

**MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE**

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE
ET DES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE

DIVISION DE L'IMMUNISATION

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail- Liberté-Patrie



**RAPPORT DE L'EVALUATION DE LA CAMPAGNE
DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DANS
LES REGIONS PLATEAUX ET CENTRALE DU TOGO**

Dr ADJEODA Kodjovi, Consultant OMS - Togo

Juillet 2015

Remerciements

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements aux autorités et personnels suivants pour la facilitation apportée à la réalisation de l'enquête de couverture vaccinale de la campagne contre la rougeole en janvier 2015 dans les régions Plateaux et Centrale :

- A Monsieur le Ministre de la Santé du Togo,
- A Madame le Représentant de l'OMS au Togo, le Dr Imboua Lucile
- Aux équipes du PEV - Rougeole de l'IST/WA et du bureau régional AFRO de l'OMS,
- Au Dr Landoh et au Dr Kpinsaga, chargés respectivement du PEV et de la Surveillance des maladies évitables par la vaccination au bureau de l'OMS ainsi qu'à tout le personnel du bureau de l'OMS au Togo,
- Au Chef de la Division de l'Epidémiologie, le Dr Nassoury, et au personnel sous sa supervision/coordination,
- Aux Directeurs Régionaux de la Santé des régions Plateaux, Centrale et aux Directeurs de Santé des 16 districts concernés par la campagne rougeole de janvier 2015 ainsi qu'au personnel sous leur supervision/coordination,
- Aux autorités administratives, traditionnelles, religieuses et à toute la population du Togo,
- A tous les enquêteurs, superviseurs et agents de saisie qui ont participé à l'enquête.

Résumé exécutif

Contexte – Justification : Le Togo a organisé, du 26 janvier au 1^{er} février 2015, une campagne de vaccination des enfants de 9 mois à moins de 10 ans contre la rougeole dans 2 régions (Plateaux et Centrale) sur les 6 que compte le pays. Il s'agissait de la deuxième phase de la campagne, la première avait pris en compte les 4 régions les plus touchées par les épidémies de rougeole, en novembre 2013.

Des estimations précises de la couverture vaccinale post campagne de cette deuxième phase dans une approche globale contribuent à tirer des leçons pour une amélioration des pratiques pour les futures campagnes, l'identification des groupes de populations non vaccinés ainsi que les raisons de non vaccination.

Objectif : Évaluer le processus de mise en œuvre de la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole, y compris l'enquête de couverture vaccinale dans les 2 régions sanitaires (Plateaux et Centrale) concernées en 2015.

Méthodes : La population cible était constituée des enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans à partir du 26 janvier 2015, date de début de la campagne de vaccination, qui résidaient dans les régions des Plateaux et Centrale.

Le sondage en grappe à deux degrés stratifiés selon les régions qui permet d'estimer la couverture vaccinale à 8% près avec un intervalle de confiance de 95%, méthode classique de l'OMS pour les enquêtes de couverture vaccinale, a été utilisé. Les 2 régions enquêtées ont été subdivisées en 5 zones de sondage de 30 grappes chacune, avec une pondération permettant d'avoir une significativité régionale des résultats. Un consentement était demandé aux participants.

Un échantillonnage de convenance a été utilisé pour l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne qui a permis d'interviewer les responsables des structures de santé dans les régions, districts et formations sanitaires situés dans les zones de sondage.

Principaux résultats : Au total, 1500 ménages ont été enquêtés et 3068 enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans ont bénéficié de l'enquête, 3 enfants dont l'âge est supérieur à 10 ans ont été exclus de l'analyse.

L'enquête était bien acceptée par les ménages, il n'y a pas eu de refus de consentement. La presque totalité des enquêtés (99,8%) ont déclaré qu'ils habitaient dans les 2 régions ciblées au moment où se déroulait la campagne ; près de 88,0% des enquêtés habitaient en milieu rural.

Il existait une légère prédominance masculine (50,9%) ; la moyenne d'âge des enfants était de 5,3 ans (écart-type = 2,4 ; médiane = 5 ans) avec une prédominance dans la tranche d'âge des moins de 5 ans (52,2%).

La couverture vaccinale estimée pour l'ensemble des 2 régions ciblées par la campagne était de 98,7% [IC95% : 98,2% - 99,1%] si l'on prend en compte à la fois la carte et l'histoire. Toutes les 2 régions avaient obtenu une couverture vaccinale estimée supérieure à 98,0%.

La couverture estimée par carte seulement était de 65,2% [IC95% : 63,5% - 66,9%] pour les 2 régions confondues ; lors de l'enquête, les cartes étaient plus souvent montrées dans la région Centrale (80,0%) que dans la région des Plateaux (55,1%).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de la couverture vaccinale entre les 2 sexes ($p=0,27$) ; cependant, il y avait une différence significative liée à l'âge ($p < 0,0013$) seulement entre la tranche d'âge de 9 mois à 2 ans et la tranche d'âge de 5 ans à moins de 10 ans ; la tranche d'âge de 5 ans à moins de 10 ans a connu la plus forte couverture (99,3%).

Près de 91,0% des personnes interrogées ont affirmé être informées de la campagne avant son démarrage. Les ménages de la région Centrale ont été plus informés (92,9%) avant le début de la campagne que la région des Plateaux (89,5%).

La principale source d'information était les crieurs publics (66,6%), suivie par les agents de santé communautaire (24,0%), la radio (16,2%) et les enseignants/élèves (12,6%).

Les manifestations adverses post immunisation (MAPI) déclarées étaient mineures à type de fièvre, d'abcès et de gonflement au point d'injection. Ces MAPI ont été bien gérés par les ménages.

Les principaux problèmes énumérés lors de l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne étaient : le retard dans la mise à disposition des fonds (les fonds sont arrivés après la campagne), le retard dans le convoyage des intrants, le problème d'insuffisance de la chaîne de froid dans certaines formations sanitaires.

Conclusions : La campagne de vaccination de suivi des enfants de 9 mois à moins de 10 ans dans les régions Plateaux et Centrale menée en janvier 2015 s'est bien

déroulée. L'objectif principal de cette campagne a été atteint. Cependant, la couverture vaccinale par carte était faible.

Pour limiter la perte des cartes de vaccination, les équipes de vaccination devraient mettre plus d'ardeur à encourager les ménages à garder leur carte ; des financements devraient être recherchés pour disposer de carte de vaccination plus attrayante ou pour la mise en œuvre de méthodes innovantes de preuve de vaccination.

L'évaluation du processus de mise en œuvre de la campagne a aussi permis de trouver beaucoup de points forts pour cette campagne. Cependant, un certain nombre de d'insuffisances nécessitent une attention particulière notamment les retards observés dans la mise à disposition des ressources financières et des intrants, l'insuffisance du matériel de chaîne de froid dans certaines zones.

Mots clés : Enquête de couverture vaccinale, rougeole, campagne de vaccination, Togo, évaluation.

Sommaire

Remerciements	2
Résumé exécutif.....	3
1. Contexte et Justification	8
2. Objectifs de l'étude	10
2.1. Objectif général	10
2.2. Objectifs spécifiques.....	10
3. Méthodes.....	10
3.1. Cadre de l'étude	10
3.1.1. Cadre général du Togo	10
3.1.2. Cadre de l'enquête.....	12
3.2. Echantillonnage	14
3.2.1. Population cible.....	14
3.2.2. Technique d'échantillonnage de l'enquête de couverture	15
3.2.3. Technique d'échantillonnage pour l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne.....	16
3.3. Données recueillies et modalités de collecte	17
3.3.1. Pour l'enquête de couverture vaccinale	17
3.3.2. Pour l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne	18
3.4. Déroulement pratique de l'enquête.....	18
3.5. Analyse statistique.....	19
4. Résultats de l'enquête de couverture vaccinale	20
4.1. Description de la population enquêtée	20
4.2. Estimation de la couverture vaccinale	23
4.2.1 Estimation globale de la couverture vaccinale de la campagne rougeole ..	23
4.2.2 Estimation de la couverture vaccinale selon les tranches d'âge et selon le sexe	25
4.2.3. Lieu de vaccination.....	26
4.3. Raisons de non vaccination.....	26
4.4. Principales sources d'information	27
4.5. Connaissance générale sur la maladie.....	28
4.6. Cas de Manifestation Adverse Post-Immunisation (MAPI) déclarés et leur gestion	29
5. Résultats de l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne	29
5.1. Principaux points forts	31
5.2. Points à améliorer.....	33
5.3. Problèmes prioritaires signalés par les enquêtés	34
6. Discussion – Commentaires.....	35
6.1. Principaux résultats	35

6.2. Discussion méthodologique.....	36
6.3. Comparaison avec d'autres enquêtes similaires	38
7. Conclusion.....	39
8. Recommandations.....	40
8.1. Aux formations sanitaires	40
8.2. Aux districts sanitaires.....	40
8.3. Aux régions sanitaires	40
8.4. Au niveau central.....	40
8.5. Aux partenaires techniques et financiers.....	41
9. Références bibliographiques	42
ANNEXE 1 : Questionnaire de l'enquête	43
ANNEXE 2 : Questionnaire interview des responsables de district	47

Liste des Figures

Figure 1: Carte du Togo avec les régions concernées par la 1 ^{ère} et la 2 ^{ème} phase.....	14
Figure 2 : Estimation de la couverture vaccinale par région selon la présence de la carte ou pas.....	24
Figure 3 : Proportion de personnes informées avant la campagne par région	27
Figure 4 : Principales sources d'information sur la campagne de vaccination.....	28

Liste des Tableaux

Tableau I : Estimation de la taille de l'échantillon par région	16
Tableau II : Nombre de structures concernées par l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne contre la rougeole	17
Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés.....	21
Tableaux IV : Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 9 mois à moins de 10 ans.....	22
Tableau V : Estimation de la couverture vaccinale par région.....	24
Tableau VI : Description des districts avec les plus faibles couvertures selon la carte de vaccination seulement.....	24
Tableau VII : Estimation de la couverture vaccinale par tranche d'âge et selon le sexe.....	25
Tableau VIII : Estimation de la couverture vaccinale dans chaque tranche d'âge et selon le sexe de l'enquêté.....	25
Tableau IX : Comparaison des enfants vaccinés selon le lieu de vaccination	26
Tableau X : Principales raisons de non vaccination	26
Tableau XI : Répartition des réponses suivant la connaissance de la maladie cible de la vaccination.....	28
Tableau XII : Cas de MAPI déclarés après la vaccination	29
Tableau XIII : Structures concernées par l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne contre la rougeole	30
Tableau XIV : Profil des enquêtés sur le processus de mise en œuvre de la campagne	30

RAPPORT DE L'ÉVALUATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DANS LES RÉGIONS PLATEAUX ET CENTRALE DU TOGO

1. Contexte et Justification

Le Togo a organisé, du 26 janvier au 1^{er} février 2015, une campagne de vaccination des enfants de 9 mois à moins de 10 ans contre la rougeole dans 2 régions (Plateaux et Centrale) sur les 6 que compte le pays. Il s'agissait de la deuxième phase de la campagne, la première avait concerné les 4 régions (Lomé Commune, Maritime, Kara et Savanes) les plus touchées par les épidémies de rougeole, en novembre 2013.

Sur le plan épidémiologique, chaque année, parmi les maladies évitables par la vaccination, la rougeole entraîne encore le décès de plus de la moitié des enfants. Parmi les enfants survivants à la rougeole, jusqu'à 10% souffriront de handicaps comme la cécité, la surdité et des lésions cérébrales irréversibles [1].

Toutes les six régions de l'OMS se sont engagées à éliminer la rougeole et cinq régions ont fixé des dates cibles. La région OMS de l'Amérique a atteint l'objectif en 2002, la région du Pacifique Occidental qui a fixé l'élimination de la rougeole en 2012 est en bonne voie et les régions de l'Europe et de la Méditerranée Orientale ont accéléré leurs activités de lutte contre la rougeole afin d'éliminer la rougeole d'ici à 2015.

En 2011, les pays de la région africaine de l'OMS, ont fixé l'objectif d'éliminer la rougeole d'ici à 2020, et en 2010, la région de l'Asie du Sud-Est a adopté une résolution exhortant les pays à mobiliser des ressources pour soutenir l'élimination de la rougeole [2].

La mortalité rougeoleuse mondiale estimée a diminué de 74% passant de 535 300 décès en 2000 à 139 300 en 2010 [3]. En conséquence, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2010 une série d'objectifs provisoires de lutte contre la rougeole pour 2015. Ces objectifs comprennent l'amélioration de la couverture de la première dose de la rougeole à l'échelle nationale à 90% avec une couverture vaccinale de 80% dans chaque district, la réduction annuelle de l'incidence de la rougeole à < 5 cas par million, le maintien du niveau de réduction de la mortalité de la rougeole de plus de 95% comparé aux estimations de 2000 [4].

La nature hautement contagieuse du virus de la rougeole exige le maintien des niveaux très élevés de l'immunité de la population. Les activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées tous les deux, trois ou quatre ans en fonction de la qualité de la vaccination de routine jouent actuellement un rôle important dans la protection des enfants dans les pays incapables d'atteindre et maintenir une couverture élevée à travers la vaccination routine.

Au Togo, l'objectif de couverture pour la campagne de vaccination contre la rougeole a été fixé à au moins 95% et près de 833 000 enfants étaient attendus pour la campagne qui s'est déroulée du 26 janvier au 1^{er} février 2015.

Depuis l'année 2001, le Togo, à l'instar des autres pays de la région africaine, a adhéré à la stratégie régionale de lutte accélérée contre la rougeole avec un bilan satisfaisant de la mise en œuvre de cette stratégie jusqu'en 2008. En effet, le Togo a organisé avec succès quatre campagnes nationales de vaccinations en 2001, 2004, 2008 et 2010 qui ont permis de réduire considérablement la mortalité liée à la rougeole de plus de 94%.

Cependant, depuis janvier 2009, on assiste à une résurgence des flambées épidémiques de rougeole qui surviennent entre les mois de janvier et avril de chaque année. Les cas confirmés de rougeole sont pour la plupart recensés parmi les enfants de moins de 15 ans non vaccinés.

L'impact cumulé des campagnes et de la vaccination de routine, n'a pas permis d'atteindre le niveau attendu de réduction des cas et décès, par rapport à la cible de pré élimination de la rougeole fixée pour la région africaine.

Conformément au Plan Pluriannuel complet (PPAc) du PEV 2011-2015 et sur la base de la tendance épidémiologique de la rougeole, une campagne de suivi était prévue pour tout le Togo au mois de novembre 2013.

Cependant, l'insuffisance de moyens financiers et de vaccin anti-rougeoleux pour couvrir la cible dans tout le pays en une seule fois en fin 2013, a amené le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) à décider de réaliser la campagne en 2 phases : la 1^{ère} phase s'est déroulée du 25 novembre au 1^{er} décembre 2013 et a concerné les 4 régions les plus à risque d'épidémie de rougeole sur les 6 régions du Togo (Lomé Commune, Maritime, Kara et Savanes) ; la 2^{ème} phase s'est déroulée du 26 janvier au 1^{er} février 2015, et a concerné les 2 régions restantes (Plateaux et Centrale).

L'évaluation de la 1^{ère} phase de la campagne n'a pas été réalisée faute de financement. Pour la 2^{ème} phase, les autorités ont décidé de réaliser une évaluation externe. Les données de couverture administrative rapportées par les équipes de vaccination

montraient des couvertures vaccinales de plus de 95% dans les deux régions concernées.

Il s'avère important de confirmer ces performances dans les districts de ces deux régions à travers une enquête externe de couverture vaccinale. En effet, l'évaluation de la couverture vaccinale dans une approche globale, contribue à tirer des leçons pour une amélioration des pratiques pour les futures campagnes de vaccination.

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif général

Évaluer le processus de mise en œuvre de la campagne de vaccination de suivi contre la rougeole, y compris l'enquête de couverture vaccinale dans les 2 régions sanitaires (Plateaux et Centrale) concernées en 2015.

2.2. Objectifs spécifiques

- Estimer la proportion de la cible vaccinée contre la rougeole au cours de la campagne ;
- Déterminer les raisons de non vaccination des enfants ayant échappé à la vaccination au cours de cette campagne ;
- Analyser le processus de planification des activités de la campagne contre la rougeole à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Analyser le processus de mise en œuvre des activités planifiées notamment la mobilisation sociale, la Sécurité des injections, le développement et la Prise en charge des MAPI.

3. Méthodes

3.1. Cadre de l'étude

3.1.1. Cadre général du Togo

Pays situé sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 km² et est limité au nord par le Burkina Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par le Bénin et à l'ouest par le Ghana.

Selon les *Comptes Nationaux de la Santé* (CNS) pour l'année 2008, la dépense globale de santé au Togo atteint plus de 70 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant de 13.178 FCFA en 2008, et environ 6,9% du PIB.

La mobilisation des ressources du système de santé reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages (51% des dépenses en santé).

Sur le plan démographique, le Togo a une population de 6 809 000 habitants en 2014, selon une estimation faite sur la base du dernier recensement réalisé en 2010. La proportion des moins de 15 ans dans la population totale est estimée à 42%, celle des moins de 5 ans à 14,6 % et celle des moins de 1 an à 3,08%.

L'espérance de vie à la naissance est de 64 ans en 2014 (site <http://www.statistiques-mondiales.com/togo.htm>, consulté le 20/07/2015). Le taux de mortalité maternelle est de 300 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile est de 46,7‰ en 2014 (site <http://www.statistiques-mondiales.com/togo.htm>, consulté le 20/07/2015). Elle était de 78 pour 1000 (MICS 2010) et le taux de mortalité infanto-juvénile était de 146 pour mille (123 pour 1000 pour le MICS 2010). Le taux de natalité est estimé à 3,3%. L'indice de fécondité est de 5,4% en milieu rural et 3,3% en milieu urbain. L'accroissement naturel annuel est de l'ordre de 2,84 % avec une densité moyenne de 105 habitants au Km², inégalement répartie. Cette population est en majorité rurale (63%) en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2% par an).

Le Togo compte 6 régions sanitaires (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime et Lomé Commune) réparties en 40 districts. Le processus de décentralisation est en cours et le gouvernement a réaffirmé son engagement de le faire aboutir dans les meilleurs délais. Ce qui signifie que ni les régions ni la commune de Lomé n'ont encore d'autonomie administrative ou financière.

La situation des ressources humaines en Santé au Togo se caractérise par une pénurie pour certaines catégories de personnel de santé qualifié, et surtout une répartition géographique inéquitable. La densité de médecin pour 10 000 habitants est de 4 pour la région sanitaire Lomé Commune alors qu'elle n'est que de 0,3 à 0,5 pour le reste des régions du pays.

En outre, le Togo compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 dans la région de Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 35 hôpitaux de districts publics et 9 hôpitaux et 16 cliniques privés agréés. On recense également 730 Unité de Soins Périphérique (USP) dont 251 Centre Médico-Sociaux et Cabinets privés. Au total, selon le document des *Principaux Indicateurs de santé de 2009*, le Togo comptait 789 formations sanitaires conformes aux normes tous secteurs et toutes catégories confondus.

En ce qui concerne le Programme Elargi de Vaccination (PEV), selon les résultats de l'enquête de couverture vaccinale réalisée en fin 2012, le pays a connu une progression régulière des couvertures.

- Les couvertures vaccinales brutes (carte ou histoire) obtenues sont généralement satisfaisantes quels que soient les antigènes avec chez les enfants de 12-23 mois, 96,9% de BCG, 93,5% de Penta1, 84,1% de Penta3, 71,7% de VAR et 71,6% de VAA.
- La négligence des parents (96,6%) est l'une des plus grandes raisons de non vaccination. Par rapport au manque d'information, le fait que les parents ne savent pas que la vaccination est nécessaire (26,9%) et qu'il faut revenir au centre pour poursuivre la série (25,6%) constituent des raisons majeures. L'inaccessibilité financière (16,2%), géographique (13,7%) et la non disponibilité des parents (32,2%) sont des obstacles qui constituent aussi les raisons de non vaccination des enfants de 12 à 23 mois.

Le Plan Pluriannuel complet du PEV (PPAc), couvrant la période 2012-15, prévoit non seulement l'introduction des nouveaux vaccins (comme le vaccin MenAfriVac) et la mise en œuvre de mesures destinées à maîtriser et réduire les pertes de vaccins, mais aussi la mise en œuvre de stratégies qui visent l'amélioration des couvertures vaccinales. Le cycle national de planification pour la santé respecte la périodicité de 5 ans. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) actuel a été élaboré pour une période de 4 ans (2012 à 2015) pour l'aligner au Document Stratégique global pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP). De ce PNDS, on a élaboré des Plans stratégiques de programme (le PPAc dans notre cas) qui contiennent la tranche budgétaire opérationnelle pour le programme.

3.1.2. Cadre de l'enquête

L'évaluation s'est déroulée dans les 2 régions (Plateaux et Centrale) sur les 6 que compte le Togo. Il s'agissait de la deuxième phase de la campagne, la première avait concerné les 4 régions les plus touchées par les épidémies en novembre 2013.

Conformément au Plan Pluriannuel complet (PPAc) du PEV 2011-2015 et sur la base de la tendance épidémiologique de la rougeole, une campagne de suivi était prévue pour tout le Togo au mois de novembre 2013.

Cependant, étant donné l'insuffisance de moyens financiers et de vaccin anti-rougeoleux pour couvrir la cible dans tout le pays et en une seule fois en 2013, le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), qui est l'organe d'orientation du PEV,

avait décidé de réaliser la campagne en 2 phases : la 1^{ère} phase s'est déroulée du 25 novembre au 1^{er} décembre 2013 et a concerné les 4 régions les plus à risque d'épidémie de rougeole sur les 6 régions du Togo (Lomé Commune, Maritime, Kara et Savanes) ; la 2^{ème} phase s'est déroulée du 26 janvier au 1^{er} février 2015, et a concerné les 2 régions restantes (Plateaux et Centrale).

Cette évaluation s'est réalisée dans les 2 régions concernées par la 2^{ème} phase de la campagne.

La figure 1 montre la carte du Togo spécifiant les régions touchées par la 1^{ère} phase de la campagne (en couleur jaune) et la 2^{ème} phase (en couleur verte).

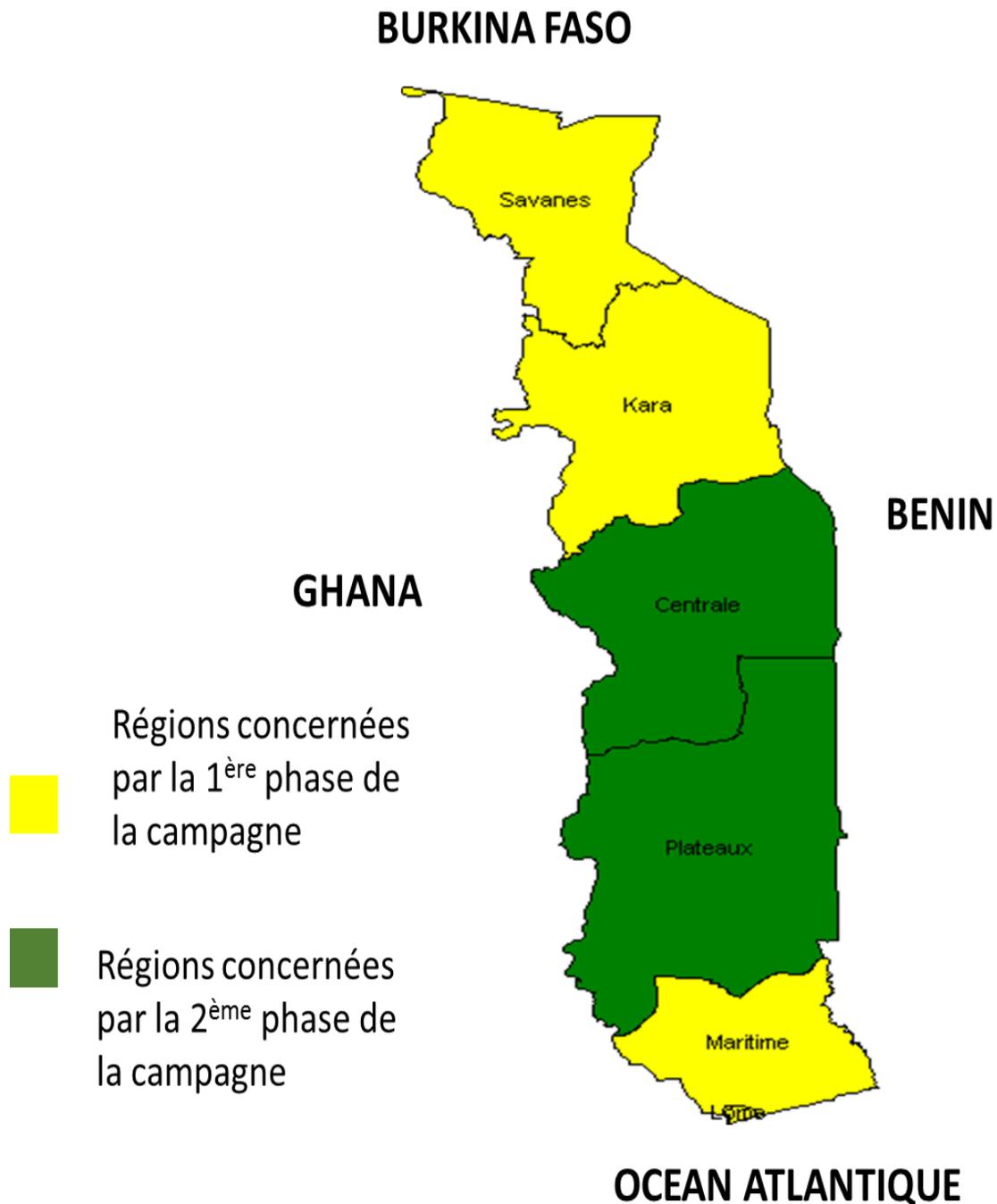


Figure 1: Carte du Togo avec les régions concernées par la 1^{ère} et la 2^{ème} phase

3.2. Echantillonnage

3.2.1. Population cible

- La population cible est constituée par les enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans à partir du 26 janvier 2015 lors de la campagne de vaccination contre la rougeole, qui résidaient dans les régions Plateaux et Centrale. L'étude prenait en

compte à la fois les ménages qui résidaient dans les zones enquêtées au moment de la campagne, ainsi que ceux qui étaient absents au moment de la campagne, afin d'obtenir des estimations de la couverture de la population cible de la campagne ainsi que des estimations de la couverture actuelle. La notion de résidence est déterminée par l'habitation de la personne dans la zone au moins 1 mois avant la campagne ou l'intention d'y rester pendant les 6 prochains mois au moins.

- La base de sondage est constituée par la liste exhaustive des villages et cantons avec leurs populations respectives établies par Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques du Togo (INSEED), à partir des données du 4^{ème} recensement général de la population et de l'habitat réalisé en novembre 2010.

3.2.2. Technique d'échantillonnage de l'enquête de couverture

La méthode d'échantillonnage adoptée pour cette enquête est la méthode classique de l'OMS, le sondage en grappe à deux degrés stratifiés selon les régions qui permet d'estimer la couverture vaccinale à 8% près avec un intervalle de confiance de 95%.

Le sondage a été réalisé en prenant en compte le découpage administratif du Togo pour faciliter l'analyse des données et la prise de décision au niveau régional. Les résultats de l'enquête auront une significativité régionale. A l'intérieur de chaque région, un tirage par grappe à deux degrés comme recommandé par l'OMS a été effectué.

Au premier degré : les unités primaires (UP) de sondage sont constituées des grappes (villages/quartiers) issus des données du 4^{ème} recensement général de la population et de l'habitat de novembre 2010.

La grappe est un espace géographique (village/quartier), sélectionné d'une manière aléatoire, renfermant une population qui contient les ménages à étudier.

Dans le cas de cette enquête, 30 grappes ont été tirées au hasard par zone de sondage constituée de deux à cinq districts sur la base de la liste des villages et cantons avec leurs populations respectives. En plus des 30 grappes, quatre (04) grappes de réserve par zone ont été tirées au hasard en respectant la même procédure, pour d'éventuels remplacements en cas de problèmes d'accessibilité de l'une des 30 grappes tirées.

Au total 5 zones de sondage de 30 grappes chacune, couvrant les 2 régions sanitaires ont fait l'objet de l'enquête. Ces 5 zones ont été définies en tenant compte du poids démographique et de la proximité de chaque district au sein de la région. Ainsi, 3 zones de sondage de 30 grappes chacune ont été tiré dans la région des Plateaux soit 90

grappes et 2 zones de sondage ont été tirées dans la région Centrale (Tableau I). Cette méthode de subdivision des régions a été déjà utilisée sans difficultés dans l'enquête de couverture vaccinale réalisée dans tout le pays en 2012, et dans l'enquête de couverture de la campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A avec le vaccin MenAfriVac en mars 2015 ; cette méthode a permis d'obtenir des estimations de couverture vaccinale au niveau régional.

Au deuxième degré : l'unité secondaire (US) de sondage était le ménage vivant dans ces villages/quartiers. Dans chaque ménage tous les parents d'enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans ont été enquêtés. La méthodologie du choix du 1^{er} ménage, détaillée dans le guide de l'enquêteur, permet de réduire au maximum la subjectivité de la procédure. Une fois que le 1^{er} ménage de la grappe est choisi, les autres ménages ont été choisis de proche en proche.

Tableau I : Estimation de la taille de l'échantillon par région

Régions	n individu attendus	n Ménage	Nombre de Villages/quartiers	Nombre d'équipes	Nombre d'enquêteurs	Nombre de superviseurs
Plateaux	1800	900	90	12	24	2
Centrale	1200	600	60	4	8	1
TOTAL	3000	1500	150	16	32	3

3.2.3. Technique d'échantillonnage pour l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne

En plus de l'enquête de couverture vaccinale dont la méthodologie a été décrite plus haut, une enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne a été réalisée.

Il s'agissait d'examiner les conditions programmatiques dans lesquelles la campagne s'est déroulée, de la planification à la mise en œuvre de la campagne. Cette enquête a été effectuée parallèlement à l'enquête de couverture.

Un échantillonnage de convenance a été réalisé. Cet échantillonnage a pris en compte les centres de santé se trouvant dans les zones où l'enquête de couverture a eu lieu. En faisant l'hypothèse que les mêmes pratiques sont observées dans les centres de santé situés sur le même axe de distribution des intrants et de supervision, nous avons pris en compte un seul centre de santé par axe.

Les 4 directions préfectorales de santé de la région Centrale, 8 directions préfectorales sur les 12 que compte la région des Plateaux et les 2 directions régionales de santé (Plateaux et Centrale) ont été enquêtées.

Deux équipes d'enquêteurs qui sont des agents de santé à la retraite appuyées par les superviseurs ont réalisé les interviews.

Tableau II : Nombre de structures concernées par l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne contre la rougeole

Régions	PLATEAUX	CENTRALE
Nombre de districts enquêté	8	4
Nombre Formations sanitaires enquêté	11	7

3.3. Données recueillies et modalités de collecte

3.3.1. Pour l'enquête de couverture vaccinale

Le questionnaire était constitué de 3 parties : une partie administrative pour l'identification géographique des ménages et des agents enquêteurs ; la 2^{ème} partie est destinée au chef de ménage et la 3^{ème} partie est destinée aux parents des enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans (Annexe 1).

- ❖ La partie administrative a permis d'identifier le nom et le numéro de la région et du district, le numéro de grappe, le numéro du ménage dans l'ordre des ménages enquêtés dans chaque grappe, ainsi que le lieu d'habitation (Urbain ou Rural). Dans le cadre de cette enquête, tous les chefs-lieux de préfecture et leurs banlieues sont considérés comme milieu urbain.
- ❖ La partie à l'endroit du chef de ménage a permis de recueillir les caractéristiques suivantes : niveau d'instruction, profession, consentement à l'enquête, nombre total de personnes dans le ménage, nombre total d'enfant de 9 mois à moins de 10 ans habitant le ménage, l'information reçue sur la campagne avant son début, les différents canaux d'information.
- ❖ La partie à l'endroit des parents d'enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans a permis de recueillir les informations suivantes : date de naissance et/ou l'âge

révolu, le sexe de l'enquêté, la connaissance de la maladie cible de la campagne, l'information reçue sur la campagne avant son début et les différents canaux de communication, le statut vacciné ou non avec carte ou sans carte, les raisons de non vaccination, le lieu de vaccination, la notion de résidence dans les 2 régions ciblées par la campagne, la notion de Manifestation Adverse Post Immunisation (MAPI) après l'administration du vaccin, son type et la gestion de ces MAPI par les ménages.

3.3.2. Pour l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour cette partie pour l'interview des responsables des formations sanitaires, des districts et des régions. Chaque questionnaire était constitué de 6 parties : une partie administrative pour l'identification de la formation sanitaire et des agents enquêteurs ; les autres parties abordaient respectivement les questions sur la coordination et la prestation des services, les questions logistiques, les questions sur la communication, les questions sur la formation des agents avant la campagne, sur la supervision et le suivi-évaluation et enfin les questions sur le financement local de certaines activités de la campagne.

3.4. Déroulement pratique de l'enquête

L'enquête sur le terrain s'est déroulée du 29 juin au 04 juillet 2015, soit environ 5 mois après la fin de la campagne, et la saisie des données a été réalisée du 06 juillet au 11 juillet 2015.

Une formation préalable des enquêteurs et des superviseurs a été réalisé pour harmoniser la pratique du recueil de données afin d'augmenter la qualité des données recueillis. Cette formation a permis de placer le cadre de cette enquête, les objectifs, la méthodologie et les résultats attendus.

Chaque équipe a enquêté au moins 2 grappes par jour pendant 5 jours ; 36 enquêteurs et 3 superviseurs ont été déployés sur le terrain pour réaliser l'enquête.

Dans le cadre de cette enquête, un comité de pilotage a été mis en place avec pour attributions l'examen et l'adoption des objectifs, de donner des orientations à l'étude pour s'assurer de la prise en compte des besoins du Ministère et des partenaires, des producteurs et des utilisateurs de l'information sanitaire. Il est chargé de la validation du document final. Le comité de pilotage est constitué de responsables du Secrétariat Général de la Santé, de la Direction Général de la Santé (DGS), de la Division de

l'Epidémiologie (DEPI), des partenaires techniques et financiers et de toute autre structure à même d'apporter sa contribution dans le cadre de l'étude.

3.5. Analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel Epi Info™ 7.

Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant la moyenne, la médiane et l'écart-type ; les variables qualitatives ont été décrites en utilisant le pourcentage et les intervalles de confiance à 95%. Les estimations de couverture vaccinale et les intervalles de confiance ont été précisés. Des analyses bi variées de comparaison de certaines variables ont été réalisées et les résultats étaient considérés comme significatifs si la p-value est inférieure à 0,05.

4. Résultats de l'enquête de couverture vaccinale

4.1. Description de la population enquêtée

Au total 1500 ménages ont été enquêtés dans lesquels 3068 enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans ont bénéficié de l'enquête de couverture vaccinale, 3 enfants dont l'âge est supérieur à 10 ans ont été exclus de l'analyse. L'enquête était bien acceptée par les ménages, il n'y a pas eu de refus de consentement.

La presque totalité des enquêtés (99,8%) ont déclaré qu'ils habitaient dans les 2 régions ciblées au moment où se déroulait la campagne ; près de 88,0% des enquêtés habitaient en milieu rural (Tableau III).

Les tableaux III et IV résument les caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées dans les quatre régions du Togo.

Il existait une légère prédominance masculine (50,9%) ; la moyenne d'âge des enfants était de 5,3 ans (écart-type = 2,4 ; médiane = 5 ans) avec une prédominance dans la tranche d'âge des moins de 5 ans, soit 52,2% (Tableau IV).

La taille moyenne des personnes habitant le ménage était de 5,4 personnes ; cependant pour les enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans ciblées par la campagne, la taille moyenne était de 2 enfants par ménage.

La majorité des chefs de ménage avaient soit un niveau primaire (43,4%), soit n'avaient aucun niveau d'instruction (33,2%).

Les professions dominantes des chefs de ménages enquêtés étaient l'agriculture (38,3%), le commerce (20,5%) et le fait d'être ménagère (20,7%).

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés

Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés	Effectif	%, moyenne
Nombre de ménages enquêtés par région	1500	
Plateaux	900	60,0%
Centrale	600	40,0%
Niveau d'instruction du Chef de ménage (Total)	1497	
Aucun	497	33,2%
Primaire	650	43,4%
Secondaire	330	22,1%
Université	48	0,7%
Alphabétisé	29	0,6%
Profession du Chef de ménage	1497	
Agriculteur	574	38,3%
Commerçant	322	21,5%
Ménagère	310	20,7%
Artisan	174	11,6%
Salarié	67	4,5%
Etudiant	4	0,3%
Sans emploi	15	1,0%
Autre	31	2,1%
Milieu de résidence	1500	
Rural	1314	87,6%
Urbain	186	12,4%

Tableaux IV : Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 9 mois à moins de 10 ans

Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 9 mois à moins de 10 ans	Effectif	%/moyenne
Nombre de sujet enquêtés par région (Total)	3068	
Plateaux	1826	59,5%
Centrale	1242	40,5%
Sexe		
Masculin	1560	50,8%
Féminin	1508	49,2%
Moyenne d'âge en années des enfants (moyenne) et [écart-type, médiane]	5,3	[2,4; 5]
Age en années (effectif)	3068	
Entre 9 mois – 2 ans	405	13,2%
Entre 2 - 5 ans	1195	39,0%
Entre 5 - 10 ans	1468	47,8%
Moyenne de personnes dans les ménages (moyenne) et [extrêmes, médiane]	5,4	[2 - 19; 5]
Moyenne de personnes entre 9 mois à moins de 10 ans (moyenne) et [extrêmes, médiane]	2,0	[1 - 8; 2]
Habitation dans les 4 régions au moment de la campagne	3068	
Oui	3061	99,8%
Non	7	0,2%

4.2. Estimation de la couverture vaccinale

4.2.1 Estimation globale de la couverture vaccinale de la campagne rougeole

La couverture vaccinale estimée pour l'ensemble des 2 régions ciblées par la campagne était de 98,7% [IC95% : 98,2% - 99,1%] si l'on prend en compte à la fois la carte et l'histoire (figure 1). Toutes les 2 régions avaient obtenu une couverture vaccinale estimée supérieure à 98%.

La couverture estimée par carte seulement était de 65,2% [IC95% : 63,5% - 66,9%] pour les 2 régions confondues (Tableau V) ; lors de l'enquête, les cartes étaient plus souvent montrées dans la région Centrale (80,0%) que dans la région des Plateaux (55,1%).

Une analyse plus fine des districts qui ont été les plus en cause dans l'absence des cartes lors de l'enquête est montrée dans le tableau VI. Il ressort de ce tableau que les districts d'Akébou (32,4% par carte), d'Anié (31,9% par carte), d'Est-Mono (32,9%) étaient les districts avec les plus faibles couvertures par carte ; ces districts étaient suivis de près par les districts de Haho (48,6%), de Danyi (48,9%), d'Ogou (51,1%) et de Kpélé (52,9%). Dans la région Centrale, seul le district de Sotouboua a été le moins performant dans ce domaine (54,7%).

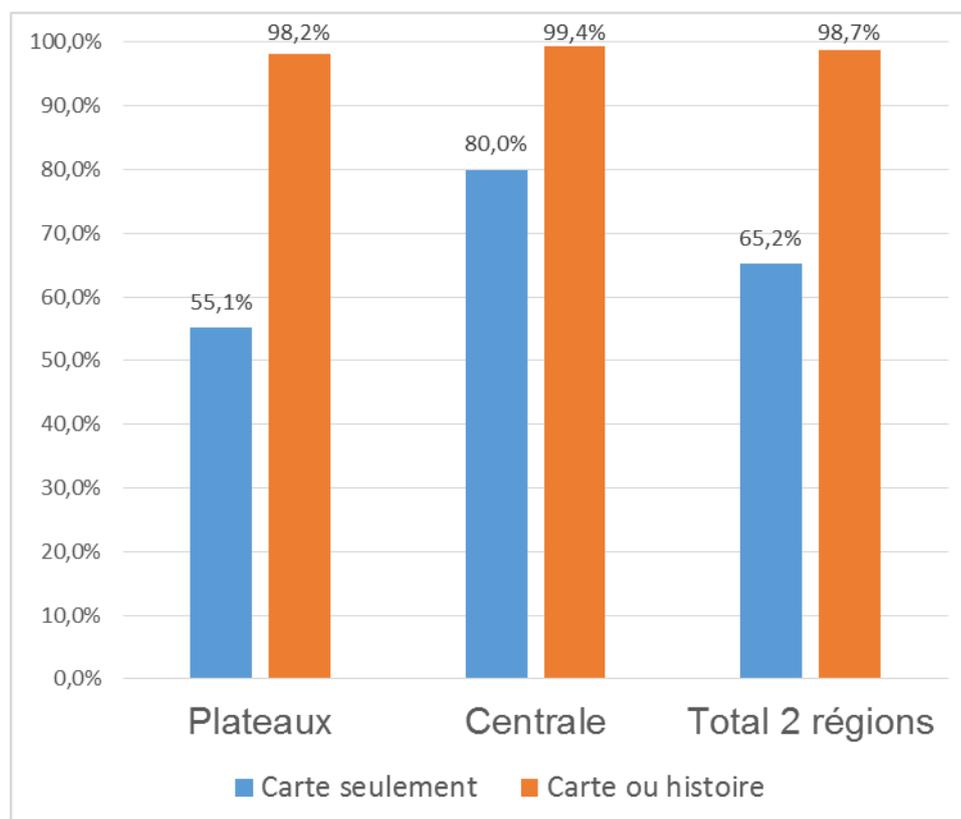


Figure 2 : Estimation de la couverture vaccinale par région selon la présence de la carte ou pas

Tableau V : Estimation de la couverture vaccinale par région

Régions	Vaccinés avec carte		Vaccinés sans carte		Ensemble Vaccinés		IC95% Inf.	IC95% Sup.
	n	%	n	%	n	%		
Plateaux	1006	55,1	788	43,1	1794	98,2	97,5	98,8
Centrale	994	80,0	240	19,3	1234	99,3	98,7	99,7
Total 2 régions du Togo	2000	65,2	1028	33,5	3028	98,7	98,2	99,1

Tableau VI : Description des districts avec les plus faibles couvertures selon la carte de vaccination seulement

REGIONS	DISTRICTS	Vaccinés avec carte		Vaccinés sans carte		Ensemble vaccinés	
		n	%	n	%	n	%
PLATEAUX	AGOU	81	66,9%	34	28,1%	115	95,0%
PLATEAUX	AKEBOU	23	32,4%	42	59,2%	65	91,5%
PLATEAUX	AMOU	136	73,5%	49	26,5%	185	100,0%
PLATEAUX	ANIE	45	31,9%	92	65,2%	137	97,2%
PLATEAUX	DANYI	23	48,9%	23	48,9%	46	97,9%
PLATEAUX	EST MONO	49	32,9%	99	66,4%	148	99,3%
PLATEAUX	HAHO	185	48,6%	194	50,9%	379	99,5%
PLATEAUX	KLOTO	108	69,2%	46	29,5%	154	98,7%
PLATEAUX	KPELE	54	52,9%	46	45,1%	100	98,0%
PLATEAUX	MOYEN MONO	72	75,0%	24	25,0%	96	100,0%
PLATEAUX	OGOOU	135	51,1%	122	46,2%	257	97,3%
PLATEAUX	WAWA	93	82,3%	18	15,9%	111	98,2%
CENTRALE	BLITTA	310	96,6%	10	3,1%	320	99,7%
CENTRALE	SOTOUBOUA	176	54,7%	141	43,8%	317	98,4%
CENTRALE	TCHAMBA	232	95,1%	12	4,9%	244	100,0%
CENTRALE	TCHAOUJJO	278	77,7%	76	21,2%	354	98,9%
Ensemble 2 Régions		2000	65,2%	1028	33,5%	3028	98,7%

4.2.2 Estimation de la couverture vaccinale selon les tranches d'âge et selon le sexe

Les couvertures vaccinales estimées selon les tranches d'âge et selon le sexe sont montrées dans le tableau VII.

La couverture vaccinale estimée était supérieure ou égale à 98,0% quel que soit le sexe ; il n'y avait pas de différence statistiquement significative de la couverture vaccinale entre les 2 sexes ($p=0,27$) ; cependant, il y avait une différence significative liée à l'âge ($p < 0,0013$) seulement entre la tranche d'âge de 9 mois à 2 ans et la tranche d'âge de 5 à moins de 10 ans, la tranche d'âge de 5 à moins de 10 ans a connu la plus forte couverture (99,3%).

Les couvertures vaccinales estimées entre les 2 sexes sont proches dans les différentes tranches d'âge (Tableau VIII).

Tableau VII : Estimation de la couverture vaccinale par tranche d'âge et selon le sexe

Couverture vaccinale	%	p-value
Couverture par classe d'âge (n=3068)		
[9 mois - 2 ans]	97,3%	-
] 2 – 5 ans]	98,4%	0,44
] 5 – 10 ans [99,3%	< 0,0013
Couverture vaccinale selon le sexe (n=3068)		0,27
Masculin	98,8%	
Féminin	98,5%	

Tableau VIII : Estimation de la couverture vaccinale dans chaque tranche d'âge et selon le sexe de l'enquêté

Tranche d'âge	Sexe	Couverture (%)	p-value
9 mois – 2 ans	Masculin	98,0%	0,29
	Féminin	96,6%	
2 – 5 ans	Masculin	98,9%	0,15
	Féminin	97,9%	
5 – 10 ans	Masculin	99,1%	0,19
	Féminin	99,6%	

4.2.3. Lieu de vaccination

Les enfants vaccinés l'ont été plus souvent dans des postes temporaires (74,5%) que dans les centres de santé (25,5%). Cependant, il n'y a pas de différence entre la proportion d'enfants vaccinés avec carte (74,2%) et sans carte (75,0%) selon le lieu de vaccination (Tableau IX).

Tableau IX : Comparaison des enfants vaccinés selon le lieu de vaccination

Statut Vaccinal	Centre de Santé		Poste temporaire	
	n	%	n	%
Vaccinés avec carte	511	25,8%	1473	74,2%
Vaccinés sans carte	254	25,0%	763	75,0%
TOTAL	765	25,5%	2236	74,5%

4.3. Raisons de non vaccination

Sur les 3068 enfants enquêtés, 34 n'étaient pas vaccinés et 6 ont un statut inconnu ; ce qui équivaut à 1,3% si on considère les statuts inconnus comme des enfants non vaccinés. Les principales raisons de non vaccination sont présentées dans le tableau X : la non information sur la tenue de la campagne (47,1%), l'absence au moment de la campagne (14,7%) sont les raisons les plus citées.

Tableau X : Principales raisons de non vaccination

Raisons de non vaccination	n	%
Non informé	16	47,1%
Absent	5	14,7%
Confondre avec d'autres vaccins	2	5,8%
Autres (peur injection, site vaccination inconnu, pas autorisé par le chef de ménage, malade au moment vaccination)	11	32,4%
Total	34	100,0%

4.4. Principales sources d'information

Près de 91,0% des personnes interrogées ont affirmé être informées de la campagne avant son démarrage. Les ménages de la région Centrale ont été plus informés (92,9%) avant le début de la campagne que la région des Plateaux (figure 3). La principale source d'information (figure 4) était les crieurs publics (66,6%), suivie par les agents de santé communautaire (24,0%), la radio (16,2%) et les enseignants/élèves (12,6%).

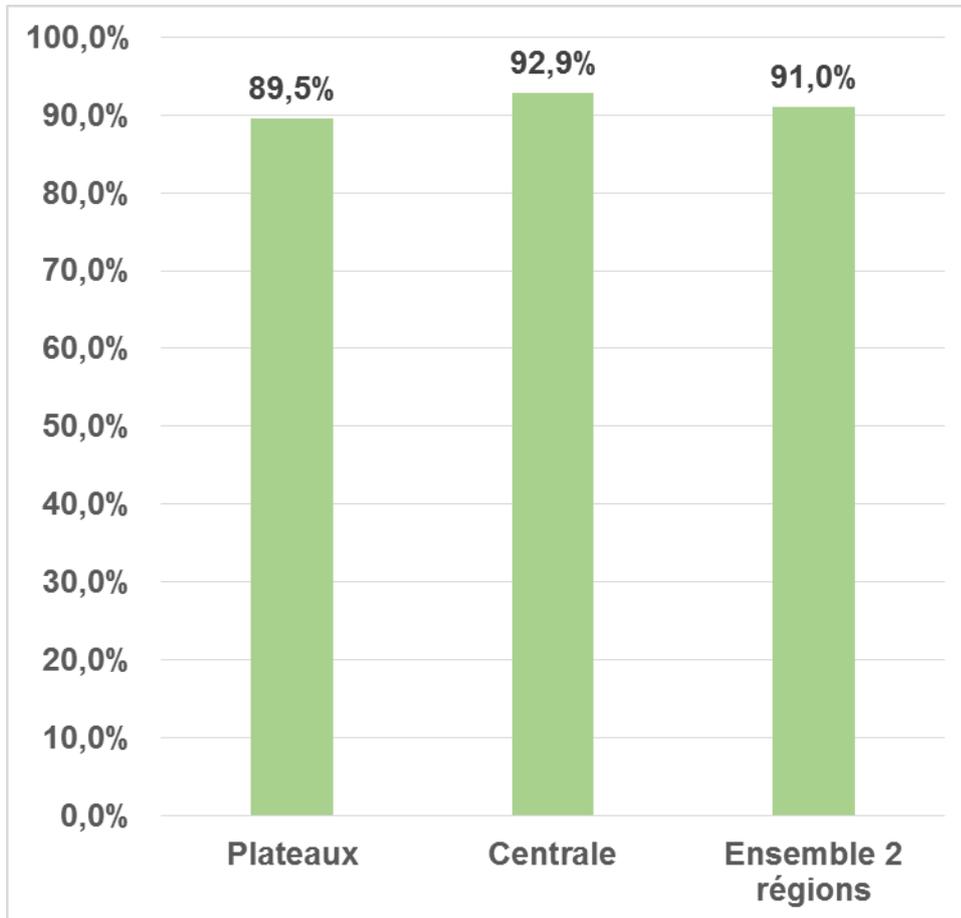


Figure 3 : Proportion de personnes informées avant la campagne par région

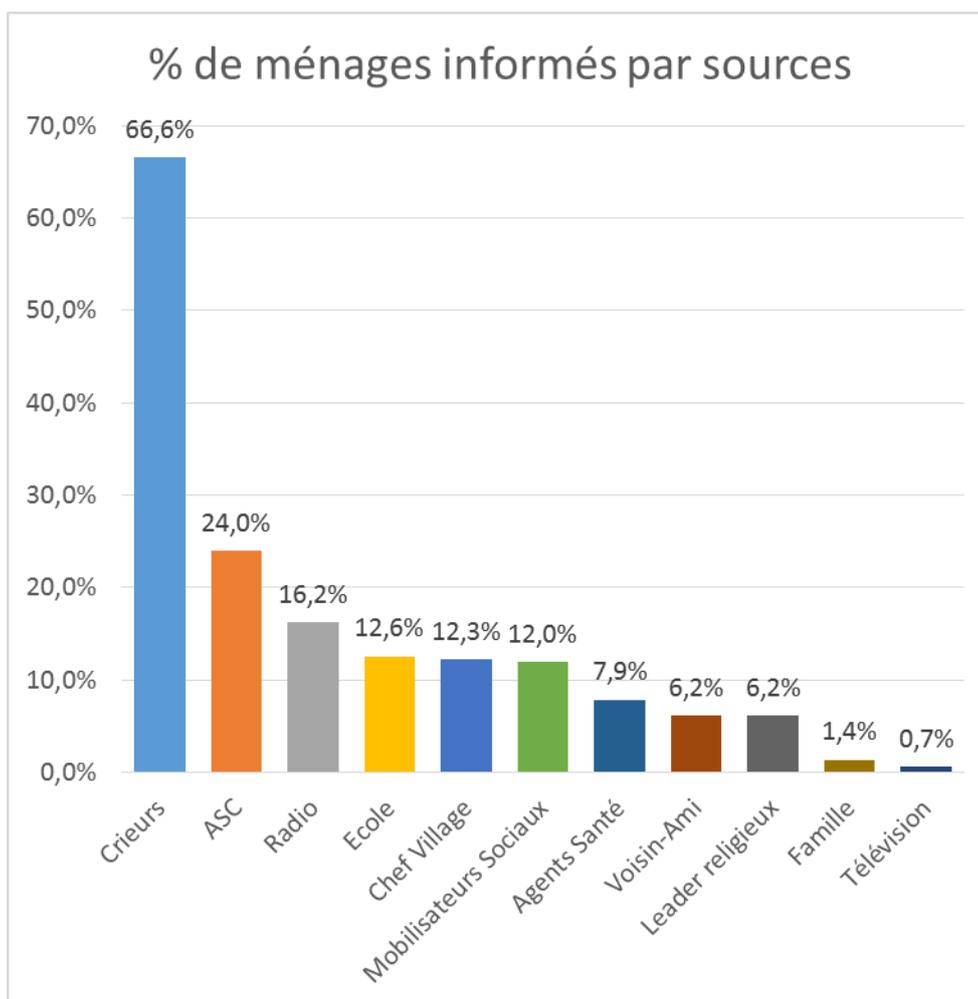


Figure 4 : Principales sources d'information sur la campagne de vaccination

4.5. Connaissance générale sur la maladie

Près de 68,0% des ménages interrogés connaissaient la maladie contre laquelle elles étaient vaccinées (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des réponses suivant la connaissance de la maladie cible de la vaccination

Maladie cible	Effectif	%
Rougeole	2038	67,6%
Autres maladies	213	7,1%
Ne sait pas	730	24,2%
Non applicable	34	1,1%
Total	3015	100,0%

4.6. Cas de Manifestation Adverse Post-Immunsation (MAPI) déclarés et leur gestion

Cent trente-neuf (139) enfants (4,5%) ont déclaré avoir eu une MAPI après l'administration du vaccin (Tableau XII). C'était des MAPI mineures à type de fièvre, d'abcès, de gonflement au point d'injection et de prurit. Ces MAPI ont amené les enquêtés à avoir recours surtout à l'automédication ou à ne rien faire ; les parents se sont rendus à l'hôpital pour 36 cas de MAPI dont fièvre (23 cas), prurit (9 cas), abcès/gonflement au point d'injection (2 cas) et céphalées (1 cas).

Tableau XII : Cas de MAPI déclarés après la vaccination

Manifestation Adverse Post Immunsation (MAPI)	Effectif	%
Oui	139	4,5%
Non	2863	93,3%
Ne sait pas	66	2,2%
Total	3068	100,0%
Principales MAPI	134	
Fièvre	64	47,8%
Gonflement/Abcès	35	26,1%
Prurit	21	15,7%
Rougeur	9	6,7%
Diarrhées	3	2,2%
Céphalées	2	1,5%

5. Résultats de l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne

L'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne a été bien acceptée par les équipes des formations sanitaires. Les responsables de ces formations sanitaires ont montré un vif intérêt pour l'enquête et étaient disposés à répondre aux questions posées.

Comme cela a été déjà énoncé dans la partie méthodologie, les responsables des 2 régions sanitaires, des 4 directions préfectorales de santé de la région Centrale, de 8

directions préfectorales de santé de la région des Plateaux et 18 formations sanitaires ont été enquêtés. Le tableau XIII montre les structures qui ont été enquêtées dans chaque région. Le tableau XIV montre le profil des personnes interrogées dans les centres de santé.

Tableau XIII : Structures concernées par l'enquête sur le processus de mise en œuvre de la campagne contre la rougeole

Régions	PLATEAUX	CENTRALE
Districts enquêtés	AGOU ANIE EST-MONO HAHO KLOTO KPELE MOYEN-MONO OGOU	BLITTA SOTOUBOUA TCHAMBA TCHAOUDJO
Formations sanitaires enquêtées	AKPARE AMOU-OBLO ASRAMA KAMINA KATI KOLOKOPE LAVIE NKENGBE NYAMASSILA TADO WAHALA	KAMBOLI KANIAMBOUA KOLINA KOUMONIADE KOUSSOUNTOU LANGABOU TCHEBEBE

Tableau XIV : Profil des enquêtés sur le processus de mise en œuvre de la campagne

Structure Caractéristiques	Régions (n=2)	Districts (n=12)	Formations Sanitaires (n=18)
Formation initiale	Médecin (DRS): 2/2	Médecin : 2/12 Assistant Médical : 5/12 Technicien Supérieur Génie Sanitaire : 5/12	Assistant médical : 5/18 Infirmier diplômé d'état (IDE) : 7/18 Technicien Supérieur : 1/18 Infirmier Auxiliaire : 5/18
Nombre d'années de service	15 et 23 ans	Extrêmes [4 – 22 ans] Moyenne : 12,4 ans	Extrêmes [1 – 33 ans] Moyenne : 13,6 ans
Nombre d'années sur le poste	3 et 7 ans	Extrêmes [1 – 13 ans] Moyenne : 4,2 ans	Extrêmes [1 – 17 ans] Moyenne : 3,2 ans

5.1. Principaux points forts

❖ **Coordination/Prestation de service**

- Toutes les régions et districts ont déclaré avoir mis en place un Comité de coordination pour la campagne ; 2 à 4 réunions de coordination ont eu lieu avant la campagne dont la 1^{ère} réunion s'est déroulée 7 jours avant la campagne, pour les 2 régions et 10 districts. Deux districts ont organisé leur 1^{ère} réunion de coordination 2 à 3 jours avant la campagne. Les réunions journalières de synthèse ont été organisées dans tous les districts et régions.
- Tous les districts ont déclaré avoir utilisé les stratégies fixes, avancées et mobiles pendant la campagne (12/12) ;
- Les réunions de synthèse journalière ont été organisées dans toutes les régions et districts pendant les 7 jours de la campagne ;
- Tous les districts et formations sanitaires ont poursuivi les activités de routine pendant la campagne (30/30) ; cependant, tous les responsables ont souligné la charge de travail élevé et le manque de personnel pour palier à cette charge de travail pendant la campagne ;
- Tous les districts ont signalé avoir partagé de meilleures pratiques dans leurs aires sanitaires, il s'agissait de :
 - lancement local de la campagne dans les formations sanitaires,
 - création de sites de vaccination dans les écoles avec implication et bonne collaboration des enseignants,
 - création de sites de vaccination dans certains lieux publics (gares routières, lieux de baptême, lieux de funérailles etc.)
 - début de la campagne tôt le matin et retour tardivement pour toucher les populations en mouvement (champs, marchés...)
 - En cas de panne de CDF, mettre les vaccins dans formations sanitaires les plus proche

❖ **Logistique, sécurité des injections**

- Tous les districts ont déclaré disposer de matériels de CDF fonctionnels pendant la campagne soit un réfrigérateur ou une glacière ; de plus 17 formations sanitaires / 18 ont déclaré disposer de matériels pour la conservation des vaccins ;

- Aucune formation sanitaire n'a connu de rupture d'intrants pendant la campagne ; cependant un district a connu une rupture de seringue de dilution pendant 3 jours au cours de la campagne, mais cela n'a pas agi sur les formations sanitaires ;
- Tous les districts disposaient d'un incinérateur fonctionnel et il existait un plan d'incinération des déchets issus de la campagne pour les formations sanitaires qui ne disposaient pas d'incinérateur ;
- Aucun cas de Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) n'a été signalé dans les formations sanitaires ; cependant 2 districts ont signalé des cas de MAPI graves à type de convulsion et de décès mais les investigations ont montré que ces MAPI ne peuvent être imputables au vaccin ;

❖ **Communication et Mobilisation sociale**

- 11 districts sur 12 (92%) ont déclaré avoir un Comité IEC qui a organisé de 1 à 4 réunions avant le début de la campagne ;
- Les méthodes suivantes de mobilisation ont été utilisées : banderoles, réunions avec les leaders communautaires, gongonneurs, radio de proximité, note d'information à l'endroit des écoles, églises et mosquées, mégaphones, caravanes dans les grandes artères ;

❖ **Formation, Supervision, Suivi/évaluation**

- Tous les responsables impliqués dans la campagne ont reconnu avoir été formé/briefé avant le début de la campagne ;
- Les responsables de districts et formations sanitaires ont déclaré avoir été supervisé tous les jours par les niveaux central, région et district ainsi que les Partenaires (OMS et UNICEF) ;
- Toutes les formations sanitaires ont déclaré avoir transmis aux districts les résultats journaliers le soir même (18/18) de même que les résultats définitifs (10/18), les autres l'ont transmis le lendemain de la fin de la campagne (8/18). Les moyens de transmission des résultats étaient le téléphone (11/18), les autres moyens de transmission étaient le déplacement vers le centre ou la messagerie SMS.
- Les districts ont transmis les résultats journaliers aux régions le lendemain (8/12), le soir même (4/12). Tous les résultats définitifs ont été transmis le lendemain de la campagne. Les résultats ont été transmis plus souvent par téléphone (10/12), et aussi par email et/déplacement (2/12).

- Les régions ont transmis les résultats définitifs par mail 4 jours après la fin de la campagne
- Dans tous les cas une retro information a été reçue du niveau supérieur surtout lors des réunions de synthèse de la fin de la campagne et/ou par téléphone.

❖ **Financement**

- 6 districts sur 12 ont signalé l'implication d'un partenaire pour le financement local de la campagne (Lions Club, Croix Rouge, ATPDC). Les rubriques financées étaient essentiellement la mobilisation sociale (mobilisation de proximité, caravanes) et certains aspects de stratégie avancée. Les montants de ces financements locaux ne sont pas connus.
- Les Comités de Gestions (COGES) des structures de santé ont été également mis à contribution dans certaines zones pour l'achat de crédit de communication (8/30), achat de carburant pour compléter les frais de stratégie avancée, le lancement local de la campagne et l'organisation des réunions de synthèses.

5.2. **Points à améliorer**

❖ **Coordination/Prestation de service**

- Deux districts ont organisé leur 1^{ère} réunion de coordination 2 à 3 jours avant la campagne
- Charge de travail élevé et manque de personnel pour palier à cette charge de travail pendant la campagne
- Explication de la couverture administrative < 95% dans certaines aires sanitaires : surestimation de la population cible (4 districts/12) ; déplacement des populations (5 districts/12) ; obstacles naturels (1/12)

❖ **Logistique, sécurité des injections**

- Deux (2) districts ont signalé des cas de MAPI graves à type de convulsion et de décès mais les investigations ont montré que ces MAPI ne peuvent être imputables au vaccin ;

- Toutes les formations sanitaires (18/18) ont déclaré avoir reçu les intrants (vaccin, seringue etc.) seulement 1 à 3 jours avant le début de la campagne

❖ **Communication et Mobilisation sociale**

- Six (6) districts sur 12 (50%) et 2 formations sanitaires sur 18 ont signalé l'existence de populations qui refusaient la vaccination dans leurs zones ; ces cas de refus étaient dus aux raisons religieuses (4/30), à la tradition (4/30), aux effets secondaires (3/30) et aux rumeurs (1/30) ;
- Les cas de refus de vaccination ont été réglés par la visite et discussion avec les ménages (6 cas/12), le plaidoyer auprès des leaders communautaires (3 cas/12), l'implication des chefs religieux (3 cas/12) ; dans 2 cas il y a eu besoin de recours aux forces de sécurité (Gendarmerie).

❖ **Financement**

- Toutes les régions, districts et formations sanitaires (32/32) ont déclaré avoir reçu les fonds de la campagne après la campagne
- Utilisation des fonds COGES pour financer ou compléter le financement dans certaines zones sanitaires

5.3. Problèmes prioritaires signalés par les enquêtés

- ✓ Retards dans la mise à disposition des fonds de la campagne : toutes les structures sanitaires ont signalé que les fonds ont été reçus après la campagne ;
- ✓ Retards dans la mise à disposition des intrants de la campagne : la plupart des formations sanitaires ont reçu les intrants 1 à 3 jours avant le début de la campagne ;
- ✓ Insuffisance persistante du matériel de Chaîne de froid dans certaines zones sanitaires ;
- ✓ Insuffisance de ressources humaines en quantité (la charge de travail est augmentée pendant les campagnes) et en qualité (insuffisance de formation des nouveaux venus dans le système) ;
- ✓ Véhicules et motos non adaptées dans certaines zones (notamment montagne, marécage) pour une supervision de qualité
- ✓ Insuffisance de ressources financières, ce qui a amené l'utilisation des fonds COGES qui devraient être réservés aux activités de routine ;

- ✓ Pas de prise en compte de certaines zones difficiles d'accès (Ouest - Fazo) en termes de déplacement, de crédit de communication
- ✓ Pas de prise en compte dans le budget de crédit de communication pour la transmission des résultats et les échanges avec les superviseurs
- ✓ Faible collation des Agents de Santé Communautaire (ASC), les coûts augmentent mais les collations restent les mêmes.

6. Discussion – Commentaires

6.1. Principaux résultats

- L'évaluation de la campagne de vaccination contre la rougeole des enfants âgés de 9 mois à moins de 10 ans dans les régions Plateaux et Centrale au Togo en janvier 2015 a montré que la campagne a atteint ses objectifs. La couverture vaccinale, qui était de 98,7% pour l'ensemble des 2 régions, a dépassé la couverture cible de 95% prévue pour cette campagne. En outre, chacune des 2 régions a dépassé cet objectif.
- Toutes les tranches d'âge (9 mois à 2 ans ; 2 à 5 ans et de 5 à moins de 10 ans) ont obtenu une couverture vaccinale supérieure à 95% ; cependant, la tranche d'âge de 5 à moins de 10 ans a été mieux vaccinée (99,3%) que les autres tranches. Il est possible que cette tranche d'âge ait été très mobilisée par le biais des écoles, car il s'agit de l'âge de scolarisation allant des classes de maternelle à la classe de Cour Moyen 2^{ème} année (CM2). Les autres tranches d'âge ont été légèrement moins mobilisées peut-être à cause de la difficulté à trouver le maximum de personnes dans un secteur d'activité précis. Les enfants de moins de 5 ans sont soit à la maison avec leurs parents, soit en préscolaire ; leur mobilisation est donc principalement effectuée par le biais des parents.
- En ce qui concerne la répartition par sexe, les couvertures vaccinales étaient supérieures à 95% dans les 2 sexes et il n'y avait pas de différence de couverture entre le sexe masculin et le sexe féminin habitant dans les zones ciblées par la campagne.
- La couverture vaccinale par carte a été plus élevée dans la région Centrale (80,0%) que dans la région des Plateaux (55,1%). Les districts d'Akébou (32,4% par carte), d'Anié (31,9% par carte), d'Est-Mono (32,9%) étaient les districts avec les plus faibles couvertures par carte ; ces districts étaient suivis de près par les districts de

Haho (48,6%), de Danyi (48,9%), d'Ogou (51,1%) et de Kpélé (52,9%). Dans la région Centrale, seul le district de Sotouboua a été le moins performant dans ce domaine (54,7%). Le problème de la conservation des cartes de vaccination doit être posé avec acuité pour que les équipes de vaccination encouragent les ménages à la conservation de ces preuves de vaccination pour donner plus de force à cette vaccination.

- Cent trente-neuf (139) enfants (4,5%) ont déclaré avoir eu une MAPI après l'administration du vaccin. C'était des MAPI mineures qui sont habituellement observées à l'administration des vaccins injectables ; dans la majorité des cas ces MAPI ont été gérées avec succès par les ménages.

- **Explication des couvertures vaccinales élevées** : la couverture vaccinale élevée quelles que soient les caractéristiques des populations cibles permet d'espérer une réduction importante de la mortalité et de la morbidité dues à la rougeole.

Ces bons résultats peuvent s'expliquer par la forte campagne de communication, au moins 90% des ménages étaient informés avant le début de la campagne avec comme source principale d'information, les crieurs publics, les agents de santé communautaire et les radios de proximité.

L'efficacité et l'innocuité du vaccin peuvent également expliquer ces bons résultats. Les populations sont déjà habituées au vaccin contre la rougeole qui est donnée aux enfants à partir de 9 mois d'âge ; si le vaccin n'était pas efficace et générerait beaucoup d'effets secondaires graves, cela aurait probablement diminué l'engouement des populations.

6.2. Discussion méthodologique

- La méthodologie de l'OMS généralement utilisée pour les enquêtes de couverture peut prêter matière à critique. Il aurait été peut-être plus indiqué de faire l'échantillonnage à partir de la liste des zones de dénombrement identifiées au niveau national, d'aller délimiter ces zones, de recenser le nombre de ménage et de les tirer au hasard. Cependant, cette méthode est plus coûteuse. Etant donné les moyens financiers disponibles pour cette enquête, nous pensons que le fait d'avoir tiré toutes les grappes en utilisant une méthode aléatoire est un

avantage qui a permis de limiter la subjectivité en gardant une représentativité raisonnable de la population dans chaque région.

- Les enquêteurs, qui étaient en binôme, et les superviseurs de cette évaluation ont été formés. Cette formation a permis d'expliquer les objectifs de la campagne et de l'enquête de couverture, la méthodologie et les résultats attendus en vue d'harmoniser les connaissances, les définitions et les pratiques pour permettre un recueil de données de qualité. Cette formation et la supervision des équipes qui s'en est suivi a permis, nous le pensons, de limiter les biais dans le recueil des données sur le terrain. Les superviseurs qui étaient en contact permanent avec les équipes d'enquêteurs pour trouver des solutions rapides aux éventuels problèmes, devaient valider quotidiennement chaque questionnaire renseigné. Nous n'avons pas observé d'erreur systématique ou d'écarts dans le recueil des données par certaines équipes.
- Un biais possible de mémoire a pu intervenir dans cette enquête sur certaines questions. En effet, cette évaluation a été réalisée environ 5 mois après la fin de la campagne. Certaines variables comme les canaux d'information et l'existence des MAPI ont pu être sous-estimées ou surestimées par les enquêtés. De plus, il a pu y avoir une confusion dans la réponse des enquêtés sur la maladie cible de la campagne étant donné que plusieurs autres campagnes de masse ont été organisées dans la même période. En dehors de cette campagne contre la rougeole, il y a eu, en effet, 2 campagnes de vaccination nationale contre la poliomyélite et une campagne de vaccination contre la méningite à méningocoque A dans les 4 régions Plateaux, Centrale, Kara et Savanes au cours des mois de novembre 2014 à janvier 2015.
- La couverture vaccinale par carte seulement a été faible (65,2%) essentiellement lié à la faiblesse des couvertures par carte dans la région des Plateaux (55,1%). Cette faible couverture vaccinale par carte peut s'expliquer au moins en partie par les ruptures de carte de vaccination que certains districts ont connues au cours de la campagne, certains ménages enquêtés n'ont donc pas reçus de carte de vaccination. Cela peut s'expliquer aussi par le délai de 5 mois entre la fin de la campagne de vaccination (26 janvier au 1^{er} février 2015) et l'évaluation de cette campagne (29 juin au 05 juillet 2015). La carte de vaccination étant en

format papier A4 simple photocopié et non en format carton dur, les ménages ont pu égarer cette carte ou l'avoir rangé dans des endroits difficiles à retrouver. Au cours de l'enquête, les enquêteurs ont été encouragés à patienter dans les ménages le plus longtemps possible pour permettre aux ménages de chercher ces cartes. Si les cartes n'étaient pas retrouvées, les personnes enquêtées sont invitées à désigner le site de vaccination (bras droit) et le lieu de vaccination (centre de santé ou poste temporaire) afin de s'assurer que l'enfant est réellement vacciné.

Il est recommandé que pour les prochaines campagnes, une bonne estimation des besoins soit faite pour éviter les ruptures de carte en cours de campagne. De plus, les équipes de vaccination devrait mettre plus d'ardeur à exhorter vivement les ménages pour garder, bien ranger et conserver les cartes de vaccination car ce sont les seules preuves physiques de vaccination. Il faut aussi trouver plus de financement pour pouvoir faire des cartes plus attrayantes, ce qui peut encourager les ménages à bien les ranger. D'autres méthodes de preuves de vaccination devraient être développées et mise en œuvre comme celles basées sur les empreintes digitales ; lors de l'évaluation, la base de donnée des empreintes enregistrées lors de la campagne confirmera si la personne est vaccinée ou pas.

6.3. Comparaison avec d'autres enquêtes similaires

Les résultats de cette enquête de couverture sont proches de celle réalisée en Guinée en 2012 [5] où la couverture vaccinale estimée par carte était de 64,2% [IC95% 60,9% – 67,4%] alors que celle du Togo était de 65,2% [IC95% : 63,5 – 66,9%].

Cependant la couverture estimée par carte et histoire était plus élevée au Togo (98,7%) qu'en Guinée (90,5%).

7. Conclusion

Les bons résultats de cette enquête de couverture vaccinale montrent que la campagne de vaccination de suivi des enfants de 9 mois à moins de 10 ans dans les régions Plateaux et Centrale en janvier 2015 s'est bien déroulée. L'objectif principal de cette campagne a été atteint. Il est important de capitaliser l'expérience acquise de cette campagne pour améliorer la qualité des prochaines interventions de masse dans le pays.

Pour limiter la perte des cartes de vaccination, les équipes de vaccination devraient mettre plus d'ardeur à encourager les ménages à garder leur carte ; des financements devraient être recherchés pour disposer de carte de vaccination plus attrayante ou pour la mise en œuvre de méthodes innovantes de preuve de vaccination.

L'évaluation du processus de mise en œuvre de la campagne a aussi permis de trouver beaucoup de points forts pour cette campagne. Cependant, un certain nombre de d'insuffisances nécessitent une attention particulière notamment les retards observés dans la mise à disposition des ressources financières et des intrants, l'insuffisance du matériel de chaîne de froid dans certaines zones ainsi que la non prise en compte de certaines rubriques (crédit de communication) et de certaines zones dans la micro planification (zones Ouest Fazao, Wawa, Akébou) qui présentent des obstacles naturels.

8. Recommandations

8.1. Aux formations sanitaires

- ✓ Respecter les directives nationales pour la mise en œuvre des campagnes de vaccination en ce qui concerne la coordination, la logistique et la sécurité des injections, la formation en cascade des agents, la communication et la mobilisation sociale ;
- ✓ Insister auprès des ménages pour garder leurs cartes de vaccination et tous les documents de santé en leur possession.

8.2. Aux districts sanitaires

- ✓ Respecter les directives nationales pour la mise en œuvre des campagnes de vaccination en ce qui concerne la coordination, la logistique et la sécurité des injections, la formation en cascade des agents, la communication et la mobilisation sociale ;
- ✓ Insister auprès des ménages pour garder leurs cartes de vaccination et tous les documents de santé en leur possession ;
- ✓ Superviser la mise en œuvre des activités de la campagne et apporter les corrections nécessaires aux équipes de vaccination.

8.3. Aux régions sanitaires

- ✓ Appuyer les districts et formations sanitaires pour la mise en œuvre des directives nationales sur les campagnes de vaccination ;
- ✓ Transmettre l'information sur les dates de campagnes dès réception afin que les districts et formations sanitaires se préparent tôt à la campagne ;
- ✓ Superviser la mise en œuvre des activités de la campagne et apporter les corrections nécessaires aux équipes de vaccination.

8.4. Au niveau central

- ✓ Mettre à disposition les fonds de la campagne au moins 1 semaine avant le début de la campagne ;

- ✓ Mettre à dispositions les intrants (vaccins, seringues et autres intrants) dans les districts et formations sanitaires au moins 7 jours avant le début de la campagne ;
- ✓ Faire un plaidoyer renforcé et continue auprès des donateurs (Etat, Partenaires) pour :
 - Mettre à disposition les fonds à temps pour la mise en œuvre des campagnes
 - L'achat ou la réparation des matériels de chaîne de froid pour compenser les insuffisances constatées dans certaines zones sanitaires
 - Revoir à la hausse la collation des agents (Agents de santé, ASC) pour la mise en œuvre efficace des campagnes

8.5. Aux partenaires techniques et financiers

- ✓ Continuer d'apporter l'appui technique et financier nécessaires pour une mise en œuvre optimale des activités ;
- ✓ Aider à la mobilisation des ressources suffisantes et à temps pour pallier aux différentes insuffisances en ressources financières et matérielles ;
- ✓ Mettre à disposition les ressources humaines nécessaires pour améliorer la qualité des campagnes.

9. Références bibliographiques

1. **Simons E, Ferrari M, Fricks J, Wannemuehler K, et al.**
Assessment of the 2010 global measles mortality reduction goal: results from a model of surveillance data. *Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2173-8. PubMed | Google Scholar
2. **World Health Organization.** Global measles and rubella strategic plan 2012-2020. 201
http://www.who.int/immunization/newsroom/Measles_Rubella_StrategicPlan_2012_2020.pdf. Téléchargé le 20 juillet 2015.
3. **World Health Organization.** Measles vaccines, WHO Position Paper. *Weekly Epidemiological Record*. 2009; 84(35):349-360. PubMed | Google Scholar
4. **World Health Organization.** Global eradication of measles, report by the Secretariat: Sixty-third world health assembly. 25 March 2010. Geneva. World Health Organisation. Google Scholar
5. Jean Gerard Tatou Doumtsop, Emmanuel Roland Malano, Ibrahima Telly Diallo, Camara Sirimah
An evaluation of the 2012 measles mass vaccination campaign in Guinea,
Pan African Medical Journal. 2014; 17:4 doi:10.11604/pamj.2014.17.4.2475

ANNEXE 1 : Questionnaire de l'enquête

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION SOCIALE
DIVISION IMMUNISATION

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail-Liberté-Patrie

QUESTIONNAIRE - EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE LA CAMPAGNE ROUGEOLE (1/2)

N° Identifiant				N° Région / ___ ___ /		N° Grappe/ ___ ___ ___ /		N° Ménage/ ___ ___ ___ /	
Q1. Région _____ / ___ ___ /			Q2. N° Grappe : / ___ ___ ___ /			Q3 : N° Ménage / ___ ___ ___ /			
Q4. District : _____ / ___ ___ /			Q5. Village/Quartier _____ /			Q6. Milieu de résidence / ___ / (1=urbain, 2=rural)			

I. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS

I01. Code de l'équipe de collecte : / ___ ___ /		I02. Date de l'interview : / ___ ___ / ___ ___ /2015		I03. Code du superviseur : / ___ ___ /		I04. Code de l'agent de saisie : / ___ ___ /	
Signature du superviseur							

C. QUESTIONS AU CHEF DE MÉNAGE OU PERSONNE RESSOURCE

C01. Consentement de la participation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		C02. Nombre de personnes dans le ménage : Total : / ___ ___ / De 9 mois à < 10 ans : / ___ ___ /		C03. Niveau d'instruction du chef de ménage : Aucun <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/>	
---	--	---	--	--	--

C04. Profession du chef de ménage :

Étudiant Ménagère

Commerçant Salarié

Agriculteur Sans emploi

Artisan

Autre à préciser _____

C05. Le chef de ménage a-t-il été informé de la campagne ?

Oui Non

C06. Si oui, comment a-t-il été informé ?

1. Radio du village 6. Agent de Santé 10. Chef

2. Télévision 7. Ecole

8. Famille religieux 11. Leader

3. Crieurs 9. Voisin, ami

4. Mobilisateurs sociaux

5. Agents de santé communautaire

12. Autre à préciser _____

QUESTIONNAIRE - EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE LA CAMPAGNE ROUGEOLE

N° Identifiant N° Région /__ __ / N°
Grappe/ __ __ __ / N° Ménage/ __ __ __ /

R. Couverture du vaccin contre la Rougeole, âgé de 9 mois à moins de 10 ans (date de naissance entre 26/02/2005 et 26/04/2014)

Numéro individu (enfants de 9 mois à moins de 10 ans dans le foyer)	R1	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexe (1 = M ; 2 = F)	R2								
Âge	R3								
Date de naissance (JJ/MM/AA)									
Age révolu (ans)	R3'								
Habitez-vous au Togo, et dans les 2 régions couvertes par la campagne (Plateaux et Centrale) ? 1. Oui ; 2. Non ; 3. Ne sait pas	R4								

Si vous n'habitez pas dans les 2 régions, où habitez-vous au moment de la campagne? 1. Région Maritime ; 2. Région Lomé Commune ; 3. Région de la Kara ; 4. Région des Savanes ; 5. Bénin 6. Ghana ; 7. Burkina Faso ; 8. Autres pays CEDEAO ; 9. Autre pays Afrique ; 10. Autres	R5							
QUESTIONNAIRE - EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE LA CAMPAGNE ROUGEOLE/VITAMINE A/ALBENDAZOLE (2/2)								
N° Identifiant N° Région / ___ ___ / N° Grappe/ ___ ___ ___ / N° Ménage/ ___ ___ ___ /								
Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre la Rougeole pendant la campagne? 1. oui, avec carte ; 2. oui, sans carte ; 3. Non ; 9. Ne sait pas	R6							
S'il y a 1 ou des enfants cibles non vaccinés , donnez la / les raisons : 1) Non informé de la campagne; 2) Confondre avec d'autres vaccins/ Médicaments(se croit déjà vacciné) 3) Sujet ou sa mère/son tuteur était absent; 4) Peur des injections/Médicaments; 5) Manque de confiance en le vaccin/Médicaments ; 6) Peur des effets secondaires; 7) Site de vaccination n'était pas connu ; 8) Heures de vaccination ne convenaient pas; 9) Attente trop longue au site de vaccination; 10) Site de vaccination trop loin; 11) Pas de vaccin disponible au site de vaccination; 12) Vaccinateur absent au site 13) Pas autorisé par le chef du ménage ; 14) Croyances religieuses ; 15) Malade au moment de la vaccination; 16) Autre Préciser _____	R7							
Contre quelle maladie, votre enfant a-t-il été vacciné ? 1 = Rougeole ; 2 = Autre réponse ; 3 = Ne sais pas ; 4 = NA	R1 0							
Etiez-vous informé de la tenue de la présente campagne de vaccination ? Oui = 1 ; Non = 2	R1 3							
Par quels canaux avez-vous obtenu l'information sur la campagne ? Plusieurs réponses possibles par répondant 1. Radio ; 2. Télévision ; 3. Crieurs; 4. Mobilisateurs sociaux ; 5. Agents de santé communautaire ; 6. Agents de Santé; 7. École; 8. Famille ; 9. Voisin, ami ; 10. Chef du village ; 11. Leader religieux ; 12. Autres Précisez _____	R1 4							
Où est ce que vos enfants ont été vaccinés ? Au Centre de santé = 1 ; A un poste temporaire = 2 ; Ne sait pas =3	R1 5							

<p>Après la vaccination/supplémentation, votre enfant a-t-il eu une maladie (MAPI*) que vous pensez être due aux interventions de la campagne ? (MAPI = Manifestation Adverse Post Immunisation) Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas= 3</p>	R1 6								
<p>Si une MAPI a été signalée, la(les)quelle(s) ? 1. Fièvre ; 2. Abscess au point d'injection ; 3. Rougeur au point d'injection ; 4. Gonflement au point d'injection ; 5. Syncope ; 6. Choc anaphylactique ; 7. Prurit ; 8. Paralysie ; 9. Diarrhées ; 10. Céphalées ; 11. Nausées/Vomissements ; 12. Autres</p>	R1 7								
<p>Qu'avez-vous fait (si une MAPI a été signalée) ? 1= Je l'ai amené à l'hôpital ; 2 = Automédication ; 3 = Je n'ai rien fait ; 4= Non Applicable</p>	R1 8								

ANNEXE 2 : Questionnaire interview des responsables de district

NB : Les questionnaires d'interview des centres de santé et des régions sont proches et adaptés du questionnaire du district

EVALUATION DE LA CAMPAGNE ROUGEOLE 2015
QUESTIONNAIRE DU DISTRICT (DPS)
(Médecin chef du district, Point focal PEV et Point focal SIMR ou leur Remplaçant)

Instructions:

Avant d'administrer ce questionnaire, expliquer à la personne enquêtée que l'interview fait partie d'un exercice entrepris dans le pays avec comme objectif d'améliorer des campagnes de vaccination. Il doit être conscient que ce n'est pas une révision de sa performance mais plutôt une opportunité à déclarer honnêtement les forces et les faiblesses de la campagne qui s'était déroulée.

Utiliser le questionnaire comme un guide pour vous assurer que toutes les composantes de la vaccination sont couvertes. Vous pouvez poser des questions supplémentaires en cas de besoin.

Un espace à la fin de chaque section est fourni pour que vous ajoutiez des notes et des questions supplémentaires.

NB : Ne pas lire les propositions de réponses mais cocher la ou les réponses données par le répondant sauf mention contraire

1. Identification

1.1 Région Sanitaire:	
1.2 District Sanitaire:	

Date de l'enquête : /__/__/ __/__/ __/__/__/

Nom et signature de l'enquêteur : -----

2. Coordination/Prestations de services

(Questions adressées au Médecin-Chef de district ou son Remplaçant)

2.1 Qualification de l'enquêté :	
----------------------------------	--

2.2 Fonction de l'enquêté:	
2.3 Nombre d'années d'expérience	De service : /____/ Dans le poste : /____/
2.4 Existait-il pour ce district un comité de coordination de la campagne ?	Oui /___/ Non /___/ NSP/___/
2.5 Combien de réunion de coordination avez-vous organisé pour préparer la campagne ?	/___/ réunions
2.6 Combien de temps avant la campagne la 1 ^{ère} réunion a-t-elle eu lieu ?	/___/ jours
2.7 Combien de réunion de coordination journalière avez-vous organisé pendant la campagne ?	/___/ réunions
2.8 Quelles stratégies de vaccination avez – vous utilisé lors de la campagne de rougeole ?	Stratégie Fixe /___/ Stratégie Avancée /___/ Stratégie Mobile /___/ Autres /___/ préciser _____ NSP /___/
2.9 Combien de villages votre FS dessert-elle ?	/___/ villages
2.10 Durant la campagne, avez-vous poursuivi les séances de vaccination de routine?	Oui /___/ Non /___/
2.11 Si non donner les raisons (<i>plusieurs réponses possibles</i>)	Manque de personnel/___/ Surcharge de travail/___/ Manque d'information/___/ Autres/___/ Préciser _____
2.12 Si la stratégie mobile a été utilisée, quelles sont les zones que le district appuie par cette stratégie?	Formation sanitaire de faible couverture /___/ Formation sanitaire avec zone d'accès difficile /___/ Formation sanitaire avec taux d'abandon élevé /___/

	Formation sanitaire fermée /___/ Zone située au delà de 15 km de la FS /___/ Autre /___/ A préciser _____
2.13 Combien de CS votre district dessert-il en stratégie mobile ?	/___/ CS
2.14 Combien de CS de votre district sanitaire ont- ils une couverture vaccinale en VAR pendant la campagne < 95% ?	/___/CS
2.15 A votre avis pourquoi ces CS ont-ils un faible taux de couverture? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i>	Distances très longues /___/ Obstacle naturel /___/ Faible adhésion à la vaccination /___/ Fréquentes ruptures de stocks /___/ Pas de porte vaccin /___/ Us et coutumes /___/ Insuffisance du personnel /___/ Effets secondaires /___/ Rumeurs /___/ Absence de ressources financière/___/ Faible fréquence des stratégies avancées /___/ Pas d'intérêt du responsable pour la vaccination /___/ Conflit d'autorité /___/ NSP /___/ Autres/___/ Préciser _____

2.16 Quels sont les avantages de l'intégration des interventions au cours de la campagne de vaccination ?	<hr/> <hr/> <hr/>
2.17 Quels sont les difficultés de l'intégration des interventions au cours de la campagne de vaccination ?	<hr/> <hr/> <hr/>
2.18 Avez-vous identifié de meilleures pratiques de la vaccination dans les formations sanitaires pendant la campagne ?	Oui /___/ Non /___/
2.19 Si oui avez-vous partagé ces expériences avec d'autres formations sanitaires, décrire certaines de ces expériences.	Oui /___/ Non /___/ <hr/> <hr/> <hr/>
Commentaires de l'évaluateur :	

3. Logistique : Chaîne de froid, gestion des vaccins et sécurité des injections

(Questions adressées au Médecin-Chef de district ou son Remplaçant)

3.1 Qualification de l'enquêté :	
3.2 Fonction de l'enquêté:	
3.3 Nombre d'années d'expérience	De service : /____/ Dans le poste : /____/

3.4 Existait-t-il un matériel pour la conservation des vaccins pendant la campagne ?	Oui /___/ Non /___/
3.5 Si oui lequel ?	Réfrigérateurs Oui /___/ Non /___/ Glacière Oui /___/ Non /___/ Congélateur Oui /___/ Non /___/ Autres/___/ Préciser
3.6 Ce matériel était-il fonctionnel ? (Observer avant de cocher)	Réfrigérateur/congélateur1 Oui /___/ Non /___/ Réfrigérateur/congélateur 2 Oui /___/ Non /___/ Réfrigérateur/congélateur3 Oui /___/ Non /___/
3.7 S'il y a eu panne du matériel au cours de la campagne, comment avez – vous conservé les vaccins ? (Cocher l'option la plus utilisée)	Mettre dans un porte vaccin avec accumulateurs /___/ Mettre dans une glacière avec accumulateurs/___/ Mettre dans le réfrigérateur d'une FS voisine/___/ Envoyer au district /___/ Autres /___/
3.8 Existait –il un thermomètre interne dans le réfrigérateur lors de la campagne ?	Réfrigérateur1 : Oui /___/ Non /___/ NA /___/ Réfrigérateur2 : Oui /___/ Non /___/ NA /___/ Réfrigérateur3 : Oui /___/ Non /___/ NA /___/
3.9 Existait –il une feuille de	Réfrigérateur1 : Oui /___/ Non /___/

relevé de température pour le réfrigérateur à vaccin ?	NA /___/ Réfrigérateur2 : Oui /___/ Non /___/ NA /___/ Réfrigérateur3 : Oui /___/ Non /___/ NA /___/
3.10 Combien de temps avant la campagne avez-vous reçu les intrants de la campagne ?	/___/ jours
3.11 Avez-vous connu une rupture d'intrants lors de la campagne ?	Oui /___/ Non /___/ NSP /___/
3.12 Si Oui, le(s)quels	VAR /___/ Diluant VAR /___/ VITAMINE A /___/ ALBENDAZOLE /___/ Autres intrants /___/ Précisez _____ (Carte de vaccination, fiche de pointage, fiche de synthèse, SAB, SD, BS...)
3.13 Quelle était la durée de cette rupture ? (nombre d'heures)	VAR /___/ VITAMINE A /___/ ALBENDAZOLE /___/ Autres intrants /___/ Précisez _____
3.14 Existait-il aux alentours un incinérateur des aiguilles souillées ?	Oui /___/ Non /___/
3.15 Si des boîtes de sécurité ont été utilisées pour collecter les seringues souillées, de quelles façons les avez- vous détruites ?	En les incinérant /___/ en les enfouissant /___/ en les jetant dans les ordures /___/ en les brûlant /___/ autre façon : /___/ préciser _____
3.16 Avez-vous eu dans ce centre des cas de MAPI graves pendant la campagne ? (Abscesses,	Oui /___/ Non /___/ NSP/___/

Choc...)	
3.17 Si oui précisez ces cas de MAPI graves	Abscès /___/ Convulsion/___/ Choc anaphylactique /___/ Autres /___/ Préciser _____ _____ _____
3.18 Ces MAPI graves ont-elles fait l'objet d'investigation ? (Vérifier le document de rapport d'investigation avant de cocher)	Oui /___/ Non /___/ NSP /___/
Commentaires de l'évaluateur :	

4. Communication

(Questions adressées au Point Focal Communication)

4.1 Qualification de l'enquêté :	
4.2 Fonction de l'enquêté:	
4.3 Nombre d'années d'expérience	De service : /___ / Dans le poste : /___ /
4.4 Existait-il un comité d'IEC ?	Oui /___/ Non /___/ NSP /___/
4.5 Combien de réunion ce comité a-t-il tenu avant la campagne ?	/___/ réunions
4.6 Avez-vous utilisé des supports éducatifs sur la campagne ?	Boîtes à images /___/ Affiches /___/ Dépliant /___/ Matériel audio-visuel (CD, cassette) /___/ Autre /___/ Aucun /___/
4.7 Quelles méthodes de mobilisation sociale avez – vous utilisé durant la campagne ?	

4.8 Existe-t-il des populations qui refusent la vaccination dans votre aire sanitaire?	Oui /___/ Non /___/ NSP /___/
4.9 Si oui quelles sont les motifs souvent avancés ?	Religion /___/ Tradition /___/ Effets secondaires /___/ Rumeurs /___/ Autres /___/ Préciser _____
4.10 Quelles actions avez-vous entreprises pour les convaincre avant ou pendant la campagne ?	Visite des ménages /___/ Plaidoyer auprès des leaders communautaires /___/ Les chefs religieux /___/ Coercition /___/ Autres à préciser /___/ Aucune action /___/
Commentaires de l'évaluateur :	

5. Formation/ Supervision/Suivi évaluation
(Questions adressées aux Points Focaux SIMR et PEV)

5.1 Dans ce centre, quel est l'effectif des agents ? (<i>inscrire le nombre</i>)	/___/ agents
5.2 Parmi ces agents combien s'occupent de la vaccination ?	/___/ agents
5.3 Combien ont reçu une formation dans le cadre de la campagne VAR/Vitamine A /Albendazole ?	/___/ agents
5.4 Le responsable de la vaccination a-t-il reçu une formation pour cette campagne ?	Oui /___/ Non /___/
5.5 Combien de visites de supervision avez-vous reçues pendant la campagne	/___/ visites

?	
5.6 Qui a supervisé les agents engagés dans la campagne? (mettre le nombre de fois par niveau, pendant la durée de la campagne)	Niveau central /___/ EC Région /___/ EC District /___/ Autre /___/ Préciser _____ NSP /___/
5.7 Quand avez-vous transmis les résultats journaliers de la campagne ?	Le soir même /___/ Le lendemain /___/ Autre /___/ Précisez _____
5.8 Quand avez-vous transmis les résultats définitifs ?	Le soir même de la fin de la campagne /___/ Le lendemain de la fin de la campagne /___/ Autre /___/ Précisez _____
5.9 Par quels moyens avez-vous transmis les rapports ?	Par téléphone /___/ Par mail /___/ Par déplacements/transports /___/ Autre /___/ Précisez _____
5.10 Avez-vous reçu une rétro information du niveau hiérarchique sur les rapports que vous avez transmis?	Oui /___/ Non /___/ NSP /___/
5.11 Si oui quel canal avez- vous de rétro-information ?	Ecrit /___/ Téléphone /___/ Réunions mensuelles /___/ Autres /___/ Préciser _____

Commentaires de l'évaluateur**6. Appui et Financement**

(Questions adressées au Médecin-Chef de district ou son Remplaçant)

6.1 Quand avez-vous reçu le financement de la campagne ? <i>(Répondre en clair)</i>	_____
6.2 Y a-t-il un partenaire ou une ONG qui a appuyé directement ce centre pendant la campagne ?	Oui /___/ Non /___/ NSP/___/ Si Oui, le (s) quel(s) ? _____
6.3 Quelles sont les rubriques de la campagne financées par le COGES ?	Stratégie avancée /___/ Mobilisation sociale/___/ Recherche des perdus de vue/___/ Monitoring du PEV/___/
Commentaires de l'évaluateur :	

Commentaires généraux

(Questions adressées au Médecin-Chef de district ou son Remplaçant)

1-Décrire les défis les plus critiques qui ont été observés pendant la campagne	
---	--

2-Quelles sont vos suggestions pour relever ces défis ?	
3-Avez-vous un mot de fin?	