

# Lignes directrices pour la mise en œuvre d'une supervision formative

*Un guide point par point accompagné d'outils  
d'aide à la vaccination*



**path**  
Program for Appropriate Technology in Health



La publication du présent document a été possible grâce à l'appui de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Le Programme de Technologies Appropriées en matière de Santé (*Program for Appropriate Technology in Health - PATH*) est une organisation non gouvernementale internationale à but non lucratif dont la mission consiste à trouver et à appliquer des solutions aux problèmes majeurs de santé notamment ceux qui affectent les femmes et les enfants. PATH est reconnu par tous pour sa collaboration avec des partenaires locaux et internationaux et pour son succès en matière d'établissement et de maintien de partenariats dans le secteur public et le secteur privé. PATH partage des connaissances, des compétences et des technologies avec des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux dans les régions pauvres du monde entier. Pour PATH, les technologies et les interventions « appropriées » sont celles qui répondent aux principaux besoins de santé de manière abordable et acceptable au plan culturel.

Copyright © 2003, PATH. Tous les droits sont réservés. Les extraits du présent document peuvent être utilisés à des fins éducatives et non commerciales à condition que la source en soit précisée.

La photocopie ou l'adaptation de parties du présent manuel est autorisée pour des besoins locaux, sans la permission de PATH, à condition que les parties reproduites soient distribuées gratuitement ou au prix coûtant (sans profit) et que la paternité en soit attribuée à PATH. PATH souhaiterait recevoir un exemplaire de tout document où figurent des extraits du présent manuel. Les documents devraient être envoyés à PATH.

#### **Citation recommandée**

Programme pour la vaccination des enfants. *Lignes directrices pour la mise en œuvre d'une supervision formative : un guide point par point accompagné d'outils d'aide à la vaccination.* Seattle : PATH (2003).



## **Lignes directrices pour la supervision formative : Un guide point par point accompagné d'outils d'aide à la vaccination**

**octobre 2003**

Veillez contacter le Children's Vaccine Program à PATH pour les questions et les demandes d'exemplaires supplémentaires.

Children's Vaccine Program  
PATH  
1455 NW Leary Way  
Seattle, WA 98107  
USA

Tél. : 206-285-3500  
Fax : 206-285-6619  
E-mail : [info@ChildrensVaccine.org](mailto:info@ChildrensVaccine.org)  
Site Internet : [www.ChildrensVaccine.org](http://www.ChildrensVaccine.org)



## Table des matières

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>iv</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>v</b>
<b>Préface.....</b>	<b>vi</b>
<b>Lignes directrices pour la mise en œuvre de la supervision formative .....</b>	<b>1</b>
I. Introduction .....	1
II. Vers la supervision formative.....	1
III. Études de cas et outils disponibles.....	9
IV. Conclusion .....	10
<b>Étude de cas 1 : La supervision formative au niveau du district suite à la réforme du secteur de la santé en Tanzanie.....</b>	<b>2</b>
<b>Étude de cas 2 : COPE® et la supervision facilitatrice au Kenya et en Guinée.....</b>	<b>4</b>
Annexe A. Modèles de listes de contrôle	
Annexe B. Modèle de budget de supervision	
Annexe C. Rôles assignés à chaque niveau du système national de santé, en matière de supervision	
Annexe D. Propositions de plan de travail pour la prestation de services	
Annexe E. Modèle de fiche d'exercice d'observation	
Annexe F. Matrice de compétences pour l'aide au suivi et à la gestion, pour les provinces et les districts	
Annexe G. Modèle de graphique de suivi des taux d'abandon	
Annexe H. Principaux indicateurs du programme de vaccination du GAVI	
Annexe I. Rapport de synthèse de terrain sur la gestion sanitaire	
Annexe J. Sites Internet	
<b>Références bibliographiques</b>	



## Liste des abréviations

AB	Auto-bloquante
ACD	Atteindre Chaque District (Reaching Every District [RED])
AED	Academy for Educational Development
APQ	Assurance de la performance et de la qualité
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación de la Familia
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCIA	Comité de coordination Inter agences
COPE®	Client-Oriented, Provider-Efficient
DFID	Department for International Development
DTC	Diphthérie, tétanos et coqueluche
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
IEC	Information, éducation, communication
JICA	Japanese International Cooperation Agency
MAPI	Manifestations post-vaccinales indésirables
MAQ	Maximizing Quality in Health (Maximiser la qualité dans le domaine de la santé)
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAHO	Pan American Health Organization
PAQ	Projet d'assurance de la qualité
PATH	Program for Appropriate Technology in Health (Programme pour la technologie appropriée en matière de santé)
PCV	Pastille de contrôle du vaccin
PEV	Programme élargi de vaccination
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PVE	Programme pour la vaccination des enfants à PATH
SIS	Système d'information sanitaire
SMI	Santé maternelle et infantile
TMN	Tétanos maternel et néonatal
UNFPA	Fonds des nations unies en matière de population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des États unis pour le développement international
VPO	Vaccin polio oral



## Remerciements

Les présentes lignes directrices ont été élaborées par Anne McArthur du Programme pour la vaccination des enfants (PVE) au Programme pour les Technologies appropriées en matière de santé (Program for Appropriate Technology in Health - PATH) ; Linda Bruce, PATH et Molly Mort, PVE/PATH. Elles sont basées en partie sur des documents publiés par PATH, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Pan American Health Organization (PAHO), BASICS II, PRIME II, l'Initiative pour la maximisation de la qualité dans le domaine de la santé (Maximizing Quality in Health Initiative) de l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), le Projet d'assurance de la qualité (Quality Assurance Project) et EngenderHealth. Veuillez vous référer à la section « Références bibliographiques » pour des informations sur ces sources.

Relecture : Jhilmil Bahl, OMS/Département Vaccins et produits biologiques ; Stanley Foster, Emory's Rollins School of Public Health ; Evariste Mutarabuka, OMS-Bureau Régional pour l'Afrique (OMS/AFRO) ; Modibo Dicko, OMS/AFRO ; Erin Mielke, EngenderHealth ; Alasdair Wylie, Consultant en gestion des vaccinations ; James Cheyne, Willow Gerber, Scott Wittet et Heidi Lasher, PATH.

PATH et l'OMS souhaitent remercier les nombreuses autres personnes qui ont aimablement accepté de participer à des entretiens et qui nous fait part de leurs observations très utiles lors de la relecture de ces lignes directrices. Nos remerciements vont également à : Julian Bilous, OMS ; Thada Bornstein, University Research Corporation, LLC ; Vance Dietz, PAHO ; Rebecca Fields, Academy for Educational Development (AED) ; John Grundy, Australian International Health Institute ; John Lloyd, CVP/PATH ; Jules Millogo, BASICS ; Robert Steinglass, BASICS ; Barbara Stillwell, OMS ; Syed Mizan Siddiqi, BASICS et Kim Winnard, AED.



## Préface

Pour vacciner les personnes à risque de manière sécurisée et rentable, les agents de santé doivent être bien formés aux pratiques et à la gestion de la vaccination. La formation et le renforcement des capacités sont des éléments essentiels qui permettent d'améliorer l'accès à des services de vaccination durables et de très bonne qualité. Le renforcement de ces capacités passe par quatre principales étapes :

- Évaluer les besoins en formation.
- Assurer une formation antérieure aussi bien qu'une formation en cours d'emploi.
- Fournir une supervision formative, notamment par la formation continue.
- Suivre et évaluer les programmes de formation.

Les partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ont identifié la supervision formative comme étant une priorité et une insuffisance majeure de la formation en vaccination. La supervision formative est également l'un des cinq éléments clés de la stratégie « *Reaching Every District* »<sup>1</sup> (atteindre chaque district) qui vise à accélérer l'évolution vers l'objectif du GAVI, à savoir atteindre 80 % de taux de couverture de DTC3 dans 80 % des districts des pays en développement (OMS 2002). Les lignes directrices ci-après ont été élaborées pour répondre à ce besoin. Elles ont été conçues pour être adaptées au contexte local afin d'aider les responsables et les agents nationaux à comprendre et à intégrer les méthodologies relatives à la supervision formative dans la gestion régulière de la vaccination. Les lignes directrices visent les objectifs ci-après :

1. Définir la supervision formative et montrer comment elle peut améliorer le programme de vaccination.
2. Décrire les principales étapes à prendre en compte lors de l'introduction et de la mise en œuvre de la supervision formative.
3. Donner des exemples nationaux de supervision formative qui soulignent les différentes approches et les leçons apprises.
4. Identifier et diffuser les outils disponibles qui peuvent être utilisés pour la supervision formative.

Ces lignes directrices sont conçues pour être adaptées au contexte local. Elles contiennent des listes de contrôle et des outils qui peuvent servir de modèles pour les programmes de vaccination. La supervision formative étant une leçon « en évolution », nous encourageons les lecteurs à envoyer leurs observations, leurs questions et d'autres exemples d'outils et d'études de cas au site Web Immunization Training Partnership ([www.who.int/vaccines-diseases/epitraining](http://www.who.int/vaccines-diseases/epitraining)) afin de les partager avec d'autres personnes.

Nous espérons que ces lignes directrices vous seront utiles.

---

<sup>1</sup> Les cinq éléments clés de la stratégie « Reaching Every District » (Atteindre chaque district) sont : le rétablissement des vaccinations mobiles, la supervision formative, les liaisons entre la communauté et les services, le suivi en vue de la prise de mesures, et la planification et la gestion des ressources.



# Lignes directrices pour la mise en œuvre de la supervision formative

## I. Introduction

En réponse à des performances insuffisantes, de nombreuses institutions mettent en place des sessions de formation en cours de l'emploi. Le renforcement des capacités à long terme nécessite du temps et de la planification et devrait comprendre une évaluation des besoins, une formation sur le terrain basée sur les résultats de l'évaluation, la supervision et la formation continue. La supervision représente une excellente occasion d'assurer une formation complémentaire, d'améliorer les résultats et de résoudre d'autres problèmes systémiques qui contribuent à la faible couverture vaccinale. Bien qu'il existe de nombreux exemples et études de cas où la supervision formative a permis d'améliorer les résultats des agents de santé et la couverture vaccinale, les résultats à long terme et durables n'ont pas été bien documentés. Les lignes directrices ci-après traitent essentiellement de la supervision formative – un processus qui favorise la gestion durable et efficiente des programmes en encourageant une communication dans les deux sens, ainsi que la planification et le suivi des résultats.

La supervision continue constitue une mesure importante, souvent négligée, permettant de garantir la qualité des services de vaccination. Bien que la supervision puisse être un processus interactif, les visites de supervision traditionnelle mettent plutôt l'accent sur l'inspection et la découverte de fautes que sur la résolution de problèmes pour améliorer les résultats. Les agents de santé reçoivent souvent peu de conseils ou d'orientation quant à la façon d'améliorer leurs résultats. Ils sont souvent laissés sans encadrement, avec une définition d'objectifs insuffisante, voire inexistante, grâce à laquelle ils auraient pu évaluer leurs résultats jusqu'à la prochaine visite de supervision. La motivation est difficile à maintenir dans un tel climat.

Les superviseurs n'ont pas souvent les compétences techniques, managériales et de supervision nécessaires pour évaluer efficacement les formations sanitaires dans les nombreux secteurs dont ils sont responsables. Outre l'évaluation des prestations, les superviseurs sont également censés effectuer un suivi des services, évaluer la gestion et veiller à la bonne marche des chaînes d'approvisionnement des formations sanitaires – tout cela en peu de temps. Par conséquent, ils ne sont pas en mesure de fournir les conseils techniques et le feedback adéquats pour améliorer la prestation de service.

La supervision formative nécessite du temps de la part du personnel, et occasionne des frais pour les per diem et le déplacement vers des endroits reculés. Le budget de santé ne prévoit souvent pas suffisamment de fonds ou d'agents pour la supervision formative, ce qui rend difficile le financement et la coordination des visites régulières. En outre, les superviseurs ont besoin d'un appui et d'une autorisation de la portion centrale ou du district pour effectuer la supervision ou apporter des changements pour améliorer les services au sein d'une formation sanitaire.

## II. Vers la supervision formative

La supervision formative est « un processus qui encourage la qualité à tous les niveaux du système de santé en renforçant les relations au sein dudit système, en mettant l'accent sur l'identification et la résolution des problèmes et en contribuant à l'optimisation de l'allocation





des ressources – promotion de critères élevés, travail en équipe et meilleure communication dans les deux sens » (Marquez et Kean 2002)

Une des pierres angulaires de la supervision formative consiste à travailler avec le personnel de santé pour fixer les objectifs, suivre les résultats, identifier et corriger les problèmes et améliorer de manière proactive la qualité des services. Ensemble le superviseur et les agents de santé identifient les insuffisances sur le champ et s'y attaquent, évitant de ce fait que de mauvaises pratiques deviennent des habitudes. Les visites de supervision représentent également une occasion pour encourager les bonnes pratiques et aider les agents de santé à maintenir un niveau de prestation satisfaisant (voir le tableau 1 pour une comparaison entre la supervision traditionnelle et la supervision formative).

**Tableau 1 : Comparaison entre les supervisions traditionnelle et formative** (Marquez et Kean, 2002)

Action	Supervision traditionnelle	Supervision formative
Qui supervise ?	Superviseurs externes désignés par l'organisation prestataire de service	Superviseurs externes désignés par l'organisation prestataire de service ; agents des autres formations sanitaires ; collègues des mêmes structures de santé (supervision interne), comités de santé communautaire, agents eux-mêmes à travers l'auto-évaluation.
Quand la supervision a-t-elle lieu ?	Pendant les visites périodiques des superviseurs externes.	En permanence : pendant le travail ordinaire, les réunions d'équipe et les visites des superviseurs externes.
Que se passe-t-il pendant la supervision ?	Inspection de la structure de santé ; examen des documents et des stocks ; le superviseur prend la plupart des décisions ; résolution réactive de problèmes par le superviseur ; peu de feedback ou peu de discussions sur les observations du superviseur.	Observation des activités et comparaison avec les normes ; fourniture d'un feedback correctif et de soutien sur les activités ; discussion avec les clients ; information ou directive technique ; formation sur place ; utilisation des données et de la participation des clients pour identifier les possibilités d'amélioration ; résolution conjointe des problèmes ; suivi des problèmes identifiés antérieurement.
Que se passe-t-il après la supervision ?	Suivi inexistant ou irrégulier	Mesures et décisions consignées par écrit ; suivi continu et amélioration des points faibles ; suivi des visites et problèmes antérieurs.

Le passage de systèmes de supervision traditionnelle et hiérarchique à des supervisions plus positives nécessite un esprit novateur, une adhésion au niveau national et suffisamment de temps



pour changer les comportements, les perceptions et les pratiques. Ce document est le fruit des recommandations formulées par différents partenaires qui reconnaissent l'importance de la supervision formative et qui la mettent en application dans leurs programmes. Les responsables de programme devraient adapter ces lignes directrices à leur situation locale et partager les résultats qu'ils obtiennent.

### **A. Comprendre le contexte du pays et mobiliser le soutien nécessaire au niveau national**

Avant de mettre en œuvre la supervision formative, il est important de comprendre les systèmes de supervision qui sont déjà en place, et notamment d'identifier les décideurs en matière de supervision et le mode de financement de la supervision.

1. Se renseigner sur les politiques de supervision en vigueur et voir si elles permettent une supervision formative. Si une politique est en place, déterminer son niveau d'application effective, évaluer le nombre de visites de supervision programmées et déterminer le nombre de visites réellement effectuées.
2. Si la supervision fait partie des services de santé intégrée, tâcher de savoir si les superviseurs sont responsables des systèmes de soins de santé intégrée ou des services de vaccination uniquement. Tenir compte de cet élément lors de la définition du budget de supervision. *(Voir l'étude de cas 1 sur la supervision intégrée.)*
3. Tâcher de savoir **qui** s'occupe de la supervision et d'identifier les autres responsabilités de ces superviseurs. S'informer également sur le temps dont ils disposent pour la formation formative.
4. Prendre comme exemple une supervision réussie actuellement en place dans d'autres secteurs de santé. Utiliser les mêmes normes, approches et terminologies pour assurer la cohérence. *(Voir Études de cas 1 à 4 pour les différentes approches en matière de supervision).*
5. Si la politique est inexistante ou caduque, participer à son élaboration et/ou à sa révision et demander que les ministères appropriés et autres parties prenantes soient associés au processus.
6. Essayer d'obtenir l'appui financier nécessaire pour la mise en œuvre de la supervision formative en :
  - Utilisant la micro-planification au niveau du district pour estimer les ressources nécessaires pour une supervision formative efficace.
  - Préparant un budget avec les coûts réels de la mise en œuvre de la supervision formative à soumettre au Comité de Coordination Inter agence (CCIA) et au Ministère de la Santé pour examen. Les coûts devraient inclure des fonds pour la formation du superviseur, des per diem pour les visites de supervision, les frais de transport, des fonds pour l'achat de véhicules, etc. *(Voir Annexe B pour un modèle de budget.)*



- Recherchant des ressources locales au sein de la communauté, auprès des comités de santé communautaire et des collectivités locales.
  - Préparant une argumentation convaincante basée sur des données disponibles pour défendre les avantages de la supervision formative auprès des décideurs.
  - Mobilisant les responsables de haut niveau pour faire pression en faveur d'un financement suffisant pour couvrir les coûts de la supervision, auprès du CCIA, du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances.
7. Plaider pour le concept de supervision formative auprès du CCIA, du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances afin que des fonds suffisants soient mis à disposition et qu'ils ne soient pas réduits lors de la définition du budget.
  8. Intégrer la supervision formative dans les budgets annuels de la santé, les plans nationaux de travail et les plans de viabilité financière.
  9. Encourager l'appui institutionnel en faveur de la supervision. Les superviseurs ont besoin de procédures types, de pouvoir pour prendre les décisions, de formation et de fonds suffisants pour accomplir leurs tâches de manière efficace.
  10. Impliquer les responsables de haut niveau pour qu'ils contribuent à faire de la supervision à tous les niveaux une priorité et pour faire en sorte que tous les superviseurs soient responsabilisés. (*Voir Annexe C pour les différentes responsabilités en matière de supervision au niveau national et local, définies par OMS/AFRO.*)

## **B. Inclure les superviseurs dans le processus de formation**

Les superviseurs peuvent jouer un rôle très important dans le processus de formation et leur implication dans un programme de formation est essentielle pour qu'il soit accepté. Ils peuvent également aider à la prise en compte des besoins de formation des agents de santé. Vous trouverez ci-après des suggestions sur la façon d'associer les superviseurs à la formation :

1. Informer les superviseurs des politiques en vigueur, des nouvelles pratiques de vaccination, et des nouvelles techniques et compétences en matière de gestion.<sup>2</sup>
2. Former les superviseurs à encadrer, à communiquer efficacement et à planifier les résultats. Cela permettra de renforcer leur compétence en matière de supervision afin qu'ils puissent mieux guider les prestataires de service dans l'amélioration des résultats et la résolution des problèmes au niveau de la structure de santé.
3. Impliquer les superviseurs dans le processus de formation – évaluations des besoins en formation, renforcement des compétences en matière de formation des formateurs et

---

<sup>2</sup> *Immunization Essentials* est un guide précieux pour les responsables du PEV élaboré par l'USAID. Des informations seront bientôt disponibles sur le site Web ([www.who.int/vaccines-diseases/epitrainig](http://www.who.int/vaccines-diseases/epitrainig)).



organisation d'ateliers. Puisqu'ils connaissent les problèmes qui se posent au niveau de la structure de santé, les superviseurs peuvent aider à identifier les besoins en formation et les insuffisances en matière de prestation et à définir des priorités de formation pour les vaccinateurs.

4. Former les superviseurs aux techniques d'apprentissage et aux formations des adultes. Cette formation renforcera leur capacité à donner des instructions efficaces sur place et à assurer le suivi.
5. Impliquer les superviseurs dans l'élaboration de programmes de formation et d'outils de travail. Cela permet de garantir l'adhésion et renforce les capacités du superviseur à transférer efficacement les compétences et les connaissances aux agents de santé.
6. Aider les superviseurs à créer un environnement réceptif aux nouvelles techniques en informant tout le personnel des nouvelles pratiques. Par exemple, si un agent du centre de santé doit être formé aux nouvelles pratiques d'élimination des déchets, le superviseur peut brièvement présenter au personnel du centre la nouvelle technique et la façon de la maintenir.

### **C. Travailler avec les superviseurs pour planifier et mettre en œuvre une supervision formative**

De nombreux responsables de programme adoptent les mesures ci-après pour mettre en œuvre la supervision formative dans leurs programmes de santé.

1. Préparer les visites de supervision à l'avance :
  - Prévoir des visites de supervision **régulières**. Lorsque les visites de supervision sont régulières, les superviseurs sont plus capables de suivre les performances et d'identifier les problèmes et de les résoudre avant que ceux-ci n'affectent la prestation de service.
  - Organiser des visites au cours desquelles les superviseurs puissent observer une séance de vaccination, interroger des clients et tenir des réunions du personnel **sans** augmenter la charge de travail des agents. Certaines institutions recommandent des visites mensuelles et d'autres des visites trimestrielles. Les structures de santé qui fonctionnent moins bien devraient recevoir des visites plus fréquentes.
  - Organiser la visite de supervision en :
    - Examinant les objectifs des plans annuels et pluriannuels.
    - Définissant des objectifs clairs pour les visites.
    - Tirant partie des recommandations formulées lors des visites antérieures.
    - Réunissant les publications utiles, le matériel et l'équipement pour la structure de santé.
    - Préparant des mises à jour et/ou des cours de recyclage à faire pendant la visite.
  - Prévoir suffisamment de temps (plusieurs heures, une journée entière ou plus) pour la visite de supervision. La durée d'une visite de supervision varie en fonction des besoins de la structure de santé. Par exemple, dans certains cas une visite de deux jours sera plus



efficace qu'une journée seulement. Cela donne au superviseur suffisamment de temps pour rencontrer l'agent de santé et discuter des objectifs en matière résultats, de rencontrer la communauté, d'évaluer la chaîne de froid de la structure de santé et d'effectuer des déplacements.

- S'en tenir au programme et respecter le temps des agents de santé. Toujours planifier la prochaine visite avant de quitter la zone.

2. Définir les attentes en matière de résultats :

- Préparer des descriptions de poste, les attentes et la qualité de service. Les superviseurs devraient préparer ces éléments en collaboration avec le personnel supervisé.
- Définir des objectifs de prestations mesurables, en collaboration avec le personnel. Veiller à ce que les objectifs soient réalistes et réalisables.
- Définir des indicateurs et des repères mesurables et mettre au point des outils pour que le personnel puisse mesurer sa progression. (*Voir Annexe D pour un modèle du plan de travail.*)
- Mettre en place au sein de la structure de santé, une équipe de supervision qui puisse fournir une supervision et un appui quotidiens.
- Introduire un système d'auto-évaluation et de retour d'informations.

3. Effectuer un suivi et une évaluation des prestations de la structure de santé :

- Observer les séances de vaccination et noter les points forts et les points faibles. (*Voir Annexe E pour les fiches d'observation.*)
- Discuter avec les clients de la qualité des services, de préférence à l'extérieur de la structure de santé – il y aura plus de chance d'obtenir des réponses franches.
- Associer la communauté au processus d'évaluation. Demander aux habitants comment ils sont traités lorsqu'ils se rendent au centre de santé. Connaissent-ils les réactions à la vaccination ? Savent-ils ce qu'il faut faire ? Savent-ils quand il faudra revenir ? Rencontrer les leaders communautaires désignés pendant la visite pour obtenir un retour d'informations.
- Vérifier la disponibilité des stocks et l'état de l'équipement.
- Vérifier la chaîne de froid et la qualité des vaccins.
- Examiner les documents de la structure de santé, notamment les courbes de suivi des taux de couverture et d'abandon. (*Voir Annexe G pour un modèle de courbe de suivi des taux d'abandon.*)



- Rencontrer l'équipe de supervision mise sur pied au sein de la structure de santé et demander un retour d'informations supplémentaires sur la prestation de services.
  - Utiliser les informations recueillies lors de la visite pour discuter des progrès accomplis avec l'équipe de la structure de santé.
  - Toujours commencer par présenter les aspects positifs du personnel et du centre de santé.
  - Passer en revue les indicateurs, les jalons et les prestations avec le personnel. (*Voir Annexe H pour la liste des principaux indicateurs d'un programme de vaccination établie par GAVI et qui peut être adaptée au contexte local.*)
  - Évaluer les objectifs en matière de prestation et effectuer les éventuels ajustements nécessaires.
  - Le superviseur et le supervisé devraient consigner par écrit les points discutés, y compris les forces et les faiblesses, et les mesures à prendre (par qui et pour quand).
4. Identifier les insuffisances et résoudre positivement les problèmes :
- Féliciter en public les agents de santé pour leurs bons résultats et les pratiques conformes aux normes de qualité. **Ne corriger les prestations qu'en privé.**
  - Fournir au personnel des informations à jour sur les politiques ou les nouvelles pratiques recommandées.
  - Discuter des conclusions et des recommandations avec l'équipe de la structure de santé :
    - Demander au personnel d'identifier les points forts et les points faibles. Un superviseur peut jouer le rôle de modérateur et aider le personnel à élaborer des stratégies pour résoudre les problèmes.
    - Fournir des observations positives.
    - Chercher les causes et les raisons des mauvaises prestations – est-ce une question de compétences ? D'équipement ou de matériel ? De motivation ?
    - Discuter, écouter, faire des observations et résoudre les problèmes ensemble.
    - Examiner les données sur la couverture et les taux d'abandon. Travailler avec l'équipe pour identifier les causes du taux d'abandon et les stratégies d'amélioration.
    - Définir les objectifs en ce qui concerne l'amélioration des taux de couverture.
5. Appuyer et renforcer les capacités des prestataires de soins de santé en vue de réaliser les objectifs en matière de prestations :
- Identifier les besoins en information/formation en collaboration avec le personnel.
  - Définir les priorités en collaboration avec les autorités de la structure de santé et celles du district ou de la portion centrale.



- Effectuer des mises à jour et des dispenser formations sur place.
- Mettre au point des outils de formation en fonction des priorités. Être disposé à laisser des outils de travail dans la structure de santé, mais seulement ceux qui se rapportent aux priorités.
- Assurer le suivi en temps opportun des problèmes d'équipement et de matériel avec les autorités du district ou de la portion centrale.
- Travailler sur les moyens d'améliorer le système de prestation avec les autorités du district ou de la portion centrale.

#### D. Rester motivé

Rester motivé de façon à recourir à la supervision formative peut être une gageure. La motivation peut baisser lorsque les superviseurs et les agents de santé sont mal payés ou affectés et lorsque les résultats sont difficiles à constater. Le personnel peut se décourager lorsque la planification des activités représente un fardeau. Les suggestions ci-après peuvent être utiles :

- Féliciter et encourager les agents de santé pour leurs actions positives. Même si une gratification financière n'est pas possible, l'encouragement peut prendre d'autres formes. On peut encourager les agents de santé dans des lettres officielles, des journaux, des bulletins ou en décernant des certificats en reconnaissance du travail accompli ou en leur donnant de nouveaux uniformes, des pins, des sacs ou des prix pour le travail bien fait.
- Identifier des possibilités de perfectionnement professionnel ou de leadership et donner des conseils et la formation nécessaire à l'avancement.
- Impliquer les agents de santé dans le processus de planification et encourager les superviseurs à collaborer avec le personnel de la structure de santé et la communauté pour élaborer des listes de contrôle, des outils de travail et de suivi, etc.
- Donner suite aux observations des agents de santé. Par exemple, si le centre de santé a besoin d'un nouveau réfrigérateur et si un superviseur est en mesure de faire du lobbying auprès des autorités de la portion centrale pour l'obtenir, les agents de santé se sentiront valorisés et penseront qu'ils ont de l'influence.
- Instaurer des réunions mensuelles régulières avec **toutes** les structures de santé du district. Les réunions pourraient coïncider avec les jours où les agents de santé viennent chercher leur salaire. Cela donne aux agents de santé l'occasion d'être informés des nouvelles approches et stratégies utilisées dans différentes structures de santé et de bénéficier d'une formation continue. Ces réunions peuvent également être un forum pour reconnaître leurs accomplissements et leur structure. Travailler avec les organisateurs pour qu'ils prévoient du temps pour cette activité.





## E. Garantir la durabilité

La première étape pour garantir la durabilité de la supervision formative est de l'institutionnaliser dans le système de l'État. Cette institutionnalisation peut se faire de plusieurs manières :

- Prendre en compte la supervision dans le budget et le plan de travail nationaux ou dans les micro-plans des districts. Cela permet de la consolidation des coûts récurrents de la supervision.
- Renforcer la sensibilisation des décideurs et des responsables sur les avantages de la supervision formative en :
  - Collectant des données sur les résultats positifs de la supervision formative - meilleures prestations des agents de santé, meilleure couverture vaccinale ou utilisation accrue des ressources.
  - Faisant du lobbying auprès des responsables de l'État et des décideurs en ce qui concerne les avantages et l'efficacité de la supervision formative. Présenter des données sur la meilleure qualité, la rentabilité (par exemple, moins de gaspillage de vaccins) et sur une couverture accrue.
  - Défendant en permanence le concept de supervision formative au niveau central, au niveau du district et du centre de santé, pour maintenir la visibilité de la supervision formative en tant qu'élément clé de la prestation de service de qualité.
- Mettre au point une approche basée sur l'équipe en vue d'accroître la supervision formative au niveau d'une structure de santé et d'en faire une procédure de routine, avec ou sans visites fréquentes du niveau central ou du district. Le personnel de la structure de santé peut élaborer des plans de supervision qui conviennent à leur structure et procéder à des auto-évaluations régulières pour suivre leurs prestations.

## III. Études de cas et outils disponibles

Les études de cas ci-après illustrent les différentes approches en matière de supervision formative :

1. *La supervision formative au niveau du district suite à la réforme du secteur de la santé en Tanzanie*  
En Tanzanie, l'équipe de gestion de la santé au niveau du district est intégrée et elle utilise une matrice pour la mise en œuvre et le suivi de la supervision. La supervision est maintenant plus fréquente et les agents de santé l'utilisent pour résoudre les problèmes.
2. *COPE<sup>®</sup> et la supervision facilitatrice au Kenya et en Guinée*  
En utilisant le modèle *Client-Oriented, Provider-Efficient (COPE<sup>®</sup>)* de EngenderHealth (une approche participative en matière de supervision qui comprend l'auto-évaluation et des plans d'activité), les services de vaccination du Kenya et de la Guinée se sont améliorés tout comme les prestations des agents de santé et leurs comportements à l'égard de la supervision.
3. *La planification et la mise en œuvre de la supervision formative au Honduras*  
Une organisation non gouvernementale (ONG) qui s'occupe de la santé de la reproduction au Honduras a adopté une stratégie pour améliorer la supervision et la prestation de services tout





en réduisant les coûts. Ce groupe a examiné les questions de prestations et développé un système de supervision pour leur rapporter une réponse. Les objectifs en matière de prestations ont été atteints, la qualité du service s'est améliorée et la satisfaction des clients s'est accrue.

4. *Des stratégies novatrices pour la supervision formative en Andhra Pradesh, (Inde)*  
De nouvelles stratégies sont actuellement mises au point et adaptées dans le cadre de la supervision formative, notamment la sous-traitance de cette activité auprès des écoles de santé.

Il y a de nombreux outils de référence disponibles concernant la supervision formative qu'on peut facilement adapter aux différents besoins d'un programme. On peut trouver des exemples de ces outils et des sites Internet utiles dans les annexes du présent document.

#### **IV. Conclusion**

La supervision formative encourage une approche collaborative pour renforcer les prestations des agents de santé et les services de vaccination. Pour bon nombre d'organisations, elle représente un outil efficace d'amélioration des résultats. Ces lignes directrices et ces outils peuvent être adaptés. Ils peuvent constituer un point de départ pour la mise en place d'un système de supervision formative ou pour aider à rationaliser les systèmes existants.



# Études de cas



## **Étude de cas 1 : La supervision formative au niveau du district suite à la réforme du secteur de la santé en Tanzanie**

Suite à la réforme du secteur de la santé en 1999, le Ministère de la Santé (MS) de la Tanzanie a développé un ensemble de mesures pour définir les prestations de services de santé essentiels. Reconnaissant l'importance de la supervision formative, le MS a élaboré un plan pour envoyer une équipe de superviseurs dans des structures de santé des districts pour évaluer la façon dont les services sont assurés, faire part de leurs observations et dispenser une formation sur place. Le financement de la supervision vient du MS grâce à des subventions de divers bailleurs de fonds pour appuyer la prestation des services de santé essentiels.

Tous les membres de l'équipe de gestion de la santé du district et certains membres co-optés ont été formés aux objectifs visés par la réforme du secteur de la santé à savoir : promouvoir des partenariats au sein du district, gérer les ressources de la santé, planifier et fournir des services de santé au niveau du district. La formation sur la supervision a été incluse dans le module de gestion.

### **Les conditions préalables pour une supervision intégrée**

Une supervision intégrée efficace nécessite :

- Un système de soins de santé fonctionnel.
- Un système d'information sanitaire (SIS) fiable.
- Un personnel de santé engagé, formé aux principaux aspects des programmes prioritaires.
- La disponibilité de ressources financières suffisantes.
- Des moyens de transport bien organisés et adéquats pour accéder aux structures de santé.
- Des plans de supervision bien préparés.
- Des outils de supervision intégrés (listes de contrôle et questionnaires) préparés par les représentants des programmes prioritaires. Ces outils devraient comprendre tous les services de santé essentiels – VIH/SIDA, PCIME, Paludisme et PEV (Bureau régional de l'OMS, 2003).

### **Matrice de supervisions**

L'un des outils de supervision et de gestion qui a émergé de cette formation est une matrice de supervision.

#### **Avant les visites de supervision, l'équipe de gestion du district sanitaire :**

- Prépare une matrice énumérant les mois et les dates de toutes les visites de supervision ; les itinéraires et les véhicules pour chaque mission ; les structures de santé à visiter et les membres de l'équipe de supervision.
- Assure la logistique et fournit le matériel nécessaire pour la visite.

La matrice de l'équipe de gestion du district sanitaire a fait ressortir l'insuffisance des moyens de transport pour effectuer les visites de supervision formative nécessaires. En conséquence, le MS a acheté un véhicule pour la supervision de chaque district et a formé des responsables du transport grâce à un financement de DANIDA.

## **Pendant la visite de supervision**

Pour chaque visite de supervision :

- L'équipe élabore une liste de contrôle supervision en s'appuyant sur les directives nationales et le rapport de la supervision précédente.
- Quatre membres de l'équipe de gestion effectuent des visites de supervision mensuelles. Les équipes se relayent jusqu'à ce que toutes les structures de santé du district (publiques et privées) aient été visitées.
- Lorsque l'équipe arrive au centre de santé, les membres se répartissent par domaine de spécialisation spécifique en fonction de la liste de contrôle (par exemple, gestion des maladies, soins infirmiers, vaccins/vaccination, questions de gestion, VIH/SIDA). L'équipe supervise les agents de santé à travers l'observation directe et les entretiens.
- Le partage immédiat des réactions est encouragé et l'équipe présente un compte-rendu au responsable de la structure de santé. L'équipe se réunit ensuite avec tout le personnel pour lui faire part des observations générales, des félicitations et des suggestions susceptibles d'apporter des améliorations.
- Une formation pratique sur le terrain est également assurée pendant la visite de supervision.
- Tout problème technique qu'un membre de l'équipe ne parvient pas à résoudre est soumis aux autres membres de l'équipe ou au spécialiste du domaine pour qu'il prenne des mesures.

## **Après la visite de supervision**

- L'équipe retourne au siège du district, rédige un rapport complet et discute des résultats avec l'équipe de gestion et les membres co-optés. L'équipe dresse la liste des mesures à prendre en ce qui concerne les problèmes non résolus pendant la visite.
- Un exemplaire du rapport intégral de la supervision est renvoyé à chaque structure visitée et un autre exemplaire est adressé à l'équipe régionale de gestion de la santé.
- Les problèmes ardues qui n'ont pu être résolus par l'équipe de gestion du district sont soumis à l'équipe régionale. Le processus se poursuit jusqu'à ce que toutes les structures de santé du district aient été consultées.

La supervision au niveau régional par l'équipe régionale est effectuée selon le même processus et le même format. Les problèmes difficiles sont transmis au MS pour qu'il les examine et propose des solutions.

## **Leçons apprises et résultats**

Depuis l'adoption de ce système, les agents de santé ont constaté une amélioration significative de la supervision. Les visites de supervision sont plus fréquentes, les problèmes sont résolus et des formations pratiques sur le terrain sont organisées. Les visites de supervision représentent pour les agents de santé, l'occasion de résoudre des problèmes et d'apprendre des techniques supplémentaires. Les agents de santé n'ont plus peur de relever les défis qui se présentent à eux, et peuvent travailler avec l'équipe de district pour y faire face.

## **Étude de cas 2 : COPE<sup>®</sup> et la supervision facilitatrice au Kenya et en Guinée**

COPE<sup>®</sup> fait partie d'un ensemble de mesures pour l'amélioration de la performance et de la qualité (AQ) développé par EngenderHealth et mis en œuvre avec les institutions des pays en développement. Les mesures APQ sont un processus continu qui implique les agents de tous niveaux de la structure de santé dans l'évaluation de la situation sur le lieu de travail et qui les fait travailler en équipe pour améliorer les services. EngenderHealth a recours à la supervision facilitatrice, au monitoring médical et à la formation sur l'ensemble du site dans le cadre de son approche globale. Pour mettre en œuvre ces approches, cette organisation utilise des outils simples, y compris COPE<sup>®</sup>.

### **Approche**

La philosophie de COPE<sup>®</sup> a trait à la participation, au travail en équipe, à l'appropriation et à la responsabilité commune. L'accent est mis sur les clients, le perfectionnement du personnel, le renforcement des capacités et l'engagement des superviseurs. COPE<sup>®</sup> est un processus qui comprend une série d'outils permettant aux agents de santé d'évaluer et d'améliorer en permanence la qualité des soins. L'approche se fonde sur un cadre composé des droits du client, des besoins du personnel et se compose des quatre outils ci-après :

- Un guide d'auto-évaluation (un pour chacun des droits des clients et des besoins du personnel)
- Un guide d'entretien du client
- Une analyse du flux de la clientèle
- Un plan d'action

Le guide d'auto-évaluation encourage les agents à examiner la façon dont ils accomplissent leur tâche quotidienne et joue le rôle de catalyseur dans l'analyse des problèmes qu'ils identifient. Les guides contiennent des questions clés basées sur des normes cliniques et de service internationaux. Les outils mettent également en exergue l'interaction entre les clients et les prestataires, et les autres préoccupations des clients.

La supervision est essentielle à l'amélioration de la qualité. Les superviseurs de district des structures de santé reçoivent une formation en supervision facilitatrice qui met l'accent sur la communication dans les deux sens, l'encadrement, le tutorat et la résolution conjointe des problèmes. Les superviseurs travaillent ensuite avec le personnel des structures de santé pour améliorer la qualité du service. Le processus mis en œuvre par COPE<sup>®</sup> aide les superviseurs à mettre en application cette approche facilitatrice en matière de supervision, en encourageant les agents de tous niveaux à travailler en équipe, en fournissant un forum où le personnel et les superviseurs peuvent échanger des idées, en s'appuyant sur le personnel pour identifier et résoudre les problèmes grâce à l'auto-évaluation, et en s'informant sur les besoins du groupe (Dohlie et al., 2002).

### **Leçons apprises et résultats**

En 1999, EngenderHealth a adapté les outils COPE<sup>®</sup> en vue de les utiliser pour les services de soins de santé infantile au Kenya et en Guinée. Pendant 15 mois, 8 sites d'étude ont mis en œuvre

l'approche COPE<sup>®</sup> et 8 sites témoins ont été choisis. Cette intervention part de l'hypothèse suivante : en introduisant COPE<sup>®</sup> les prestataires et les sites connaîtraient des changements personnels et organisationnels qui leur permettraient de prendre des mesures et d'améliorer la qualité des services fournis (Bradley et al., 2002).

A l'issue des 15 mois d'études, les chercheurs ont visité les sites au Kenya et en Guinée pour observer l'interaction entre les prestataires et les clients. Selon les planificateurs, après l'intervention COPE<sup>®</sup> les prestataires examineraient l'interaction avec les clients et résoudraient les problèmes qui peuvent exister et les pratiques s'amélioreraient. Les chercheurs ont observé 160 vaccinations d'enfants âgés de 0 à 5 ans et ont noté les résultats suivants :

**Tableau 2. Interactions entre les prestataires et les parents**

	Site d'intervention	Sites témoins
Le prestataire a discuté du calendrier vaccinal	87,5 %	72,5 %
Le prestataire a donné des informations sur les effets secondaires après la vaccination (au moins deux)	63,3 %	25,3 %
Le prestataire a informé les parents des mesures à prendre concernant les effets secondaires	69,9 %	36,5 %

Source : Bradley et al., 2002.

Les chercheurs ont également interrogé à la sortie de la structure de santé les parents qui n'avaient pas été observés afin de vérifier leurs connaissances sur la vaccination après s'être rendus au dispensaire. Les résultats indiquent que les parents obtenaient des informations plus complètes dans les districts d'intervention que dans les districts de contrôle, ce qui indique que le prestataire assurait un meilleur service.

**Tableau 3. Résultats des interviews à la sortie de la structure de santé**

	Site d'intervention	Sites témoins
Le parent se souvient des informations sur la rougeole	55 %	40,6 %
Le parent se souvient des informations sur la polio	69,4 %	54,5 %
L'enfant a reçu le vaccin contre la polio à la naissance	80,0 %	56,2 %
L'enfant a reçu le BCG	84,3 %	78,1 %

Source : Bradley et al., 2002.

Des groupes de discussion ont été constitués et il a été demandé aux participants d'expliquer la façon dont leurs perceptions de la supervision ont évolué pendant l'intervention.

**Tableau 4. Opinions des agents sur la supervision externe : pourcentage des agents qui sont totalement d'accord avec les affirmations**

	<b>Site d'intervention</b>	<b>Sites témoins</b>
Nous tirons réellement profit de la supervision	61,0 %	21,5 %
Les superviseurs nous aident en nous donnant du matériel	66,2 %	17,5 %
Ils nous aident en nous formant	64,9 %	22,5 %
Ils nous aident à mettre en application COPE®	64,9 %	1,3 %
Ils nous aident à résoudre les problèmes	62,3 %	20,0 %
Ils nous impliquent dans les discussions	62,3 %	32,5 %

Source : Bradley et al., 2002.

Les résultats montrent que les participants estimaient que la supervision était meilleure qu'avant et que les superviseurs mettaient en pratique leurs nouvelles compétences et suivaient les problèmes identifiés grâce à COPE®. Un nouvel accent a été mis sur les problèmes qui se posaient au niveau de la structure de santé et sur leurs résolutions. En Guinée, les superviseurs estimaient qu'ils faisaient partie de l'équipe de la structure de santé et les participants étaient d'avis qu'il y avait une meilleure prestation de service du fait du renforcement des compétences des superviseurs. Les clients des sites d'intervention étaient « très satisfaits » des services dont ils ont bénéficié en général — 69,8 % dans les sites d'intervention contre 48,4 % dans les sites témoins (Bradley et al., 2002).

### **Étude de cas 3 : La planification et la mise en œuvre de la supervision formative au Honduras [(Marquez et Kean, 2002), (Management Sciences for Health, 2001)]**

L'ONG, *Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (ASHONPLAFA)*, est le plus grand prestataire de services dans le domaine de la santé de la reproduction au Honduras. Des mesures de réduction des coûts mises en œuvre à ASHONPLAFA avaient entraîné une réduction du budget des visites de supervision et de la formation. L'organisation souhaitait donc mettre en place un système de supervision plus économique et plus intégré. Avec l'assistance technique de *Management Sciences for Health (MSH)* en 1999, ASHONPLAFA a pris les dispositions ci-après pour introduire un nouveau système de supervision et pour renforcer les compétences de supervision dans toutes ses opérations.

#### **Étape 1 : Accord entre les parties prenantes et contexte institutionnel**

Les parties prenantes ont convenu que les interventions devraient mettre l'accent sur les superviseurs et les supervisés.

#### **Étape 2 : Évaluation des besoins en matière de prestation**

##### 1. Définir la situation souhaitée

Les prestations souhaitées ont été définies lors d'un atelier qui a regroupé 25 superviseurs venant de tous les niveaux de l'organisation. Le groupe a défini les critères d'excellence des prestations, y compris les valeurs en matière de supervision.

##### 2. Définir la situation actuelle

Le système de supervision d'ASHONPLAFA a été évalué afin d'examiner les pouvoirs, les fonctions, la planification des prestations, et les besoins et procédures des superviseurs. Les conclusions et les recommandations de l'évaluation ont été présentées aux cadres supérieurs et à quelques superviseurs d'ASHONPLAFA. Les principales conclusions sont les suivantes :

- Les mesures de réduction des coûts avaient augmenté les responsabilités des superviseurs, mais avaient réduit les ressources disponibles pour les visites de supervision et la formation.
- Il existait des manuels de procédures, mais pas de système de supervision basé sur des critères et des politiques intégrés.
- Les normes et les procédures étaient déjà définies, toutefois leur communication/diffusion au sein de l'organisation était en cours.
- Les objectifs et les attentes mettaient uniquement l'accent sur la productivité et non pas sur la qualité.
- Les évaluations bimensuelles des prestations étaient souvent subjectives. Les objectifs en matière de prestation n'étaient pas négociés et/ou aucune référence aux objectifs précédemment négociés n'était faite.
- Il n'existait pas de critères d'excellence pour le personnel.
- Le système de récompense se basait surtout sur des résultats à court terme.



- Chaque secteur de l'organisation avait des critères différents pour évaluer les prestations des superviseurs et les différentes procédures.
- Les superviseurs se plaignaient que le remplissage des fiches prenait trop de temps.

### 3. Analyser les données et les véritables causes

Lors d'un atelier de formation sur les techniques de supervision, les cadres supérieurs et quelques superviseurs d'ASHONPLAFA ont utilisé les conclusions et les recommandations de l'évaluation pour définir la situation de la supervision à cette époque, et ils se sont penchés sur les prestations organisationnelles souhaitées dans le nouveau contexte. Les résultats de cette activité sont les suivants :

- Les responsables ont abandonné d'importantes activités de supervision, de planification et de formation pour réduire les coûts à court terme.
- Le personnel opérationnel n'était pas associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques organisationnelles à cause de la diminution du nombre de réunions de planification et de visites de supervision avec moins de possibilités de partage d'information.
- Bien que disposant d'une série de manuels de procédure ainsi que de directives et normes élaborées par les départements spécifiques, ASHONPLAFA manquait de directives et de procédures types en matière de supervision pour l'ensemble de l'institution. L'organisation avait également besoin d'un processus systématique de formation des responsables aux techniques de supervision.

De nombreux problèmes avaient les mêmes causes ; le fait d'insister lourdement sur la durabilité à court terme entraînait un conflit entre le volume et la qualité des services fournis et la durabilité organisationnelle à long terme. Ce conflit affectait également l'environnement de travail.

### **Étape 3 : Choix des interventions**

Pendant l'atelier, la supervision a finalement été comprise comme un système global dans lequel tout le monde est responsable. Les composantes du système de supervision ont été définies comme suit :

- Philosophie : objectifs, critères d'excellence, style de supervision, profils, et niveaux.
- Stratégies :
  - Programme d'assurance de la qualité : des directives et des normes sont élaborées de façon interactive et sont disponibles et visibles dans chaque site de prestation de services.
  - Système d'information : tous les mois, des données sont collectées et analysées, par région et par dispensaire.
  - Planification et évaluation des prestations : tous les deux mois, les superviseurs et les supervisés évaluent et négocient les objectifs ensemble afin d'améliorer la prestation du supervisé.
  - Système de récompense des prestations : selon les prestations des individus et du dispensaire, l'ensemble du personnel de l'organisation bénéficie de gratifications tous les deux mois.

- Système de réunion : des réunions mensuelles sont tenues dans chaque dispensaire et dans chaque région pour analyser les données et discuter des causes et les solutions des problèmes identifiés.
- Visites sur le terrain : les visites des dispensaires sont basées sur les besoins identifiés et le personnel utilise des procédures et des protocoles types pendant les visites.
- Formation continue dans le domaine de la supervision : des formations à distance et des ateliers annuels sont organisés pour renforcer la nouvelle philosophie et les nouvelles compétences en matière de supervision.

La réduction des coûts et l'augmentation de la productivité ont permis d'évoluer vers la durabilité financière. Maintenir la communication et aider le personnel à améliorer le volume et la qualité des services sont également importants. Pour atteindre ces deux objectifs, le groupe de travail s'est rendu compte que la seule façon de procéder était de concentrer ses efforts sur le comportement et la capacité de chaque agent à faire un « auto-suivi ». Maintenir la productivité et la qualité des services à faible coût dépend d'un système de supervision complet composé des éléments ci-après : élaboration des normes et des directives, préparation des réunions, négociations, partage d'observations et évaluation, utilisation d'indicateurs et du système d'information, visites de certains sites et offre des récompenses.

#### **Étape 4 : Mise en œuvre d'interventions et gestion du changement**

ASHONPLAFA a mis sur pied des groupes de travail composés de superviseurs et a assigné à chacun d'eux des projets afin qu'ils développent et mettent en œuvre une des composantes du nouveau système de supervision décrit ci-dessus. Après une série d'ateliers, ASHONPLAFA a élaboré de nouvelles procédures de supervision, un manuel et des outils d'orientation des visites de supervision. La supervision comprend maintenant les éléments ci-après :

1. Une planification conjointe des prestations par les superviseurs et les supervisés.
2. L'évaluation et la définition des objectifs de prestations tous les deux mois.
3. L'apprentissage continu à distance et les ateliers annuels à l'intention des superviseurs pour perfectionner et renforcer les compétences des superviseurs.

#### **Étape 5 : Suivi et évaluation des prestations**

Au cours du second atelier, les critères d'excellence et les procédures d'évaluation pour les superviseurs et les supervisés ont été discutés. Tous les deux mois, les prestations du personnel et de l'organisation (au niveau local et régional) sont mesurées et récompensées par les superviseurs. Après le lancement des nouveaux systèmes et du manuel de supervision, le groupe de travail des superviseurs a décidé de se réunir tous les six mois afin d'évaluer la mise en œuvre et les résultats du nouveau système. Les superviseurs ont discuté des résultats suivants lors de leur première réunion :

- Les cadres supérieurs ont accepté de déléguer plus de pouvoir aux superviseurs régionaux et départementaux. Cette initiative s'est traduite par des processus de supervision plus interactifs et plus inclusifs et a permis d'ouvrir un dialogue entre les superviseurs et les supervisés.

- Ils ont intégré des critères d'excellence en matière de supervision dans le nouveau système d'assurance de la qualité de l'organisation.
- Ils ont modifié le système d'évaluation des prestations en vue d'éliminer la subjectivité et ont intégré, dans le processus d'évaluation, le dialogue entre superviseurs et supervisés sur la planification des prestations.
- Ils ont examiné et modifié les aspects du plan de gratification des prestations qui sont les plus subjectifs et les plus controversés.
- Ils ont mis au point des outils et des procédures économiques qui permettent de gagner du temps et de l'argent pour les visites de supervision sur le terrain.
- Ils ont conçu et diffusé un nouveau système de supervision intégré et un nouveau manuel de procédures.
- Ils ont amélioré la transparence et l'opportunité de la dissémination des politiques de supervision.
- Ils ont adapté les fonctions et les responsabilités de certains postes de supervision pour qu'elles correspondent mieux aux besoins départementaux, organisationnels et programmatiques.
- Ils ont mis en place un plan de formation continue et de renforcement des capacités en matière de supervision.

### **Leçons apprises et résultats**

1. Ce système s'est traduit par l'ouverture d'un dialogue entre les superviseurs et les supervisés au sujet de la planification et l'évaluation des prestations, et a permis au personnel d'atteindre les objectifs fixés en matière de prestations.
2. Les critères d'excellence en matière de supervision ont été intégrés dans leur système général d'assurance de la qualité. La proportion du budget de fonctionnement de ASHONPLAFA provenant de sources locales ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 51 % avant les interventions de supervision à 63 %, vingt mois après le lancement du nouveau système.
3. Le degré de satisfaction des clients demeure élevé (97 %) et l'accès des clients, mesuré sur environ deux ans de protection, a également augmenté.

## **Étude de cas 4 : Des stratégies novatrices pour la supervision formative en Andhra Pradesh, (Inde)**

En début 2001, le Department of Health and Family Welfare (Ministère de la Santé et du Bien-être familial) du gouvernement indien ainsi que le Programme pour la Vaccination des Enfants (PVE) à PATH ont lancé un projet d'amélioration de la vaccination de routine dans l'État d'Andhra Pradesh. L'introduction du vaccin contre l'hépatite B fait partie de ce projet. Au cours des deux premières phases, 12 districts soit 850 centres de santé desservant une population d'environ 40 millions d'habitants ont été couverts par le projet. En novembre 2003, le projet étendra ses activités à 11 districts supplémentaires de sorte que la population couverte s'élèvera à près de 80 millions de personnes, toutes desservies par environ 1 500 centres de santé. Dans l'État d'Andhra Pradesh, les superviseurs ne visitent pas régulièrement leurs sites et la taille du projet constitue un énorme défi en ce qui concerne la mise en œuvre des visites formatives de routine pour permettre l'amélioration de la couverture vaccinale.

Le projet a identifié les principaux défis ci-après relativement à l'introduction du vaccin contre l'hépatite B :

- Les séances de vaccination ne sont pas organisées.
- La consommation du vaccin contre l'hépatite B et celle du DTC n'est pas la même.
- Les seringues auto-bloquantes (AB) ne sont pas utilisées comme prévu.
- La gestion de la chaîne de froid est mauvaise.
- Les recommandations relatives à l'élimination des déchets du matériel d'injection ne sont mises en application. .
- Les rapports ne sont pas bien préparés.
- Une grande proportion de nourrissons est vaccinée trop tôt ou trop tard.

Le gouvernement de l'État d'Andhra Pradesh et le PVE adoptent actuellement des stratégies de supervision formative pour résoudre ces problèmes et bien d'autres y compris la satisfaction au travail. La liste ci-après présente des stratégies actuellement mises en œuvre dans l'État d'Andhra Pradesh.

### **Visites de supervision**

Bien qu'il existe dans l'État d'Andhra Pradesh un système national de supervision, celui-ci ne fonctionne pas de manière satisfaisante. Les superviseurs visitent rarement les centres de santé et lorsqu'ils le font, ils ne sont généralement pas bien informés et ils étudient rarement dans le détail la façon dont le programme est supposé fonctionner. Dans le cadre de leur engagement à améliorer la supervision, le gouvernement a récemment ouvert six nouveaux postes pour la supervision des superviseurs qui sont responsables de 3 à 4 districts ayant au total une population d'environ 10 à 12 millions de personnes.

### **Établissement de cartes**

Suite à 23 enquêtes sur la couverture vaccinale (faisant chacune intervenir 14 enfants répartis en 40 grappes), le Gouvernement indien a élaboré une série de cartes et d'indicateurs pour comparer les districts utilisant 13 indicateurs de succès de programme. Les cartes sont affichées dans tous

les centres de santé et dans les bureaux concernés par la vaccination, jusque dans le cabinet du ministre (Chief Minister) à Hyderabad. Les données présentent une comparaison des résultats obtenus par les centres de santé, et naturellement, les personnels rivalisent amicalement pour améliorer les taux de couverture. Un système de suivi des données utilisant les mêmes indicateurs que les enquêtes est en cours de conception pour aider les agents de santé à collecter les données dont ils ont besoin pour suivre leurs propres prestations. Lorsque le programme élargira ses activités pour couvrir l'ensemble de l'État en novembre 2003, tous les efforts de développement s'inscriront dans le cadre d'une « Amélioration continue de la qualité » pour que la couverture en ce qui concerne la vaccination complète au niveau de l'État augmente de 72 à 85 % d'ici à 2006.

### **Réunions mensuelles**

Des réunions mensuelles sont organisées dans chaque district pour permettre aux agents de santé de se rencontrer, d'examiner les données relatives à leur couverture et de partager les leçons apprises. Ces réunions leur donnent l'occasion de comparer les pratiques et de bénéficier d'une formation supplémentaire sur le site.

### **Sous-traitance de la supervision**

Le Gouvernement et le PVE sous traitent la supervision avec les écoles de santé locales. Les étudiants de troisième cycle de médecine et la faculté de médecine l'État dans son système de supervision et renforcent ce dernier en y apportant une nouvelle perspective. La sous-traitance de la supervision permet également aux universitaires d'acquérir une réelle expérience en ce qui concerne les sites de service de santé en milieu rural et dans les bidonvilles urbains. Les nouveaux diplômés de l'université ont un statut qui leur donne une certaine autorité dans l'art délicat de la supervision formative. Malheureusement, la plupart des agents de santé qui s'occupent des vaccinations sont des femmes et la plupart des nouveaux diplômés des écoles de santé sont des hommes. Cette situation constitue un défi pour une gestion équitable du programme, mais de bons protocoles de supervision formative peuvent constituer la toile de fond la plus positive en ce qui concerne le déséquilibre homme/femme.

Cette sous-traitance a pour objectif l'amélioration rapide de la supervision tout en renforçant les capacités pour le compte de l'État et en encourageant les nouvelles recrues de la santé publique à renforcer les compétences dont ils auront besoin tout au long de leur carrière. Après seulement deux mois de mise en œuvre, le coût de la supervision s'élève à environ 20 \$ US par visite effectuée dans un centre de santé. À ce rythme, le coût total annuel de la supervision de tous les centres de santé reviendra à l'État à environ 270 000 \$ US (20 \$ US par visite dans 1 500 centres de santé mensuellement ou bimensuellement). Ce coût est actuellement pris en charge par le PVE mais l'une des fonctions du projet pilote dans deux districts – ayant une population totale de plus de 5 millions d'habitants – est de montrer la faisabilité et l'efficacité de la sous-traitance de la supervision.

Les stratégies ci-après sont en cours d'examen :

1. Participation communautaire

L'équipe examine également la possibilité d'impliquer les comités de santé villageois dans le processus de supervision. Les comités locaux de santé peuvent prendre en charge la supervision et effectuer le suivi des superviseurs pour s'assurer qu'ils visitent les sites et qu'ils améliorent la qualité des services dans la communauté locale.

## 2. Mise en place d'un système de supervision à trois niveaux

L'équipe met actuellement en place un système pour identifier les centres qui fonctionnent bien, ceux qui fonctionnent moins bien et ceux qui fonctionnent mal. Chaque centre recevrait des visites de supervision plus ou moins fréquentes selon sa situation. La situation des centres serait régulièrement évaluée à partir de l'amélioration ou de la baisse de la qualité du service d'une part, et des niveaux de prestation d'autre part, et la situation changerait conséquemment. Les critères pour chacun des trois niveaux augmenteraient continuellement, encourageant de ce fait les centres à améliorer leurs prestations par rapport à leurs collègues des autres centres de santé.

## 3. Recours aux ONG locales pour appuyer le système de supervision de la santé du gouvernement

Avec plus de 1.500 centres de santé à visiter, la supervision est une tâche énorme. Des mesures sont en train d'être prises pour recruter des ONG locales afin qu'elles jouent un rôle semblable à celui des écoles de santé. Selon les premières informations, ces organisations sont disposées et enthousiasmées par cette responsabilité et des négociations sont en cours quant à la façon dont les conclusions des superviseurs peuvent être traduites dans les faits par les services de l'État.

## **Annexes**

## **Annexe A. Modèles de listes de contrôle**

- Modèle de liste de contrôle de supervision pour les responsables de programme et les directeurs de la santé
- Liste de contrôle du PEV pour la supervision de centres de santé
- Questions de la liste de contrôle de supervision pour réduire les taux d'abandon
- Liste de contrôle pour améliorer la supervision : une approche basée sur l'équipe
- Liste de contrôle pour la supervision du Programme de vaccination  
Province/Municipalité/District
- Liste de contrôle pour la supervision du Programme de vaccination au niveau des centres de santé



### Modèle de liste de contrôle de supervision pour les responsables de programme et les directeurs de la santé<sup>3</sup>

Indicateurs à vérifier	Questions à poser
Rapport mensuel de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rapport est-il à jour ?</li> <li>• Le rapport est-il clair ?</li> <li>• Combien d'enfants ont-ils été vaccinés par rapport aux objectifs ?</li> <li>• Les vaccins sont-ils régulièrement commandés pour chaque aide-soignante/sage-femme tous les mercredis et samedis ?</li> <li>• Les aides-soignantes/sages-femmes emportent-elles une quantité suffisante de vaccins pour la séance ?</li> <li>• Les aides-soignantes/sages-femmes soumettent-elles des rapports réguliers sur les doses de vaccins administrées ?</li> </ul>
Calendrier de vaccination pour les séances fixes et mobiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les séances de vaccination planifiées sont-elles organisées ?</li> </ul>
Registre de vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les rapports de synthèse. Combien de doses de vaccin ont-elles été administrées dans chaque zone couverte par l'aide-soignante/la sage-femme ?</li> <li>• Les chiffres sont-ils comparables aux estimations faites par les bénéficiaires éligibles de la zone ?</li> </ul>
Rapport mensuel de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les rapports des trois derniers mois ont-ils été envoyés à temps ?</li> <li>• Y a-t-il eu des épidémies inhabituelles de la maladie ?</li> </ul>
Calendriers et micro-planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cartes de la zone couverte par le centre de santé sont-elles disponibles au niveau de la structure ?</li> <li>• Les calendriers des sous-centres et des séances mobiles sont-ils affichés au mur ?</li> <li>• Les dates/heures de vaccination de chaque site sont-elles affichées dans un lieu central ?</li> </ul>
Stocks de vaccins et de matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'aide-soignante/la sage-femme a-t-elle bien noté l'utilisation du vaccin ?</li> <li>• Tous les vaccins et matériels sont-ils disponibles en quantité suffisante au centre de santé ?</li> <li>• La chaîne de froid est-elle maintenue ?</li> <li>• Y a-t-il des vaccins périmés ?</li> <li>• Toutes les PCV sont-elles bonnes ?</li> <li>• Y a-t-il suffisamment de vaccins pour six semaines ?</li> </ul>
Sécurité des injections et élimination sans risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les aides-soignantes – sages-femmes sont-elles bien approvisionnées en seringues AB et en boîtes de sécurité ?</li> <li>• Y a-t-il une méthode convenue pour l'élimination sans risque des boîtes de sécurité au centre de santé et dans les sous-centres ?</li> <li>• Les boîtes de sécurité sont-elles également utilisées pour toutes les seringues jetables et les seringues AB ? (elles devraient être utilisées pour toutes les seringues)</li> <li>• D'autres déchets sont-ils jetés dans la boîte de sécurité – capuchons, emballages, coton, etc. ? (aucun autre déchet ne doit être jeté dans les boîtes de sécurité)</li> </ul>

<sup>3</sup> Extrait de *Introduction of Hepatitis B Vaccine in the Universal Immunization Programme: A Handbook for Programme Managers and Medical Officers* avec la permission du Gouvernement de l'Inde, Child Health Division, Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare. Veuillez contacter ce Ministère pour de plus amples informations.

**Modèles de listes de contrôle de supervision pour les responsables de programme et les directeurs de la santé (suite)**

Liste de contrôle pour les séances de vaccination	Satisfaisant ?	Si non, le comportement était-il correct ?
Le registre de vaccination est rempli et tous les patients sont inscrits avec leur nom et leur adresse.		
De nouveaux carnets de vaccination sont fournis aux nouveau-nés et échangés contre les carnets des bébés venant pour leur première dose de DTC et d'hépatite B.		
Tous les enfants sont contrôlés avant de bénéficier des services (on devrait au moins vérifier leur âge et leur situation vaccinale).		
On explique aux mères quel vaccin est enregistré et à quelle date elle doit revenir pour la prochaine séance.		
L'aide-soignante/la sage-femme se lave les mains avant de commencer la séance de vaccination.		
Le vaccin est reconstitué correctement juste avant la séance de vaccination.		
Les enfants sont positionnés correctement pour les vaccinations.		
Le point d'injection est nettoyé avec de l'eau si nécessaire.		
La technique d'injection intradermique est correcte (une petite protubérance devrait apparaître au point d'injection).		
La technique d'injection sous-cutanée est correcte (dans le muscle deltoïde du bras).		
La technique d'injection intramusculaire est correcte (dans la face antérolatérale de la cuisse).		
Le vaccin polio oral est administré correctement.		
Aucun patient n'a été renvoyé pour cause de fausses contre-indications (maladies, fièvre, infections respiratoires, diarrhées).		
Les mères sont traitées avec respect.		
Les aiguilles et les seringues usagées sont immédiatement déposées dans la boîte de sécurité après utilisation (ne pas re-capoter les aiguilles).		
Les boîtes de sécurité sont remplies jusqu'au niveau approprié.		
Les boîtes de sécurité pleines sont mises au rebut en toute sécurité. (Vérifier personnellement le site et la méthode de mise au rebut).		

## Liste de contrôle du PEV pour la supervision de centres de santé<sup>4</sup>

Centre de santé : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

*Toute réponse négative signifie qu'il y a un problème qu'il faudra identifier.*

Superviser en INTERROGEANT LES AGENTS DE SANTE et EN EXAMINANT LES REGISTRES

1. La température du réfrigérateur a-t-elle été notée 2 fois par jour et est-elle restée entre +2 °C et +8 °C depuis la dernière visite ?  
Lecture de la température actuelle : \_\_\_\_\_  
Oui Non
2. Les stocks de vaccins ont-ils toujours été suffisants (c'est-à-dire suffisants mais pas en excès) depuis la dernière visite ?  
Oui Non
3. Toutes les séances de vaccination prévues (séances fixes et mobiles) ont-elles eu lieu depuis la dernière visite ?  
Oui Non
4. Les tableaux de contrôle de la vaccination sont-ils correctement utilisés et sont-ils à jour ?  
Oui Non
5. Les taux d'abandon ci-après sont-ils inférieurs à 10 % (entre VPO1 et VPO3, entre TT1 et TT2, et entre MV et BCG) ?  
Oui Non
6. Comparer la couverture vaccinale actuelle du centre de santé à ses objectifs annuels en matière de couverture. Le centre de santé peut-il atteindre ses objectifs en matière de couverture ?

	Oui	Non
Couverture BCG ?		
Couverture DPC3 ?		
Couverture VPO3 ?		
Couverture rougeole ?		
Couverture TT2+ ?		
Couverture "Protection depuis la naissance" ?		

7. Le nombre de cas de rougeole, de tétanos néonatal et de polio enregistrés lors des consultations correspond-il au nombre mentionné dans le rapport mensuel de surveillance ?  
Oui Non
8. Depuis la dernière visite, a-t-on enregistré 0 cas de polio ou de tétanos néonataux au centre de santé ?  
Oui Non
9. A-t-on enregistré des cas de rougeole depuis la dernière visite ?  
Oui Non
10. Les rapports de vaccination et de surveillance sont-ils transmis chaque mois au district à temps ?  
Oui Non
11. Notez-vous et signalez-vous les manifestations indésirables post-vaccination ?  
Oui Non

<sup>4</sup> Extrait de *Mid-Level Management Course for EPI Managers* avec la permission du Bureau Régional Africain de l'OMS. Veuillez contacter l'organisation pour de plus amples informations.



## Questions de la liste de contrôle de supervision pour réduire les taux d'abandon<sup>5</sup>

Les superviseurs peuvent se servir des questions ci-après comme liste de contrôle pour prendre des mesures :

- ❑ Qui *est servi par* le programme ?
- ❑ Les niveaux de vaccins sont-ils affichés au dispensaire ? Les taux d'abandon sont-ils calculés ? Les quartiers ayant une faible couverture sont-ils identifiés ?
- ❑ Qui *devrait être servi par* le programme ?
- ❑ Une carte de la circonscription médicale est-elle affichée de façon visible au dispensaire ? Le dispensaire peut-il donner des informations de base sur la population qu'il sert : nombre annuel de naissances, nombre d'enfants de moins d'un an, population des zones rurales et urbaines par village ou quartier ?
- ❑ Les maladies cibles se déclarent-elles ?
- ❑ Les courbes des maladies cibles du PEV sont-elles affichées au dispensaire ? Lorsque des cas de ces maladies se présentent, le personnel essaie-t-il de déterminer la raison pour laquelle les enfants n'ont pas été protégés ?
- ❑ Le matériel et les équipements sont-ils appropriés ?
- ❑ La température de chaque réfrigérateur est-elle vérifiée et notée quotidiennement ? Tous les chiffres sont-ils dans les limites acceptables ? Les séances de vaccination ont-elles été annulées pour insuffisance de matériel ? Y a-t-il des vaccins périmés ? Y a-t-il des abcès après la vaccination ?

---

<sup>5</sup> Extrait de *Making existing immunization services more efficient; Increasing immunization coverage by reducing drop-out rates* avec la permission de l'OMS-UNICEF. Veuillez contacter ces organisations pour de plus amples informations.

## Liste de contrôle pour améliorer la supervision : une approche basée sur l'équipe<sup>6</sup>

### Pour les responsables des dispensaires

- \_\_\_\_\_ Discuter avec votre superviseur des moyens de rendre la supervision plus efficace.
- \_\_\_\_\_ Solliciter la contribution du personnel de votre dispensaire quant à la façon dont on peut changer le système de supervision pour améliorer les prestations générales de la structure de santé.
- \_\_\_\_\_ Élaborer des lignes directrices avec votre superviseur pour l'introduction d'une approche de supervision basée sur l'équipe.
- \_\_\_\_\_ Créer un système de supervision d'équipe qui fonctionne entre les visites.
- \_\_\_\_\_ Décider avec votre personnel et votre superviseur des programmes d'éducation et de formation qui sont nécessaires pour améliorer les compétences cliniques et managériales.
- \_\_\_\_\_ Discuter des problèmes avec vos agents et travailler avec eux pour trouver des solutions.

### Pour les superviseurs

- \_\_\_\_\_ Mettre en place un système de supervision qui met l'accent sur la supervision des activités du dispensaire et la réalisation des objectifs de cette structure de santé, plutôt que sur les prestations quotidiennes et individuelles.
- \_\_\_\_\_ Discuter et convenir d'une approche en matière de supervision qui implique le responsable et le personnel du dispensaire en tant que membres de l'équipe de supervision.
- \_\_\_\_\_ Plaider en faveur des responsables et du personnel du dispensaire pour faire en sorte qu'ils puissent tirer profit des possibilités d'éducation et de formation.
- \_\_\_\_\_ Bien se préparer à une visite de supervision en étudiant les recommandations antérieures et les mesures prises pour appuyer les activités du dispensaire.
- \_\_\_\_\_ À la fin de chaque visite de supervision, préparer avec le responsable du dispensaire et le personnel une liste de mesures que vous acceptez de mettre en application avant la prochaine visite de supervision.
- \_\_\_\_\_ Vous engager à partager vos observations avec vos dispensaires de manière régulière et opportune.

---

<sup>6</sup> Extrait de *Improving Supervision: A Team Approach* avec la permission de Management Sciences for Health. Veuillez contacter cette organisation pour de plus amples informations.

Ministère de la Santé  
Centre National de Santé Maternelle et Infantile  
**I. Programme National de Vaccination**

Royaume du Cambodge  
Nation – Religion – Roi

Liste de contrôle pour la supervision du Programme de vaccination  
Province/Municipalité/District<sup>7</sup>

Nom du Superviseur : .....  
Province/Municipalité : ..... District concerné : .....  
Date de la supervision : ...../...../..... Date de la dernière supervision : .../...../...

**A- Vérification des activités de vaccination régulière :**

- 1- (Le nombre de personnes devant fournir une assistance technique pour le service de vaccination est-il égal au nombre prévu ?)  
\* Oui / Non
- 2- Les rapports des résultats sur les activités de vaccination ont-ils été transmis à temps par le district concerné ?  
\* Oui / Non
- 3- Les calculs effectués dans le rapport sur les résultats de vaccination sont-ils exacts ?  
\* Oui / Non
- 4- Les rapports sur les activités de vaccination sont-ils bien conservés et archivés ?  
\* Oui / Non
- 5- La courbe de suivi du taux de couverture des vaccinations a-t-elle été convenablement tracée tous les mois ?  
\* Oui / Non
- 6- Le taux de gaspillage de vaccins inférieur à 10 % a-t-il été vérifié ?
- BCG/ Rougeole Oui / Non
  - Polio 1 à 3 Oui / Non
  - DTC-HepB 1 à 3 Oui / Non
  - Tétanos 1 à 2 Oui / Non (grossesse)

7- Comparaison des résultats de vaccination :

Type de vaccin	Exécution	Plan annuel
BCG	.....%	.....%
DTC	.....%	.....%
Polio 3	.....%	.....%
Rougeole	.....%	.....%
TT2+	.....%	.....% (grossesse)
TT2+	.....%	.....% (pas de grossesse)

8- Ont-ils fait le PAB ? O/N

**B- Contrôle de la chaîne de froid, des vaccins et du matériel de vaccination :**

Nom de la personne responsable de la chaîne de froid : .....

- 9- Le réfrigérateur fonctionne-t-il et est-il bien entretenu ? O/N
- 10- Les vaccins sont-ils bien conservés ? O/N
- 11- Les vaccins conservés dans la chaîne de froid contiennent-ils des débris ou sont-ils congelés ? O/N
- 12- Les vaccins ont-ils une date de péremption ? O/N
- 13- Y a-t-il des flacons sans étiquette ? O/N
- 14- La PCV change-t-elle de couleur ? O/N

<sup>7</sup> Extrait de *Monitoring and Management Support Strategy* avec la permission du Programme National de Vaccination du Cambodge, Centre National SMI, Ministère de la Santé. Veuillez contacter ce Ministère pour de plus amples informations.

- 15- Conserve-t-on autre chose que des vaccins dans le réfrigérateur ? O/N
- 16- Y a-t-il un registre d'approvisionnement en vaccin et est-il correctement rempli ? O/N
- a- Vaccin ? O/N correct/incorrect
- b- Outils ? O/N correct/incorrect
- c- Comparez le nombre de vaccins du rapport mensuel avec le registre des stocks des trois derniers mois ? correct/incorrect

Vaccin	Flacon	Vaccin	Flacon
BCG.....dose		DTC.....dose	
Polio.....dose		Tétanos.....dose	
Rougeole.....dose		Hépatite B....dose	

d- Le nombre réel de vaccins utilisés au cours des trois derniers mois.

Vaccin	Flacon	Vaccin	Flacon
BCG.....dose		DTC.....dose	
Polio.....dose		Tétanos.....dose	
Rougeole.....dose		Hépatite B...dose	

- 17- Le moyen de transport à partir du magasin médical central est-il approprié, opportun et suffisant au cours du dernier trimestre ? correct/incorrect
- 18- Nombre de vaccins et de matériel reçus ayant été livrés au cours des 6 derniers mois.
- 19- Combien de districts dont les systèmes de rapport sur les vaccins et les outils, partant du niveau inférieur, sont appropriés et réguliers ? .....
- 20- De la dernière supervision à ce jour, y a-t-il jamais eu de rupture de stock ou de manquants :
- a- vaccin ? O/N
- b- outils ? O/N

Non	Vaccin & outils manquants	Quantité de vaccins manquants	Endroit où il y a une rupture de stock de vaccins.	Durée de la rupture du stock

**C- Contrôle de recherche sur les maladies :**

- 21- Au niveau provincial, y a-t-il des personnes chargées du suivi et des recherches sur les maladies ? O/N  
Nom du responsable : .....
- 22- Depuis la dernière supervision, les rapports mensuels sur le suivi, sur les recherches concernant les maladies du programme et les réactions consécutives à la vaccination ont-ils été transmis de façon appropriée et à temps ? O/N
- 23- Au niveau provincial, y a-t-il un tableau permettant de suivre la recherche sur les maladies et est-il bien rempli ? O/N
- 24- Y a-t-il une liste de cas de maladies au niveau provincial ? O/N
- 25- Depuis la dernière visite de supervision, y a-t-il eu des cas de maladies couverts par le programme et y a-t-il eu des réactions après la vaccination au niveau provincial ? O/N  
Si oui, précisez ci-après :

Nom des maladies	# de villages signalés	# de cas de maladies	# de décès
Polio			
Rougeole			
Nouveau-né vivant et décédé avant l'âge de 28 jours			
Tétanos pour le nourrisson			
Coqueluche			
Réaction après la vaccination			

- 26- Y a-t-il un tableau présentant les études sur les maladies et est-il correctement rempli ? O/N





Ministère de la Santé  
Centre National de Santé Maternelle et Infantile  
**I. Programme National de Vaccination**

Royaume du Cambodge  
Nation – Religion – Roi

Liste de contrôle pour la supervision du Programme de vaccination  
au niveau des centres de santé<sup>8</sup>

Nom du Superviseur : .....  
Province/Municipalité : ..... District concerné : .....  
Centre de santé : ..... Date de la supervision : ...../...../.....  
Date de la dernière supervision : .../...../.....

**Situation générale :**

# d'agents : ..... Villages couverts : ..... Population totale : .....  
Enfants cibles <1an.....

**II. Entretien avec le personnel de santé et vérification des rapports**

- 1- Le nombre de jours de vaccination effectués correspond-il au nombre de jours prévus ? \* Oui / Non  
2- La courbe de suivi du taux de couverture des vaccinations a-t-elle été convenablement tracée tous les mois ? \* Oui / Non  
3- Le taux de gaspillage de vaccins inférieur à 10 % a-t-il été vérifié ?  
- BCG/Rougeole Oui / Non  
- Polio 1 à 3 Oui / Non  
- DTC-HepB 1 à 3 Oui / Non  
- Tétanos 1à 2 Oui / Non (en grossesse)  
4- Comparaison des résultats de vaccination :

Type de vaccin	Exécution	Plan annuel
BCG	.....%	.....%
DTC 3	.....%	.....%
Polio 3	.....%	.....%
Rougeole	.....%	.....%
TT2+	.....%	.....% (grossesse)
TT2+	.....%	.....% (pas de grossesse)

- 5- Vérifiez le résultat de la vaccination figurant dans le rapport et comptez le nombre dans le registre de vaccination du mois précédent :

Type de vaccin	Dans les rapports	Dans le registre de vaccination	Correction
BCG			Oui / Non
Rougeole			Oui / Non
DTC3			Oui / Non
TT2+ (femmes enceintes)			Oui / Non

- 6- Y a-t-il un réfrigérateur ou une glacière convenable pour conserver les vaccins ? \* Oui / Non  
7- Le graphique de température de la chaîne de froid « du réfrigérateur ou de la glacière » a-t-il été correctement et régulièrement tracé tous les mois ? \* Oui / Non

<sup>8</sup> Extrait de *Monitoring and Management Support Strategy* avec la permission du Programme National de Vaccination du Cambodge, Centre National SMI, Ministère de la Santé. Veuillez contacter ce Ministère pour de plus amples informations.

- 8- Les vaccins ont-ils une date de péremption ?  
\* Oui / Non
- 9- Y a-t-il des flacons sans étiquette ?  
\* Oui / Non
- 10- La PCV change-t-elle de couleur ?  
\* Oui / Non
- 11- Conserve-t-on autre chose que des vaccins dans le réfrigérateur ?  
\* Oui / Non
- 12- Y a-t-il un registre de stock des vaccins et est-il correctement rempli ? \* Oui / Non  
a- Vaccin ? \*Oui / Non Correct / Incorrect  
b-Y a-t-il eu une rupture de stock de vaccins depuis le dernier suivi ?  
(manque de vaccins dans le réfrigérateur pendant plus d'un jour) \* Oui / Non  
c- Outils ? \*Oui / Non Correct / Incorrect
- 13- Y a-t-il eu des cas de maladies couverts par le programme et d'allergies après la vaccination, depuis la dernière visite de supervision au niveau du district ?  
\* Oui / Non  
Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Nom des maladies	Nombre de villages signalés	# cas de maladie
Polio		
Rougeole		
Décès de nouveau-nés après l'accouchement, avant 28 jours		
Tétanos néo-natal		
Coqueluche		
Allergie après la vaccination		

- 14- Planification des activités pour la distribution de la vitamine A :  
- Les enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont-ils reçu de la vitamine A comme prévu ? Oui / Non  
(.....%)  
- Les femmes qui allaitent (pendant les 2 premiers mois) ont-elles reçu de la vitamine A ? \* Oui / Non  
(.....%)
- 15- Y a-t-il des distributions de Mebendazol ? \* Oui / Non
- 16- Vous a-t-on alloué un budget pour les activités de vaccination depuis le dernier suivi ? \* Oui / Non
- 17- Avez-vous un « livre d'or » ? Les superviseurs l'ont-ils rempli pendant la visite de suivi ? \* Oui / Non

## II Observation des activités des agents pendant une séance de vaccination (Nom du site contrôlé .....

- 18- Les journées de vaccination sont-elles organisées régulièrement chaque mois ? \* Oui / Non
- 19- Les sites de vaccination sont-ils bien ombragés ? \* Oui / Non
- 20- Les fiches d'enregistrement ont-elles été convenablement remplies pendant la journée de vaccination ? \* Oui / Non
- 21- Le vaccin contenu dans le flacon est-il congelé avant sa destruction ? \* Oui / Non
- 22- Y a-t-il suffisamment de glace dans le récipient contenant les vaccins ? \* Oui / Non
- 23- Les vaccins sont-ils bien emballés ? \* Oui / Non
- 24- Utilise-t-on des vaccins qui ne sont pas encore expirés ? \* Oui / Non
- 25- Y a-t-il des flacons de vaccins sans étiquette ? \* Oui / Non
- 26- Le vaccin est-il bien mélangé ? \* Oui / Non
- 27- Les femmes et les enfants ont-ils été bien sélectionnés pour la vaccination ? \* Oui / Non
- 28- Les agents stérilisent-ils bien les seringues et les aiguilles pour la vaccination des femmes et des enfants ? \* Oui / Non
- 29- Font-ils l'injection sous cutanée du BCG dans l'épaule gauche ? \* Oui / Non
- 30- Font-ils des injections intramusculaires du DTC dans l'épaule gauche ? \* Oui / Non
- 31- Font-ils l'injection sous cutanée du vaccin contre la rougeole dans la cuisse ? \* Oui / Non
- 32- Administrer-ils la vitamine A aux enfants par voie orale en perçant et en pressant la capsule ? \* Oui / Non



Suggestion de la communauté : .....

Date: ...../...../.....

Nom et signature du Superviseur

Chef de Centre  
Chef section vaccination  
du centre de santé

## Annexe B. Modèle de budget de supervision

Les tableaux ci-après sont des modèles de planification et de calcul du coût des visites de supervision. Les distances, les taux des per diems et les coûts du carburant et de la maintenance figurent normalement dans les micro-plans des districts/des régions ou dans les budgets nationaux/de district.

**Tableau A : Coût du transport par visite de supervision**

A	B	C	D	E	F	G
District	Dist. Totale en kms	Coût du carbur. au km	Entretien au km	Coût du Transport pour la visite de supervision = (C+D) x A	Nombre de visites de supervision par an	Coût total du transport par an = E x F
District 1	4.460	49 CFA	60 CFA	486.140 CFA	3	1.458.420 CFA
District 2	4.200	49 CFA	60 CFA	457.800 CFA	4	1.831.200 CFA
District 3	22.512	49 CFA	60 CFA	2.453.808 CFA	3	7.361.424 CFA
District 4	4.200	49 CFA	60 CFA	457.800 CFA	3	1.373.400 CFA
District 5	4.620	49 CFA	60 CFA	503.580 CFA	4	2.014.320 CFA

**Tableau B : Coûts des per diems par visite de supervision**

A	B	C	D	E	F
District	taux du per diem	Nombre de jours de per diem par visite	Nombre de superviseurs par visite	Nombre de visites de superviseurs par an	Coûts total des per diems par an = B x C x D x E
District 1	5000 CFA	2	1	3	30.000 CFA
District 2	5000 CFA	2	1	4	40.000 CFA
District 3	5000 CFA	4	2	3	120.000 CFA
District 4	5000 CFA	2	1	3	30.000 CFA
District 5	5000 CFA	2	2	4	80.000 CFA

**Tableau C : Coûts total de supervision par an**

A	B	C	D
District	Coût total de transport par an (Tableau A, colonne G)	Coût total des per diems par an (Tableau B, colonne F)	Coût total de supervision par an = B+C
District 1	1.458.420 CFA	30.000 CFA	1.488.420 CFA
District 2	1.831.200 CFA	40.000 CFA	1.871.200 CFA
District 3	7.361.424 CFA	120.000 CFA	7.481.424 CFA
District 4	1.373.400 CFA	30.000 CFA	1.403.400 CFA
District 5	2.014.320 CFA	80.000 CFA	2.094.320 CFA

## **Annexe C. Rôles assignés à chaque niveau du système national de santé, en matière de supervision<sup>9</sup>**

### **Niveau national**

Les rôles du responsable national du PEV sont les suivants :

- Définition des critères et des normes de qualité et élaboration des directives techniques pour la mise en œuvre des politiques relatives au PEV.
- Diffusion de ces politiques et directives au niveau sous-national pour application (provinces, régions, districts, etc.)
- Formation du personnel sur la politique et les directives pour leur mise en application en vue de faciliter la bonne application des critères et des normes.
- Préparation d'une liste de contrôle de supervision pour les superviseurs du niveau central et sous-national pour garantir l'uniformité dans l'interprétation de la politique et son application correcte dans l'ensemble du pays.
- Élaboration d'un plan et d'un calendrier de supervision pour les visites.
- Retour d'informations sur les résultats de supervision, de façon individuelle et à travers des rapports de supervision, des bulletins ou circulaires.

Le rôle du responsable national du PEV consiste donc à veiller au respect des normes nationales en matière de PEV à tous les niveaux.

### **Niveaux locaux (régional, provincial et district)**

Le rôle du responsable local du PEV est d'assister les agents de santé travaillant sur le terrain à assurer des services de qualité. Les agents de santé intervenant à ce niveau rencontrent beaucoup de problèmes particulièrement lorsqu'ils sont affectés dans des endroits reculés où ils travaillent souvent seuls. Ils ont besoin d'aide pour planifier leur travail, de conseils techniques de formation pratique sur le terrain, de soutien pour gérer les plaintes et les problèmes disciplinaires, d'un bon leadership et d'une grande motivation.

À ce niveau, la supervision suppose par conséquent :

- La vérification de la conformité des objectifs au niveau inférieur aux objectifs nationaux.
- La détermination des actions menées à bien et l'encouragement du personnel à continuer à faire du bon travail.
- L'observation des procédures de vaccination sur les sites de vaccination pour voir si la population cible est vaccinée selon les directives du PEV.
- L'aide apportée au personnel pour identifier et résoudre les problèmes en adoptant une approche basée sur la formation en cours d'emploi.
- La fourniture d'un retour d'informations en personne ou à travers des lettres et dans des registres spéciaux de supervision.

<sup>9</sup> Extrait du *Module 21: Supervision for EPI Managers* avec la permission Bureau Régional Africain de l'OMS, Mid-Level Management Course for EPI Managers. Veuillez contacter cette organisation pour de plus amples informations.

## Annexe D. Propositions de plan de travail pour la prestation de services <sup>10</sup>

Les plans de travail ci-après peuvent être utilisés pour planifier les activités et pour effectuer le suivi des progrès accomplis..

Une fois qu'un superviseur a travaillé avec le personnel du centre de santé pour identifier les problèmes, il peut utiliser le plan de travail ci-après pour organiser la mise en œuvre des activités et les classer par ordre de priorité.

Activité	Personnes responsables	Objectif proposé	Prochaine évaluation
1)	•		
2)	•		
3)	•		

Exemple :

Activité	Personnes responsables	Objectif proposé	Prochaine évaluation
1) Rendre visites aux leaders communautaires pour discuter du meilleur calendrier vaccinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin</li> <li>• Vaccinateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des jours appropriés pour les séances de vaccination sont identifiés.</li> </ul>	15 mai 2001
2) Informer le personnel de santé sur le calendrier national de vaccination et les contre-indications des vaccinations.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe de gestion du District</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le personnel maîtrisera ce sujet.</li> </ul>	30 juillet 2001
3) Vérifier les carnets de vaccination et/ou les antécédents cliniques de tout enfant de moins de 5 ans se rendant à la structure de santé (quelle que soit la raison)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infirmier</li> <li>• L'aide-soignant</li> <li>• Le vaccinateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le registre, la mention « doit être vacciné » figurera en regard du nom de tous les enfants dont la situation vaccinale est incomplète .</li> <li>• Tous les enfants qui doivent être vaccinés le sont.</li> </ul>	20 mai 2001
4) Former le personnel à la communication inter-personnel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe de gestion de district</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout le personnel a une attitude amicale, chaleureuse et aimable***.</li> </ul>	30 Juillet 2001

<sup>10</sup> Extrait de *Making existing immunization services more efficient : Increasing immunization coverage by reducing drop-out rates* avec la permission de l'OMS- UNICEF. Veuillez contacter ces organisations pour de amples plus d'informations.



Format proposé pour la mise en œuvre de l'activité de suivi.

<b>Activité</b>	<b>Personnes responsables</b>	<b>% achevé</b>	<b>Obstacles à l'achèvement</b>	<b>Solutions</b>

## **Annexe E. Modèle de fiche d'exercice d'observation<sup>11</sup>**

Ce document est un exercice/fiche d'analyse de problèmes. Il comprend la liste des observations, les causes possibles ou probables du problème, les personnes qui devraient prendre des mesures et les solutions possibles/recommandées.

### Quelques observations d'une visite à ....., District....., (date)

1. Le mécanisme permettant de suivre/rechercher les personnes qui ont été oubliées ou qui ont abandonné n'est pas clair.
  
2. Aucun agent de santé publique de sexe masculin n'est impliqué du côté santé - possibilités ?
  
3. Pas de BCG depuis le 10 avril (6 semaines)  
Pas de distribution de vit A pendant la séance
  
4. Le registre de l'infirmière/sage-femme se limite à une session, ne peut pas permettre de suivre facilement les femmes/enfants.
  
5. Beaucoup de carnets de vaccination avec l'infirmière/sage-femme et ceux qui viennent pour la deuxième fois avaient des carnets. Les souches ont été enlevées par l'infirmière/sage-femme mais on ne sait pas très bien ce qu'elle en fait.
  
6. Stérilisation – nombre insuffisant d'aiguilles/seringues (réutilisation); aiguille laissée sur le flacon ; pas de seringue de reconstitution (de mélange) ; pas de porte-instrument dans le stérilisateur – infirmière/sage-femme a dit qu'elle l'a laissé à la matrone pour la stériliser car elle devait se dépêcher d'aller chercher les vaccins.

---

<sup>11</sup> Reproduit avec l'aimable autorisation de Alasdair Wylie, consultant en vaccination

## Annexe F. Matrice de compétences pour l'aide au suivi et à la gestion, pour les provinces et les districts<sup>12</sup>

RÔLES DE L'ÉQUIPE	TACHES	COMPÉTENCES REQUISES POUR ACCOMPLIR LA TACHE	NIVEAU DE CONNAISSANCES ET DE COMPÉTENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE POUR CHAQUE TACHE Élevé / moyen/ faible
<b>Chef d'équipe</b>	Diriger l'équipe Résoudre les problèmes Conseiller le PHD et l'OD en matière de solutions Suivre et élaborer les plans et CIP de santé Suivre la situation du financement de proximité Suivre l'activité des ONG	Direction d'une équipe Résolution de problèmes Connaissance du secteur de la santé et planification du PEV Rédaction de rapports Connaissance du système de financement du Ministère de la Santé	
<b>Information/ surveillance sanitaire</b>	Évaluer la couverture actuelle Suivre le rapport sur les maladies cibles Recommander les stratégies pour une meilleure couverture Réagir à une épidémie signalée.	Analyse des données Rapport sur les données Résolution des problèmes Réaction à une épidémie Rédaction de rapports	
<b>Logistique/ chaîne de froid</b>	Surveiller la chaîne de froid et signaler les problèmes Surveiller les stocks de vaccins Suivre la sécurité des injections	Sécurité des vaccinations Gestion des vaccins Principes de la chaîne de froid	
<b>HRD / IEC</b>	Évaluer les besoins en formation Effectuer le suivi des formations Évaluer les besoins en ressources humaines pour la vaccination Rapport sur MAPI Suivre l'impact du matériel d'IEC	Comment mener à bien un TNA Comment mener à bien une formation Suivi Comment planifier les ressources humaines pour la vaccination Connaissance du MAPI Comment réagir au MAPI	

<sup>12</sup> Extrait de *Monitoring and Management Support Strategy* avec la permission du Programme national de vaccination du Cambodge, Centre SMI, Ministère de la Santé. Veuillez contacter le Ministère pour de plus amples informations.

## **Annexe G. Modèle de graphique de suivi des taux d'abandon<sup>13</sup>**

---

<sup>13</sup> Avec l'autorisation du programme national de vaccination de l'Ouganda (UNEPI) et Dr Robert Steinglass

### Graphique de suivi du taux d'abandon, 200\_.

Sous-district sanitaire : \_\_\_\_\_

Centre de santé : \_\_\_\_\_

District : \_\_\_\_\_

		Mois											
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<b>DTC 1</b>	A. Mois												
	B. Cumul												
<b>DTC 3</b>	C. Mois												
	D. Cumul												
<b>E. Cumul des abandons</b> DTC 1 – DTC 3 (B - D)													
<b>F. Cumul des abandons %</b>													
<b>G. Graphique à barres</b>	60%												
	55%												
	50%												
	45%												
	40%												
	35%												
	30%												
	25%												
	20%												
	15%												
	<b>Bons résultats</b>	10%											
	<b>Taux d'abandon</b>	5%											
	<b>10% ou moins</b>	0%											
		- 5%											
		-10%											
	-15%												
	-20%												
	-30%												
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

**INSTRUCTIONS:**

- A. Entrer le total mensuel des vaccinations de **DTC1** administrées aux enfants de moins d'un an.
- B. Entrer le **total cumulé** de vaccins **DTC1** administrés. Le cumul inclut le total du mois en cours plus les totaux mensuels de tous les mois précédents, de l'année.
- C. Entrer le total mensuel des vaccinations de **DTC3** administrées aux enfants de moins d'un an.
- D. Entrer le total cumulé des vaccinations **DTC3** administrées.
- E. Soustraire le total cumulé pour le **DTC1** du total cumulé pour le **DTC3**. Il s'agit du nombre total cumulé d'abandons pour DTC1 au DTC3 pour l'année.
- F. Calculer le **taux d'abandon cumulé** comme indiqué ci-après :

$$\frac{\text{Total cumulé DTC1} - \text{total cumulé DTC3}}{\text{Total cumulé DTC1}} \times 100$$

G. Dresser le graphique du **taux d'abandon** en hachurant la zone jusqu'au chiffre correspondant au taux d'abandon sur le tableau.

**PLACER CE GRAPHIQUE DANS UN ENDROIT VISIBLE PAR TOUT LE PERSONNEL, TOUS LES JOURS !**

**04/02**

## Annexe H. Principaux indicateurs du programme de vaccination du GAVI<sup>14</sup>

Voici quelques indicateurs définis par le groupe de travail du GAVI dans sa publication intitulée « *Monitoring national immunization systems using core indicators* » (www.vaccinealliance.org). Pour les besoins de suivi des partenaires de l'alliance du GAVI, la durée de tous les indicateurs est d'une année civile. La supervision devrait surveiller et interpréter plus souvent les indicateurs des districts ou des sous-districts. Nous vous encourageons à adapter ces indicateurs aux besoins nationaux, des districts ou des sous-districts.

### OPÉRATIONS

#### Prestation de services

##### **Pourcentage de districts de votre pays ayant un taux de couverture de DTC3 $\geq$ 80 % chez les nourrissons.**

*Sous-fonction (domaine):* couverture

*Commentaire :* principaux moyens de mesure de l'efficacité et des résultats du système. Principal indicateur correspondant au jalon du GAVI : 'd'ici 2005, 80 % des pays en développement auront un taux de couverture de vaccination de routine d'au moins 80 % dans tous les districts. Du point de vue de l'équité, il permet d'identifier une zone géographique très prioritaire.

##### **Par exemple :**

- L'indicateur du pays pourrait être : « pourcentage de districts dans chaque quintil »
- Le pays ne soumettrait des rapports que sur un seul des indicateurs, « "le pourcentage de districts dans le quintil 80-100 % »

##### **Pourcentage de districts du pays ayant un taux de couverture pour le vaccin antirougeoleux de $\geq$ 90 % chez les enfants**

*Sous-fonction (domaine) :* couverture

*Commentaire :* principal indicateur pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité due à la rougeole; également souligné dans l'objectif du GAVI pour appuyer les cibles en matière de lutte accélérée contre la maladie, au niveau national et international.

##### **Pourcentage de districts du pays ayant un taux d'abandon (DTC1 à DTC3) de moins de 10 %.**

*Sous-fonction :* utilisation (*domaine*)

*Commentaire :* un indicateur majeur du taux d'utilisation des services existants. Permet de comparer le nombre de nourrissons qui ont commencé à être vaccinés avec ceux n'ont pas reçu leurs derniers vaccins. Peut refléter les problèmes d'approvisionnement, de dotation en personnel, de qualité de prestation de service et de demande.

<sup>14</sup> Extrait de *Monitoring national immunization systems using core indicators* avec la permission du groupe de travail du GAVI. Veuillez contacter cette organisation pour plus d'informations.

**Pourcentage de districts du pays ayant reçu une quantité suffisante de seringues auto-bloquantes (égale ou supérieure) pour toutes les vaccinations de routine pendant l'année.**

*Sous-fonction (domaine) :* sécurité des injections

*Commentaire :* cet indicateur reflète l'adoption d'une politique relative aux seringues auto-bloquantes (et l'évolution vers l'adoption de la déclaration conjointe OMS – UNICEF – UNFPA) et la pertinence de la gestion des stocks (achat et distribution du matériel approprié). Particulièrement important pour le suivi, puisque le fonds mondial pour les vaccins a décidé de fournir le matériel pour la sécurité des injections pour toutes les vaccinations des nourrissons.

**Logistique et chaîne de froid**

**Taux national de gaspillage pour le DTC et les nouveaux vaccins (hépatite B et Hib).**

*Sous-fonction (domaine) :* gestion des vaccins

*Commentaire :* important indicateur des exigences du GAVI concernant les nouveaux vaccins. L'interprétation se fera selon les divers facteurs qui déterminent le gaspillage de vaccin : la taille du flacon utilisé, l'adoption d'une politique de flacon entamé, etc. Le calcul du taux de gaspillage au niveau national doit être bien documenté..

Le taux de gaspillage de vaccin (%) = 100 – taux d'utilisation du vaccin

Où le taux d'utilisation du vaccin (%) =

Nombre de doses utilisées pour la vaccination / {(nombre de flacons ouverts pour l'utilisation + nombre de flacons non entamés jetés) \* nombre de doses par flacon }

**Approvisionnement en vaccins et qualité**

**Pourcentage de districts du pays n'ayant pas connu de ruptures de stock de vaccins pendant l'année.**

*sous-fonction (domaine) :* approvisionnement en vaccins

*Commentaire :* définition de la rupture de stock de vaccin = le magasin du district n'a plus de doses des vaccins utilisés dans le cadre du PEV, quelle que soit la durée. Ce qui précède est une indication de la gestion, du stockage et de la manipulation du vaccin.

**Surveillance et suivi**

**Pourcentage de rapports sur la surveillance épidémiologique préparés au niveau du district sur la surveillance épidémiologique et reçus au niveau national par rapport au nombre de rapports attendus**

*(Domaine) sous-fonction :* système de préparation des rapports

*Commentaire :* cet indicateur évalue l'exhaustivité du rapport, toutefois, il n'évalue ni la représentativité, ni la bonne présentation des rapports. Cet aspect est très important pour évaluer les informations provenant du système de préparation de rapports. Le rapport de surveillance épidémiologique du district est le rapport mensuel ou trimestriel qui doit préciser toutes les maladies pouvant être évitées grâce à la vaccination. Ce rapport n'est pas spécifique à une maladie.

### **Pourcentage de rapports sur la couverture au niveau du district, reçus au niveau national par rapport au nombre de rapports attendus**

*Sous-fonction (domaine) :* système de préparation des rapports

*Commentaire :* cet indicateur évalue l'exhaustivité du rapport, mais n'évalue ni la qualité des rapports à proprement parler, ni leur représentation (les structures de prestations de services). Cet aspect est très important pour évaluer les informations provenant du système de préparation de rapports.

### **Plaidoyer et communication**

#### **Existence d'un plan stratégique (annuel) avec un point focal identifié et un budget annuel**

*Sous-fonction (domaine) :* engagement politique

*Commentaire :* cet indicateur concerne les activités de plaidoyer et de communication proposées par un pays, mais ne donne pas d'indication sur la qualité des interventions. Le niveau de ressources alloué donne une indication sur l'engagement du gouvernement.

### **VIABILITÉ FINANCIÈRE**

#### **Dépenses récurrentes relatives à la vaccination et spécifiques au programme et financées par le gouvernement en millions de dollars US, par rapport aux dépenses totales du gouvernement.**

*Sous-fonction (domaine) :* durabilité financière

*Commentaire :* indique les efforts financiers consentis au niveau national pour la vaccination. On entend par « dépenses », les dépenses réelles et non les montants budgétisés ou planifiés.

Le terme « financées par le gouvernement » inclus les dépenses de l'État et celles des fonds empruntés. Le terme n'inclut pas les financements publics extérieurs, c'est-à-dire toute aide du fonds mondial pour la vaccination (GAVI) et toute subvention accordée par des agences bilatérales (DFID, JICA...) ou multilatérales (UNICEF, OMS...), aux gouvernements pour leurs services de vaccination.

Le terme « dépenses récurrentes spécifiques à un programme » inclut toutes les dépenses récurrentes relatives aux vaccins et au matériel; aux salaires et aux avantages du personnel travaillant exclusivement pour les programmes de vaccination ; au carburant, à l'entretien et aux per diem liés aux activités spécifiques à la vaccination. Ces dépenses ne comprennent pas les biens d'équipement (véhicules, matériel de la chaîne de froid, les bâtiments) et tout le personnel « commun » et autres intrants (les agents de santé qui font les vaccinations ainsi que les autres prestations de services et les salaires, les per diem et le carburant pour les superviseurs qui surveillent les vaccinations ainsi que les autres activités de prestation de service et de promotion de la santé).

Le dénominateur s'obtiendra séparément auprès d'autres sources internationales reconnues.

### **RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET INSTITUTIONNELLES**



### **Le pourcentage de districts où il y a eu au moins une visite de supervision dans toutes les structures de santé, au cours de l'année civile**

*Sous-fonction (domaine) :* supervision

*Commentaire :* indicateur extrêmement utile pour le renforcement des capacités. Même si une fois par an semble être la fréquence minimum en matière de supervision, les difficultés logistiques sur le terrain rendent difficile la réalisation de cet objectif (toutes les structures de santé une fois par an). La visite de supervision peut ne pas porter uniquement sur la vaccination, mais devrait comprendre la supervision des activités de vaccination.

#### **Par exemple :**

- L'indicateur pourrait être « le pourcentage de districts ayant reçu 4, 3, 2, 1, ou 0 visites de supervision au cours la dernière année calendaire »
- Le pays indiquerait uniquement une partie des indicateurs : tous les districts moins ceux se trouvant dans le groupe 0.

## **DÉVELOPPEMENT AU NIVEAU MANAGÉRIAL**

### **Le pourcentage de districts qui ont des micro plans qui comprennent les activités de vaccination.**

*Sous-fonction (domaine) :* planification stratégique

*Commentaire :* cet indicateur ne donne pas d'informations sur la qualité du plan ou sur la mesure dans laquelle les activités ont été mises en œuvre. Directives de référence : module « *Increasing immunization coverage at health facility level* » (améliorer la couverture vaccinale au niveau de la structure de santé).

### **Autres indicateurs clés pertinents pour mesurer l'évolution vers la réalisation des objectifs en matière de vaccination**<sup>15</sup>

#### *Politique de vaccination*

Pourcentage de pays où il y a des possibilités de recevoir une 2<sup>ème</sup> dose du vaccin contre la rougeole.

Pourcentage de pays combinant la distribution de vitamine A et la vaccination.

Pourcentage de pays où le taux de prévalence de Hib est élevé et qui ont introduit le vaccin contre cette maladie, dans la vaccination de routine.

Pourcentage de pays ayant introduit le vaccin contre l'hépatite B.

<sup>15</sup> La liste n'est pas exhaustive. Ces indicateurs clés sont ceux présentés dans l'ensemble de mesures de défense développées par les partenaires de l'alliance.

*Indicateurs de processus*

Pourcentage de pays ayant donné un retour d'information sur la vaccination au district au moins tous les trimestres.

Pourcentage de pays ayant un plan stratégique sur 3-5 ans pour le système national de vaccination.

Pourcentage de pays possédant un plan national annuel pour les services de vaccination.

Pourcentage de pays où la sécurité des injections fait partie du plan national de travail.

*Indicateurs de produit*

Pourcentage de pays ayant un taux de couverture HepB3  $\geq 80$  %.

*Indicateurs de résultat*

Pourcentage de pays où la poliomyélite est déclarée comme étant éradiquée.

Pourcentage de pays où le TMN est éliminé.

Nombre de districts considérés comme étant très menacés par le TMN (% de district ayant des cas  $< 1$  NT par 1000 naissances vivantes).



## **Annexe I. Rapport de synthèse de terrain sur la gestion sanitaire** <sup>16</sup>

Province \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

District \_\_\_\_\_

### **INFORMATIONS SANITAIRES**

#### Couverture

Quels sont les taux actuels de couverture pour le DTC3 ?

Sont-ils en augmentation par rapport au même trimestre de l'année passée ?

Raison du changement du taux de couverture :

Mesures prises au niveau de la province//du district :

#### **Mesures complémentaires nécessaires**

#### Maladies signalées (surveillance épidémiologique)

Quelles sont les maladies cibles signalées ?

Une épidémie a-t-elle été enregistrée au cours du dernier trimestre ?

Mesures prises au niveau de la province/du district :

#### **Mesures complémentaires nécessaires**

---

<sup>16</sup> Extrait de *Monitoring and Management Support Strategy* avec la permission du programme national de vaccination du cambodge, centre national SMI, Ministère de la Santé.

## **PLANIFICATION ET ÉVALUATION**

### Plan sectoriel de la santé et plan d'amélioration de la couverture

Des activités ont-elles été mises en œuvre au cours du dernier trimestre ?

Quels sont les principaux problèmes de la mise en œuvre ?

Causes :

Mesures prises au niveau de la province/du district :

### **Mesures complémentaires nécessaires**

### Supervision, évaluation post activité, audit de la qualité des données

La supervision est-elle régulièrement effectuée ?

Une évaluation post-activité a-t-elle été effectuée au cours du dernier trimestre ?

Résultat ?

Des problèmes majeurs ont-ils été identifiés pendant la supervision ?

Quelles sont les mesures prises au niveau de la province/du district/du centre de santé ?

### **Mesures complémentaires nécessaires**

## **FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

Quelle est la source de financement du PHD / OD ?

Les financements ont été débloqués selon les prévisions budgétaires au cours du dernier trimestre ?

Quels sont les problèmes posés par le déboursement ?

Quelles sont les causes du déboursement peu efficace des fonds ?

### **Indicateurs –**

% Fonds alloués à la province pendant l'année en cours

% Fonds alloués au district pendant l'année en cours

% Fonds budgétisés alloués aux centres de santé au cours de l'année en cours

Mesures prises au niveau de la province/district/CS

### **Mesures complémentaires nécessaires**

## **PRESTATION DE SERVICE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ**

Problèmes prioritaires

Chaîne de froid .....

Vaccins.....

Équipement.....

Transport.....

Sécurité de la vaccination .....

Causes

Mesures prises au niveau de la province/district

### **Mesures complémentaires nécessaires**

## **CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES**

Des effets indésirables ont-ils été signalés après la vaccination, au cours du dernier trimestre ?

Y a-t-il actuellement des points faibles ou des points forts dans les activités IEC ?

Quel niveau d'aide les autorités locales apportent-elles à la vaccination ?

Y a-t-il suffisamment de matériel pour l'éducation à la santé au niveau du PHD/OD/HC ?

Mesures prises au niveau de la province/district/HC

### **Mesures complémentaires nécessaires**

Formation organisée au cours du dernier trimestre :

Besoins en formation identifiés par les responsables :

Activités de suivi de la formation dispensée :

% de centres de santé ayant un personnel bien formé :

### **Mesures complémentaires nécessaires**

**Rapport rédigé par :**

**Rapport examiné par :**

**Rapport examiné par :**

**CHEF D'ÉQUIPE**

**RESPONSABLE RÉGIONAL**

**RESPONSABLE NIP**

**Date :**

**Cc :**

Directeur provincial de la santé  
Responsable provincial PEV

## **Annexe J. Sites Internet**

### **Management Sciences for Health – The Managers Electronic Resource Center**

Pour des informations sur la supervision formative et beaucoup d'autres questions managériales

[www.erc.msh.org](http://www.erc.msh.org)

### **EngenderHealth**

Pour des informations sur l'amélioration de la qualité et COPE®

[www.engenderhealth.org](http://www.engenderhealth.org)

### **Immunization Training Partnership (partenariat dans le domaine de la formation sur la vaccination)**

Pour des informations et du matériel relatifs aux activités de formation à la vaccination au niveau mondial.

[www.who.int/vaccines-diseases/epitraining](http://www.who.int/vaccines-diseases/epitraining)

### **PRIME II**

Pour la documentation sur la formation et la supervision

[www.prime2.org/prime2/section/60.html](http://www.prime2.org/prime2/section/60.html)

### **Children's Vaccine Program at PATH (programme pour la vaccination des enfants)**

Pour de la documentation sur la formation et la vaccination

[www.childrensvaccine.org](http://www.childrensvaccine.org)



## Références bibliographiques

Bradley, J. et al., *COPE<sup>®</sup> for Child Health in Kenya and Guinea: An Analysis of Service Quality*, EngenderHealth, New York, 2002.

Dohlie, MB. et al., "Empowering Frontline Staff to Improve the Quality of Family Planning Services: A Case Study in Tanzania", *Responding to Cairo, Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Population Council, New York, 2002.

Dohlie, M., *Supportive Supervision*, PRIME Pages, février 2002.

EngenderHealth, *Facilitative Supervision Handbook*, New York, 2001.

EngenderHealth, *Improving Provider Performance: Results from Guinea and Kenya*, 2002.

GAVI Implementation Task Force, *Monitoring National Immunization Systems Using Core Indicators*, novembre 2002.

Government of India, Child Health Division, Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, *Introduction of Hepatitis B Vaccine in the Universal Immunization Programme: A Handbook for Programme Managers & Medical Officers*, 2002.

Kim, Y.M. et al., *The Quality of Supervisor-provider Interactions in Zimbabwe*, Operations Research Results 1(5), USAID Quality Assurance Project, Bethesda, Maryland, 2000.

Kiran, V., *Supervision and Monitoring in AP Immunization Strengthening Program*, draft, novembre 2002.

Management Sciences for Health, *Improving Supervision: A Team Approach*, The Manager's Electronic Resource Center. Disponible en ligne à : [www.erc.msh.org](http://www.erc.msh.org).

Management Sciences for Health, *Lessons from the Field: Performance Improvement Case Study – ASHONPLAFA*. Disponible en ligne à : [www.pihealthcare.org](http://www.pihealthcare.org).

Management Sciences for Health, *Supervising and Supporting Your Staff*, The Manager's Electronic Resource Center. Disponible en ligne à : [www.erc.msh.org](http://www.erc.msh.org).

Marquez, L. and L. Kean, *Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems*, Maximizing Access and Quality Initiative, MAQ Paper No. 4, USAID, Washington, DC, 2002. Disponible en ligne à : [www.maqweb.org/maqdoc/MAQno4final.pdf](http://www.maqweb.org/maqdoc/MAQno4final.pdf)

McMahon, R. et al., *On Being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1992.

Mutabaruka, E. et al., *Integrated Training and Supportive Supervision: A Challenge to Improved Quality of Health Services in Countries*, 2002.

Mutombo M., *Supervision du PEV* (communication), novembre 2002.

National Immunisation Program, National MCH Centre, Ministry of Health, Cambodia,  
*Monitoring and Management Support Strategy, Immunisation Coverage Improvement*,  
Cambodia, June 2003.

PRIME II, *Stages, Steps and Tools: A Practical Guide to Facilitate Improved Performance of  
Healthcare Providers Worldwide*, 2003.

PRIME II, *Transfer of Learning: A Guide to Strengthening the Performance of Health Care  
Workers*, 2003.

Salem, B. et al., *Facilitative Supervision: A Vital Link in Quality Reproductive Health Service  
Delivery*, AVSC Working Paper No. 10, août 1996.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Immunization in Practice* (version 4 non publiée),  
March 2003.

OMS, *Module 21: Supervision for EPI Managers*, Mid-Level Management Course for EPI  
Managers, Preliminary version, Bureau Régional africain, mars 2003.

OMS, *Supervision: An Under-utilized Management Tool to Identify Risk Areas*, EPI  
Newsletter – Expanded Program on Immunization in the Americas, Volume XXIV, Numéro  
5, octobre 2002.

OMS, *Supportive Supervision* (Communication), Meeting of the GAVI Implementation Task  
Force on Supportive Supervision, Genève, octobre 15-17, 2002.

OMS-UNICEF, *Making Existing Immunization Services More Efficient: Increasing  
Immunization Coverage by Reducing Drop-out Rates*, 2003.

Banque mondiale, “Designing an ECD Program – Planning and Evaluation – Supervision”,  
*Early Childhood Development Program Guide* (en préparation), disponible en ligne à :  
<http://www.worldbank.org/children/programdesign/supervision2.html>