnées par les méthodes non systématiques.

5.2.4 Elaboration des instruments de recueil de données

Le recueil de données se fait à l'aide d'outils ou instruments de collecte préalablement élaborés et tenant compte des informations à recueillir. Ces outils peuvent être :

- Un questionnaire ;
- Un guide d'entretien ;
- Une grille d'observation ;
- Une fiche d'inventaire, etc.

5.2.5 L'analyse et l'interprétation des données

Elle permet de compiler, trier, recouper et classer les données collectées. En tant que personnel de santé, l'on cherchera à mesurer l'impact des facteurs qui déterminent l'état de santé. (Alimentation, assainissement, etc.)

VI. ETAPES DE LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

1. Identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
2. Etablissement des priorités ;
3. Documentation des problèmes prioritaires ;
4. Définition des objectifs d'action ;
5. Choix des stratégies ;
6. Mise en place d'un plan d'action ;
 - Choix des activités ;

- Mobilisation et coordination des ressources ;
7. Mise en œuvre des activités.
 8. Mise en place d'un plan d'évaluation

VII CRITERES DE SELECTION DE PROBLEME PRIORITAIRE (6 critères)

- La population cible touchée par le problème ;
- L'ampleur du problème (le nombre de cas) ;
- La gravité du problème (le nombre de décès ou de séquelles) ;
- La vulnérabilité du problème (existence de mesures de contrôle efficaces)
- Perception du problème par la population (la population perçoit-elle le problème de la même façon que l'agent de santé ?) ;
- Coûts des interventions.

7.1 Pondération des différents critères de sélection d'un problème prioritaire

7.1.1 Population-cible

- Enfants, femmes enceintes : 05 points
- Vieillards, adultes : 02 points

7.1.2 L'ampleur du problème

- < à 10 cas : 02 points
- Entre 10 à 19 cas : 04 points
- 20 cas et plus : 05 points

7.1.3 La gravité du problème

- Ne constitue aucune menace : 0 point
- < 4 décès ou séquelles : 02 points
- Entre 5 et 14 décès ou séquelles : 04 points
- 15 décès ou séquelles et plus : 05 points

7.1.4 La vulnérabilité

- Une solution existe : 05 points
- La solution est acceptable : 01 point
- La solution est réalisable : 01 point
- La solution est applicable : 01 point

7.1.5 La perception du problème par la population.

- La population a une bonne perception du problème : 05 points ;
- La population a une perception erronée du problème : 02 points

7.1.6 Le coût des interventions

- Le coût est-il à la portée de la population : 05 points ;
- Le coût nécessite-t-il l'appui d'une ONG : 03 points ;

Exemple de tableau pour la sélection d'un problème prioritaire

Critères Problèmes	Pop Cible	Ampleur du problème	Gravité du problème	Vulnérabilité	Perception du problème	Coût de l'intervention	Total

Exemple de plan d'action

Activités	Période	Lieu	Bénéficiaires Cibles	Responsables d'exécution	Ressources			Observation
					Financières	Matérielles	Humaines	

Exemple de plan d'évaluation

Qui ?	Personnel	
Que	Critères /Objectif	
Quoi	Activités	
Où ?	Lieu	
Quand ?	Période	
Comment ?	Méthode	
Avec quoi ?	Instrument	

CONCLUSION

Le diagnostic communautaire est une étape indispensable pour tout projet en santé communautaire. Il permet d'analyser les informations collectées dans la communauté et d'initier la participation de la communauté et le changement de comportement.

CHAINE DU FROID

I. Définition

La chaîne du froid (CDF) consiste en une série de modalités de conservation et de transport, toutes destinées à conserver les vaccins à une température acceptable jusqu'à ce qu'ils arrivent à l'utilisateur.

II. Importance de la chaîne du froid

Le maintien de la chaîne du froid est important dans le cadre des activités de vaccination pour trois raisons fondamentales :

- Les vaccins sont thermosensibles ;
- L'altération des vaccins est irréversible ;
- Les effets successifs des altérations s'additionnent.

III. Matériels de la chaîne du froid

3.1. Matériels qui produisent du froid

- les chambres froides ;
- les congélateurs ;
- les réfrigérateurs.

3.2. Matériels qui conservent le froid

- Les emballages isothermes ;
- Les glacières proprement dites ;
- Les porte-vaccins ou glacières portatives ;
- Les coussinets en mousse ;
- Les accumulateurs de froid.

2.3. Le matériel de monitoring de la CDF utilisés au centre de santé

- La fiche de température du réfrigérateur
- Le thermomètre
- La pastille de contrôle des vaccins (PCV)
- Les indicateurs de congélation

IV. DISPOSITIONS A PRENDRE POUR OBTENIR CONSTAMMENT DU FROID DANS LE REFRIGERATEUR

- Veiller à installer correctement le réfrigérateur à l'abri du soleil et de la chaleur dans un local frais à une distance de 15 à 30 cm du mur ;
- Surélever le réfrigérateur sur des cales hautes de 5 cm ;

- Veiller à limiter les pertes de froid, pour se faire, ne l'ouvrir qu'en cas de nécessité de service ;
- Entretien régulièrement en nettoyant et en dégivrant le réfrigérateur.

V. ENTRETIEN PREVENTIF DU REFRIGERATEUR

- Dégivrage fréquent et régulier dès que la couche de glace atteint 0,5 cm ;
- Dépoussiérage de la tuyauterie à l'arrière avec une brosse à poils souples ;
- Contrôle de l'étanchéité du joint de la porte par le test de la feuille de papier.

VI. PRECAUTIONS A PRENDRE POUR EVITER DE ROMPRE LA CHAINE DE FROID.

- Réceptionner les vaccins chez le fabricant ou à l'aéroport dès que possible et les déplacer toujours à une température comprise entre +2°C et +8°C;
- Conserver les vaccins entre +2°C et +8°C dans les magasins principaux/centraux et intermédiaires, ainsi que dans les centres de santé ;
- Transporter les vaccins dans une glacière à une température comprise entre +2°C et +8°C jusqu'au postes avancés et au cours des déplacements des équipes mobiles ;
- Conserver les vaccins à la température comprise entre +2°C et +8°C pendant les séances de vaccination ;
- Assurer un suivi régulier des températures de stockage des vaccins dans les différentes structures de vaccination.
- Eviter les ouvertures intempestives du réfrigérateur

VII. SUIVI DE LA TEMPERATURE DE CONSERVATION DES VACCINS SUR UN LIEU DE STOCKAGE.

-Assurer le relevé biquotidien de la température du réfrigérateur (matin et soir),si possible à des heures précises et la noter sur la fiche de température collée sur le réfrigérateur.

Vérifier régulièrement l'état des pastilles de contrôle des vaccins pour s'assurer qu'ils sont bien conservés à la bonne température.

VIII.CONDUITE A TENIR EN CAS DE RUPTURE DE LA CHAINE DE FROID_

Si les vaccins sont exposés à la chaleur :

- Regarder les pastilles de contrôle des vaccins qui en possèdent ;
- Si les pastilles virent, on ne peut plus les utiliser ;

- Pour les vaccins sans pastilles, il faut vérifier s'il reste de la glace dans le réfrigérateur ou dans les accumulateurs ;
- Si oui, les vaccins sont probablement intacts ; dans ces conditions il faut les ranger en sécurité dans une glacière avec la glace et les utiliser jusqu'à la fonte totale de la glace ;
- Si non, ils sont probablement altérés. Il faut donc les rendre au coordinateur du programme élargi de vaccination (CPEV) du district en échange d'un nouveau stock et accompagner les vaccins d'un document écrit. (Portant les références et la quantité des vaccins altérés.)
- En cas d'une panne du réfrigérateur, il faut stocker les vaccins dans le réfrigérateur d'une localité voisine.
- Si les vaccins sont exposés à la congélation il faut pratiquer le test d'agitation des anatoxines.

IX. TEST D'AGITATION DES ANATOXINES

Lorsqu'un stock d'anatoxine est suspecté d'avoir été congelé, il faut le comparer avec un flacon non suspect du même fabricant en procédant comme suit :

Agiter et les disposer sur un plan horizontal pendant une heure. Dans le flacon congelé, la sédimentation est plus rapide alors que le flacon indemne reste homogène.

X. LA PASTILLES DE CONTROLE DES VACCINS (PCV)

Il s'agit d'un indicateur composé d'un carré blanc contenu dans un cercle bleu et qui vire en cas de variation anormale de la température du réfrigérateur.

Elle est placée sur l'étiquette des flacons de vaccin liquide et sur la fermeture en plastique des flacons de vaccin en poudre ou à reconstituer.

✓ Interprétation de la PCV

Figure 6A : Ce que la pastille de contrôle du vaccin indique



Le carré est plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Un peu plus tard, le carré est toujours plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Point limite
Le carré est de la même couleur que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.



Au-delà du point limite
Le carré est plus sombre que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.

XI. LES INDICATEURS DE CONGELATION.

Ils permettent de vérifier si les vaccins non congelables ne sont pas exposés à la congélation.

XII. PLAN DE SAUVETAGE DES VACCINS OU PREVISION DES SITUATIONS D'URGENCE

Il faut afficher sur le réfrigérateur, une étiquette avec le nom, l'adresse et toutes les coordonnées du responsable des vaccins.

CONCLUSION

Les effets bénéfiques des programmes Elargis de vaccination ne sont plus à démontrer dans le monde en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Grâce à la vaccination, la variole a été éradiquée de notre planète. Les maladies comme la poliomyélite, la coqueluche et la diphtérie ont connu un net recul pour certaines (coqueluche, diphtérie) et pour d'autres en phase de pré-éradication (poliomyélite). Aussi, souhaitons-nous que les étudiants de la Licence 2 s'approprient le contenu de ce cours pour participer à la vaccination pendant le stage clinique.

GESTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES AU NIVEAU DES CENTRES VACCINATEURS

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de gérer de façon efficace les vaccins et consommables au niveau d'un centre de vaccination.

Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable

- 10) Définir quelques concepts utilisés dans la vaccination
- 11) Expliquer les différents paramètres utilisés pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables
- 12) Citer les facteurs liés aux pertes de vaccins
- 13) Enumérer les étapes de l'estimation des besoins en vaccins et consommables à partir de la méthode de la population cible
- 14) Commander les vaccins et consommables
- 15) Réceptionner les vaccins et les consommables ;
- 16) Ranger les vaccins et solvants dans un réfrigérateur vertical et horizontal
- 17) Contrôler la qualité des vaccins dans les lieux de stockage et aux postes de stratégie avancée
- 18) Enumérer les précautions à prendre pour sortir les vaccins pour la vaccination

INTRODUCTION

L'évaluation des activités des centres de vaccination a permis de constater une faiblesse dans la gestion des vaccins sur le terrain engendrant une perte en vaccins très élevée (destruction massive suite à la péremption, mauvais usage, PCV virée ...).

Compte tenu du coût de plus en plus élevé des vaccins pour les pays, la bonne gestion des vaccins pour les acteurs du système de santé devient une nécessité absolue.

I DEFINITION DES CONCEPTS

1.1 Occasions manquées

C'est une cible qui vient au centre pour une cause que la vaccination et qui sort du centre sans être vacciné alors qu'il l'aurait dû l'être.

1.2 Populations non atteintes ou hors de portée

Ce sont les populations qui bien qu'ayant accès aux services de vaccination ne les utilisent pas pour des raisons informationnelles, culturelles, sociales ou financières...

1.3 Populations inaccessibles ou hors d'accès

Ce sont les populations qui vivent loin des centres vaccinateurs ou qui vivent dans des endroits difficiles d'accès

1.4 Dose valide

C'est une dose de n'importe quel antigène administré à l'âge recommandé dans l'intervalle de temps approprié.

1.5 Dose sacrifiée

Ce sont les doses administrées aux populations hors cibles pour que la vaccination ait lieu.

1.6 Enfant correctement vacciné.

C'est l'enfant qui a reçu le nombre de vaccins et de doses conformément à, son âge et au calendrier de vaccination.

1.7 Enfant complètement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses des vaccins inscrit dans le calendrier de vaccination.

1.8 Enfant complètement et correctement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses de vaccins requis dans le respect du calendrier vaccinal prescrit.

II-PARAMETRES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS EN VACCINS ET EN CONSOMMABLES

L'estimation des besoins en vaccin et consommables se fait selon trois méthodes qui sont :

- La méthode selon la consommation antérieure ;
- La méthode selon le nombre de séances de vaccination ;
- La méthode selon la population cible. C'est la méthode utilisée en Côte d'Ivoire.

L'application de cette méthode nécessite qu'un certain nombre de paramètres essentiels soient définis au préalable à savoir :

- La population cible ;
- L'objectif vaccinal ;
- Le contact vaccinal ;
- Le facteur de perte.

1.2.1 La population cible

C'est une sous-partie de la population totale qui bénéficie de l'activité vaccinale. En Côte d'Ivoire, les populations cibles du PEV varient selon qu'on soit en vaccination de routine ou en campagne de vaccination.

Les populations cibles du PEV Ivoirien sont :

- Les enfants de 0 à 11 mois ;
- Les femmes enceintes ;
- Les jeunes filles de 9 ans.

Tableau n°1 : Populations cibles du PEV et population cibles supplémentaires

Population cible en routine	Pourcentage	Activité vaccinale
Enfant de 0 à 11 mois	4 % de la population totale	Routine.
Femme enceinte	5 % de la population totale	Routine.
Jeune fille de 9ans	1,86 % de la population totale	Routine
Pop cible supplémentaire		
Enfant de 0 à 59 mois ou 0 à 5 ans	20 % de la population totale	Campagne (JNV de VPO)
Femme en Age de Reproduction :	20 % de la population totale	Campagne de Td
9 mois à 14 ans	45 % de la population totale	Campagne de RR

1.2.2 L'objectif vaccinal

L'objectif vaccinal est ce que l'on cherche à atteindre pour chaque antigène dans un programme de vaccination ou dans une activité vaccinale. Il varie selon le type de vaccin et l'activité vaccinale (vaccination de routine ou campagne de vaccination). L'objectif vaccinal doit être réaliste et fixé en fonction des priorités de la lutte contre la maladie.

Tableau n°2 : Objectifs vaccinaux par antigène selon le type de vaccin appliqués en Côte d'Ivoire (DCPEV, 2022)

Antigènes	Objectifs vaccinaux	
	En routine	En campagne
BCG	95 %	
VPO	95 %	100%
Vaccin anti Hépatite B pédiatrique	95 %	
VPI	95 %	
DTCHepHib (Pentavalent)	95 %	
RR (Rubéole, Rougeole)	95 %	100%
Rotarix	95 %	
PCV13	95 %	
VAA	95 %	
Td	95 %	100 %
Vaccin contre le Papilloma Virus Humain (HPV)	95 %	??????
Vaccin Antimeningococcique A	95 %	100 %

1.2.3 Le contact vaccinal ou dose par cible

Un contact vaccinal est une dose d'un vaccin administrée à un sujet cible pour assurer sa protection. Le nombre de contacts vaccinaux annuels qu'il faut pour un sujet cible varie d'un vaccin à un autre et se détermine à partir du calendrier de vaccination en vigueur dans un pays.

Tableau N°3 : Les contacts vaccinaux par antigène

Antigènes	Nombre de contacts
DN-Hépatite B	1
BCG	1
DTCHepHib ou vaccin pentavalent	3
Rotarix	2
PCV13	3
VPO (Vaccin Polio Oral)	4
VPI (vaccin Polio Inactivé)	2

RR (Vaccin contre la rougeole et la Rubéole)	2
VAA (vaccin anti Amaril)	1
Td (Vaccin contre le tétanos et la diphtérie)	3
Vaccin Antimeningococcique A	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV) pour jeunes filles séronégative	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain pour jeune fille séropositive au VIH	3

1.2.4 Le facteur de perte (FP)

C'est une perte en dose de vaccin due au conditionnement en flacons multidoses. Il se calcule à partir du **taux de perte** du vaccin.

Tableau N°4 : Taux de perte par antigène

Antigènes	Taux de perte
BCG	40 %
VPO	10 %
Vaccin anti hépatite pédiatrique	10%
DTC-HepB-Hib	10 %
VPI	10%
Rotarix	5%
PCV13	5%
Td	10 %
RR (vaccin contre la rougeole et la rubéole)	15 %
Vaccin Anti Amaril	15 %
Vaccin Antimeningococcique A	15%
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	5%
Seringues	10%

Tableau N°3 : Facteur de perte par antigène

Antigènes	Facteur de perte
BCG	1,66
VPO	1,11
Vaccin anti hépatite pédiatrique	1.11
DTC-HepB-Hib	1,11
VPI	1,11
Rotarix	1.05
PCV13	1.05
Td	1.11
RR	1,17
Vaccin Anti Amaril	1.17
Vaccin Antimeningococcique A	1.17
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	1.05

Seringues	1.11
-----------	------

✓ *Formule du calcul du taux de perte*

$$TPertes = \frac{\text{Doses sorties} - \text{Doses administrées}}{\text{Doses sorties}} \times 100 \text{ ou } 100 - \text{TU du vaccin}$$

✓ *Formule du calcul du taux d'utilisation du vaccin (TU).*

$$TU = \frac{\text{Nbre de doses effectivement administrées pendant une période donnée}}{\text{Nbre de doses sorties pendant la même période}} \times 100$$

Ou $TU = 100 - T_{\text{perte du vaccin}}$

✓ *Formule du calcul du facteur de perte*

$$(F_{\text{pertes}}) = \frac{100}{101 - TPertes}$$

II. FACTEURS LIES AUX PERTES DE VACCINS

2.4.2.1 Facteurs évitables de perte de vaccins

- Mauvaise gestion des stocks entraînant un approvisionnement excédentaire et la péremption des vaccins avant leur utilisation ;
- Défaillance de la chaîne de froid exposant ainsi les vaccins à des températures extrêmement inacceptables (trop élevées ou trop basses) ;
- Administration des doses incorrectes. Par ex : l'administration de plus de trois gouttes de VPO au lieu de deux ;
- Perte, détérioration, casses ou vol des vaccins.
- Ces facteurs peuvent être améliorés par une bonne gestion des vaccins.

2.5 Facteurs inévitables de perte de vaccins

- L'application de la politique du flacon entamé qui consiste à jeter les flacons de vaccins reconstitués 6 heures après leur reconstitution même si la température de conservation est normale.

III. ETAPES DE LA COMMANDE DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES

3.1. Commande des vaccins

3.1.1. Estimation des besoins théoriques en vaccin

3.1.1.1. Besoin théorique annuel

Besoin annuel = Population cible x Objectif vaccinal x Nombre de contact x Facteur de perte

3.1.1.2. Besoin théorique mensuel

Besoin théorique (BT) =
$$\frac{P_{\text{cible}} \times \text{Objectif vaccinal} \times \text{Nbre de contact} \times F_{\text{perte}} \times \text{Période}}{12}$$

3.1.2. Le stock de sécurité en vaccin (SS)

Ce stock est utilisé comme imprévu pour permettre de prendre en charge les populations cibles de passage en provenance d'autres aires sanitaires ou satisfaire les cas de rattrapage de vaccins.

Ce stock représente 25% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) =
$$\frac{\text{Besoin Théorique} \times 25}{100}$$
 pour les vaccins

3.1.3. Le besoin réel (BR)

Le besoin réel est l'ensemble du stock de vaccins prévu aussi bien pour les besoins théoriques que le stock de sécurité.

Besoin Réel (BR) = Besoin Théorique (BT) + Stock de Sécurité (SS)

Remarque

La quantité en stock (QS)

Il est souvent possible que les stocks commandés ne soient pas épuisés par les populations, surtout lorsque le taux de fréquentation de la structure devient faible pendant une période donnée. Dans ce cas, il est conseillé de faire un inventaire en vue d'extraire les quantités stockées des besoins réels et éviter les surstocks et les risques de péremption des vaccins.

3.1.4. La quantité à commander

Quantité à commander (QC) = Besoin Réel (BR) - Quantité en stock (QS)

3.2. Commande des consommables

3.2.1. Commande des seringues autobloquantes

La commande des seringues autobloquantes ou seringue d'administration des vaccins se fait selon la même démarche de commande des vaccins. La différence se situe à deux niveaux.

- Au niveau du facteur de perte des seringues qui est de 1,11
- Au niveau du stock de sécurité qui est de 10% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) = $\frac{\text{Besoin Théorique} \times 10}{100}$ pour les consommables

3.2.2. Commande des seringues à dilution

Pour diluer un flacon de vaccin lyophilisé, il faut une seringue de dilution. Par conséquent il faut calculer le nombre de doses de vaccins et les convertir en flacons dont le nombre correspondra au nombre de seringues de dilution.

3.2.3. Commande des boîtes de sécurité

Le nombre de boîtes de sécurité à commander dépend du nombre de seringues utilisés pour la vaccination (seringues autobloquantes + seringues de dilution), sachant qu'une boîte de sécurité peut contenir en moyenne 100 seringues.

Boîte de sécurité = $\frac{(\text{Seringue de dilution} + \text{seringue d'injection})}{100}$

IV.COMMANDE DE VACCINS

Après l'estimation des besoins en vaccin, il faut passer la commande. Cela consiste à :

- Faire l'inventaire de la quantité de vaccin en stock avant toute commande (fiche d'inventaire) ;
- Remplir la fiche de commande de vaccin (à retirer auprès du CPEV) en précisant la quantité à commander pour chaque antigène et la quantité en stock ;
- La commande des antigènes se fait sur le même bordereau de commande.

4.1 Précautions à prendre pour la commande de vaccins

Toute commande de vaccins doit être faite en prenant des précautions suivantes :

- S'assurer que la capacité de stockage disponible est adéquate ;

- S'assurer que la conservation des vaccins est conforme aux normes recommandées ;
- S'assurer que les intrants nécessaires à la conservation (électricité, gaz stabilisateurs, groupe électrogène, outils de gestion) et à l'administration (diluants, seringues, BS, coton, outils de gestion...) sont commandés ou disponibles.

4.2 Périodicité de commande de vaccins et consommables

Niveau	Période
Dépôt central	Chaque 6 mois
Dépôts régionaux	Chaque 3 mois
Dépôts districts	Chaque mois
Centre de santé	Chaque mois
Case de santé	Chaque semaine

V RECEPTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES

Dès la réception des vaccins, il faut :

- S'assurer que la quantité sur le bordereau est conforme à la quantité reçue
- Vérifier les paramètres ci-dessous
 - Nom de l'antigène ;
 - Numéros de lot ;
 - Statut de la PCV ;
 - Date de péremption ;
 - Conditionnement ;
 - L'état des vaccins ;
 - Indicateur de monitoring de température.
- Remplir les fiches de stock pour chaque antigène tout en renseignant toutes les rubriques

VI. RANGEMENT DES VACCINS ET DILUANTS

Le rangement des vaccins et diluants survient après leur réception. Il consiste à assurer aux vaccins les conditions de conservation requises (entre 2 et 8°C) pour ne pas rompre la chaîne de froid, assurant ainsi la qualité aux vaccins.

L'élément central dans le rangement des vaccins est le **réfrigérateur**. C'est pourquoi dès la réception et après vérification nécessaire, il faut immédiatement les ranger dans les réfrigérateurs en fonction de leur sensibilité à la lumière et de la congélation.

Le BCG, **6.1 Les vaccins du PEV sensibles à la lumière.**

-
- La Rubéole,
- La Rougeole-rubéole

Ces vaccins sont reconnaissables par leurs flacons teintés en noir.

6.2 Les Vaccins du PEV sensibles à la chaleur

- BCG;
- Penta;
- PCV13 ;
- RR ;
- Rotarix ;
- VAA;
- Td;
- VPI ;
- VPO.

✓ *Ordre de Sensibilité de vaccin à la chaleur*

Echelle	Vaccins
<i>Très sensibles</i>	VPO
	RR
	Penta+ VAA+VPI+ PCV13
	BCG
	VAT/Td
<i>Moins sensibles</i>	

6.3 Les vaccins sensibles à la congélation

- BCG, VAA, RR **après reconstitution**)
- DTCHepB ;
- HepB pédiatrique ;
- Hib liquide ;
- PCV13 ;
- Rotarix,
- VAT/Td ;
- VPI ;
- Vaccin contre le Papilloma virus humain.

✓ *Ordre de sensibilité à la congélation*

<i>Echelle</i>	<i>Vaccins</i>
Très sensibles	Hépatite B pédiatrique
	Hib liquide
	DTC, DTC-HepB +PENTA, PCV13
	VPI, Rotarix
	VAT/Td ,Hib (lyophilisé),VAA,BCG et le diluant
Moins sensibles	

6.4 Rangement des vaccins et diluants dans un réfrigérateur (VERTICAL)

Le rangement de vaccins et diluants dans un réfrigérateur vertical doit obéir à certaines règles à savoir :

- Disposer les vaccins de sorte à avoir une bonne circulation de l'air ;
- Disposer les vaccins de sorte à permettre leur identification et une lecture rapide de la date de péremption ;
- Ranger les flacons entamés après les avoir marqués de couleur de sorte à les utiliser en premier lieu lors de la prochaine séance de vaccination selon la règle **Premier à Expirer Premier à Utiliser (PEPU)** ;
- Disposer les vaccins dans le réfrigérateur en respectant les règles **Premier à Périmer Premier à Sortir (PPPS)** ;
- Ranger les vaccins sensibles à la chaleur dans le premier compartiment ou sur l'étagère supérieur, près du freezer (BCG, VAA, RR, etc.), et ceux sensibles à la congélation sur l'étagère du milieu, loin du compartiment congélateur (Td, vaccin contre le Papilloma virus humain, etc.) ;
- Ranger les diluants à l'étagère du bas ou compartiment du bas.

6.5 Rangement dans un réfrigérateur horizontal ou Bahut

- Ranger les flacons de vaccins sensibles à la chaleur tels le vaccin contre la Rougeole-Rubéole, le VPO, le BCG, le vaccin Antiamaril au fond du réfrigérateur sur des accumulateurs de froid pour surélever les vaccins ;

- Ranger Les vaccins sensibles à la congélation comme la PCV13, le Rotarix, le penta, l'Hépatite B pédiatrique, Td, l'Hib, le vaccin Antimeningococcique A, le VPI, le vaccin contre le Papilloma virus humain au sommet (partie supérieure, loin du fond où ils peuvent être exposés à la congélation) ;
- Les diluants pour le vaccin contre le BCG, la RR la FJ se rangent également à côté des vaccins sensibles à la congélation.

6.6.CAT en cas de flacons suspectés de congélation

- Si un flacon de vaccin liquide est suspecté de congélation, il faut :
- Prendre le flacon de vaccin suspecté de congélation et un autre non congelé du même vaccin et du même fabricant ;
- Agiter les deux flacons pendant au moins 5mn ;
- Laisser reposer les deux flacons pendant 15 à 20 minutes ;
- Comparez le flacon suspect avec le flacon test ;
- Si le vaccin congelé s'éclaircit et il n'y a pas de sédiment qui se dépose au fond du flacon, c'est qu'il est bon et il faut l'utiliser ;
- Si le vaccin congelé devient complètement clair et une épaisse couche de sédiment se forme au fond du flacon, c'est qu'il n'est pas bon et il ne faut pas l'utiliser.

6.7. La politique du flacon entamé

C'est une technique de gestion des vaccins. Elle permet de réduire de façon substantielle les taux de pertes.

Elle consiste à réutiliser un flacon de vaccin liquide ouvert et duquel l'on a prélevé une ou plusieurs doses de vaccins pour la prochaine séance de vaccination **jusqu'à 4 semaines** à condition que ce vaccin :

- Ne soit pas périmé ;
- N'ait pas été contaminé (règles d'asepsie observées lors du prélèvement des doses) ;
- N'ait pas été exposé excessivement au froid ou à la chaleur excessive ;
- N'ait pas été immergés dans de l'eau ;
- Ne présente aucun trouble ou précipitation ;
- N'ait pas la PCV virée.

La politique du flacon entamé s'applique uniquement aux vaccins multidoses liquides (VPO, Td, penta, PCV13, Rotarix, vaccin contre le Papilloma virus humaine).

Les vaccins reconstitués (BCG, RR, VAA et le vaccin contre la méningite) ne sont pas inclus dans la directive de la politique du flacon entamé, car ils **ne doivent pas être conservés plus de 6 heures** après leur reconstitution.

NB : La PFE ne s'applique pas aux flacons de VPI dont la PCV est collée sur le capuchon.

VII. PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LA SORTIE DE VACCINS

Après rangement des vaccins. Certaines précautions doivent être observées pendant la sortie et le transport des vaccins aux postes de stratégie avancée.

7.1 Précautions à prendre pendant la sortie et transport des vaccins

7.1.1 Précautions pendant la sortie de vaccin du réfrigérateur

- Tenir compte de la date de péremption du vaccin et non de sa date de réception ;
- Sortir en premier les vaccins dont le carré s'est assombri mais qui est toujours plus clair que le cercle ;
- Sortir en premier les vaccins liquides utilisés et ramenés dans le cadre de la politique du flacon entamé ;
- Eviter d'exposer pendant longtemps les vaccins à la chaleur et au froid selon leur sensibilité
- Refermer aussitôt la portière du réfrigérateur une fois la sortie des vaccins terminée

7.1.2 Précaution pendant le transport du vaccin

- Utiliser de préférence les accumulateurs de froid non congelés pour le transport des vaccins sensibles à la congélation (DTCHepB, Td, Hépatite B pédiatrique, le vaccin contre le Papilloma virus humain) ou isoler les vaccins en utilisant les sachets plastiques dans le cas où tous les accumulateurs sont congelés ;
- Utiliser les accumulateurs bien congelés pour le transport des vaccins VPO, RR, BCG, VAA ...) ;
- Eviter si possibles les secousses pour éviter de détériorer les vaccins ;
- Ne transporter les vaccins que dans les dispositifs adaptés et réservés à cet effet. (Glacière, porte vaccins etc.) ;
- Ne pas mettre des sachets d'eau congelée dans les glacières car une fois décongelés, ils pourront détruire la PCV.

VIII. LES ABANDONS VACCINAUX

8.1 Définition

L'abandon vaccinal se définit comme toute cible qui a utilisé les services de vaccination et qui n'a pas complété sa vaccination. Il s'évalue pour les vaccins à multiples contacts.

8.2. Calcul des taux d'abandon (TA)

$$TA (VPO) = \frac{VPO0 - VPO3}{VPO0} \times 100$$

$$TA (Penta) = \frac{Penta1 - Penta 3}{Penta1} \times 100$$

$$TA (Td) = \frac{Td1 - Td 2}{Td1} \times 100$$

$$\text{Taux d'abandon Global} = \frac{Penta1 - RR1}{Penta1} \times 100$$

8.3. Causes possibles des abandons vaccinaux

- Vaccination non réalisée au quotidien ;
- Insuffisance de stratégies avancées ;
- Recherche active des perdus de vue non organisée ;
- Beaucoup d'occasions manquées de vaccination ;
- Faible niveau de communication ;
- Crainte d'un taux de perte élevé de vaccin (PF

8.4. Stratégies de réduction des abandons

- Rapprochement des services de vaccination des populations (plus de centres vaccineurs, postes avancés, stratégies avancées) ;
- Renforcement de la communication interpersonnelle et de la mobilisation sociale autour de la vaccination ;
- Renforcement de l'identification et de la recherche des enfants non vaccinés en y associant les agents de santé communautaire ;
- Mise à jour systématique et régulière des registres de vaccination ;
- Approvisionnement continu en vaccins et consommables.

IX-LA COUVERTURE VACCINALE (CV)

9.1. Couverture vaccinale

C'est la population cible ayant reçu le nombre de doses requis conformément au calendrier PEV.

9.2. Le taux de couverture vaccinal global

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture vaccinale globale

$$TCV \text{ Globale} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre requis de doses de Vaccins de chaque antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de la même période}} \times 100$$

9.2. Le taux de couverture vaccinal spécifique d'un antigène donné

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture d'un antigène donné

$$TCV \text{ d'un antigène} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre de doses requis de l'antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de l'antigène pendant la même période}} \times 100$$

9.2. Causes des faibles taux de couverture vaccinale

- Les occasions manquées de vaccination ;
- Les abandons vaccinaux ;
- Les populations hors de portée ;
- Les populations hors d'accès.

10.4. Actions à mener en vue d'augmenter la couverture vaccinale

- Rechercher activement les enfants ayant abandonné la vaccination
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur la vaccination
- Organiser régulièrement les séances de vaccination
- Tenir compte des activités socioculturelles dans la planification des séances de vaccination

LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de faire un diagnostic communautaire

Objectifs spécifiques

Au terme de l'enseignement, il doit être capable de :

- 8) Définir les concepts de base du diagnostic communautaire
- 9) Enumérer au moins deux buts du diagnostic communautaire
- 10) Dégager l'importance du diagnostic communautaire dans un milieu de travail.
- 11) Expliquer les deux grandes approches utilisées dans le diagnostic com
- 12) Décrire la méthodologie utilisée dans le diagnostic communautaire
- 13) Décrire les critères de sélection d'un problème prioritaire
- 14) Enumérer les différentes étapes de la conduite d'un diagnostic communautaire.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, le système de santé est resté un système à part. L'on ne s'était nullement posé la question de ses articulations avec les autres systèmes qui constituent la vie des communautés humaines à savoir : le système économique, le système social, le système culturel et le système écologique, etc.

Il est maintenant démontré et évident pour tout le monde que le système sanitaire dépend étroitement des autres systèmes. C'est ainsi que pour être bien portant, tout individu doit manger à sa faim, consommer des aliments sains, etc. Seul le diagnostic communautaire, socle sur lequel devrait reposer toute politique de soins de santé primaires, permet à l'agent de santé d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de la communauté et la manière dont ils sont perçus

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS DE BASE DU DIAGNOSTIC COM

1.1 Diagnostic

La définition du terme « diagnostic » au sens médical, correspond à l'identification d'une maladie par ses symptômes.

1.2 Diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire est un processus permettant de recueillir des informations d'ordre social, sanitaire, culturel, économique, démographique et politique sur une communauté afin d'identifier ses besoins en matière de santé et d'y apporter des solutions éventuelles avec sa pleine participation.

II. BUTS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

- Identifier les principaux problèmes de santé d'une communauté avec sa participation et ses ressources pour envisager les solutions et des actions ciblées sur les problèmes repérés ;
- Faire une analyse fine des ressources disponibles (matérielles et humaine) sur le plan quantitatif et qualitatif.
- Initier un processus de collaboration entre les populations et les agents de santé.

III. IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Le diagnostic communautaire

- Sert de base à toutes les actions sanitaires ;
- Permet d'orienter les efforts sur les besoins réels de la population ;
- Permet de renforcer les activités effectuées en santé communautaire, etc ;

IV. APPROCHES UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Selon Raynald Pinault, deux grandes approches sont utilisées dans le diagnostic communautaire.

4.1 L'approche basée sur la notion épidémiologique du besoin.

C'est une enquête épidémiologique dont l'objet est de collecter un maximum de données existantes sur l'état sanitaire de la population. Elle fournit les données quantitatives

4.2 L'approche psychosociologique des besoins

Elle permet de déterminer les perceptions de la population relatives aux problèmes de santé rencontrés dans le milieu et les moyens de résolution de ces problèmes. Elle fournit les données qualitatives.

V. METHODOLOGIE UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COM

5.1 La phase préparatoire :

5.1.1 L'implication communautaire

- Impliquer la communauté et les autres professionnels concernés. (Il faut éviter de mettre la communauté et ses représentants devant le fait accompli et lui proposer de participer à un projet déjà élaboré en dehors d'elle.)
- Constituer un groupe de travail qui rassemblera toutes les couches socio professionnelles du milieu. Ce groupe de travail déterminera les étapes successives à suivre, définira les objectifs de l'étude, les moyens et les méthodes et mobilisera les ressources nécessaires.

5.1.2 La préparation technique

Elle consiste d'une part à informer et d'autre part à former les personnes directement impliquées dans le diagnostic communautaire

5.2 Le diagnostic communautaire proprement dit

5.2.1 Définition des objectifs

Il s'agit de se mettre d'accord sur ce que l'on cherche à obtenir, dans quel but et auprès de quelles communautés.

5.2.2 Informations ou données à recueillir

Elles sont en rapport avec les caractéristiques de la communauté et les relations caractéristiques, état de santé de la communauté.

✓ *Au niveau de l'environnement général de la communauté*

- Dans quelle région est implanté le village ?
- Quelles sont les différentes saisons ?
- Quels sont les types de végétation, de climat ?
- De quel centre administratif dépend le village, Etc. ?

✓ *Au niveau du village*

- Quelle est l'histoire du village ;
- Le village est-il loti ?
- Quelle est la proportion de maisons en dur ?
- Faire un plan orienté du village avec les routes, les pistes les différents quartiers, le marché etc.) ;

✓ *Au niveau démographique*

- Le nombre d'habitants, de familles, de ménages ;
- Les mouvements migratoires de cette population ;
- Les différentes ethnies rencontrées ;
- Les différentes personnes influentes du village (notables, chefs religieux, autorités politiques etc.)

✓ *Au niveau Economique*

- Quelles sont les ressources financières du village ? culture, pêche, élevage, artisanat etc. ;
- L'usage des produits récoltés (consommation, vente) ;
- Quels sont les débouchés possibles ? ya-t-il un marché sur place ?
Quel jour a-t-il lieu ? Quels sont les marchés voisins les plus importants ?
- Existe-il des fonctionnaires, des GVC, des coopératives, des moyens de communication, des associations à bases communautaires ? etc.

✓ ***Au niveau socio culturel***

- Ya-t-il des coutumes ? des traditions ? des fêtes propres au village ou à la région ?
- Quels sont les jours de repos ?
- Existe-t-il des associations culturelles, politiques et religieuses ?
- Quelles sont les différentes ethnies et religions rencontrées ? Etc.

✓ ***Au niveau sanitaire***

- Existe-t-il des problèmes de santé liés à l'alimentation, à l'eau ?
- Existe-t-il des pratiques de la prostitution, etc. ;
- Quels sont les structures et équipements sanitaires existants (privés et publics) ?
- Où accouchent les femmes ? (Centre de santé ou domicile),etc.

5.2.3 Identification des sources de données, choix des méthodes, élaboration d'instruments de recueil des données.

❖ **Identification des sources possibles**

Les sources sont de deux ordres :

- Les informations existantes ;
- Les formations à rechercher.

✓ ***Les informations existantes***

Le plan de développement socio-économique et sanitaire du pays ;

- Les registres d'état civil ;
- Les registres de consultation ;
- Les statistiques sanitaires et démographiques ;
- Les rapports d'activités des services de santé, Etc ;

✓ ***Les informations à rechercher***

Elles correspondent à ce que l'on a appelé l'approche psychosociale des besoins et des problèmes.

❖ **Choix des méthodes**

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

✓ **Méthodes non systématiques**

- L'observation ;
- Les interviews ;
- Les réunions de groupe ;
- Les visites.

✓ **Méthodes systématiques**

Ce sont les enquêtes systématiques de type épidémiologique. Elles consistent à rechercher de facteurs de risque ou les causes des comportements. Elles permettent de recueillir des données précises, quantifiables sur la communauté afin de confirmer et compléter les informations mises en évidence ou soupçonnées par les méthodes non systématiques.

5.2.4 Elaboration des instruments de recueil de données

Le recueil de données se fait à l'aide d'outils ou instruments de collecte préalablement élaborés et tenant compte des informations à recueillir. Ces outils peuvent être :

- Un questionnaire ;
- Un guide d'entretien ;
- Une grille d'observation ;
- Une fiche d'inventaire, etc.

5.2.6 L'analyse et l'interprétation des données

Elle permet de compiler, trier, recouper et classer les données collectées. En tant que personnel de santé, l'on cherchera à mesurer l'impact des facteurs qui déterminent l'état de santé. (Alimentation, assainissement, etc.)

VI. ETAPES DE LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

9. Identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
10. Etablissement des priorités ;
11. Documentation des problèmes prioritaires ;
12. Définition des objectifs d'action ;
13. Choix des stratégies ;
14. Mise en place d'un plan d'action ;
 - Choix des activités ;
 - Mobilisation et coordination des ressources ;
15. Mise en œuvre des activités.
16. Mise en place d'un plan d'évaluation

VII CRITERES DE SELECTION DE PROBLEME PRIORITAIRE (6 critères)

- La population cible touchée par le problème ;
- L'ampleur du problème (le nombre de cas) ;
- La gravité du problème (le nombre de décès ou de séquelles) ;
- La vulnérabilité du problème (existence de mesures de contrôle efficaces)
- Perception du problème par la population (la population perçoit-elle le problème de la même façon que l'agent de santé ?) ;
- Coûts des interventions.

7.1 Pondération des différents critères de sélection d'un problème prioritaire

7.1.1 Population-cible

- Enfants, femmes enceintes : 05 points
- Vieillards, adultes : 02 points

7.1.2 L'ampleur du problème

- < à 10 cas : 02 points
- Entre 10 à 19 cas : 04 points
- 20 cas et plus : 05 points

7.1.5 La gravité du problème

- Ne constitue aucune menace : 0 point
- < 4 décès ou séquelles : 02 points
- Entre 5 et 14 décès ou séquelles : 04 points
- 15 décès ou séquelles et plus : 05 points

7.1.6 La vulnérabilité

- Une solution existe : 05 points
- La solution est acceptable : 01 point
- La solution est réalisable : 01 point
- La solution est applicable : 01 point

7.1.5 La perception du problème par la population.

- La population a une bonne perception du problème : 05 points ;
- La population a une perception erronée du problème : 02 points

7.1.6 Le coût des interventions

- Le coût est-il à la portée de la population : 05 points ;
- Le coût nécessite-t-il l'appui d'une ONG : 03 points ;

Exemple de tableau pour la sélection d'un problème prioritaire

Critères Problèmes	Pop Cible	Ampleur du problème	Gravité du problème	Vulnérabilité	Perception du problème	Coût de l'intervention	Total

Exemple de plan d'action

Activités	Période	Lieu	Bénéficiaires Cibles	Responsables d'exécution	Ressources			Observation
					Financières	Matérielles	Humaines	

Exemple de plan d'évaluation

Qui ?	Personnel	
Que	Critères /Objectif	
Quoi	Activités	
Où ?	Lieu	
Quand ?	Période	
Comment ?	Méthode	
Avec quoi ?	Instrument	

CONCLUSION

Le diagnostic communautaire est une étape indispensable pour tout projet en santé communautaire. Il permet d'analyser les informations collectées dans la communauté et d'initier la participation de la communauté et le changement de comportement.

CHAINE DU FROID

I. Définition

La chaîne du froid (CDF) consiste en une série de modalités de conservation et de transport, toutes destinées à conserver les vaccins à une température acceptable jusqu'à ce qu'ils arrivent à l'utilisateur.

II. Importance de la chaîne du froid

Le maintien de la chaîne du froid est important dans le cadre des activités de vaccination pour trois raisons fondamentales :

- Les vaccins sont thermosensibles ;
- L'altération des vaccins est irréversible ;
- Les effets successifs des altérations s'additionnent.

III. Matériels de la chaîne du froid

3.1. Matériels qui produisent du froid

- les chambres froides ;
- les congélateurs ;
- les réfrigérateurs.

3.2. Matériels qui conservent le froid

- Les emballages isothermes ;
- Les glacières proprement dites ;
- Les porte-vaccins ou glacières portatives ;
- Les coussinets en mousse ;
- Les accumulateurs de froid.

2.3. Le matériel de monitoring de la CDF utilisés au centre de santé

- La fiche de température du réfrigérateur
- Le thermomètre
- La pastille de contrôle des vaccins (PCV)
- Les indicateurs de congélation

IV. DISPOSITIONS A PRENDRE POUR OBTENIR CONSTAMMENT DU FROID DANS LE REFRIGERATEUR

- Veiller à installer correctement le réfrigérateur à l'abri du soleil et de la chaleur dans un local frais à une distance de 15 à 30 cm du mur ;
- Surélever le réfrigérateur sur des cales hautes de 5 cm ;
- Veiller à limiter les pertes de froid, pour se faire, ne l'ouvrir qu'en cas de nécessité de service ;

- Entretien régulièrement en nettoyant et en dégivrant le réfrigérateur.

V. ENTRETIEN PREVENTIF DU REFRIGERATEUR

- Dégivrage fréquent et régulier dès que la couche de glace atteint 0,5 cm ;
- Dépoussiérage de la tuyauterie à l'arrière avec une brosse à poils souples ;
- Contrôle de l'étanchéité du joint de la porte par le test de la feuille de papier.

VI. PRECAUTIONS A PRENDRE POUR EVITER DE ROMPRE LA CHAINE DE FROID.

- Réceptionner les vaccins chez le fabricant ou à l'aéroport dès que possible et les déplacer toujours à une température comprise entre +2°C et +8°C;
- Conserver les vaccins entre +2°C et +8°C dans les magasins principaux/centraux et intermédiaires, ainsi que dans les centres de santé ;
- Transporter les vaccins dans une glacière à une température comprise entre +2°C et +8°C jusqu'au postes avancés et au cours des déplacements des équipes mobiles ;
- Conserver les vaccins à la température comprise entre +2°C et +8°C pendant les séances de vaccination ;
- Assurer un suivi régulier des températures de stockage des vaccins dans les différentes structures de vaccination.
- Eviter les ouvertures intempestives du réfrigérateur

VII. SUIVI DE LA TEMPERATURE DE CONSERVATION DES VACCINS SUR UN LIEU DE STOCKAGE.

-Assurer le relevé biquotidien de la température du réfrigérateur (matin et soir), si possible à des heures précises et la noter sur la fiche de température collée sur le réfrigérateur.

Vérifier régulièrement l'état des pastilles de contrôle des vaccins pour s'assurer qu'ils sont bien conservés à la bonne température.

VIII. CONDUITE A TENIR EN CAS DE RUPTURE DE LA CHAINE DE FROID.

Si les vaccins sont exposés à la chaleur :

- Regarder les pastilles de contrôle des vaccins qui en possèdent ;
- Si les pastilles virent, on ne peut plus les utiliser ;
- Pour les vaccins sans pastilles, il faut vérifier s'il reste de la glace dans le réfrigérateur ou dans les accumulateurs ;

- Si oui, les vaccins sont probablement intacts ; dans ces conditions il faut les ranger en sécurité dans une glacière avec la glace et les utiliser jusqu'à la fonte totale de la glace ;
- Si non, ils sont probablement altérés. Il faut donc les rendre au coordinateur du programme élargi de vaccination (CPEV) du district en échange d'un nouveau stock et accompagner les vaccins d'un document écrit. (Portant les références et la quantité des vaccins altérés.)
- En cas d'une panne du réfrigérateur, il faut stocker les vaccins dans le réfrigérateur d'une localité voisine.
- Si les vaccins sont exposés à la congélation il faut pratiquer le test d'agitation des anatoxines.

IX. TEST D'AGITATION DES ANATOXINES

Lorsqu'un stock d'anatoxine est suspecté d'avoir été congelé, il faut le comparer avec un flacon non suspect du même fabricant en procédant comme suit :

Agiter et les disposer sur un plan horizontal pendant une heure. Dans le flacon congelé, la sédimentation est plus rapide alors que le flacon indemne reste homogène.

X. LA PASTILLES DE CONTROLE DES VACCINS (PCV)

Il s'agit d'un indicateur composé d'un carré blanc contenu dans un cercle bleu et qui vire en cas de variation anormale de la température du réfrigérateur.

Elle est placée sur l'étiquette des flacons de vaccin liquide et sur la fermeture en plastique des flacons de vaccin en poudre ou à reconstituer.

✓ Interprétation de la PCV

Figure 6A : Ce que la pastille de contrôle du vaccin indique



Le carré est plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Un peu plus tard, le carré est toujours plus clair que le cercle.
Si la date limite d'utilisation n'est pas dépassée, UTILISER le vaccin.



Point limite
Le carré est de la même couleur que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.



Au-delà du point limite
Le carré est plus sombre que le cercle.
NE PAS utiliser le vaccin. Avisez votre superviseur.

XI. LES INDICATEURS DE CONGELATION.

Ils permettent de vérifier si les vaccins non congelables ne sont pas exposés à la congélation.

XII. PLAN DE SAUVETAGE DES VACCINS OU PREVISION DES SITUATIONS D'URGENCE

Il faut afficher sur le réfrigérateur, une étiquette avec le nom, l'adresse et toutes les coordonnées du responsable des vaccins.

CONCLUSION

Les effets bénéfiques des programmes Elargis de vaccination ne sont plus à démontrer dans le monde en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Grâce à la vaccination, la variole a été éradiquée de notre planète. Les maladies comme la poliomyélite, la coqueluche et la diphtérie ont connu un net recul pour certaines (coqueluche, diphtérie) et pour d'autres en phase de pré-éradication (poliomyélite). Aussi, souhaitons-nous que les étudiants de la Licence 2 s'approprient le contenu de ce cours pour participer à la vaccination pendant le stage clinique.

GESTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES AU NIVEAU DES CENTRES VACCINATEURS

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de gérer de façon efficace les vaccins et consommables au niveau d'un centre de vaccination.

Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable

- 19) Définir quelques concepts utilisés dans la vaccination
- 20) Expliquer les différents paramètres utilisés pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables
- 21) Citer les facteurs liés aux pertes de vaccins
- 22) Enumérer les étapes de l'estimation des besoins en vaccins et consommables à partir de la méthode de la population cible
- 23) Commander les vaccins et consommables
- 24) Réceptionner les vaccins et les consommables ;
- 25) Ranger les vaccins et solvants dans un réfrigérateur vertical et horizontal
- 26) Contrôler la qualité des vaccins dans les lieux de stockage et aux postes de stratégie avancée
- 27) Enumérer les précautions à prendre pour sortir les vaccins pour la vaccination

INTRODUCTION

L'évaluation des activités des centres de vaccination a permis de constater une faiblesse dans la gestion des vaccins sur le terrain engendrant une perte en vaccins très élevée (destruction massive suite à la péremption, mauvais usage, PCV virée ...).

Compte tenu du coût de plus en plus élevé des vaccins pour les pays, la bonne gestion des vaccins pour les acteurs du système de santé devient une nécessité absolue.

I DEFINITION DES CONCEPTS

1.1 Occasions manquées

C'est une cible qui vient au centre pour une cause que la vaccination et qui sort du centre sans être vacciné alors qu'il l'aurait dû l'être.

1.2 Populations non atteintes ou hors de portée

Ce sont les populations qui bien qu'ayant accès aux services de vaccination ne les utilisent pas pour des raisons informationnelles, culturelles, sociales ou financières...

1.3 Populations inaccessibles ou hors d'accès

Ce sont les populations qui vivent loin des centres vaccinateurs ou qui vivent dans des endroits difficiles d'accès

1.4 Dose valide

C'est une dose de n'importe quel antigène administré à l'âge recommandé dans l'intervalle de temps approprié.

1.5 Dose sacrifiée

Ce sont les doses administrées aux populations hors cibles pour que la vaccination ait lieu.

1.6 Enfant correctement vacciné.

C'est l'enfant qui a reçu le nombre de vaccins et de doses conformément à, son âge et au calendrier de vaccination.

1.7 Enfant complètement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses des vaccins inscrit dans le calendrier de vaccination.

1.8 Enfant complètement et correctement vacciné

C'est l'enfant qui a reçu toutes les doses de vaccins requis dans le respect du calendrier vaccinal prescrit.

II-PARAMETRES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS EN VACCINS ET EN CONSOMMABLES

L'estimation des besoins en vaccin et consommables se fait selon trois méthodes qui sont :

- La méthode selon la consommation antérieure ;
- La méthode selon le nombre de séances de vaccination ;
- La méthode selon la population cible. C'est la méthode utilisée en Côte d'Ivoire.

L'application de cette méthode nécessite qu'un certain nombre de paramètres essentiels soient définis au préalable à savoir :

- La population cible ;
- L'objectif vaccinal ;
- Le contact vaccinal ;
- Le facteur de perte.

1.2.1 La population cible

C'est une sous-partie de la population totale qui bénéficie de l'activité vaccinale. En Côte d'Ivoire, les populations cibles du PEV varient selon qu'on soit en vaccination de routine ou en campagne de vaccination.

Les populations cibles du PEV Ivoirien sont :

- Les enfants de 0 à 11 mois ;
- Les femmes enceintes ;
- Les jeunes filles de 9 ans.

Tableau n°1 : Populations cibles du PEV et population cibles supplémentaires

Population cible en routine	Pourcentage	Activité vaccinale
Enfant de 0 à 11 mois	4 % de la population totale	Routine.
Femme enceinte	5 % de la population totale	Routine.
Jeune fille de 9ans	1,86 % de la population totale	Routine
Pop cible supplémentaire		
Enfant de 0 à 59 mois ou 0 à 5 ans	20 % de la population totale	Campagne (JNV de VPO)
Femme en Age de Reproduction :	20 % de la population totale	Campagne de Td
9 mois à 14 ans	45 % de la population totale	Campagne de RR

1.2.2 L'objectif vaccinal

L'objectif vaccinal est ce que l'on cherche à atteindre pour chaque antigène dans un programme de vaccination ou dans une activité vaccinale. Il varie selon le type de vaccin et l'activité vaccinale (vaccination de routine ou campagne de vaccination). L'objectif vaccinal doit être réaliste et fixé en fonction des priorités de la lutte contre la maladie.

Tableau n°2 : Objectifs vaccinaux par antigène selon le type de vaccin appliqués en Côte d'Ivoire (DCPEV, 2022)

Antigènes	Objectifs vaccinaux	
	En routine	En campagne
BCG	95 %	
VPO	95 %	100%
Vaccin anti Hépatite B pédiatrique	95 %	
VPI	95 %	
DTCHepHib (Pentavalent)	95 %	
RR (Rubéole, Rougeole)	95 %	100%
Rotarix	95 %	
PCV13	95 %	
VAA	95 %	
Td	95 %	100 %
Vaccin contre le Papilloma Virus Humain (HPV)	95 %	??????
Vaccin Antimeningococcique A	95 %	100 %

1.2.3 Le contact vaccinal ou dose par cible

Un contact vaccinal est une dose d'un vaccin administrée à un sujet cible pour assurer sa protection. Le nombre de contacts vaccinaux annuels qu'il faut pour un sujet cible varie d'un vaccin à un autre et se détermine à partir du calendrier de vaccination en vigueur dans un pays.

Tableau N°3 : Les contacts vaccinaux par antigène

Antigènes	Nombre de contacts
DN-Hépatite B	1
BCG	1
DTCHepHib ou vaccin pentavalent	3
Rotarix	2
PCV13	3
VPO (Vaccin Polio Oral)	4
VPI (vaccin Polio Inactivé)	2

RR (Vaccin contre la rougeole et la Rubéole)	2
VAA (vaccin anti Amaril)	1
Td (Vaccin contre le tétanos et la diphtérie)	3
Vaccin Antimeningococcique A	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV) pour jeunes filles séronégative	1
Vaccin contre le Papilloma virus humain pour jeune fille séropositive au VIH	3

1.2.4 Le facteur de perte (FP)

C'est une perte en dose de vaccin due au conditionnement en flacons multidoses. Il se calcule à partir du **taux de perte** du vaccin.

Tableau N°4 : Taux de perte par antigène

Antigènes	Taux de perte
BCG	40 %
VPO	10 %
Vaccin anti hépatite pédiatrique	10%
DTC-HepB-Hib	10 %
VPI	10%
Rotarix	5%
PCV13	5%
Td	10 %
RR (vaccin contre la rougeole et la rubéole)	15 %
Vaccin Anti Amaril	15 %
Vaccin Antimeningococcique A	15%
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	5%
Seringues	10%

Tableau N°3 : Facteur de perte par antigène

Antigènes	Facteur de perte
BCG	1,66
VPO	1,11
Vaccin anti hépatite pédiatrique	1.11
DTC-HepB-Hib	1,11
VPI	1,11
Rotarix	1.05
PCV13	1.05
Td	1.11
RR	1,17
Vaccin Anti Amaril	1.17
Vaccin Antimeningococcique A	1.17
Vaccin contre le Papilloma virus humain (HPV)	1.05

Seringues	1.11
-----------	------

✓ *Formule du calcul du taux de perte*

$$TPertes = \frac{\text{Doses sorties} - \text{Doses administrées}}{\text{Doses sorties}} \times 100 \text{ ou } 100 - \text{ TU du vaccin}$$

✓ *Formule du calcul du taux d'utilisation du vaccin (TU).*

$$TU = \frac{\text{Nbre de doses effectivement administrées pendant une période donnée}}{\text{Nbre de doses sorties pendant la même période}} \times 100$$

Ou $TU = 100 - T_{\text{perte du vaccin}}$

✓ *Formule du calcul du facteur de perte*

$$(F_{\text{pertes}}) = \frac{100}{102 - TPertes}$$

II. FACTEURS LIES AUX PERTES DE VACCINS

2.6.2.1 Facteurs évitables de perte de vaccins

- Mauvaise gestion des stocks entraînant un approvisionnement excédentaire et la péremption des vaccins avant leur utilisation ;
- Défaillance de la chaîne de froid exposant ainsi les vaccins à des températures extrêmement inacceptables (trop élevées ou trop basses) ;
- Administration des doses incorrectes. Par ex : l'administration de plus de trois gouttes de VPO au lieu de deux ;
- Perte, détérioration, casses ou vol des vaccins.
- Ces facteurs peuvent être améliorés par une bonne gestion des vaccins.

2.7 Facteurs inévitables de perte de vaccins

- L'application de la politique du flacon entamé qui consiste à jeter les flacons de vaccins reconstitués 6 heures après leur reconstitution même si la température de conservation est normale.

III. ETAPES DE LA COMMANDE DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES

3.1. Commande des vaccins

3.1.1. Estimation des besoins théoriques en vaccin

3.1.1.1. Besoin théorique annuel

Besoin annuel = Population cible x Objectif vaccinal x Nombre de contact x Facteur de perte

3.1.1.2. Besoin théorique mensuel

Besoin théorique (BT) =
$$\frac{P_{\text{cible}} \times \text{Objectif vaccinal} \times \text{Nbre de contact} \times F_{\text{perte}} \times \text{Période}}{12}$$

3.1.2. Le stock de sécurité en vaccin (SS)

Ce stock est utilisé comme imprévu pour permettre de prendre en charge les populations cibles de passage en provenance d'autres aires sanitaires ou satisfaire les cas de rattrapage de vaccins.

Ce stock représente 25% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) =
$$\frac{\text{Besoin Théorique} \times 25}{100}$$
 pour les vaccins

3.1.3. Le besoin réel (BR)

Le besoin réel est l'ensemble du stock de vaccins prévu aussi bien pour les besoins théoriques que le stock de sécurité.

Besoin Réel (BR) = Besoin Théorique (BT) + Stock de Sécurité (SS)

Remarque

La quantité en stock (QS)

Il est souvent possible que les stocks commandés ne soient pas épuisés par les populations, surtout lorsque le taux de fréquentation de la structure devient faible pendant une période donnée. Dans ce cas, il est conseillé de faire un inventaire en vue d'extraire les quantités stockées des besoins réels et éviter les surstocks et les risques de péremption des vaccins.

3.1.4. La quantité à commander

Quantité à commander (QC) = Besoin Réel (BR) - Quantité en stock (QS)

3.2. Commande des consommables

3.2.1. Commande des seringues autobloquantes

La commande des seringues autobloquantes ou seringue d'administration des vaccins se fait selon la même démarche de commande des vaccins. La différence se situe à deux niveaux.

- Au niveau du facteur de perte des seringues qui est de 1,11
- Au niveau du stock de sécurité qui est de 10% du besoin théorique.

Stock de sécurité (SS) = $\frac{\text{Besoin Théorique} \times 10}{100}$ pour les consommables

3.2.2. Commande des seringues à dilution

Pour diluer un flacon de vaccin lyophilisé, il faut une seringue de dilution. Par conséquent il faut calculer le nombre de doses de vaccins et les convertir en flacons dont le nombre correspondra au nombre de seringues de dilution.

3.2.3. Commande des boîtes de sécurité

Le nombre de boîtes de sécurité à commander dépend du nombre de seringues utilisés pour la vaccination (seringues autobloquantes + seringues de dilution), sachant qu'une boîte de sécurité peut contenir en moyenne 100 seringues.

Boîte de sécurité = $\frac{(\text{Seringue de dilution} + \text{seringue d'injection})}{100}$

IV.COMMANDE DE VACCINS

Après l'estimation des besoins en vaccin, il faut passer la commande. Cela consiste à :

- Faire l'inventaire de la quantité de vaccin en stock avant toute commande (fiche d'inventaire) ;
- Remplir la fiche de commande de vaccin (à retirer auprès du CPEV) en précisant la quantité à commander pour chaque antigène et la quantité en stock ;
- La commande des antigènes se fait sur le même bordereau de commande.

4.1 Précautions à prendre pour la commande de vaccins

Toute commande de vaccins doit être faite en prenant des précautions suivantes :

- S'assurer que la capacité de stockage disponible est adéquate ;

- S'assurer que la conservation des vaccins est conforme aux normes recommandées ;
- S'assurer que les intrants nécessaires à la conservation (électricité, gaz stabilisateurs, groupe électrogène, outils de gestion) et à l'administration (diluants, seringues, BS, coton, outils de gestion...) sont commandés ou disponibles.

4.2 Périodicité de commande de vaccins et consommables

Niveau	Période
Dépôt central	Chaque 6 mois
Dépôts régionaux	Chaque 3 mois
Dépôts districts	Chaque mois
Centre de santé	Chaque mois
Case de santé	Chaque semaine

V RECEPTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES

Dès la réception des vaccins, il faut :

- S'assurer que la quantité sur le bordereau est conforme à la quantité reçue
- Vérifier les paramètres ci-dessous
 - Nom de l'antigène ;
 - Numéros de lot ;
 - Statut de la PCV ;
 - Date de péremption ;
 - Conditionnement ;
 - L'état des vaccins ;
 - Indicateur de monitoring de température.
- Remplir les fiches de stock pour chaque antigène tout en renseignant toutes les rubriques

VI. RANGEMENT DES VACCINS ET DILUANTS

Le rangement des vaccins et diluants survient après leur réception. Il consiste à assurer aux vaccins les conditions de conservation requises (entre 2 et 8°C) pour ne pas rompre la chaîne de froid, assurant ainsi la qualité aux vaccins.

L'élément central dans le rangement des vaccins est le **réfrigérateur**. C'est pourquoi dès la réception et après vérification nécessaire, il faut immédiatement les ranger dans les réfrigérateurs en fonction de leur sensibilité à la lumière et de la congélation.

Le BCG, **6.1 Les vaccins du PEV sensibles à la lumière.**

-
- La Rubéole,
- La Rougeole-rubéole

Ces vaccins sont reconnaissables par leurs flacons teintés en noir.

6.2 Les Vaccins du PEV sensibles à la chaleur

- BCG;
- Penta;
- PCV13 ;
- RR ;
- Rotarix ;
- VAA;
- Td;
- VPI ;
- VPO.

✓ *Ordre de Sensibilité de vaccin à la chaleur*

Echelle	Vaccins
<i>Très sensibles</i>	VPO
	RR
	Penta+ VAA+VPI+ PCV13
	BCG
	VAT/Td
<i>Moins sensibles</i>	

6.3 Les vaccins sensibles à la congélation

- BCG, VAA, RR **après reconstitution**)
- DTCHepB ;
- HepB pédiatrique ;
- Hib liquide ;
- PCV13 ;
- Rotarix,
- VAT/Td ;
- VPI ;
- Vaccin contre le Papilloma virus humain.

✓ *Ordre de sensibilité à la congélation*

<i>Echelle</i>	<i>Vaccins</i>
Très sensibles	Hépatite B pédiatrique
	Hib liquide
	DTC, DTC-HepB +PENTA, PCV13
	VPI, Rotarix
	VAT/Td ,Hib (lyophilisé),VAA,BCG et le diluant
Moins sensibles	

6.4 Rangement des vaccins et diluants dans un réfrigérateur (VERTICAL)

Le rangement de vaccins et diluants dans un réfrigérateur vertical doit obéir à certaines règles à savoir :

- Disposer les vaccins de sorte à avoir une bonne circulation de l'air ;
- Disposer les vaccins de sorte à permettre leur identification et une lecture rapide de la date de péremption ;
- Ranger les flacons entamés après les avoir marqués de couleur de sorte à les utiliser en premier lieu lors de la prochaine séance de vaccination selon la règle **Premier à Expirer Premier à Utiliser (PEPU)** ;
- Disposer les vaccins dans le réfrigérateur en respectant les règles **Premier à Périmer Premier à Sortir (PPPS)** ;
- Ranger les vaccins sensibles à la chaleur dans le premier compartiment ou sur l'étagère supérieur, près du freezer (BCG, VAA, RR, etc.), et ceux sensibles à la congélation sur l'étagère du milieu, loin du compartiment congélateur (Td, vaccin contre le Papilloma virus humain, etc.) ;
- Ranger les diluants à l'étagère du bas ou compartiment du bas.

6.5 Rangement dans un réfrigérateur horizontal ou Bahut

- Ranger les flacons de vaccins sensibles à la chaleur tels le vaccin contre la Rougeole-Rubéole, le VPO, le BCG, le vaccin Antiamaril au fond du réfrigérateur sur des accumulateurs de froid pour surélever les vaccins ;

- Ranger Les vaccins sensibles à la congélation comme la PCV13, le Rotarix, le penta, l'Hépatite B pédiatrique, Td, l'Hib, le vaccin Antimeningococcique A, le VPI, le vaccin contre le Papilloma virus humain au sommet (partie supérieure, loin du fond où ils peuvent être exposés à la congélation) ;
- Les diluants pour le vaccin contre le BCG, la RR la FJ se rangent également à côté des vaccins sensibles à la congélation.

6.6.CAT en cas de flacons suspectés de congélation

- Si un flacon de vaccin liquide est suspecté de congélation, il faut :
- Prendre le flacon de vaccin suspecté de congélation et un autre non congelé du même vaccin et du même fabricant ;
- Agiter les deux flacons pendant au moins 5mn ;
- Laisser reposer les deux flacons pendant 15 à 20 minutes ;
- Comparez le flacon suspect avec le flacon test ;
- Si le vaccin congelé s'éclaircit et il n'y a pas de sédiment qui se dépose au fond du flacon, c'est qu'il est bon et il faut l'utiliser ;
- Si le vaccin congelé devient complètement clair et une épaisse couche de sédiment se forme au fond du flacon, c'est qu'il n'est pas bon et il ne faut pas l'utiliser.

6.7. La politique du flacon entamé

C'est une technique de gestion des vaccins. Elle permet de réduire de façon substantielle les taux de pertes.

Elle consiste à réutiliser un flacon de vaccin liquide ouvert et duquel l'on a prélevé une ou plusieurs doses de vaccins pour la prochaine séance de vaccination **jusqu'à 4 semaines** à condition que ce vaccin :

- Ne soit pas périmé ;
- N'ait pas été contaminé (règles d'asepsie observées lors du prélèvement des doses) ;
- N'ait pas été exposé excessivement au froid ou à la chaleur excessive ;
- N'ait pas été immergés dans de l'eau ;
- Ne présente aucun trouble ou précipitation ;
- N'ait pas la PCV virée.

La politique du flacon entamé s'applique uniquement aux vaccins multidoses liquides (VPO, Td, penta, PCV13, Rotarix, vaccin contre le Papilloma virus humaine).

Les vaccins reconstitués (BCG, RR, VAA et le vaccin contre la méningite) ne sont pas inclus dans la directive de la politique du flacon entamé, car ils **ne doivent pas être conservés plus de 6 heures** après leur reconstitution.

NB : La PFE ne s'applique pas aux flacons de VPI dont la PCV est collée sur le capuchon.

VII. PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LA SORTIE DE VACCINS

Après rangement des vaccins. Certaines précautions doivent être observées pendant la sortie et le transport des vaccins aux postes de stratégie avancée.

7.1 Précautions à prendre pendant la sortie et transport des vaccins

7.1.1 Précautions pendant la sortie de vaccin du réfrigérateur

- Tenir compte de la date de péremption du vaccin et non de sa date de réception ;
- Sortir en premier les vaccins dont le carré s'est assombri mais qui est toujours plus clair que le cercle ;
- Sortir en premier les vaccins liquides utilisés et ramenés dans le cadre de la politique du flacon entamé ;
- Eviter d'exposer pendant longtemps les vaccins à la chaleur et au froid selon leur sensibilité
- Refermer aussitôt la portière du réfrigérateur une fois la sortie des vaccins terminée

7.1.2 Précaution pendant le transport du vaccin

- Utiliser de préférence les accumulateurs de froid non congelés pour le transport des vaccins sensibles à la congélation (DTCHepB, Td, Hépatite B pédiatrique, le vaccin contre le Papilloma virus humain) ou isoler les vaccins en utilisant les sachets plastiques dans le cas où tous les accumulateurs sont congelés ;
- Utiliser les accumulateurs bien congelés pour le transport des vaccins VPO, RR, BCG, VAA ...) ;
- Eviter si possibles les secousses pour éviter de détériorer les vaccins ;
- Ne transporter les vaccins que dans les dispositifs adaptés et réservés à cet effet. (Glacière, porte vaccins etc.) ;
- Ne pas mettre des sachets d'eau congelée dans les glacières car une fois décongelés, ils pourront détruire la PCV.

VIII. LES ABANDONS VACCINAUX

8.1 Définition

L'abandon vaccinal se définit comme toute cible qui a utilisé les services de vaccination et qui n'a pas complété sa vaccination. Il s'évalue pour les vaccins à multiples contacts.

8.2. Calcul des taux d'abandon (TA)

$$TA (VPO) = \frac{VPO0 - VPO3}{VPO0} \times 100$$

$$TA (Penta) = \frac{Penta1 - Penta 3}{Penta1} \times 100$$

$$TA (Td) = \frac{Td1 - Td 2}{Td1} \times 100$$

$$\text{Taux d'abandon Global} = \frac{Penta1 - RR1}{Penta1} \times 100$$

8.3. Causes possibles des abandons vaccinaux

- Vaccination non réalisée au quotidien ;
- Insuffisance de stratégies avancées ;
- Recherche active des perdus de vue non organisée ;
- Beaucoup d'occasions manquées de vaccination ;
- Faible niveau de communication ;
- Crainte d'un taux de perte élevé de vaccin (PF

8.4. Stratégies de réduction des abandons

- Rapprochement des services de vaccination des populations (plus de centres vaccineurs, postes avancés, stratégies avancées) ;
- Renforcement de la communication interpersonnelle et de la mobilisation sociale autour de la vaccination ;
- Renforcement de l'identification et de la recherche des enfants non vaccinés en y associant les agents de santé communautaire ;
- Mise à jour systématique et régulière des registres de vaccination ;
- Approvisionnement continu en vaccins et consommables.

IX-LA COUVERTURE VACCINALE (CV)

9.1. Couverture vaccinale

C'est la population cible ayant reçu le nombre de doses requis conformément au calendrier PEV.

9.2. Le taux de couverture vaccinal global

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture vaccinale globale

$$TCV \text{ Globale} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre requis de doses de Vaccins de chaque antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de la même période}} \times 100$$

9.2. Le taux de couverture vaccinal spécifique d'un antigène donné

Proportion de la population cible ayant reçu le nombre requis de doses de chaque antigène du PEV pendant une période donnée.

❖ Formule de calcul des taux de couverture d'un antigène donné

$$TCV \text{ d'un antigène} = \frac{\text{Population cible ayant reçu le nombre de doses requis de l'antigène pendant une période donnée}}{\text{Population cible de l'antigène pendant la même période}} \times 100$$

9.2. Causes des faibles taux de couverture vaccinale

- Les occasions manquées de vaccination ;
- Les abandons vaccinaux ;
- Les populations hors de portée ;
- Les populations hors d'accès.

10.4. Actions à mener en vue d'augmenter la couverture vaccinale

- Rechercher activement les enfants ayant abandonné la vaccination
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur la vaccination
- Organiser régulièrement les séances de vaccination
- Tenir compte des activités socioculturelles dans la planification des séances de vaccination

LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de faire un diagnostic communautaire

Objectifs spécifiques

Au terme de l'enseignement, il doit être capable de :

- 15) Définir les concepts de base du diagnostic communautaire
- 16) Enumérer au moins deux buts du diagnostic communautaire
- 17) Dégager l'importance du diagnostic communautaire dans un milieu de travail.
- 18) Expliquer les deux grandes approches utilisées dans le diagnostic com
- 19) Décrire la méthodologie utilisée dans le diagnostic communautaire
- 20) Décrire les critères de sélection d'un problème prioritaire
- 21) Enumérer les différentes étapes de la conduite d'un diagnostic communautaire.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, le système de santé est resté un système à part. L'on ne s'était nullement posé la question de ses articulations avec les autres systèmes qui constituent la vie des communautés humaines à savoir : le système économique, le système social, le système culturel et le système écologique, etc.

Il est maintenant démontré et évident pour tout le monde que le système sanitaire dépend étroitement des autres systèmes. C'est ainsi que pour être bien portant, tout individu doit manger à sa faim, consommer des aliments sains, etc. Seul le diagnostic communautaire, socle sur lequel devrait reposer toute politique de soins de santé primaires, permet à l'agent de santé d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de la communauté et la manière dont ils sont perçus

I. DEFINITIONS DES CONCEPTS DE BASE DU DIAGNOSTIC COM

1.1 Diagnostic

La définition du terme « diagnostic » au sens médical, correspond à l'identification d'une maladie par ses symptômes.

1.2 Diagnostic communautaire

Le diagnostic communautaire est un processus permettant de recueillir des informations d'ordre social, sanitaire, culturel, économique, démographique et politique sur une communauté afin d'identifier ses besoins en matière de santé et d'y apporter des solutions éventuelles avec sa pleine participation.

II. BUTS DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

- Identifier les principaux problèmes de santé d'une communauté avec sa participation et ses ressources pour envisager les solutions et des actions ciblées sur les problèmes repérés ;
- Faire une analyse fine des ressources disponibles (matérielles et humaine) sur le plan quantitatif et qualitatif.
- Initier un processus de collaboration entre les populations et les agents de santé.

III. IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Le diagnostic communautaire

- Sert de base à toutes les actions sanitaires ;
- Permet d'orienter les efforts sur les besoins réels de la population ;
- Permet de renforcer les activités effectuées en santé communautaire, etc ;

IV. APPROCHES UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

Selon Raynald Pinault, deux grandes approches sont utilisées dans le diagnostic communautaire.

4.1 L'approche basée sur la notion épidémiologique du besoin.

C'est une enquête épidémiologique dont l'objet est de collecter un maximum de données existantes sur l'état sanitaire de la population. Elle fournit les données quantitatives

4.2 L'approche psychosociologique des besoins

Elle permet de déterminer les perceptions de la population relatives aux problèmes de santé rencontrés dans le milieu et les moyens de résolution de ces problèmes. Elle fournit les données qualitatives.

V. METHODOLOGIE UTILISEE DANS LE DIAGNOSTIC COM

5.1 La phase préparatoire :

5.1.1 L'implication communautaire

- Impliquer la communauté et les autres professionnels concernés. (Il faut éviter de mettre la communauté et ses représentants devant le fait accompli et lui proposer de participer à un projet déjà élaboré en dehors d'elle.)
- Constituer un groupe de travail qui rassemblera toutes les couches socio professionnelles du milieu. Ce groupe de travail déterminera les étapes successives à suivre, définira les objectifs de l'étude, les moyens et les méthodes et mobilisera les ressources nécessaires.

5.1.2 La préparation technique

Elle consiste d'une part à informer et d'autre part à former les personnes directement impliquées dans le diagnostic communautaire

5.2 Le diagnostic communautaire proprement dit

5.2.1 Définition des objectifs

Il s'agit de se mettre d'accord sur ce que l'on cherche à obtenir, dans quel but et auprès de quelles communautés.

5.2.2 Informations ou données à recueillir

Elles sont en rapport avec les caractéristiques de la communauté et les relations caractéristiques, état de santé de la communauté.

✓ *Au niveau de l'environnement général de la communauté*

- Dans quelle région est implanté le village ?
- Quelles sont les différentes saisons ?
- Quels sont les types de végétation, de climat ?
- De quel centre administratif dépend le village, Etc. ?

✓ *Au niveau du village*

- Quelle est l'histoire du village ;
- Le village est-il loti ?
- Quelle est la proportion de maisons en dur ?
- Faire un plan orienté du village avec les routes, les pistes les différents quartiers, le marché etc.) ;

✓ *Au niveau démographique*

- Le nombre d'habitants, de familles, de ménages ;
- Les mouvements migratoires de cette population ;
- Les différentes ethnies rencontrées ;
- Les différentes personnes influentes du village (notables, chefs religieux, autorités politiques etc.)

✓ *Au niveau Economique*

- Quelles sont les ressources financières du village ? culture, pêche, élevage, artisanat etc. ;
- L'usage des produits récoltés (consommation, vente) ;
- Quels sont les débouchés possibles ? ya-t-il un marché sur place ?
Quel jour a-t-il lieu ? Quels sont les marchés voisins les plus importants ?
- Existe-il des fonctionnaires, des GVC, des coopératives, des moyens de communication, des associations à bases communautaires ? etc.

✓ ***Au niveau socio culturel***

- Ya-t-il des coutumes ? des traditions ? des fêtes propres au village ou à la région ?
- Quels sont les jours de repos ?
- Existe-t-il des associations culturelles, politiques et religieuses ?
- Quelles sont les différentes ethnies et religions rencontrées ? Etc.

✓ ***Au niveau sanitaire***

- Existe-t-il des problèmes de santé liés à l'alimentation, à l'eau ?
- Existe-t-il des pratiques de la prostitution, etc. ;
- Quels sont les structures et équipements sanitaires existants (privés et publics) ?
- Où accouchent les femmes ? (Centre de santé ou domicile),etc.

5.2.3 Identification des sources de données, choix des méthodes, élaboration d'instruments de recueil des données.

❖ **Identification des sources possibles**

Les sources sont de deux ordres :

- Les informations existantes ;
- Les formations à rechercher.

✓ ***Les informations existantes***

Le plan de développement socio-économique et sanitaire du pays ;

- Les registres d'état civil ;
- Les registres de consultation ;
- Les statistiques sanitaires et démographiques ;
- Les rapports d'activités des services de santé, Etc ;

✓ ***Les informations à rechercher***

Elles correspondent à ce que l'on a appelé l'approche psychosociale des besoins et des problèmes.

❖ **Choix des méthodes**

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

✓ **Méthodes non systématiques**

- L'observation ;
- Les interviews ;
- Les réunions de groupe ;
- Les visites.

✓ **Méthodes systématiques**

Ce sont les enquêtes systématiques de type épidémiologique. Elles consistent à rechercher de facteurs de risque ou les causes des comportements. Elles permettent de recueillir des données précises, quantifiables sur la communauté afin de confirmer et compléter les informations mises en évidence ou soupçonnées par les méthodes non systématiques.

5.2.4 Elaboration des instruments de recueil de données

Le recueil de données se fait à l'aide d'outils ou instruments de collecte préalablement élaborés et tenant compte des informations à recueillir. Ces outils peuvent être :

- Un questionnaire ;
- Un guide d'entretien ;
- Une grille d'observation ;
- Une fiche d'inventaire, etc.

5.2.7 L'analyse et l'interprétation des données

Elle permet de compiler, trier, recouper et classer les données collectées. En tant que personnel de santé, l'on cherchera à mesurer l'impact des facteurs qui déterminent l'état de santé. (Alimentation, assainissement, etc.)

VI. ETAPES DE LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

17. Identification des problèmes, des besoins et des ressources ;
18. Etablissement des priorités ;
19. Documentation des problèmes prioritaires ;
20. Définition des objectifs d'action ;
21. Choix des stratégies ;
22. Mise en place d'un plan d'action ;
 - Choix des activités ;
 - Mobilisation et coordination des ressources ;
23. Mise en œuvre des activités.
24. Mise en place d'un plan d'évaluation

VII CRITERES DE SELECTION DE PROBLEME PRIORITAIRE (6 critères)

- La population cible touchée par le problème ;
- L'ampleur du problème (le nombre de cas) ;
- La gravité du problème (le nombre de décès ou de séquelles) ;
- La vulnérabilité du problème (existence de mesures de contrôle efficaces)
- Perception du problème par la population (la population perçoit-elle le problème de la même façon que l'agent de santé ?) ;
- Coûts des interventions.

7.1 Pondération des différents critères de sélection d'un problème prioritaire

7.1.1 Population-cible

- Enfants, femmes enceintes : 05 points
- Vieillards, adultes : 02 points

7.1.2 L'ampleur du problème

- < à 10 cas : 02 points
- Entre 10 à 19 cas : 04 points
- 20 cas et plus : 05 points

7.1.7 La gravité du problème

- Ne constitue aucune menace : 0 point
- < 4 décès ou séquelles : 02 points
- Entre 5 et 14 décès ou séquelles : 04 points
- 15 décès ou séquelles et plus : 05 points

7.1.8 La vulnérabilité

- Une solution existe : 05 points
- La solution est acceptable : 01 point
- La solution est réalisable : 01 point
- La solution est applicable : 01 point

7.1.5 La perception du problème par la population.

- La population a une bonne perception du problème : 05 points ;
- La population a une perception erronée du problème : 02 points

7.1.6 Le coût des interventions

- Le coût est-il à la portée de la population : 05 points ;
- Le coût nécessite-t-il l'appui d'une ONG : 03 points ;

Exemple de tableau pour la sélection d'un problème prioritaire

Critères Problèmes	Pop Cible	Ampleur du problème	Gravité du problème	Vulnérabilité	Perception du problème	Coût de l'intervention	Total

Exemple de plan d'action

Activités	Période	Lieu	Bénéficiaires Cibles	Responsables d'exécution	Ressources			Observation
					Financières	Matérielles	Humaines	

Exemple de plan d'évaluation

Qui ?	Personnel	
Que	Critères /Objectif	
Quoi	Activités	
Où ?	Lieu	
Quand ?	Période	
Comment ?	Méthode	
Avec quoi ?	Instrument	

CONCLUSION

Le diagnostic communautaire est une étape indispensable pour tout projet en santé communautaire. Il permet d'analyser les informations collectées dans la communauté et d'initier la participation de la communauté et le changement de comportement.

**MONITORAGE ET L'EVALUATION DE LA COUVERTURE DES
ACTIVITES**

Objectif général

Ce cours vise à permettre à l'étudiant IDE/SF/M de la L2 de comprendre le processus de réalisation d'un monitoring et l'évaluation de la couverture des activités d'un ESPC

Objectifs spécifiques

A la fin du cours, il doit être capable

- 1) Définir les termes liés au monitoring et à l'évaluation
- 2) Décrire les quatre caractéristiques clés d'un bon indicateur pour le monitoring et l'évaluation des activités.
- 3) Expliquer les déterminants de la couverture pour le monitoring et l'évaluation des activités.
- 4) Représenter les valeurs des indicateurs sur un diagramme de couverture
- 5) Analyser les différents goulots d'étranglement pour ressortir les causes probables et les stratégies de résolution.

I.GÉNÉRALITÉS

Dans le cadre de la politique de mise en œuvre des Soins de Santé Primaires notamment de la stratégie de suivi de l'enfant et de la femme enceinte, la Côte d'Ivoire avec l'appui des partenaires au développement attache une grande importance au processus de monitoring de couverture des activités.

Le monitoring permet d'évaluer localement la couverture des activités à partir des déterminants de la couverture. Il s'effectue périodiquement tous les six mois. Il permet d'identifier les problèmes de fonctionnement et de gestion qui entravent la bonne exécution des activités, d'analyser leurs causes, de déterminer et de planifier ensemble les mesures correctrices à mettre en œuvre par les agents de santé et la communauté locale en tenant compte des ressources disponibles.

II.DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES TERMES LIES AU MONITORAGE

- ✓ **Monitoring**

Le monitoring est une activité qui permet de suivre l'avancement d'un programme. Il consiste à identifier les difficultés qui empêchent l'atteinte des objectifs au fur à mesure qu'ils se posent, et d'apporter des solutions correctrices pendant le temps imparti à l'exécution de cette activité.

✓ **Evaluation**

L'évaluation est une activité qui permet dans le cadre du monitoring à un moment donné, de déterminer quel groupe a bénéficié du programme, dans quelle mesure et comment ?

✓ **Critère ou déterminant de la couverture**

C'est une caractéristique recherchée par un programme et qui doit être appréciée au cours du monitoring et de l'évaluation des activités.

Les déterminants de couverture retenus dans le cadre du monitoring et de l'évaluation des activités sont

- La population cible ;
- La disponibilité des ressources ;
- L'accessibilité géographique ;
- L'utilisation des services ;
- La couverture adéquate ;
- La couverture effective ;

2.1.Indicateur

C'est une variable qui permet de mesurer les critères retenus dans le monitoring d'une activité

2.2.Couverture

C'est la population qui a bénéficié des activités d'un programme ou d'une action de santé.

2.3.Goulot d'étranglement

C'est un problème rencontré lors du monitoring et qui nécessite une action correctrice.

2.4.Diagramme de couverture

C'est la représentation graphique des valeurs des indicateurs

III-CARACTÉRISTIQUES CLÉS D'UN BON INDICATEUR

Un bon indicateur doit être :

Valable : c'est-à-dire qu'il doit effectivement mesurer, ce qu'il est censé mesurer.

Fiable : c'est-à-dire que sa valeur doit être la même si deux personnes la mesurent.

Approprié : c'est-à-dire qu'il doit être adapté au contexte local.

Mesurable: c'est-à-dire qu'il peut être mesuré à partir des données et des instruments simples.

IV. LES DÉTERMINANTS DE LA COUVERTURE

4.1 La population cible (PC) : c'est la population qui bénéficie d'un programme ou d'une activité donnée. Elle se calcule en tenant compte de la période couverte par le monitoring.

Exemple : *Le centre de santé de Bazré a une population totale de 10.500 habitants en 2020. La période retenue pour le monitoring de l'activité de prévention de l'anémie chez les femmes enceintes part du 1er décembre 2019 au 31 mai 2020 soit 6 mois.*

La population cible du monitoring va se calculer selon les étapes suivantes :

- **Etape 1** : Identifier la proportion des femmes enceintes : 5% de la population totale.
- **Etape 2** : Calculer la PC annuelle = $10500 \times 5 / 100 = 525$ femmes enceintes
- **Etape 3** : Calculer la PC du monitoring = $525 / 2 = 263$ femmes enceintes .

La PC annuelle est divisée par 2 parce que la période retenue pour le monitoring est de 6 mois.

4-2 La disponibilité des ressources.

La disponibilité des ressources peut être définie comme la quantité des ressources essentielles existantes par rapport à la quantité des ressources essentielles requises pour couvrir la totalité de la population cible pour une intervention donnée.

Exemple : *En vous servant de la population cible des femmes enceintes ci-dessus calculée, la quantité totale de fer nécessaire pour que chaque femme enceinte reçoive toute la quantité de fer dont elle a besoin pendant la grossesse se calcule comme suit : Chaque femme enceinte reçoit selon les directives 30 gélules de complément ferrique par mois. Ainsi, elle recevra au total 270 gélules pendant toute la grossesse c'est à dire 30×9 mois (9 mois représente la durée de la grossesse).*

La quantité de fer requise sera égale : 270 cp x 263 (263 est la population cible des femmes enceintes), ce qui donne un total de 71.010 cp. Cette quantité est appelée **quantité essentielle de ressources requises**

Supposons que la quantité du fer en stock dans le centre à la veille du monitoring soit égale à 25.000 gelules. Cette quantité en stock est appelée **quantité de fer essentielle existante**

Le calcul de la disponibilité des ressources se fera comme suit :

$$DR = \frac{\text{Quantité de fer essentielle existante}}{\text{Quantité de fer essentielle requise}} \times 100$$

$$DR = \frac{25000}{71010} \times 100 = 35\% \text{ (considérer la partie entière sans arrondir)}$$

4.3 L'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique se définit comme le pourcentage de la population cible qui habite dans un rayon spécifique du lieu de prestations ou les ressources sont disponibles.

Selon l'OMS, la population qui a accès à un service de santé est celle qui habite dans un rayon de moins de 5km autour du centre de santé plus celle qui a bénéficié d'au moins une stratégie avancée pendant la période du monitoring.

Exemple : Supposons que 250 femmes enceintes de la localité habitent dans un rayon de moins de 5 km du centre de santé

Le calcul de l'accessibilité géographique se fera comme suit :

$$AG = \frac{\text{Effectif de femmes enceintes habitant dans un rayon de moins de 5 km du centre de santé}}{\text{La population cible du monitoring}} \times 100$$

$$AG = \frac{250}{263} \times 100 = 95 \%$$

4-4 L'utilisation de service

L'utilisation des services peut être définie comme le pourcentage de la population cible qui utilise le service au moins une fois au cours de la période couverte par le monitoring.

Dans notre cas, les femmes enceintes qui auront utilisé le service de CPN sont celles qui auront reçu au moins une dose de fer des mains de la sage femme pendant la période retenue pour le monitoring.

Exemple : Considerons que 200 femmes enceintes ont reçu au moins une dose de fer des mains de la sage femme pendant la période du monitoring.

L'utilisation de service se calcule comme suit :

$$US = \frac{\text{Nbre de femmes enceintes ayant reçu au moins une dose de fer pendant la période du monitoring}}{\text{La population cible du monitoring}} \times 100$$

$$US = \frac{200}{263} \times 100 = 76 \%$$

4.5 La couverture adéquate

La couverture adéquate peut être définie comme le pourcentage de la population cible qui utilise les prestations avec la fréquence et l'intensité (critère quantité) requises.

Ici les femmes enceintes qui ont une couverture adéquate sont celles qui auront pris le fer pendant toute la durée de la grossesse.

Exemple : Spposons que 55 femmes enceintes ont pris le fer pendant toute la durée de leur grossesse.

$$CA = \frac{\text{Nbre de femmes enceintes ayant pris le fer pendant toute la durée de leur grossesse}}{\text{Population cible du monitoring}} \times 100$$

$$CA = \frac{55}{263} \times 100 = 20 \%$$

4.6 La couverture effective

La couverture effective peut être définie comme le pourcentage de la population cible ayant reçu les prestations en quantité suffisante (couverture adéquate) et avec une qualité qui correspond aux normes établies scientifiquement comme nécessaires pour avoir l'effet escompté.

Dans notre cas, les femmes enceintes qui ont une couverture effective sont celles qui auront pris le fer non seulement durant toute la durée de la grossesse, mais selon les directives nationales (c'est à dire 1cp/j pendant toute la durée de la grossesse)

Exemple : Supposons que 40 femmes enceintes ont pris le fer pendant toute la durée de la grossesse selon les directives nationales.

Le calcul de la couverture effective se fera comme suit :

$$CE = \frac{\text{Nbre de femmes enceintes ayant pris le fer pendant toute la durée de la grossesse selon les directives nationales}}{\text{Population cible du monitoring}} \times 100$$

$$CE = \frac{40}{263} \times 100 = 15 \%$$

V. DIAGRAMME DU COUVERTURE

C'est la représentation graphique des valeurs des indicateurs. Il comprenant une ligne des ordonnées (ligne verticale) sur laquelle sont notés les déterminants de la couverture et une ligne des abscisses (ligne horizontale) sur laquelle les valeurs des indicateurs sont mentionnées.

Exercice : A partir des indicateurs ci-dessus calculés, tracer dans la figure ci-dessous la courbe de couverture

CE									
CA									
US									
AG									

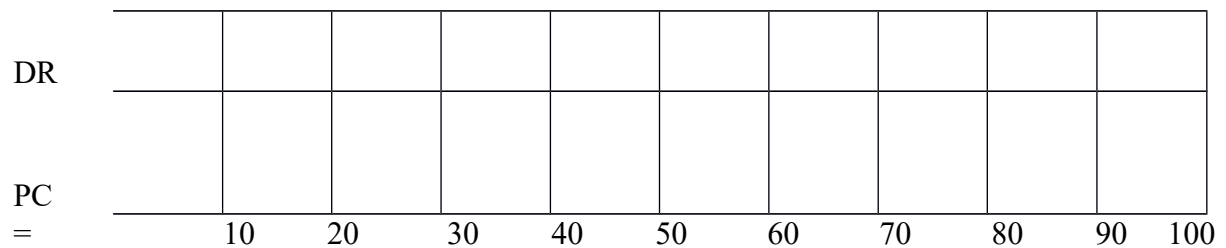


DIAGRAMME DE COUVERTURE

VI. ANALYSE DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT, LES CAUSES ET LES STRATÉGIES DE RÉOLUTION.

6.1 Analyse du goulot d'étranglement :

Dire que le goulot d'étranglement est situé par exemple entre l'AG et l'US est une analyse de ce goulots.

Tableau n°1 : Etude des principaux goulots d'étranglements dans le monitoring des activités au niveau d'un établissement sanitaire de premier contact (Analyse, Causes probables, Stratégies potentielles, Personne ou Structure chargée de la mise en œuvre des stratégies)

Site du goulot d'étranglement	Analyse du goulot	Causes Probables	Stratégies	Personne ou structure pour exécuter les stratégies
Entre la CA et la CE	La population reçoit les soins en quantité et non en qualité	Non maîtrise des techniques de soins par les agents de santé Méconnaissance des normes exigées pour la qualité des soins Absence ou insuffisance de supervision	Formation de l'IDE/SF sur les techniques des soins indiqués Formation de l'IDE/SF sur les normes exigées pour la qualité des soins Organisation ou intensification des supervisions	SUS DD district Le chargé de la formation continue -ONG -ECD -Direction Régionale -Direction Centrale -Partenaires
	La population vient une fois recevoir un soin, mais ne revient plus pour terminer la	Mauvais accueil des patients	Renforcement de capacité de l'IDE/SF sur l'accueil	ONG ECD Direction

Entre l'US et la CA	série de soins souhaitée pour avoir l'effet escompté.	Rendez-vous non mentionné dans le document de soins et non expliqué Attente trop longue pour les patients Apparition des MAPI	Mention et explication des dates des RDV Réduction du temps d'entente par une bonne organisation du service Respect rigoureux de l'asepsie pendant les soins	Régionale Direction Centrale Partenaires extérieurs
Entre l'AG et l'US	La population a accès au service, mais ne le fréquente pas	Manque ou insuffisance d'informations de la population sur les activités du centre de santé -Considérations socioculturelles	Information de la population sur les activités du centre (utilisation des moyens locaux d'informations) Sensibilisation de la population sur l'importance de fréquenter les services de santé en cas de besoin tout en respectant leurs coutumes	Agents de santé (infirmier Sage-femme) Coges
Entre la DR et l'AG	Ressource disponible, mais la population n'y a pas accès parce qu'elle se trouve à + de 5 km ou + de 10 km pour les CSC	Inaccessibilité géographique de la population Inexistence ou non fonctionnement des cases de santé	Organisation des stratégies avancées Ouverture ou redynamisation des cases de santé et formation des relais communautaires	Infirmier (formation) -Sage-femme (formation) -Coges (choix des ASC)
Entre la PC et la DR	Population cible présente, mais manque ou insuffisance de ressources (médicaments, vaccins etc.)	Rupture des ressources (vaccins, etc.) Intervalle de commande trop long Mauvaise estimation des besoins en ressources	Approvisionnement en ressources (Vaccins, etc.) Réduction de l'intervalle de commande à un mois Formation du personnel de santé sur l'estimation des besoins en	-Infirmier -Sage-femme -Coges -Médecin chef du district Sanitaire

		Mauvaise estimation du dénominateur	ressources concernées Formation du personnel de santé sur le calcul du dénominateur	
--	--	--	--	--