

Evaluation des Journées de Santé de l'Enfant dans la Zone de Santé Rurale de Basoko en 2016, RD Congo.

Salomon OTOWANGE MANDEFU, *Assistant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Basoko, RD Congo.*

Résumé

Nous avons mené une étude dans 21 Aires de Santé de la Zone de Santé Rurale de Basoko dont l'objectif a été d'évaluer les Journées de Santé de l'Enfant en 2016. Les dernières organisées à la Division provinciale de la santé de la Tshopo en République Démocratique du Congo.

L'étude a été descriptive. Nous avons préconisé la méthode d'Audit de la Qualité des données et de Benchmarking.

Les résultats suivants ont été obtenus: couvertures vaccinales en VPO3 (102%), proportion d'enfants récupérés en VPO3 le mois d'organisation des Journées de Santé de l'Enfant (15,8%) contre 19,8% en DTC-HepB-Hib3, 11 aires de santé (52,3%) n'ont pas atteint l'objectif de supplémer 80% d'enfants de 6 à 59 mois et déparasiter ceux de 12 à 59 mois, indice de qualité agrégé des données de vaccination obtenus ont été de 49 % au Centres de Santé et de 46% au Bureau Central de la Zone de Santé, ratio cout-efficacité des activités de Journées de Santé de l'Enfant ont été évalués à 46% au Bureau Central de la Zone de Santé contre 49% aux Centres de Santé.

Ainsi, le couplage « Journées de Santé de l'Enfant et récupération d'enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes » est une approche que les prestataires de service de vaccination doivent pérenniser afin d'améliorer leurs couvertures vaccinales par antigène. Celle-ci demande une mise à jour d'outils de gestion de vaccination de routine traditionnellement utilisés.

Mots clés : Evaluation - Journées de Santé de l'Enfant – Basoko - RD Congo

Summary

We led a survey in 21 Aires of Health of the Zone of Farming Health of Basoko whose objective was to value the Days of Health of the child in 2016. The last organized to the provincial Division of the health of the Tshopo in Democratic Republic of Congo.

The survey was descriptive. We recommended the method of audit of the Quality of the data and Benchmarkings.

The following results have been gotten: vaccinal covers in VPO3 (102%), proportion of children recovered in VPO3 the month of organization of the Days of Health of the child (15,8%) against 19,8% in DTC-HepB-Hib3, 11 areas of health (52,3%) didn't reach the objective of supplémenter 80% of children of 6 to 59 months and déparasiter those of 12 to 59 months, indication of quality aggregated of the data of vaccination gotten was from 49% to the Centers of Health and 46% to the Central Office of the Health Zone, cost-efficiency ratio of the activities of Days of Health of the child has been valued to 46% to the Central Office of the Health Zone against 49% to the Centers of Health.

Thus, the coupling " Days of Health of the child and recuperation of children of 0 to 11 months and the pregnant

women" is an approach that the beneficiaries of vaccination service must perpetuate in order to improve their vaccinal covers by antigen. This one asks for an update of tools of routine vaccination management traditionally used.

Key words: Assessment - Days of Health of the child - Basoko - RD Congo

0. INTRODUCTION.

Les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) sont des événements spéciaux qui se déroulent pendant une période bien déterminée au cours de laquelle on délivre un paquet de services préventifs pour la survie de l'enfant. Elles sont organisées tous les six mois pendant une période de temps limitée (semaine) au niveau national ou provincial en mettant un focus sur les enfants de 6-59 mois. Elles sont mises en œuvre par le personnel de santé et les Relais Communautaires de la zone de santé. A l'occasion, ces derniers sont appelés à suppléer au moins 95% des enfants âgés de 6 – 59 mois deux fois par an, déparasiter au moins 95% des enfants âgés de 1 à 5 ans, deux fois par an, vacciner au moins 95% d'enfants et femmes enceintes non vaccinés ou insuffisamment vaccinés et améliorer la couverture des autres interventions à haut impact (UNICEF,2016).

Sponsorisées par les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), les JSE à la Supplémentation en Vitamine A (SVA) et Déparasitage au Mébendazole protègent les enfants de maladies infantiles mortelles comme la rougeole. Ces dernières renforcent le système immunitaire de l'enfant et le protègent d'autant mieux contre la maladie, elles permettent de rattraper les enfants qui n'ont pas terminé leur parcours vaccinal, distribuer et promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)(UNICEF, 2005).

Des études récentes ont également prouvé que la SVA réduit l'incidence, la sévérité et le caractère mortel de la diarrhée et augmente les taux de survie chez les enfants infectés par le VIH (Coutsouidis A, 2001).

Cependant, les causes de la mortalité infanto-juvénile en Afrique de l'Ouest et du Centre ne diffèrent substantiellement pas d'un pays à l'autre. Selon les estimations, la répartition des causes de décès des enfants de moins de cinq ans se présente comme suit : causes néonatales (26%), paludisme (21%), pneumonie (21%), diarrhée (17%), rougeole (6%), SIDA (4%), autres causes (6%) (Child Health Epidemiology Reference Group "CHERG", 2006).

Pratiquement, les enfants de 0 à 59 mois dans une centaine de pays sont considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme présentant des signes cliniques ou des symptômes infra cliniques graves, modérés ou légers de carence en vitamine A (CVA). Les pays présentant les carences les plus sévères sont principalement situés en Afrique et en Asie du Sud-Est.

Pour pallier à tout ce qui précède, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC), en partenariat avec les partenaires techniques et financiers (OMS et Unicef) appuient chaque année les Zones de Santé dans l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant en les couplant avec la récupération d'enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes.

De ce fait, l'évaluation qui est une activité majeure dans le processus gestionnaire des programmes de santé notamment celui du Programme Elargi de Vaccination (PEV) permet de faire le diagnostic de la situation, d'identifier les écarts entre les situations « avant et après » ou « actuelle par rapport à une norme » et de proposer des recommandations pour corriger les insuffisances (Kaddar, Miloud, Martyr Makinen et Mona Khan, 2000).

De ce fait, nous nous sommes dits : est-ce que les dernières JSE ont-elles été de qualité dans la ZSR de Basoko en 2016 ? Les couvertures vaccinales par antigène ont-elles pris en compte les enfants récupérés de la période ?

Nonobstant, cette étude permet de partager avec les personnel de soins de santé l'expérience sur l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant couplées à la récupération d'enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes dans le souci d'améliorer les couvertures vaccinales par antigène de la Zone de

Santé ou de l'Aire de Santé. A condition que la base des données usuellement conçue intègre clairement les enfants récupérés durant cette période.

Le mode de calcul des couvertures vaccinales par antigène devrait se faire de la manière suivante au cours de la période donnée : enfant (s) vacciné (s) plus enfants récupérés multiplié par 100 divisés par la cible.

I. Objectif général

Notre étude a pour objectif d'évaluer les Journées de Santé de l'Enfant au niveau de la Zone de Santé Rurale de Basoko en 2016.

II. METHODOLOGIE

L'étude se déroule en République Démocratique du Congo dans la Province/Région de la Tshopo, Zone de Santé Rurale de Basoko qui porte le même nom que son Territoire administratif. C'est dans la ZSR de Basoko, l'une des six Zones de Santé Rurales de l'Antenne PEV_ Lokutu que l'étude a été réalisée.

IV.2. TYPE D'ETUDE

Il s'est agi d'une étude descriptive.

Dans la Zone de Santé Rurale de Basoko, les données de supplémentation d'enfants de 6 à 59 mois en Vitamine A et déparasitage d'enfants de 12 à 59 mois au Mébendazole ont été collectées rétrospectivement auprès du personnel médical pour le mois d'avril 2016.

Par contre les données d'enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes récupérés ont été collectées de juin 2015 à avril 2016

II.1. POPULATION DE L'ETUDE

Notre population d'étude est constituée des infirmiers titulaires de 21 Aires de Santé que regorge la ZSR de Basoko où toutes les données des JSE ont été collectées. L'aire de santé constitue l'unité opérationnelle de notre étude.

II.2. COLLECTE DE DONNEES

La collecte de données a été faite au Bureau Central de la Zone de Santé.

Les données de vaccination de juin 2015 à avril 2016 ont été collectées concomitamment avec les données de JSE de Centre de santé versus données de JSE archivées au BCZS et à la Division Provinciale de la Santé Publique (Coordination Provinciale de Programme National de lutte contre la Nutrition : PRONANUT).

II.3. TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Dans notre étude, la base de sondage a été constituée par la liste des Aires de santé de la Zone de Santé rurale de Basoko

Les techniques de collecte de données suivantes ont été utilisées et sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau I. Technique, Cibles, but et outils de collecte de données

TECHNIQUES	CIBLES	BUT	OUTILS
Entretien	Personnel médical	Recueillir les données JSE, Survepid, Vaccination de routine	Guide d'entretien
Enquête par questionnaire	Personnel médical	Mesurer l'efficacité des JSE (FFOM)	Questionnaires d'enquête
Revue documentaire	Archivage	Déterminer les enfants vaccinés, supplémentés en Vit A et déparasités au Mébendazole	Fiches de pointage, Formulaires 1, Formulaire 2, Formulaire 3, Formulaire 4, Rapports JSE 2016
Observation	Archivage	Mesurer l'efficacité des JSE (FFOM)	Rapports journaliers, Micro-plans

II.4. EQUIPE DE COLLECTE

Cette équipe a été composée d'un enquêteur et un superviseur. La saisies des données de l'enquête a été arrêtée selon un calendrier préétabli par le promoteur de l'enquête.

II.5. OPERATIONALISATION DES VARIABLES.

Les variables étudiées dans notre étude sont adjancées par composante lors de l'organisation des JSE de la manière suivante :

a). PLANIFICATION & COORDINATION

Indicateurs

- Proportion de micro - plan de JSE validés (cible : 100%)
- Proportion d'activités réalisées/prévues (cible : $\geq 80\%$)

b). TECHNIQUE

Indicateurs

- Proportion de croquis d'AS/BCZS validés par l'ECZ (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec listes des acteurs retenus pour l'organisation des JSE (cible : 100%)
- Proportion d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en Vit A (cible : $\geq 95\%$)
- Proportion d'enfants de 6 à 59 mois déparasités au Mébendazole (cible : $\geq 95\%$)
- Proportion d'enfants de 0 à 11 mois récupérés par antigène (cible : 100%)
- Proportion d'acteurs formés pendant les JSE (cible : 100%)
- Proportion de superviseurs recrutés pour les JSE arrivés à temps dans la ZSR de Basoko (cible : 100%)

- Proportion des supplémentaires et agents déparasitaires formés (cible : 100%)

I. LOGISTIQUE

Indicateurs

- Proportion d'AS/BCZS avec un plan de distribution des intrants de JSE (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec a cartographie de site de matériels de chaine de froid fonctionnels (cible : 100%)

c). COMMUNICATION

Indicateurs

- Proportion d'AS/BCZS avec copies de plans de communication intégrés (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec un plan de d'organisation de session de sensibilisation en faveur des JSE (cible : 100 %)
- Proportion d'enfants de 0 à 11 mois récupérés par antigène par Relai communautaire (cible : $\geq 50\%$)
- Proportion des mobilisateurs sociaux formés pendant l'organisation de JSE (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec liste des aidants communautaires (cible : 100%)
- Proportion d'AS /BCZS avec liste des mobilisateurs sociaux (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec supports de communication des JSE (cible : 100%)

d). MOBILISATION DES RESSOURCES LOCALES

Indicateurs

- Proportion d'AS/BCZS avec un plan de sensibilisation sur la mobilisation des ressources locales (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec liste des partenaires locaux (cible : 100%)

e). FINANCES

- Proportion d'AS/BCZS avec liste des souscripteurs en faveur des JSE (cible : $\geq 80\%$)
- Proportion d'AS/BCZS avec justificatifs en souffrance (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec justificatifs transmis à la hiérarchie dans le délai (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec des fonds consignés dans les documents comptables
- (Journal de caisse, bon d'entrée, bon de sortie) (cible : 100%)

f). SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

- Proportion d'AS/BCZS avec Surveillance à base communautaire (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS ayant notifié les maladies cibles évitables par la vaccination (cible : 100%)
- Proportion d'AS /BCZS avec Kit de prélèvement des échantillons (selles, sang) (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec outils de gestion de la surveillance épidémiologique (cible : 100%)
- Proportion d'AS/BCZS avec relais communautaires actifs (cible : $\geq 80\%$)

II.6. ANALYSE DES DONNEES

Les informations collectées ont été traitées et analysées avec le logiciel Epi Info version 7. Les graphiques ont été réalisés dans le logiciel Excel puis transférés dans Word.

L'analyse des indicateurs des Aires de santé a été faite suivant les méthodologies d'Audit de la qualité des données préconisées par l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination « GAVI » et de **BENCHMARKING** mise en place par la Direction de Développement des Soins de santé Primaire (RD Congo).

II.7.1. ETAPES DE L'ANALYSE DES INDICATEURS

II.7.1.1. De la méthodologie d' « Audit de Qualité des données » (OMSc, 2014).

L'évaluation de la qualité du système de suivi de la vaccination repose sur des questions ou des observations ou exercices qui peuvent être posés ou effectués ou évalués à chaque niveau visité (district, sous district, CS, etc.). Chaque question doit avoir une réponse : "oui"/"non" ou NA qui peut recevoir un score selon que la réponse est oui ou non. Une liste de questions proposées pour chaque niveau est conçue à cet effet.

Ces questions/observations/tâches peuvent être regroupées dans les différentes composantes évaluées du système de monitoring.

II.7.1.2. Mesure de l'indice de qualité.

L'indice de qualité (IQ) est une mesure quantitative de la qualité de chaque composante du système de suivi. Dans le calcul des notes d'IQ, on donne un à trois points pour chaque question répondue ou observation faite ou tâche exécutée correctement. Les notes sont calculées pour chacune des composantes identifiées, avec le nombre de points correspondant pour les réponses correctes comme numérateur et le nombre de notes possibles comme dénominateur. Un "non" donne une note de 0, un "oui" une note de 1 à 3 selon son importance, et un "NA" n'est pas enregistré dans le dénominateur.

L'IQ total est la proportion produite comme somme de tous les numérateurs et de tous les dénominateurs.

Pour chaque composante et chaque niveau du système de suivi, c.-à-d. à la Zone de santé / district et aux CS, les notes moyennes peuvent être obtenues et standardisées comme pourcentage ou sur une grille de 0 à 10.

$$\text{L'IQ est la proportion de} = \frac{\text{notes pour toutes les questions répondues "oui"}}{\text{somme de notes maximales qui peuvent être obtenues}}$$

Nota bene.

La décision sur le poids à attribuer à une question peut être prise en demandant à chaque participant dans le questionnaire de noter la question, ensuite on divise la somme des notes par le nombre de personnes dans l'équipe et on choisit le nombre rond suivant pour déterminer le poids.

Une fois que les questions sur la qualité ont été sélectionnées, un formulaire doit être imprimé sur papier pour l'évaluation de terrain.

II.7.1.3. De la méthodologie de « Benchmarking » (Direction de Développement des Soins de Santé Primaire, 2013).

Cette méthode permet de réaliser une analyse croisée des indicateurs des zones ou des aires de santé par la mise en place d'une matrice analytique de comparaison et classification du niveau de réalisation des performances de chaque entité considérée (Provinces, Zones ou Aires de santé). En rapport avec les indicateurs sélectionnés, elle est notée comme une méthode efficace de présenter des données pour en sortir les informations suffisante avec une large vision de la situation de l'ensemble des entités dans un esprit de relever au moyen de la comparaison les bonnes pratiques des uns par rapport aux autres, ainsi que les faiblesses

Les étapes à suivre de la méthodologie de « Benchmarking » sont les suivantes.

II.7.1.4. Etapes de la méthodologie de « Benchmarking »

1ère Etape : Collecte et saisie des données.

Outils N° 01. Rapports Mensuels de CS

Cette étape a consisté à la réception des rapports mensuels de CS, à la vérification et à la validation des données et s'est terminée par la saisie des données dans un tableau Excel suivant les blocs ou groupes.

Outils No. 02: Tableau Excel de saisie des données / indicateurs par bloc.

Le choix des indicateurs dépendra des objectifs d'activités/projet ou programme. Ils peuvent donc varier compte tenu de leur pertinence et des améliorations attendues.

Sur la ligne horizontale, on range à côté de l'indicateur, son objectif et sur la ligne verticale sont rangées les aires de santé (entité d'étude) ou vice versa.

2ème Etape. Calcul des indicateurs

Cette étape consiste à placer en dessous de chaque indicateur, l'objectif qui a été assigné à chaque activité/projet ou programme.

3ème Etape. Scorage des indicateurs par bloc.

Pour comparer les indicateurs ayant des cibles et des objectifs différents, nous les avons ramenés à la même unité et au même dénominateur de comparaison appelée ici « score » car il est toujours difficile de comparer les incomparables.

Le score de chaque indicateur « clé » est fonction de son niveau de performance par rapport à l'objectif qui lui est attribuée.

⇒ Utilisation de tableau de Scorage.

A chaque indicateur on va attribuer une note de 0 à 4 suivant sa performance et sa norme. Cette cotation est divisée à 9 étalons.

Dans les cas où les informations n'ont pas été disponibles, la note zéro sera attribuée.

Dans le cas où les données sont importantes mais jugées non fiables, on va attribuer la note de 0,5.

Dans le cas où les résultats ont dépassé largement la norme de + 15 % (par exemple, résultat de 115% pour une norme de 100%), la note n'a pas été de 4, mais elle a été ramenée à une valeur intermédiaire de 3,5 pour signaler la nécessité d'apporter une correction, soit au numérateur, soit au dénominateur (par exemple, des mouvements de population peuvent faire augmenter le nombre d'actes réalisés à un niveau supérieur au nombre d'actes attendus).

Il ne faut jamais arrondir le score pour passer d'un étalon à un autre. Il faut le laisser tel qu'il est et là où il est.

4ème Etape : Analyse (Ranking des indicateurs et des CS) par bloc.

Tous les indicateurs scorés passent maintenant par l'analyse filtrée ayant le même dénominateur mais avec des poids différents.

Sur la cellule qui croise l'aire de santé avec l'un de ses indicateurs (cellule déjà conditionnées) apparaîtront successivement les couleurs suivantes : rouge, jaune, verte claire et verte foncée qui se traduisent respectivement par: danger (au cas où l'aire de santé a obtenu moins de la moitié du score), attention (au cas où l'aire de santé a obtenu le score égal ou un peu plus de la moitié), bon et atteint l'objectif.

5ème Etape : Résultat croisé

Ce résultat croisé représente la proclamation; les CS sont classés en ordre d'importance suivant leurs performances en rapport avec les indicateurs analysés.

Pour chaque CS, nous allons analyser les forces et les faiblesses et le pourquoi pour chaque indicateur. Les meilleurs sont félicités et les autres sont encouragés et aidés à s'améliorer.

Ce résultat croisé nous permet aussi de voir les indicateurs les plus performants, mais aussi ceux qui tirent la performance de la ZS et du CS vers le bas.

6ème Etape: Echange de bonnes pratiques entre les CS.

7ème Etape : Micro planification des actions correctrices.

II.7.1.5. PRESENTATION DES RESULTATS D'ETUDE.

Les résultats ont été présentés sous forme de fréquence simple, de tableaux croisés descriptifs, figures et graphiques

II.7.1.6.. LIMITE DE L'ETUDE

II.7.1.6.1. Limite de notre étude.

Notre étude, première du genre au niveau de la Division Provinciale de Santé de la Tshopo en RDC, porte sur l'évaluation des Journées de Santé de l'Enfant dans la ZSR de Basoko en 2016. Les données ont été collectées rétrospectivement et certainement les informations collectées en 2017 auprès des infirmiers titulaires de CS n'ont pas été fidèlement mises à notre disposition du fait de l'oubli.

Cependant, ce genre d'exercice a déjà été mené dans plusieurs Pays, Régions ou Provinces, Zones de Santé (Urbaines ou Rurales) et Aires de Santé du monde par l'OMS, l'Unicef, l'USAID, l'AMP et autres partenaires. Pour ce qui nous concerne, l'évaluation a porté exclusivement sur une ZSR (Basoko) ciblant toutes Aires de Santé. Cette différence sur le point de vue méthodologie, nous a mis d'office en difficulté pour comparer objectivement nos résultats avec ceux d'autres évaluateurs. Nous nous sommes plus inspirés de notre expérience sur le terrain.

L'étude s'est déroulée dans la ZSR de Basoko. Les résultats obtenus n'ont pas pu être généralisés dans les autres ZSR de l'Antenne PEV Lokutu (Basali, Isangi, Yabaondo, Yahuma et Yalimbongo car tous les aspects de l'évaluation des JSE n'ont pas été pris en compte dans notre étude.

IV.11. CONSIDERATIONS ETHIQUES

En rapport avec notre étude, nous avons reçu l'avis favorable de la Division Provinciale de la Santé Publique de la Tshopo bien avant que la descente sur terrain soit réalisée.

Au niveau de formations sanitaires de la ZSR de Basoko, nous avons obtenu le consentement éclairé de tous les infirmiers titulaires chez qui un questionnaire leur a été soumis. Notre étude n'a couru aucun risque. Les données ont été collectées et traitées avec confidentialité.

V.RESULTATS.

V.1. NIVEAUX D'ETUDE DU PERSONNEL DE SANTE

Tableau II. Distribution de personnel de santé selon leur niveau d'étude et leur sexe dans la Zone de santé rurale de Basoko en 2016

PERSONNEL DE SANTE	SEXE		
	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
Eduqué	149 (98,1%)	48 (96%)	197 (97,5%)
Non éduqués	3 (1,9%)	2 (4%)	5 (2,4%)
TOTAL	152 (100%)	50 (100%)	202 (100%)

Dans l'ensemble de la ZSR de Basoko, 97,5% de personnels de santé ont un niveau d'étude élevé et dont la majorité d'entre - eux est de sexe masculin (98,1%).

V.2. NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES AYANT INTEGRE OU PAS LA VACCINATION DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE BASOKO EN 2016.

Tableau III. Distribution de formations sanitaires ayant intégré la vaccination dans la Zone de santé rurale de Basoko en 2016.

	FOSA INTEGRANT LA VACCINATION	Pourcentage
OUI	68	83,9
NON	13	16,1
TOTAL	81	100

Le tableau III montre que 83,9% de formations sanitaires ont intégré les activités de vaccination dans la ZSR de Basoko en 2016.

V.3. INDICE DE LA QUALITE DU SYSTEME DE SUIVI DES DONNEES DE VACCINATION LORS DE L'ORGANISATION DES JSE DE LA ZSR DE BASOKO EN 2016

Avant l'organisation des JSE dans les AS	Pendant la MEO des JSE dans les AS	Après l'organisation des JSE dans les AS	SYNTHESE DE RESULTATS DES JSE DANS LES AS

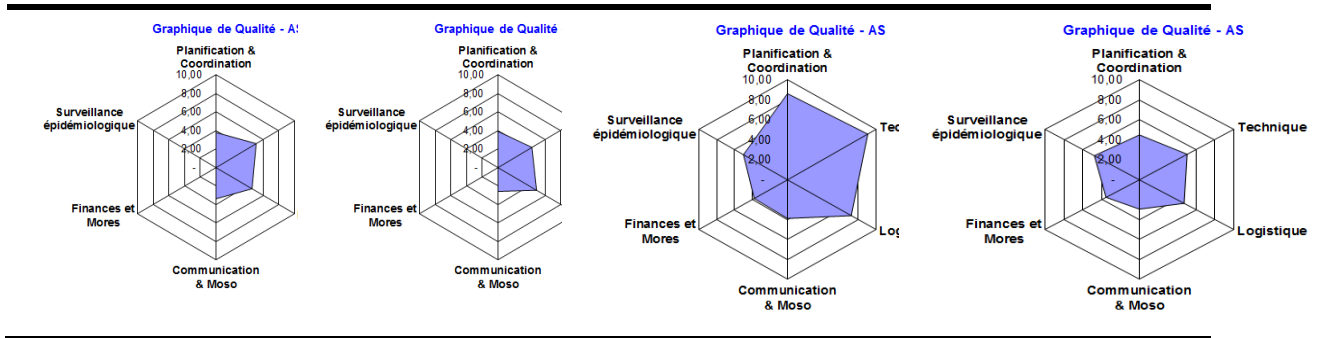


Figure 1. Distribution de résultats des JSE de qualité par composante dans les Aires de Santé de Basoko en 2016

L'indice de la qualité du système de suivi des données de vaccination (IQ) par composante lors de l'organisation des JSE dans la ZSR de Basoko est de 46 %.

Avant l'organisation des JSE dans la ZS Pendant la MEO des JSE dans la ZS Après l'organisation des JSE dans la ZS **SYNTHESE DE RESULTATS DES JSE DANS LA ZS**

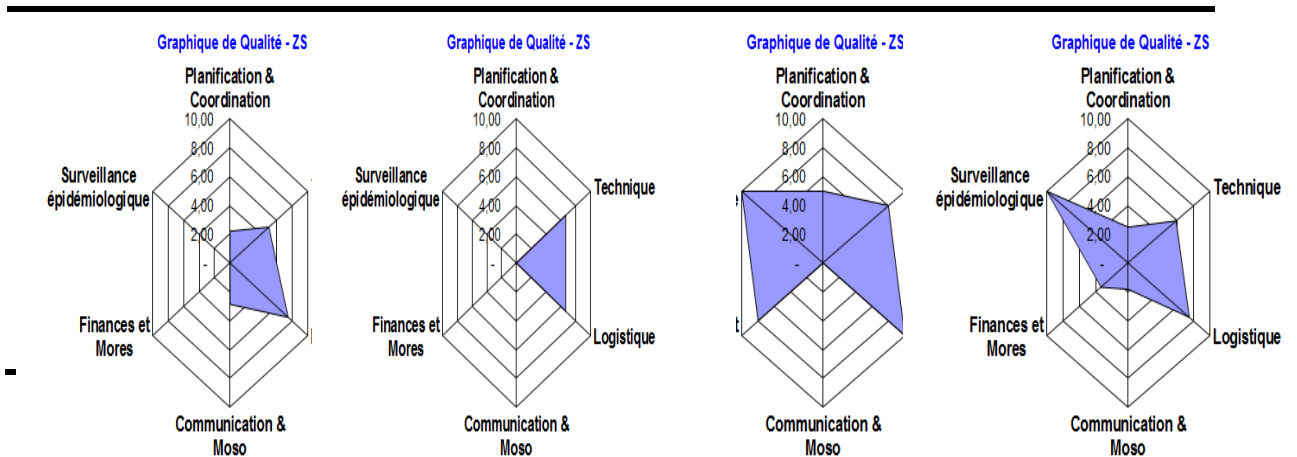


Figure 2. Distribution des résultats de JSE de qualité par composante dans la Zone de Santé de Basoko en 20.

L'indice de la qualité du système de suivi des données de vaccination (IQ) par composante lors de l'organisation des JSE dans les Aires de santé de la ZSR de Basoko est de 49 %.

V.4. PERFORMANCES DE LA ZONE DE SANTE PENDANT LES JSE PAR LA METHODOLOGIE DE BENCHMARKING .

a). Indicateurs de performance des JSE dans la ZSR de Basoko en 2016.



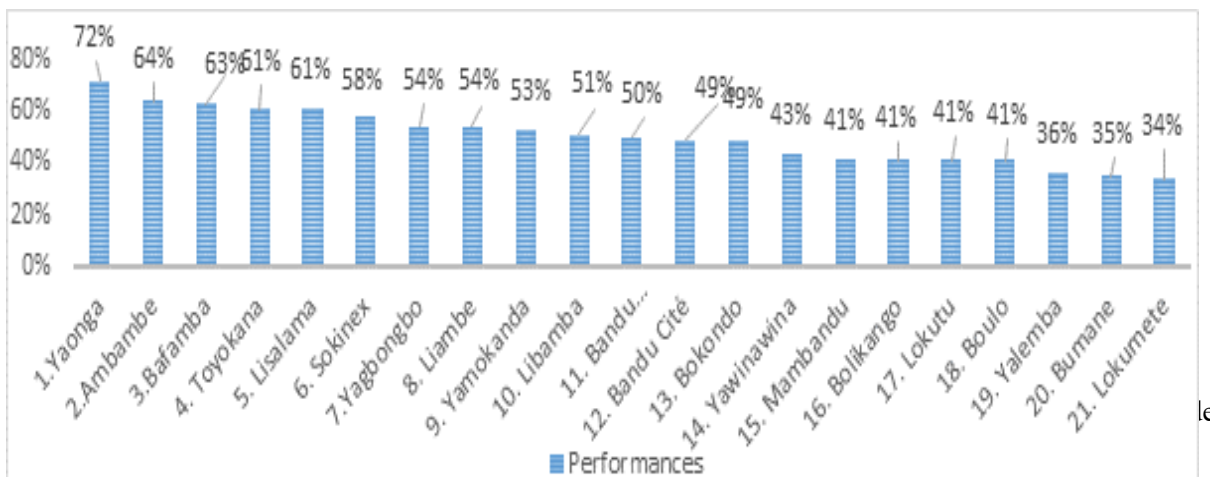
Figure 3. Indicateurs de performances des JSE dans la Zone de santé rurale de Basoko en 2016

Légende : ER = enfants récupérés ; Pers = personne ; Nx = niveau ; EV = enfants vaccinés

Fosa = formation sanitaire ; Tx = taux ; % = proportion ; Conf = confession

Dans la figure 7, les indicateurs qui ont plus posé problème dans la Zone de santé sont : la proportion d'enfants récupérés qui n'ont pas été pris en compte lors de la transmission des données à la hiérarchie en VPO3 et Pentavalent 3 (0%), les taux de perte en Vit A (33%), proportion de personnes sans aucun niveau d'instruction (24%) .

b). Répartition d'aires de santé par leur niveau de performance lors de l'organisation des JSE dans la ZSR de Basoko en 2016.



Sur 21 aires de santé, 3 d'entre-elles (14%) ont réalisé des performances allant de 34 à 36% contre 1 aire de santé (5%) qui en a réalisé à 72%.

c). Catégorisation d'aires de santé par leur niveau de performance lors de l'organisation des JSE dans la ZSR de Basoko en 2016.

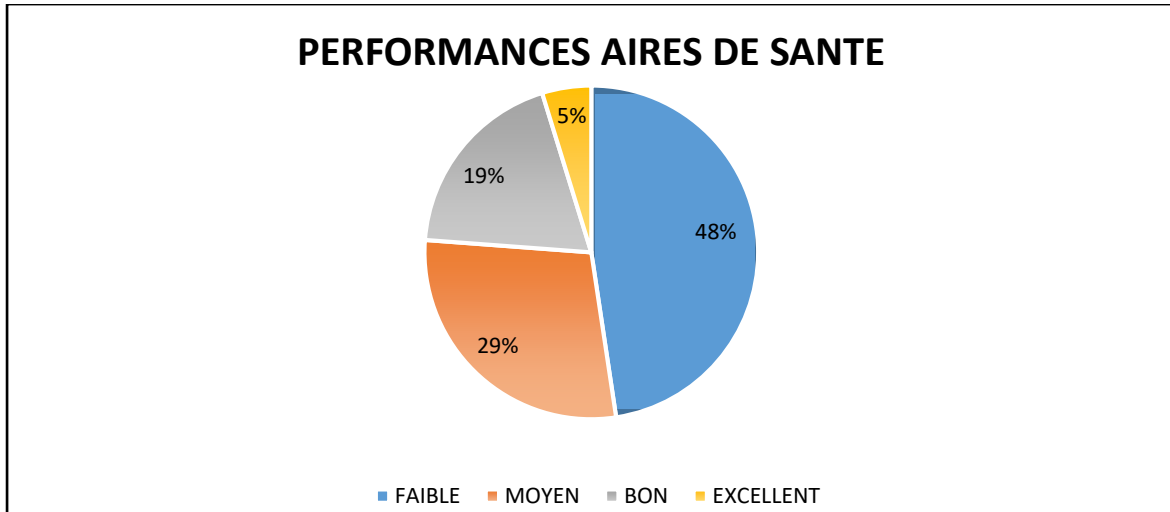
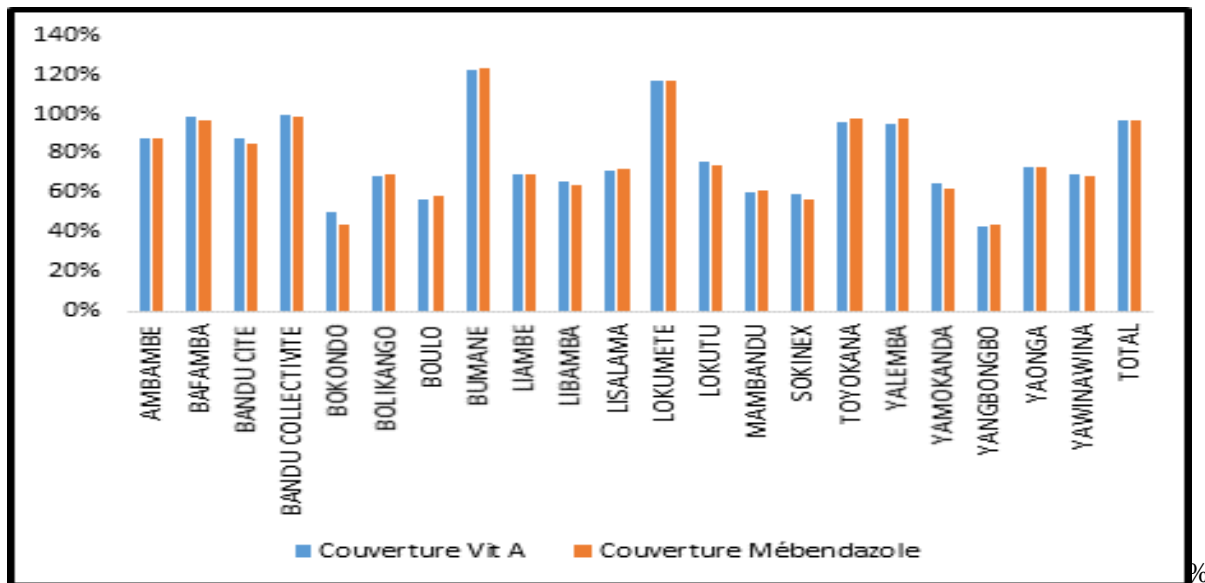


Figure 5. Catégorisation d’aires de santé par niveau de performance dans la ZSR de Basoko pendant l’organisation des JSE en 2016.

Il y a lieu de noter que pendant l’organisation des JSE dans la ZSR de Basoko en 2016, dix aires de santé sur 21 soit 48% ont réalisé des faibles performances ($\leq 49\%$). Par contre, 1 aire de santé (5%) avait des performances excellentes (≥ 70).

V.5. NOMBRE D’ENFANTS SUPPLEMENTES EN VITAMNE A ET DEPARASITES AU MEBENDAZOLE PENDANT L’ORGANISATION DES JSE DANS LA ZSR DE BASOKO EN 2016.



d’enfants de 6 à 59 mois et déparasiter ceux de 12 à 59 mois dans la ZSR de Basoko en 2016.

V.6. NOMBRE D'ENFANTS VACCINES ET RECUPERES EN VPO3 ET DTC-Hep-Hib 3 PENDANT L'ORGANISATION DES JSE DANS LA ZSR DE BASOKO EN 2016

RESULTATS DE VACCINATION	Pop total e	Pop Cible s mens	Juin 2015	Juillet 2015	Aout 2015	Sept 2015	Oct. 2015	Nov. 2015	Déc. 2015	Janv 2016	Fév. 2016	Mar s	Avri l	Total	CV
	1564	455													
Enfants vaccinés en VPO 3			358	351	359	236	341	479	445	368	387	415	494	4233	102
Enfants récupérés en VPO 3			42	15	35	35	33	38	131	7	80	62	93	571	14
Total			400	366	394	271	374	517	576	375	467	477	587	4804	116
CV VPO 3 mises à jour			88	80	87	60	82	114	127	82	103	105	129	116	116

Tableau IV. Nombre d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés et récupérés en VPO 3 pendant le mois de l'organisation des JSE dans la ZSR de Basoko en avril 2016.

Source : DVD_MT 2016, ZSR de Basoko

De juin 2015 à avril 2016, lors de l'organisation des JSE dans la Zone de santé rurale de Basoko, les CV en VPO3 actualisées et prises en compte lors de la transmission des données de vaccination aux instances supérieures ont été de 102 % alors qu'en réalité, elles devraient être de 116% soit une déperdition de 14%.

Tableau IV. Nombre d'enfants de 0 à 11 mois récupérés en DTC-HepB-Hib3 dans la Zone de santé rurale de Basoko de juin à avril 2016

DTC-HepB-Hib 3	Pop totale 2015 (15644)	Pop cible mens (455)	juin-2015	juil-2015	août 2015	sept-2015	oct-2015	nov-2015	déc-2015	jan-2016	févr-2016	mars 2016	avr-2016	Total	CV
Enfants vaccinés*			406	348	365	140	340	451	405	149	405	455	501	3965	95,9
Enfants récupérés			43	13	40	24	34	39	108	4	115	68	124	612	14,8
Total			449	361	405	164	374	490	513	153	520	523	625	4577	111
CV mises à jour			99	79	89	36	82	108	113	34	114	115	137	111	111

Le nombre d'enfants vaccinés de 0 à 11 mois en DTC-HepB-Hib3 de juin 2015 à avril 2016 est de 4577 soit une CV de 111 % parmi lesquels 612 enfants de la même tranche d'âge ont été récupérés (14,8 %)

V.7. MESURE DU COUT –EFFICACITE DES COMPOSANTES DE JSE DANS LA ZSR DE BASOKO EN 2016

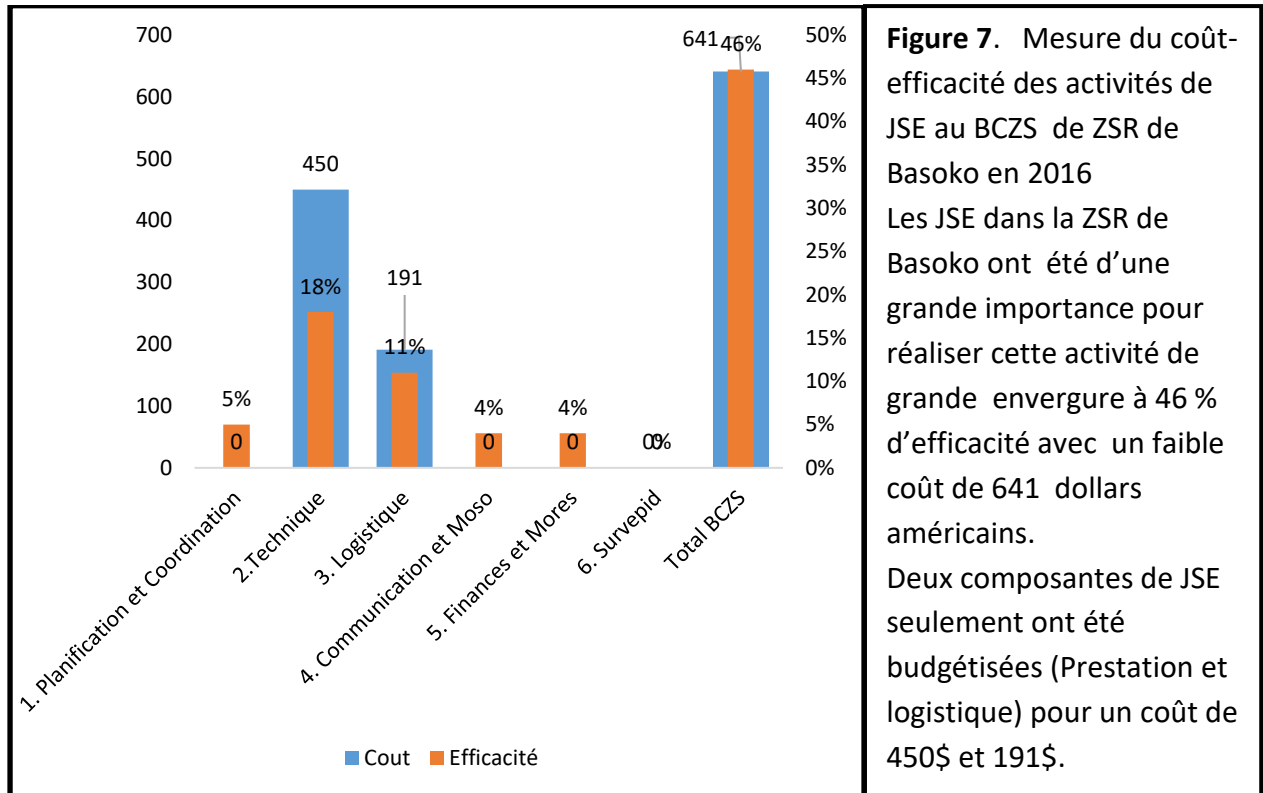


Figure 7. Mesure du coût-efficacité des activités de JSE au BCZS de ZSR de Basoko en 2016
 Les JSE dans la ZSR de Basoko ont été d’une grande importance pour réaliser cette activité de grande envergure à 46 % d’efficacité avec un faible coût de 641 dollars américains.
 Deux composantes de JSE seulement ont été budgétisées (Prestation et logistique) pour un coût de 450\$ et 191\$.

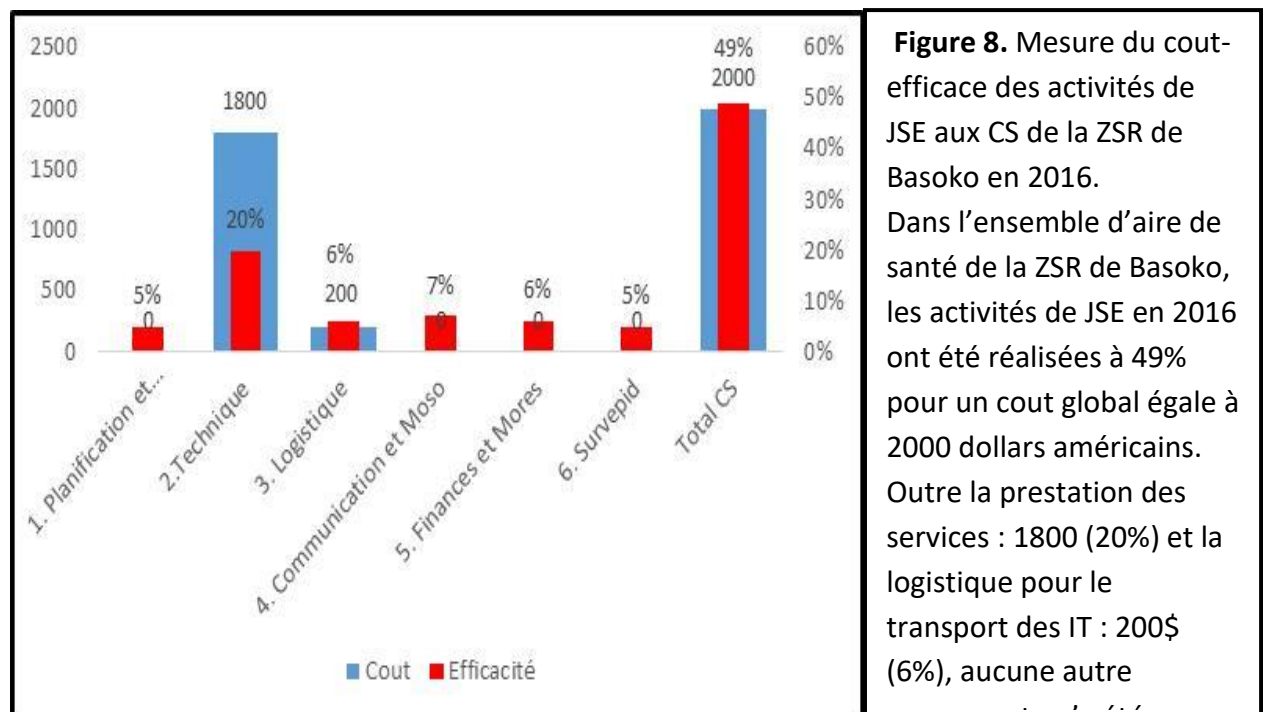


Figure 8. Mesure du cout-efficace des activités de JSE aux CS de la ZSR de Basoko en 2016.
 Dans l’ensemble d’aire de santé de la ZSR de Basoko, les activités de JSE en 2016 ont été réalisées à 49% pour un cout global égale à 2000 dollars américains.
 Outre la prestation des services : 1800 (20%) et la logistique pour le transport des IT : 200\$ (6%), aucune autre

VI. DISCUSSIONS.

Dans notre étude, la majorité de personnel de santé qui vaccine dans la ZSR de Basoko a un niveau d'étude élevé parmi lequel 62% sont de sexe masculin et 59% sont du niveau secondaire contrairement au pays comme **Maurice** qui a peu à peu étendu la gratuité de l'éducation primaire, secondaire (1977) et supérieure (1988). Ces mesures ont permis au taux d'alphabétisation des filles d'atteindre 90 % (GBAD,2015), sachant bien qu'en Afrique, la scolarisation des enfants constitue un coût trop important pour les familles, qui donnent encore priorité aux garçons, considérés comme les futurs chefs de famille (Africa for Women's Rights, 2009) (AFD,2014).

Selon le **Groupe de la Banque Africaine de Développement (GBAD)**, sur l'ensemble du continent africain, les femmes se heurtent à toute une série d'obstacles qui entravent la réalisation de leur plein potentiel, allant de pratiques culturelles restrictives et de lois discriminatoires à des marchés du travail très segmentés. Dans la ZSR de Basoko, les femmes ne sont pas épargnées des us et coutumes africains comme le mariage précoce, la pauvreté, des travaux ménager excessifs.

Cependant, les marchés du travail africains sont marqués par une très forte ségrégation fondée sur le genre, les femmes travaillant généralement dans des occupations peu rémunérées. Les femmes ont beaucoup plus tendance à travailler comme auto-entrepreneur dans le secteur informel, que de gagner un salaire régulier dans un emploi formel. Dans le secteur formel, les femmes occupent 4 emplois sur 10.

Dans certaines circonscriptions scolaires des régions sud-est et nord-est de Madagascar, il existe deux fois plus de garçons que de filles au collège. Les postes de « cadres supérieurs ou moyens » sont occupés à 72% par des hommes et 28% par des femmes C'est pour dire que nous sommes encore loin d'atteindre l'égalité femme et homme (50/50) (**Projet AMBASSADEURS EN HERBE, 2012**).

Il y a plus de formations sanitaires (68 soit 83,9%) ayant intégré les activités de vaccination dans la ZSR de Basoko comparativement aux formations sanitaires qui ne l'ont pas encore intégré (13 soit 16,1%)

Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'ECZ ne fait pas le suivi et évaluation des activités de vaccination retenues comme « l'intégration de la vaccination » dans toutes les formations sanitaires (étatiques, privées et confessionnelles) comme prévu dans le Plan d'Action Opérationnel « PAO » de la Zone de santé en d'autres termes « **sa mise à jour** ».

L'ECZ de Basoko a tout intérêt d'intégrer la vaccination dans toutes ses structures sanitaires, toute appartenance confondue car la vaccination reste une priorité et grâce à elle, il y a la diminution spectaculaire du nombre de cas de maladies à prévention vaccinale, beaucoup de maladies infectieuses sont considérées comme appartenant au passé.

Pourtant, dans la Région européenne de l'OMS, près de 650 000 enfants ne reçoivent pas leur première dose de vaccin contre la rougeole - une exigence fondamentale à satisfaire en matière de vaccination – et les maladies à prévention vaccinale sont encore des facteurs de maladie, d'incapacité, voire de décès. Il convient de donner la priorité à la vaccination, et ce pour sept raisons essentielles à savoir : 1. La vaccination sauve des vies ; 2. La vaccination est un droit fondamental et une composante stratégique des programmes de réduction de la pauvreté ; 3. Les maladies à prévention vaccinale représentent encore un risque ; 4. Il est possible de maîtriser et d'éliminer les maladies ; 5. La vaccination est rentable sur le plan économique ; 6. Les enfants sont tributaires des systèmes de santé pour l'accès à des vaccinations sûres, efficaces et peu onéreuses ; 7. Tous les enfants doivent être vaccinés (SEV,2018).

Le refus ou la résistance d'intégrer d'autres structures sanitaires peut être lié au fait que l'ECZ n'informe pas les responsables de ces structures à venir rehausser leur présence aux différentes activités de SSP

qui se déroulent au BCZS. Ceux-ci privilégient d'abord ce qu'ils doivent bénéficier dans leur CS privés de d'aller passer deux ou trois jours au BCZS sans un revenu valable pouvant rassurer la survie de sa famille. Pour d'autres personnels de santé qui sont dans les structures sanitaires privées d'une société quelconque, ils exigent les frais de transport, de prime d'indemnité. D'autres par contre ont du mal à se présenter au BCZS parce qu'ils ne sont pas toujours en ordre avec la cotisation mensuelle que ce dernier leur exige de payer mensuellement.

Dans notre étude, en avril 2016, la proportion cumulée d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés en VPO3 (102 %) et DTC-HepB-Hib 3(95,9 %) transmis à la hiérarchie n'a pas pris en compte les enfants de cette tranche d'âge (0 à 11 mois) récupérés (VPO3 : 14% et DTC-HepB-Hib3 : 14,8%) par le staff dirigeant de la Zone de santé rurale de Basoko. Cela peut s'expliquer par le fait que les rapports de vaccination de routine ne prévoient pas dans la base de calcul les enfants de 0 à 11 mois récupérés par antigène dans le résultat final des activités de vaccinales de routine or l'augmentation des couvertures vaccinales par antigène en dépend grandement.

L'augmentation de couvertures vaccinales par antigène est la résultante des efforts conjugués de plusieurs domaines de vaccination : planification et coordination, logistique, technique, communication et mobilisation sociale, finances et mobilisation des ressources locales auxquels on y accole des stratégies afin de mieux réussir à la mise en œuvre des activités de vaccination. Tel est le cas de l'approche « récupération d'enfants non ou insuffisamment vaccinés » que nous devons nous approprier pour augmenter les couvertures vaccinales par antigène dans nos zones où régions respectives. Cette approche qui n'est d'autre qu'une stratégie de prestation des services de vaccination comme l'ACD met également l'accent sur l'utilisation continue des données du programme dans le but de guider l'évolution des activités et d'apporter une solution aux problèmes rencontrés (OMSb,2008).

La bonne manière de prester dans le PEV est de mettre à jour les données de vaccination de routine prenant en compte les résultats des enfants vaccinés ou insuffisamment vaccinés qui ont été récupérés suivant une grille conçue à cet effet que de les constater seulement comme dans les modèles de grilles dont nous disposons maintenant dans nos programmes. Sinon, nous ne cesserons de décrier sur l'augmentation des enfants non ou insuffisamment atteints dans nos Districts/Zones du jour au jour en dépit de : l'organisation des Activités de Vaccination Intensifiées (AVI), la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV), les Journées de Santé de l'Enfant (JSE). Est-ce qu'on peut s'imaginer depuis que les aires de santé avec l'appui de Paternel Technique et Financier (PTF) ont mis en place l'approche « récupération d'ENIA/ENIV » et on ne fait que les enregistrer du matin jusqu'au soir. Il y a hémorragie des données de vaccination quelque part et qu'on n'a pas encore mis la main sur le vaisseau qui la favorise.

En rapport avec le nombre d'enfants supplémentés en Vitamine A et déparasités au Mébendazole, les résultats de notre étude ont montré que 06 sur 21 aires de santé soit 29 % ont atteint une couverture en Vitamine A supérieure à 95 % (Bafamba, Bumane Bandu-Collectivité, Lokumete, Toyokana et Yalamba) exæquo avec la couverture au Mébendazole. Cet état de chose s'explique par le fait que les deux intrants (Vitamine A et Mébendazole) ont un mode d'administration (per os) qui ne nuisent au bénéficiaire.

Par contre, les taux de perte en Vit A et Mébendazole les plus élevés ont été observés dans 06 sur 21 aires de santé (29 %) : Ambambe, Bolikango, Boulo, Lokutu, Yangbongbo et Yaonga. Ceci est lié à la rupture en Vit A et Mébendazole connue toujours pendant l'organisation des activités de supplémentation en Vit A et déparasitage au Mébendazole dans les aires de santé ; la Vit A étant un intrant qui est très apprécié par les filles et femmes pour adoucir leurs cheveux. Le Mébendazole ayant déjà fait ses preuves d'expulser les vers intestinaux chez les enfants qui en ont déjà bénéficié, les acteurs préfèrent garder un stock critique pour garantir les activités de leurs Centres de santé pendant la routine.

Pendant l'organisation des Journées de Santé de l'Enfant dans la ZSR de Basoko, il s'est avéré que les indices de qualité agrégés (IQa) de données ont été respectivement égaux à 42% (avant), 41% (pendant), 58% (après) et 49% (globalement) contre ceux de CS où ils ont été égaux à 38%, 46%, 79% et 46 % respectivement avant, pendant, après et globalement. Cette situation peut s'expliquer par la démotivation des acteurs sur terrains qui sont appelés à accomplir plusieurs tâches à la fois lorsqu'il s'agit d'organiser une activité de masse comme celle-ci : vaccination de routine, surveillance épidémiologique des maladies cibles évitables par la vaccination, soins curatifs des patients, activités supplémentaires de vaccination _ polio, etc. bien cumulé, un forfait de 15 \$ est remis carrément à chaque acteur à la fin de l'organisation des activités de JSE même si l'une d'entre-elles était budgétisée. A cela, il n'y a pas notion de délégation des tâches au niveau de centres et postes de santé. L'infirmier titulaire cherche à tout faire en lieu et place des autres pour se confirmer. La majorité d'entre - eux étant de niveau secondaire.

En ce qui concerne l'organisation des activités de JSE au BCZS Basoko, celles-ci ont été de grande envergure (efficace) à 46 % d'efficacité avec un faible coût de 641 dollars américains.

Deux composantes de JSE seulement ont été budgétisées (Prestation et logistique) pour un coût de 450\$ et 191\$ respectivement avec une efficacité de 18% et 11%.

Tandis que dans l'ensemble des aires de santé de la ZSR de Basoko, les activités de JSE en 2016 ont été réalisées à 49 % pour un coût global égal à 2000 dollars américains.

Outre la prestation des services (1800\$ Vs 20 %) et la logistique (transport des IT : 200 \$ Vs 6%), aucune autre composante n'a été budgétisée.

Cette situation est comprise dans le sens que les JSE (appui Unicef) ont été couplées aux Activités de Vaccination Supplémentaire « AVS »_polio (appui OMS), avril 2016.

VII. CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.

Dans le Programme Elargi de Vaccination « PEV » le souci majeur de tous : Gouvernement, PTF (Partenaires Techniques et Financiers), prestataires, communauté est de voir un jour les couvertures vaccinales par antigène s'améliorer là où chacun s'y trouve. Pour y parvenir, plusieurs stratégies de vaccination de routine ont vu le jour : fixe, avancée et mobile au travers de plusieurs approches différemment nommées : Activités de vaccination intensifiées, Semaine Africaine de Vaccination, Journées de Santé de l'Enfant.

Ainsi, le couplage « Journées de Santé de l'Enfant et récupération d'enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes » est une approche que les prestataires de service de vaccination doivent pérenniser afin d'améliorer leurs couvertures vaccinales par antigène. Celle-ci demande une mise à jour d'outils de gestion de vaccination de routine traditionnellement utilisés.

Au terme de notre étude, nos **recommandations** pour l'amélioration de la qualité de l'organisation des Journées de santé de l'Enfants s'adressent tout droit :

1. A LA DIRECTION NATIONALE PEV

- Elaborer l'outil de gestion (formulaire 1, 2 **adapté**) de vaccination de routine qui doit prendre en considération dans sa base de calcul final, les enfants récupérés de 0 à 11 mois ;
- Organiser les JSE en planifiant les activités budgétisables par composante de la base (Aires de santé) jusqu'au sommet (Direction nationale PEV).

2. A LA ZONE DE SANTE

- Accompagner les Centres de santé à intégrer les activités de vaccination de routine dans les aires de santé ;
- Se familiariser à désagréger les données de vaccination d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 11 mois récupérés par antigène ;
- Améliorer l'indice de qualité agrégé (IQa) des données de vaccination lors de l'organisation des JSE.

3. AUX AIRES DE SANTE

- Intégrer la vaccination dans les structures sanitaires qui ne vaccinent pas ;
- Se familiariser à désagréger les données de vaccination d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 11 mois récupérés par antigène ;
- Améliorer l'indice de qualité agrégé (IQa) des données de vaccination lors de l'organisation des JSE ;
- Supplémenter en Vit A et déparasiter au Mébendazole les enfants de 6 à 59 mois ($\geq 95\%$) dans les 15 aires de santé ;
- Réduire les taux de perte ($< 5\%$) en Vit A et au Mébendazole.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **UNICEF**. Briefing sur l'organisation des Journées de la Santé de l'Enfant (JSE). Division Provinciale de la santé de la Tshopo. Ministère provinciale de la Santé. RDC, 2016.
2. **UNICEF EN ACTION**. Situations d'urgence. Programmes en République démocratique du Congo, 2005
3. **Coutsoudis A**. The relationship between vitamin A deficiency and HIV infection: review of scientific studies. Food and Nutrition Bulletin, 2001; 22 (3): 235-247 in city Aguayo VM, Garnier D, Baker SK. Des gouttes qui sauvent : Supplémentation en vitamine A pour la survie de l'enfant. Progrès et leçons apprises en Afrique de l'Ouest et du Centre. Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007].
4. **Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG)**. Causes of underfive deaths. Global, regional and national levels. Compiled by United Nations Children's Fund UNICEF/DPP/SIS, October 2006 in city Aguayo VM, Garnier D, Baker SK. Des gouttes qui sauvent : Supplémentation en vitamine A pour la survie de l'enfant. Progrès et leçons apprises en Afrique de l'Ouest et du Centre. Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007]
5. **Kaddar, Miloud, Martyr Makinen et Mona Khan. Avril 2000**. Outil d'évaluation du financement des services de vaccination : guide d'orientation pour l'évaluation au niveau national. in city *APLOGAN.A.V.M*. Revue externe du programme élargi de vaccination de Côte d'Ivoire : évolution des performances entre 2006 et 2010. MEMOIRE. Master 2 Professionnel 241 en Economie et Management de la Santé Publique dans les Pays en Développement. Université de Paris Dauphine. Benin, 2013, p.14
6. **Direction de Développement des Soins de Santé Primaire (DDSSP)**. Analyse des indicateurs des Zones de Santé suivant la méthodologie de BENCHMARKING. Ministère de la Santé Publique. Secrétariat Général. RDC, 2013

7. **Semaine Européenne de la Vaccination « SEV »**. Les sept raisons essentielles pour que la vaccination reste une priorité dans la Région européenne de l’OMS. Prévention-Protection-Vaccination, 2018. Disponible sur internet : www.euro.who.int
8. **Groupe de la Banque Africaine de Développement (GBAD)**. INDICE DE L’ÉGALITÉ DU GENRE EN AFRIQUE : Autonomiser les femmes africaines, Plan d’action. La femme et le développement humain ; 2015
9. **AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT (AFD)**. Profil genre Djibouti, 2014.
10. **Projet AMBASSADEURS EN HERBE** - Pistes pédagogiques. L’EGALITE FILLES/GARÇONS, HOMMES/FEMMES A MADAGASCAR, 2012
11. **OMSc**. Outil d’auto-évaluation de la qualité des données de vaccination (DQS). Maladies Évitable par la Vaccination. Division des Maladies Transmissibles Harare. 2014.