RAPPORT TECHNIQUE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION PREVENTIVE CONTRE LA ROUGEOLE-RUBEOLE AU SAO TOME ET PRINCIPE EN 2016

(Programme national du PEV à remplir et à soumettre à l'UNICEF et l'OMS dans les 4 semaines de la fin des AVS)

1. Pays:*	**REPUBLIQUE DU SAO TOME ET PRINCIPE**
2. Dates des AVS:	**5 au 9 DECEMBRE 2016**
3. Provinces cibles (si ce n'est pas une activité à l'échelle nationale):	***CAMPAGNE NATIONALE***

4. Population cible, nombre atteint, et % de couverture pour le vaccin rougeole / rougeole-rubéole au niveau du premier niveau sou-national (par exemple, région / province).

Merci d'envoyer avec le rapport un fichier Excel avec les détails par district (Zones de santé)

	Vaccin rougeole								
a. Province / Région/District	b. Tranche d'Age cible	c. Population cible	Nombre vacciné	Couverture Admin	Nombre (et %age) des districts avec un taux couv. ≥95%	Couverture selon l'enquête de couverture (si disponible)	Taux de perte	Nombre de MAPI sévère	Nombre de MAPI sévère attribué à l'AVS
AGUA GRANDE	9 mois-14 ans	27945	26932	96,4%	1		1%	0	
MÈ-ZOCHI	9 mois-14 ans	18225	18 174	99,7%	1		1%	0	
LOBATA	9 mois-14 ans	7886	9 289	117,8%	1		2%	0	
CANTAGALO	9 mois-14 ans	6962	7 200	103,4%	1		2%	1	
LEMBA	9 mois-14 ans	5862	6 491	110,7%	1		3%	0	
CAUÈ	9 mois-14 ans	2557	2 787	109,0%	1		5%	0	
PRINCIPE	9 mois-14 ans	2126	3 533	117,3%	1		2%	0	
SAO TOME ET PRINCIPE	9 mois-14 ans	77449	**74 406**	**102,7%**	7(100%)		1%	1	

4a. Nombre et proportion de districts avec la couverture vaccinale anti rougeoleuse et rubéoleuse administrative >95% au cours des AVS	***Tous les 7 districts de santé de Sao Tomé et Principe ont eu une couverture vaccinale administrative ≥95% soit 100% des DS.***

5. Population cible, nombre atteint, et % de couverture pour les autres interventions données lors de l'AVS, au niveau du premier niveau sous-national (par exemple, région / province).

Merci d'envoyer avec le rapport un fichier Excel avec les détails par district et par intervention.

	< nom de l'intervention >*					
Province / Région	Tranche d'Age cible	Population cible	Nombre vacciné	Couverture Admin	Nombre (et %age) des districts avec un taux couv. ≥95%	Couverture selon l'enquête de couverture (si disponible)
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Total Pays						

*Merci de compléter de faire une copie du tableau et le remplir pour chaque intervention intégrée avec la vaccination contre la rougeole *Pour cette campagne de vaccination contre la rougeole et rubéole, il n'y a pas eu d'intégration avec une autre intervention majeure de Santé Publique*.*

6. Nombre (numérateur et dénominateur) et % des sites/localités monitorées avec plus de 10% des enfants non atteints durant le monitorage end-process	*Sur les 168 localités monitorées, aucun n'a eu plus de 10% des enfants non atteints.*

7. Coût des AVS et montant des ressources financières mobilisées dans le pays (en US$).

Catégorie de dépenses	Budget	Contribution gouvernementale	Gavi	Contribution A UNICEF	Contribution B OMS	Total des contributions
Coût pour les vaccins et les matériels d'injection				**0**		
Coûts opérationnels		**0**	**$ 3 154 246.48**	**$558,462**	**$ 137,134**	**$ 3 849 842,48**
Activités pour le renforcement de la vaccination de routine system* (le cas échéant)	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total			**$ 3 154 246.48**	**$558,462**	**$ 137 134**	**$ 3 849 842,48**

* cette ligne concerne les montants pour les activités menées lors de l'AVS qui visent le renforcement de la routine. Un exemple: le coût d'une journée supplémentaire lors de la formation sur les activités de la routine.

** ajouter des colonnes supplémentaires pour les contributions des bailleurs de fonds s'il existe plus de 2 bailleurs

7b. L'utilisation des ressources: Coût / enfant vacciné (tous coûts compris)	***1,04$ US***
8. Moment de la disponibilité du financement des bailleurs de fonds (par exemple GAVI / IRM) au niveau national par rapport à la date de début des AVS.	***L'argent est arrivé au pays depuis le mois de juillet 2016***
9. Moment de la disponibilité des fonds opérationnels au niveau du district par rapport à la date de début des AVS.	*Les fonds ont été rendu disponibles au niveau des districts de Santé dans le délai soit 2-4 jours avant la mise en œuvre de la campagne*

10. Quand le plan de la logistique national a-t-il été achevé par rapport à la date de début des AVS?	Le plan logistique au niveau central a été élaboré en septembre 2016 soit quatre mois avant la mise en œuvre de la campagne
11. Moment de l'achèvement des ateliers de micro planification au niveau district par rapport à la date de début des AVS.	Les micros plans de Districts de Santé ont été élaborés et validé en février-mars 2016
12. Le niveau de préparation des AVS a-t-il été évalué au niveau national en utilisant l'outil standard pour évaluer l'état de préparation à 12, 9, 6, 3 et 2 mois avant la date de début de la AVS? Sinon, à quel moment a été évalué le niveau de préparation des AVS au niveau national?	*L'outil standard de monitorage de la campagne a été utilisé au niveau central pour évaluer le niveau des préparatifs de la campagne à 1 mois, à 2 semaines et à une semaine de la mise en œuvre de la campagne.*
13. Quel est le pourcentage des districts qui a mené des évaluations de préparation au moins deux fois dans les 8 semaines avant les AVS?	***Tous les 7 districts de Santé soit 100%,*** *ont mené des évaluations à 1 mois de la campagne avec l'appui du niveau central.*
14. Quel est le pourcentage de districts qui avaient planifié les quantités de vaccins et intrants au moins 2 semaines avant le début des AVS?	***Tous les 7 districts de Santé soit 100%,*** *ont planifié les quantités de vaccins et autres intrants selon leurs besoins requis lors de la micro planification soit six mois avant la mise en œuvre de la campagne. Ces besoins ont été pris en compte lors de la mise en œuvre de la campagne par le niveau central lors de l'approvisionnement en vaccins.*
15. Nombre de postes de vaccination réellement opérationnels au cours des AVS.	***X*** *sites de vaccination ont été opérationnels lors de la campagne de vaccination dans les 7 districts de santé*
16. Nombre d'équipes de vaccination (y compris le nombre d'agents de santé par équipe) effectivement déployées au cours des AVS.	*La campagne a eu à utiliser 182 vaccinateurs, 91 volontaires, et 91 mobilisateurs.*
17. Nombre de superviseurs effectivement déployés au cours des AVS.	***x superviseurs toute tendance confondue (MSP, Partenaires)*** *ont été déployés sur terrain pour accompagner les équipes de vaccination dans la mise en œuvre de la campagne à tous les niveaux.*
18. Nombre de volontaires effectivement déployés au cours de l'AVS: • Nb volontaires Croix Rouge • Nb volontaires LDS • Nb volontaires Lions Nb d'autres volontaires (préciser)	***91 volontaires*** *toutes tendances confondues, qui ont appuyé la campagne dans la mobilisation sociale*
19. Quel est le nombre et le pourcentage de sites fixes de vaccination évalués au cours des AVS qui avait une chaîne de froid (réfrigérateurs surveillés quotidiennement et des températures comprises entre 2 et 8 ^{o}C)?	*Cette activité a été suivie sur terrain car faisant partie des éléments du check list de supervision des sites, il n'y avait pas de directive pour la remontée de ces données vers le niveau national.*
20. Quel est le nombre et le pourcentage d'enfants non vaccinés détectés au cours de la campagne par l'ERC (in process)?	*Les données sur les enfants non vaccinés pendant la campagne (in process) sont ainsi présentés par district de santé :*

21. Décrire les stratégies employées pour identifier et traiter les enfants difficiles à atteindre, y compris les descriptions de la taille de ces populations et les expériences dans les activités de vaccination supplémentaires	**1) *Identification des enfants difficiles a atteindre*** *- Prise en compte des enfants difficiles à atteindre lors de la micro planification avec identification des zones d'accès difficile selon les spécificités de chaque District de Santé* - *Etablissement de la cartographie des populations d'accès difficile et de leur plan de couverture par District de Santé* - *Etablissement de la cartographie des populations spécifiques et plan de couvertures* ***2) Stratégies pour atteindre ces enfants*** *- Implication et participation effective des mobilisateurs sociaux dans l'identification et le plaidoyer de proximité auprès des parents et gardiens d'enfants* *- Sensibilisation de la communauté à travers :* • *les messages diffusés par les radios et TV nationales* • *les SMS envoyés par UNITEL* - *Lancement de la campagne par le Président de la République* - *Implication les différents leaders des communautés dans la sensibilisation*
22. Commentaire sur les MAPI graves observées ou rapportées (le nombre de MAPI devrait déjà être inclus dans le tableau pour la question Q4).	*Les vaccins utilisés au cours de la campagne étaient munis d'une PCV qui était dans tous les districts de santé au stade 1.* ***4 Cas de MAPI ont été notifiés parmi lesquels 1** cas de MAPI graves. Aucun décès n'a été enregistré et les investigations sont en cours.*
Questions 23-30 ci-dessous portent sur les activités menées au cours de la planification et de préparation des AVS et sur toutes les activités prévues pour après les AVS pour améliorer la vaccination systématique.	
23. Y at-il un point focal national / régional affecté pour s'assurer que les AVS sont utilisées pour renforcer les systèmes ?	*Au niveau national, la Directrice du PEV assure la coordination générale des AVS, tandis que le Logisticien national de la rougeole assure la coordination de la planification, de la mise en œuvre, des évaluations et des aspects opérationnels des AVS. Au niveau des districts de santé, les Délégués des Districts de Santé prennent le relais. C'est dans ce cadre que le système sanitaire est renforcé à travers les axes stratégiques suivants :* *- Renforcement des capacités existantes à tous les niveaux lors du briefing et des supervisions* *- Mise en place de Kits de médicaments de prise en charge des MAPI dans tous les districts de santé*
24. Y at-il un plan budgétisé pour le renforcement des activités de vaccination de routine avant, pendant et après la AVS?	*Le système de vaccination du Sao Tomé et Principe présente des meilleures performances dans tous les antigènes. Il est question de consolider les acquis*
25. Est-ce que la formation lors des AVS englobe la formation sur le PEV au-delà de rougeole-rubéole? Décrire les éléments supplémentaires inclus dans la formation et le nombre d'agents de santé formés.	*Au-delà des informations données sur les orientations de la campagne (aspects généraux de planification des campagnes de vaccination, gestion des intrants, supervision des équipes de vaccination, gestion des MAPI, Gestions des déchets communication….) le contenu de la formation prend en compte le volet PEV de routine notamment la récupération des enfants non*

	vaccinés de la routine au cours de l'AVS *Le nombre total des personnes formées est de 227 toutes tendances confondues (superviseurs, vaccinateurs et volontaires)*
26. Quelles améliorations la chaîne du froid ont été notés dans la préparation de la AVS (# de réfrigérateurs rénové, # réfrigérateurs achetés, les transporteurs de vaccins achetés #, etc.)?	*Une évaluation de la capacité de la chaine du froid a été réalisée dans tous les districts de santé et a permis d'adapter le plan logistique aux besoins de stockage occasionnés par la campagne aux capacités disponibles par niveau.*
27. Quelles améliorations ont été apportées dans la gestion des déchets (# des incinérateurs construits, # fosses d'élimination, des déchets etc.)?	*Au cours de la campagne une stratégie de collecte de déchets et de centralisation des boites de sécurité au niveau des districts de santé pendant la campagne suivi de leur destruction dans des points d'incinération qui ont été identifiés par chaque district de santé selon les méthodes retenues par la commission technique et partagées avec les districts de santé sous-forme d'instruction*
28. Est-ce que la mobilisation sociale avait des messages sur la vaccination de routine?	*Les AVS ont été une occasion pour briefer les Délégués des districts de santé pour la consolidation des acquis.*
29. Y a-t-il un plan pour utiliser les micros plans des AVS pour la mise à jour des micros plans de la vaccination de routine au niveau des centres de santé?	*Après les AVS, la micro-planification du PEV de routine prend en compte le suivi des enfants récupérés qui étaient non ou insuffisamment vaccinés en PEV. Le canevas de micro plan utilisé était intégré.*
30. Les AVS sont-elles été utilisées pour améliorer la surveillance de la rougeole? Est-ce que la formation lors des AVS comprenait la surveillance de la rougeole (et la rubéole si un MR AVS) et / ou la surveillance des MAPI? Expliquez.	*La campagne a été mise à profit pour renforcer la surveillance active des cas de PFA, rougeole, tétanos, FJ et MAPI. Au préalable un volet important a porté sur la surveillance de la rougeole et de la rubéole ainsi que la gestion des MAPI lors du briefing des superviseurs centraux, des superviseurs de proximité et des prestataires.* *Le module sur la gestion des MAPI faisait partie du paquet de formation sur la mise en œuvre de la campagne.* *Une formation spécifique portant sur la pharmacovigilance dans le cadre de la surveillance des MAPI a été dispensée aux points focaux MAPI.*
31. Nombre et pourcentage de districts ciblés qui ont au moins une zone monitorée par l'Enquête Rapide de Convenance pendant ou après l'AVS?	*Tous les 7 districts de santé de Sao Tomé et Principe (soit 100 %) ont au moins une localité monitorée par l'Enquête Rapide de Convenance et/ou le monitorage indépendant pendant ou après la campagne*
32. Quel est le nombre et le pourcentage d'enfants non vaccinés détectés au cours du monitorage indépendant post-campagne?	***X*** *enfants sur Y enfants enquêtés dans les ménages et hors des ménages n'ont pas été vaccinés, soit Z % des enfants enquêtés au cours du monitorage indépendant post-campagne*
33. Des activités de ratissage sont-elles été organisées, et sur quelle base a été fait le choix des zones de ratissage ? (Donnez le nombre	*Tous les 7 districts de santé avaient des taux de*

<table>
<tr><td>d'enfants ciblés pour le ratissage et la proportion atteinte; expliquez comment les ressources ont été organisées.)</td><td>couverture supérieurs à 95%. Des ratissages n'ont pas été organisés</td></tr>
<tr><td>34. Quel est le nombre et le pourcentage de zones enquêtées montrant <90% du total des enfants devant bénéficier des mesures correctrices (par exemple des activités de vaccination de ratissage) prises dans la semaine qui suit la fin des AVS?</td><td>Aucun</td></tr>
<tr><td>35. Quelles sont les cinq principales raisons de non-vaccination des enfants au cours des AVS?</td><td>Les cinq principales raisons de non-vaccination des enfants au cours des AVS selon les résultats du monitorage rapide en post campagne sont :
<table><tr><th>Raisons de non vaccination, résultats du MRC</th><th>%</th></tr><tr><td>Enfant était absent / loin de la maison</td><td>X%</td></tr><tr><td>J'ignore qu'il y a une campagne / ne connais pas l'emplacement du site de vaccination</td><td>X%</td></tr><tr><td>Planifier d'aller plus tard aujourd'hui / demain</td><td>X%</td></tr><tr><td>Refus</td><td>X%</td></tr><tr><td>Enfant a été déjà vacciné</td><td>X%</td></tr></table>Les principales causes de refus chez les enfants non vaccinés sont : Enfant était malade (X%) ; Peur du vaccin (X%) ; Croyances religieuses (X%).</td></tr>
<tr><td>36. Mettez en exergue les trois problèmes majeurs qui se sont produits au cours de ces AVS et la façon dont ils ont été traités.</td><td>PROBLEME 1 : Existence de zones mal vaccinées révélées par le monitorage indépendant après la campagne, tandis que le ratissage est faiblement documenté

PROBLEME 2 : Pendant la campagne, la mise en œuvre de l'enquête rapide de convenance par les superviseurs et/ou la soumission des résultats au CLC n'a pas été systématique dans toutes les ZS. Par conséquent, dans certaines ZS, les résultats du monitorage ne sont pas pris en compte pour l'amélioration de la qualité de la campagne

PROBLEME 3 : Le temps imparti au briefing des superviseurs centraux est trop court, c'est pourquoi les aspects pratiques (démonstrations et jeux de rôle) faites en fin de session sont bâclés.</td></tr>
<tr><td>37. Mettez en exergue les trois réalisations majeures au cours de cette AVS (y compris les meilleures pratiques pertinentes et / ou des approches novatrices utilisées).</td><td>REALISATION 1 : Mise en place à temps des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de la campagne et démarrage effectif de la vaccination aux dates prévues dans l'ensemble des districts de santé

REALISATION 2 : Distribution à temps des intrants dans</td></tr>
</table>

	les sites de stockage
38. S'il vous plaît indiquer cinq principales leçons apprises qui doivent être prises en compte lors de la planification des AVS futures.	*La non utilisation systématique et régulière de l'outil de monitorage des préparatifs de la campagne (readiness assessment tool) dans les districts de santé a rendu difficile le suivi au niveau central de l'évolution des préparatifs dans le temps et dans l'espace* *Le lancement de la campagne par le Président de la République a été un signal et a permis de renforcer la confiance de la population*