



Rechercher sur le site:

Recherche Google

 Web Memoire Online[Consulter les autres mémoires](#) [Publier un mémoire](#) [Une page au hasard](#)

Monitorage des activités de vaccination systématique dans la ville de Kisangani

par Guilaine Vihamba Kombi

Institut Supérieur de Techniques Médicales de Kisangani

Traductions: Original: [fr](#) Source:

[Disponible en mode multipage](#)

INTRODUCTION

0.1. PROBLEMATIQUE

Alors que l'assemblée mondiale de la santé annonçait en 1980 l'éradication de la variole, les scientifiques avaient d'ores et déjà mis au point des vaccins pour lutter contre plusieurs autres maladies. De ce fait ; la vaccination devenait l'une des mesures préventives les plus importantes en matière de soins de santé. Car un concept fondamental de la santé publique affirme que toute personne protégée contre une maladie à la suite d'une immunisation devienne de ce fait moins susceptible de transmettre la maladie concernée à autrui. Les personnes immunisées, à condition bien sûr que le nombre de ces personnes immunisées ait atteint un certain niveau. Donc une couverture adéquate peut aider à protéger les personnes non immunisées. (USAID et all, 2006, p. 16 et 18).

Lorsque la couverture vaccinale diminue, les maladies évitables par la vaccination reviennent en force. Au Japon, la couverture vaccinale contre la coqueluche est passée de 90 % à moins de 40 % à cause des craintes suscitées dans la population par le décès de deux nourrissons après qu'ils eurent reçu le vaccin DTC. Avant cette baisse de la couverture, on dénombrait de 200 à 400 cas de coqueluche chaque année au Japon. Entre 1976 et 1979, à la suite de chute marquée de la couverture vaccinale, on a recensé 13 000 cas de coqueluche, dont plus de 100 se sont soldés par un décès (UNICEF, 2006, p. 32).

En Irlande, la couverture vaccinale contre la rougeole est tombée à 76 % après allégations concernant un lien avec l'autisme. Le nombre de cas de rougeole est passé de 148 en 1999 à 1200 en 2000, et plusieurs enfants sont morts des suites de complications de la maladie. (UNICEF, 2006, p. 32).

Dans les formations sanitaires, plusieurs activités sont menées chaque jour de la semaine (commande de vaccin, planification des sessions de vaccination, sensibilisation de la communauté pour les activités). Pendant ce temps, des difficultés de tout ordre peuvent survenir et entraver la bonne marche des activités empêchant ainsi l'atteinte des objectifs fixés.

Ainsi, pour identifier des problèmes au fur et à mesure qu'ils se posent et choisir les stratégies correctrices à mettre en oeuvre au niveau local, et il serait indiqué d'assurer un suivi continu de ces activités. (Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo, 2001, p. 1 et 2).

A l'époque de l'éradication de la variole, la couverture vaccinale de base n'était que de 5 % dans les pays en développement alors que l'objectif poursuivi était de protéger

chaque enfant contre des maladies de l'enfance telles que la tuberculose, la polio, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la rougeole, dès l'âge d'un an et chaque femme et ses nouveau-nés du tétanos. (USAID et al, 2006, p. 20).

Les pays en développement ont déployés des efforts remarquables au cours de ces dernières années, dans le cadre de programmes nationaux de vaccination, pour atteindre l'objectif du PEV grâce notamment au soutien des organismes internationaux donc l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Fonds de Nations Unies pour le Développement International (USAID). Dès 1990, la couverture moyenne rapprochée pour les six antigènes dépassait 70%. Cette augmentation de la couverture vaccinale allait ensuite entrainer le déclin marqué de l'incidence des maladies évitables par la vaccination. (USAID et al, 2006, p. 20).

Avec la couverture optimale des années 1990, nombreux organismes internationaux ont cru que la mission avait été accomplie et certains donateurs se sont simplement lassés des programmes d'immunisation. Après avoir constaté le déclin de l'incidence des maladies évitables par la vaccination, ils ont choisi de réaffecter leurs ressources à d'autres priorités en matière de santé. Le fait que les enfants non encore immunisés aient été pour la plupart difficiles à atteindre en raison de leur peu de contacts avec les services de santé courants fut un autre facteur contributif.

L'aggravation de la situation en fin des années 1990 a semé l'émoi au sein de la communauté de santé publique. A l'aube du nouveau millénaire, gouvernements et partenaires ont réitéré leur engagement envers les services de vaccination de routine. (USAID et al, 2006, p. 22).

Bien que l'immunisation ait eu un impact considérable sur la morbidité et la mortalité infantile, elle n'a pas atteint son plein potentiel. Les millions d'enfants meurent encore à chaque année de suite des maladies évitables par la vaccination.

Les facteurs à la base de cette situation sont : la non utilisation de service, rupture des stocks, mauvaise sensibilisation, mauvais pointage, manque d'accueil pour les mamans qui venaient avec leurs enfants à consultation préscolaire.

C'est ainsi que nous nous sommes posé la question de déterminer les déterminants de la couverture vaccinale dans la ville de Kisangani par une étude sur le monitoring des activités vaccinales.

0.2. OBJECTIFS

L'objectif général est de monitorer les activités vaccinales dans les formations sanitaires de la ville de Kisangani. Tandis que l'objectif spécifique consiste à identifier les entraves dans la réalisation harmonieuse des activités.

0.3. HYPOTHESES

En égard à notre problématique et notre objectif poursuivi, nous formulons l'hypothèse comme suit :

La non accessibilité géographique et la non utilisation de services seraient les goulots d'étranglement de non atteinte des objectifs fixés.

0.4. DELIMITATION ET INTERET DU TRAVAIL

L'intérêt que nous accordons à ce travail est que celui-ci rappelle au personnel de santé leurs obligations relatives d'effectuer un suivi régulier pour chaque activité de vaccination de routine.

Son importance est le fait que ce travail vise à détecter en temps les problèmes de fonctionnement d'un programme et y apporter les actions correctrices nécessaires. Il permet de s'assurer également que les activités se déroulent comme prévues, que les ressources engagées sont utilisées et que le programme progresse conformément aux objectifs.

A l'ère actuelle, les exigences de transparence et de bonne gouvernance imposent la mise en place des bons systèmes de monitoring pour les programmes de santé au delà des aspects purement techniques afin de garantir les continuités de financement (I.S. Fall & Coll, 2005, p. 184).

En Afrique subsaharienne, le monitoring et l'évaluation n'échappent pas aux problèmes que rencontre le système de santé. En effet le volet monitoring et l'évaluation est souvent faible dans les programmes de santé, compromettant la possibilité de mesurer leur succès ou échecs (I.S. Foll & coll, 2005, p. 184).

La composante monitoring et évaluation est souvent négligée lors de l'élaboration des programmes et les personnes impliquées ne se posent pas la question de savoir comment les performances seront et comment les effets et l'impact seront mesurés. Dans ce cas, bien entendu, les activités et les ressources nécessaires pour le Monitoring et l'évaluation ne sont pas prises en compte et on attend la fin d'un cycle du programme pour décider de son évaluation.

Dans ce cas de figure, les outils permettant de mesurer l'atteinte des objectifs d'un programme ne sont souvent pas disponibles (I.S. Fall & coll, 2005, p. 185).

Notre étude portant sur le monitoring des activités de vaccination systématique chez les enfants de moins d'un an se limite dans la ville de Kisangani.

0.5. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Outre l'introduction et la conclusion, notre étude est subdivisée en quatre chapitres. Le premier chapitre traite des généralités alors que le deuxième porte sur la méthodologie de notre recherche. Le troisième chapitre est consacré aux résultats et le quatrième chapitre s'intéresse aux discussions et commentaires des résultats.

CHAP. I : GENERALITES

I.1. DEFINITION DES CONCEPTS

a. Monitoring

Par monitoring, il faut comprendre le suivi systématique de la mise en oeuvre des activités planifiées, du processus et des résultats (services produits) en rapport avec les intrants utilisés. (I.S. Fall & Coll, 2005, p. 184).

b. Activité

Une activité est une occupation d'une personne. Elle est aussi l'ensemble des manifestations psychomotrices d'un sujet considérées sous l'angle de la puissance, de la cadence et de l'efficacité. (Alferd Kastrler, 1966, p. 13).

c. Vaccination systématique

La vaccination systématique est une vaccination de routine (administration de la série

de vaccin de base au cours de la 1^{ère} année de vie. (Fondement de l'immunisation, 2006, p. 23).

I.2. ORIGINE ET HISTOIRE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

En République Démocratique du Congo, le Programme Elargi de Vaccination est issu de la Campagne Nationale de l'Eradication de Variole (CNEV) dont la création au niveau de chaque pays membre était recommandée par l'Assemblée Mondiale de la Santé. C'est ainsi que en 1968, au Zaïre, une ordonnance présidentielle a créé la CNEV pour une période de dix ans. (PEV-LMTE, 1996, p. 1).

En 1974, l'Assemblée Mondiale de la Santé demande à l'Organisation Mondiale de la Santé d'instruire les pays membres sur l'instauration du Programme Elargi de Vaccination.

En 1978, la certification de l'éradication de la variole est faite sous la République Démocratique du Congo.

En 1981, lors de l'adhésion de notre pays à la politique des soins de santé primaires et avec la création de zones de santé, il y a eu l'intégration progressive des activités vaccinales dans les centres de santé (CS) de la mise en oeuvre de la politique des soins de santé primaires adaptés par le pays. (PEV-LMTE, 1996, p. 2).

I.3. MISSION, OBJECTIFS ET ACTIVITES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

La mission du programme élargi de vaccination consiste à garantir à tout enfant une meilleure suivie avec le risque moindre de contracter les maladies évitables par la vaccination (PEV-LMTE, 2000, p. 1). Le Programme Elargi de Vaccination se fixe comme objectif général de garantir à tout enfant une vie sans rougeole, sans diphtérie, sans coqueluche, sans poliomyélite et sans tétanos ; une vie avec des moindres risques de contracter la tuberculose, l'hépatite B, la méningite, ... (PEV-LMTE, 1996, p. 3).

Les objectifs spécifiques sont en rapport avec les maladies prioritaires de la décennie (1990-2000) : contrôler la rougeole, éliminer le tétanos materno-néonatale et éradiquer la poliomyélite.

Les activités du Programme Elargi de Vaccination sont : le développement du programme, la formation du personnel de santé, la supervision et l'approvisionnement en vaccins et matériels. (PEV-LMTE, 2001, p. 7).

I.4. CALENDRIER VACCINAL

Depuis Janvier 2009, le PEV cible les 9 maladies suivantes correspondant à leurs vaccins.

Tableau I : Les maladies évitables par la vaccination

N°	Maladie	Vaccin
----	---------	--------

DTC-Hep B-Hib

VPO

VAR

VAA



Tableau II : Calendrier vaccinal en vigueur en RDC

Vaccins	Age d'administratif	Voie d'administration	Point d'injection
BCG, VPO ₀	A la naissance	Intradermique	Face externe haut du bras gauche
VPO ₁ DTC Hep B Hib 1	A la 6 ^{ème} semaine	Orale et IM	Face externe de cuisse à mi hauteur
VPO ₂ DTC Hep B Hib 2	A la 10 ^{ème} semaine	Orale et IM	Face externe de la cuisse
VPO ₃ DTC Hep B Hib 3	A la 14 ^{ème} semaine	Orale et IM	Face externe de la cuisse
VAR, VAA	A 9 mois	SC	Haut du bras gauche

(PEV-LMTE, 2009, p. 26)

I.5. IMMUNISATION DE L'ORGANISME

L'immunité représente la capacité de l'organisme à tolérer un corps qui lui est indigène et à rejeter un corps considéré étranger.

Le système immunitaire comporte des organes et des cellules spécialisées dont le rôle est d'assurer la protection de l'organisme en identifiant les substances agressives dites antigènes, avant de les détruire à l'aide d'anticorps et autres substances et cellules spécialisées.

Il existe deux moyens pour acquérir cette protection. Immunité active et immunité passive.

- Immunité active : générée par notre propre système immunitaire, l'exposition à une maladie quelconque où à la vaccination peut être à l'origine de ce type d'immunité qui dure habituellement plusieurs années.

- Immunité passive : découle d'un transfert d'anticorps de la mère au fœtus par l'entremise du placenta lors de la grossesse et certes la forme d'immunité la plus répandue. (USAID, 2006, p. 16).

I.5.1. Type des vaccins

Ø Vaccins vivants atténués sont issus de bactéries ou virus pathogènes qui ont été affaiblies au laboratoire. Ils se développent chez un individu vacciné mais ne provoqueront aucune maladie. En règle générale, une seule dose de ce type de vaccin suffira à assurer une unité à vie sauf le vaccin anti-poliomyélite qui nécessite l'inoculation de plusieurs doses.

Ø Les vaccins inactivés : sont issues de bactéries ou de virus en développement qui sont inactivés par le biais d'un traitement thermique ou de l'introduction des substances chimiques.

I.5.2. Données tous les vaccins dus

Certaines études révèlent que les agents de santé omettent de donner entre 30 et 40 % des vaccins dus lors de la visite d'un patient. A titre d'exemple, un enfant de neuf mois recevra les vaccins DTC et VPO mais pas le vaccin contre la rougeole. Alors qu'il est admissible aux trois vaccins. Souvent agent de santé et parents croient qu'administrer simultanément un trop grand nombre de vaccin est dommageable à l'enfant.

Les gestionnaires des programmes d'immunisation et les prestataires de service de vaccination doivent avoir accès à un flux continu d'information qui comporte des renseignements suivants :

Ø Si les services de vaccination sont accessibles ou non à la population cible ;

Ø Si le nombre d'individus qui sont vaccinés au sein de la population cibles ; ceux qui ne les sont pas et pourquoi ;

Ø Si la qualité des services répond ou non aux normes de programmes établies ;

Ø Si les ressources sont utilisées de manière efficace ou non ;

Ø Si les stratégies permettent ou non d'atteindre les objectifs fixés ;

Ø Si l'on constate ou non une réduction de mortalité et de morbidité dans le cas des maladies évitables par la vaccination.

I.6. PRESTATION DE SERVICE DE VACCINATION DE ROUTINE

Il existe plusieurs stratégies de prestation de service de vaccination de routine au sein d'un centre de santé.

I.6.1. Centre fixe

Il s'agit de la prestation régulière de service de vaccination au sein d'un centre de santé selon un calendrier hebdomadaire prédéterminée (jour et heure) (Fondement de l'immunisation, 2006, p. 44).

I.6.2. Stratégie avancée

Sont les services de prestation offerts aux personnes qui n'ont pas accès à des installations sanitaires ou qui éprouvent beaucoup de difficultés à y accéder.

Dans certains pays, dont l'Inde, les visites itinérantes ayant pour objet la vaccination primaire se font une, deux ou trois fois par ans. Elles portent le nom de vaccination intermittente.

I.6.3. Stratégie mobiles

Elles désignent habituellement des déplacements de plus d'une journées effectués par le personnel de santé de district ou régional dans le but d'offrir des services aux personnes vivant en zone éloignée. Les équipes mobiles peuvent voyager pendant

plusieurs jours pour atteindre les personnes voulues. (Fondement de l'immunisation, 2006, p. 44).

I.7. ANALYSE DE LA COUVERTURE VACCINALE

Analyser la couverture vaccinale est une étape cruciale de votre appréciation de base parce que ceci montre jusqu'à quel niveau vos services ont atteint la population.

La couverture reflète à la fois l'impact d'une intervention sur la santé de la population cible et l'effort fourni par le service de santé. Ainsi la couverture indique bien le fonctionnement du système de santé. (Monitoring et évaluation des activités PEV-LMTE, 2001, p. 4).

I.8. LES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE

L'atteinte d'une couverture est déterminée par un certain nombre d'étapes successives encore appelés déterminants qui sont :

1. La population cible ;
2. L'accessibilité géographique des services ;
3. La disponibilité des ressources ;
4. L'utilisation des services ;
5. La couverture adéquate ;
6. La couverture effective.

Il existe six déterminants de la couverture pour les activités préventives, promotionnelles et curatives. (Monitoring des services de santé et de comportement, sept 2003, p. 25).

Si un problème se situe au niveau de l'un de ces déterminants, il va affecter les étapes suivantes et finalement diminuer la couverture vaccinale.

C'est pourquoi le suivi doit s'attacher à mesurer individuellement chacun de ces déterminants afin de situer le niveau des obstacles à l'obtention d'une couverture élevée ceci revient à se poser, pour chaque déterminant les questions suivantes : (Monitoring et évaluation des activités PEV-LMTE, 2001p. 4).

Ø Disponibilité des ressources

Est-Ce qu'au niveau local nous avons assez de personnel, de médicaments, de vaccin, de matériel de moyens de transport pour atteindre l'objectif fixé pour le programme ?

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

Ø Accessibilité géographique des services

Est-ce les lieux où se déroulent l'intervention concernée sont assez proches des communautés pour qu'elles puissent s'y rendre facilement ?

Afin de répondre à cette question, il faut disposer de :

- Une carte de la région sanitaire qui montre l'emplacement des localités (villes, villages) cette carte devra montrer également les différentes structures de santé, les voies de communication (routes, cours d'eau navigables), les obstacles naturels (montagnes, rivières à traverser).
- Une définition du temps que la population est prête à consacrer, ou la distance qu'elle est prête à parcourir pour se rendre au lieu d'intervention.

La notion de l'accessibilité varie d'une région à une autre selon les caractéristiques géographiques, les moyens de transport disponibles, les habitudes de déplacement, le coût de transport. (PEV-LMTE, 2001, p. 5).

Les services de vaccination devraient être facilement accessibles. Il ne devait pas y avoir d'obstacle ni des conditions préalables inutiles à la vaccination. (UNICEF, 2006, p. 23).

Ø Utilisation des services

C'est le pourcentage de la population cible qui utilise les services au moins une fois au cours d'une période donnée. (PEV-LMTE, 2001, p. 5).

Ce qui incite les personnes à utiliser les services de vaccination de routine : les études effectuées dans plusieurs pays démontrent que la grande majorité des parents considèrent que outre que son utilité, la vaccination est une pratique sanitaire relativement simple. La vaccination infantile n'exige la participation des parents qu'à environ cinq reprises au cours de la 1^{ère} année de vie de l'enfant et est généralement reconnue par les familles et les collectivités les recherches effectuées dans de nombreux pays démontrent que les personnes utiliseront au moins une fois ce service si elles connaissent la nature, le lieu et la disponibilité des services offerts. De faits, elles reviendront à partir du moment où :

- Ø Elles savent quand revenir ;
- Ø Elles ont été traitées de manières respectueuse ;
- Ø Elles savent qu'elles recevront les vaccins qu'elles sont venue chercher.

Nous connaissons aussi les raisons pour lesquelles les familles ne recourent pas au service de vaccination. Les groupes de discussions dirigées, les entretiens de groupe et les enquêtes sur les connaissances / attitudes pratique dans un vaste éventail de pays démontrent de manière constante que la majorité des parents souhaitent que leurs enfants soient vaccinés mais que bon d'entre eux se heurtent à des obstacles tels que : plusieurs familles ne disposent pas d'information précise sur l'immunisation et les services de vaccination. Les familles ignorent où, quand elles peuvent se procurer les vaccins ainsi que la date de leur prochain rendez-vous. (USAID, 2006, p. 44, 45-48).

Ø Couverture adéquate

Est le pourcentage de la population cible utilisant les prestations avec la fréquence et l'intensité requise. On se la question : est-ce que la population cible utilise l'intervention avec la fréquence et l'intensité requise ?

Ø Couverture effective

Les prestations doivent être fournies avec la qualité requise pour garantir les effets souhaités afin de résoudre le problème de santé. Elle est le pourcentage de la population cible ayant reçu les prestations en quantité et avec une qualité qui

correspond aux normes établies scientifiquement comme nécessaire pour avoir l'effet désiré. (PEV, Sep 2001, p1)

I.9. INDICATEUR DES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE

Un indicateur est un outil qui permet de mesurer les changements intervenus dans un programme. Il permet en effet de mesurer le niveau de réalisation de chaque déterminant.

Le calcul de la valeur des indicateurs permettra de :

- S'assurer que l'on est sur la bonne voie vers la réalisation des objectifs ;
- Comparer entre elles les valeurs des indicateurs de différents déterminants afin d'identifier le niveau des éventuels obstacles à la mise en oeuvre des stratégies.

Caractéristiques d'un bon indicateur

Un indicateur doit être :

- Valable : c'est-à-dire qu'il doit effectivement mesurer ce qu'il est censé mesurer ;
- Fiable : c'est-à-dire sa valeur doit être la même si deux personnes la mesurent.
- Approprié : c'est-à-dire qu'il doit tenir compte des réalités locales. Il doit être mesurable dans le contexte local à partir des données et des instruments simples.

(PEV-LMT, Septembre 2001, p. 7)

- Sensible au changement ;
- Spécifique c'est-à-dire non influencé par d'autres composantes (AMBENDET, Mai 2005, p. 17).

I.10. PERIODICITE DU MONITORAGE

La périodicité de ce monitoring sera établie en tenant compte de :

- Ø La charge de travail que représente le monitoring ;
- Ø Délai nécessaire entre la mise en place d'une stratégie correctrice et l'apparition d'un effet mesurable.

(PEV-LMTE, 2001, p. 8).

Le monitoring devra être conduit de façon fréquente et à des périodes régulières (hebdomadaire, mensuel, trimestriel, semestrielle). Dans la tradition, les formations sanitaires l'effectueront dans six mois. (AMBENDET, Mai 2005, p. 4).

Dans les aires de santé nouvellement initiées, le premier monitoring s'effectuera après les trois activités. (PEV-LMTE, 2006, p. 7).

I.11 ETAPES DU MONITORING

- Préparer le monitoring ;

- Exécuter le monitoring ;
- Choisir des stratégies correctrices et micro-planifier leur mise en oeuvre.

I.11.1. Préparer le monitoring

a. Sélectionner les interventions

Les critères de choix des interventions reposent sur les éléments suivants :

- Les interventions les plus essentielles ;
- Les interventions qui font partie d'une nouvelle stratégie ;
- Les interventions qui reflètent le fonctionnement des services de santé et des activités.

b. Identifier les populations cibles

Dans le cadre de vaccination, la population cible qui fera l'objet du monitoring est composée des enfants qui ont atteint 1 an pour s'assurer qu'ils ont été vaccinés lorsqu'ils faisaient partie de la population cible de la vaccination. (PEV-LMTE, 2001 p. 8).

c. Choix des indicateurs

Quels pourcentage de la population cible a actuellement accès à l'intervention concernée ? Il faut donc en préalable choisir chaque déterminant un indicateur. (PEV-LMTE, 2001, p. 9).

I.11.2. Exécuter le monitoring

a. Rassembler les données

Pour exécuter le monitoring, on doit soigneusement rassembler les données et les ordonner de façon à ce qu'elles soient exploitées facilement pour le calcul de la valeur des indicateurs choisis pour le monitoring.

b. Faire le dépouillement des données

Le dépouillement se fait à l'aide d'une fiche de dépouillement qui résume l'ensemble des informations nécessaires aux calculs des différents indicateurs.

c. Calculer la valeur des indicateurs

Pour calculer la valeur des indicateurs, les fiches de calcul des indicateurs des déterminants sont utilisées pendant le monitoring.

d. Analyser les résultats de monitoring

- Comparer la couverture avec l'objectif pour identifier les causes de non atteinte des objectifs. Il faut faire une analyse globale prenant en compte tous les déterminant pour cela il faut tracer une courbe appelée courbe de couverture.

- Construire la courbe.

v Interpréter la courbe de couverture et identifier les problèmes.

L'inclinaison vers la gauche de la ligne reliant deux points montrera qu'il y a un

problème au niveau du déterminant correspondant au point supérieur.

Plus la ligne a tendance à se coucher vers la gauche, plus le problème est important (goulot d'étranglement).

v Identifier les causes des problèmes mis en évidence par le monitoring.

La recherche des causes devra s'effectuer avec les représentants de la communauté et éventuellement le superviseur.

I.11.3. Choisir des stratégies correctrices et micro-planifier leur mise en oeuvre

Cette étape permet de planifier d'une manière détaillée des stratégies choisies au niveau périphérique pour résoudre les problèmes identifiés au cours du monitoring. (PEV-LMTE, 2001, p. 12).

I.12. PRESENTATION DE LA VILLE DE KISANGANI

I.12.1. Situation géographique de la ville

Chef lieu de la Province Orientale, la ville de Kisangani est bornée au Nord par le territoire de Banalia, à l'Est par le territoire de Bafwasende, au Sud par le territoire d'Opala et enfin à l'ouest par le territoire d'Isangi.

I.12.2. Aperçu historique

L'année 1876 marque le passage de Stanley et Tippu Tippo au site actuel Kisangani. L'arrivée de l'explorateur ou d'un conquérant ne possède en soi aucun pouvoir créateur, un fondateur d'une communauté urbaine. Les études démontrent qu'il existait avant 1876 sur le site un noyau de populations d'origine ethnique différente : Kumu, Enya, ...

La ville de Kisangani trouve sa localisation aux Stanley Falls qui représentent un rétrécissement du fleuve Congo. Avant 1876, la station s'appelait Singi-Tini. Quelques années plus tard, elle a été dénommée Stanleyville par les Européens quand ils anéantissaient les arabes en 1890 ;

Devenu seuls maîtres, les Belges ont débuté les travaux pour le développement spatiale de la ville au nom de l'Etat Indépendant du Congo (E.I.C.) une décision du gouvernement central a fait de Stanleyville le chef lieu de la Province Orientale le 15 Juillet 1899.

L'ordonnance-loi n° 12/357 du 06 Septembre 1958 du gouvernement central a accordé le statut de ville à Stanleyville devenue Kisangani depuis 1966. (Archives de l'urbanisme et de l'habitat à Kisangani).

I.12.3. Aspect démographique et culturel

Dès ses origines, la ville de Kisangani était le site des Kumu, des Genia et des Mbole. Avec le temps, elle a pris une dimension fascinante d'où son hétérogénéité ethnique et son multilinguisme.

En effet, il est difficile de parler à Kisangani d'un groupe ethnique ou d'une tribu qui serait dominante. La ville a connue une évolution démographique due à l'exode rural

et au mouvement naturel comme toute ville naissante avant et après l'indépendance.

Selon l'institut national de statistique, la population de Kisangani est passée de 30 000 habitants en 1921 à 258 264 habitants en 1970. (Institut National de statistique, Kisangani, rapport mensuel, 1970, p. 18).

Selon les statistiques de l'Hôtel de ville (Mairie) de Kisangani, la population de la ville de Kisangani était chiffrée à 492 560 habitants en 1993, à 429 670 habitants en 2001 à 677 136 habitants en 2003. (Hôtel de ville de Kisangani, rapport annuel 1993, 2001 et 2003).

D'après la projection, les adolescents sont estimés à 82 184 habitants dont 33 724 adolescentes c'est-à-dire les filles dont l'âge varie entre 14 et 17 ans, par contre les adolescents sont chiffrés à 49 000 membres. (Institut National des statistiques/Kisangani, projection de la population des différentes communes de Kisangani par sexe et par groupe d'âge, rapport 2004, p. 6).

En ce qui concerne l'aspect culturel, la ville de Kisangani comporte plusieurs institutions d'enseignement maternel, primaire, secondaire, supérieur et universitaire tant officielle que privées. Des réseaux non conventionnés (officiels et privés et conventionnés (catholiques, protestantes, adventistes, musulmans,).

La ville de Kisangani compte plus de dix institutions d'enseignements supérieur et universitaire tant officielles que privées. Pour les institutions officielles nous avons l'Université de Kisangani (UNIKIS), l'Université agronomique de YANGAMBI, (IFA/YANGAMBI), l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM), l'Institut Supérieur de Commerce (ISC), l'Institut Supérieur d'Etude Agronomiques de Bengamisa (ISEA/Bengamisa), l'Institut de Bâtiments et des travaux Publics (IBTP). Pour les institutions privées, il faut citer l'Institut Pédagogique Libre (IPL), l'Ecole de Formation Bancaire (EFOBANC), ...

I.12.4. Aspect administratif et économique

En tant que ville urbaine, Kisangani a une structure administrative similaire à toutes les villes congolaises datant de l'époque coloniale. On y trouve six communes à savoir : la commune de la Makiso, c'est dans celle-ci que se concentrent les grandes activités commerciales. Les autres communes sont les suivantes : Mangobo, Tshopo, Kabondo, Kisangani et Lubunga.

Quant à l'aspect économique la ville de Kisangani était constituée des activités industrielles de transformation alimentaires telles que la SORGERI et dont actuellement nous avons la BRALIMA.

Deux industries chimiques dont VITAMOUSSE qui produisait des matelas et PENACO (Peinture nationale congolaise) qui produisait les peintures. Actuellement, nous avons aussi une usine textile SOTEXKI (société textile de Kisangani) qui s'occupe de la fabrication des tissus.

CHAP. II : METHODOLOGIE

II.1. POPULATION D'ETUDE

Pour M. GRAWITZ (1974, p. 26), la population se définit comme un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils sont de même nature. Il peut s'agir d'un ensemble des personnes classées suivant un critère donné comme d'un ensemble d'objets.

C'est ainsi que notre population d'étude a été constitué de 76 formations sanitaires que compte la ville de Kisangani.

II.2. ECHANTILLON

M. REUHLIN (1975, p. 312) estime que toute la population est difficile à examiner dans son entièreté parce qu'elle est trop nombreuse et du fait que les moyens matériels dont dispose le chercheur sont souvent limités et que le temps s'avère aussi fréquemment insuffisant.

Etant donné que nous avons des difficultés pour pouvoir organiser le monitoring dans toutes les 76 formations sanitaires, notre échantillon a été constitué des centres de santé qui organisent des activités de vaccination systématiques et qui remplissent certains critères ci-dessous :

- IT formé en PEV, régulièrement informé et supervisé ;
- Un vélo pour le PEV ;
- La tenue d'au moins 2 séances de vaccination par mois avec une couverture vaccinale d'au moins 60 % (Ministère de la santé de la RDC, PEV LMTE, 2001, p. 21).

Tableau III : Répartition des CS répondant aux critères de sélection par Z.S.

Z.S.	CS	Eff
KABONDO	Umoja, Foyer, Yabiso	3
MANGOBO	Bondeko, Salama	2
TSHOPO	St. Joseph, St Pierre, Tshopo I	3
MAKISO/KISANGANI	Boyoma, Neema, Cokis	3
LUBUNGA	Bambole, St André, Pech. D'Hommes, Uzima	4
Total		15

Au vue de certaines difficultés pour la récolte des données dans les structures des zones de santé présélectionnées, au lieu de travailler avec 15 centres de santé, nous nous sommes rabattue à 9 centres de santé.

Tableau IV : Répartition d'échantillon des CS par ZS

Z.S.	CS	Eff
KABONDO	Foyer, Yabiso	2
MANGOBO	Bondeko	1
TSHOPO	St. Joseph, St Pierre	2
MAKISO/KISANGANI	Boyoma, Neema	2
LUBUNGA	St André, Pech. D'Hommes	2
Total		9

II.3. TECHNIQUE DE RECOLTE DES DONNEES

Pour récolter les données qui se rapportent à nos objectifs, nous nous sommes servi de l'analyse documentaire.

Nous avons puisé les informations dans les archives intéressant notre étude afin de nous rendre compte des obstacles dans la réalisation harmonieuse des activités de vaccination.

Ces sources d'information sont :

- Données démographiques ;
- Fiches des populations desservies ;
- Fiches de stock de vaccins au site de stockage ;
- Cahiers de gestion des vaccins au site de stockage
- Registres de vaccination ;
- Carte de vaccination ;
- Fiche de suivi de t° de la chaîne de froid.

II.4. TECHNIQUE DE TRAITEMENT

Pour traiter nos données, nous avons fait recours aux différents calculs par rapport à chaque déterminant de la couverture vaccinale.

1°. Pop. Cible

Population desservie par le CS divisée par 4 (monitorage trimestriel multipliés par 0,0349 soit

Soit $\frac{\text{Population desservie}}{4} \times 0,0349 = \dots\dots\dots \%$

(UNICEF, 2006, p. 29).

2. Accessibilité géographique

Population cumulée des enfants de 0-11 mois vivant dans le rayon considéré (5 Km : centre fixe) pendant le monitoring (B) divisé par la population cible, multipliés par 100

Soit $\frac{\text{Population cumulée}}{\text{Population cible}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

(UNICEF, 2006, p. 29).

3. Disponibilité des ressources

Compter le nombre des séances avec vaccin pendant la période monitorée (D) divisé par le nombre de séances prévues (A) multipliés par 100

Soit $\frac{\text{Nombre des séances avec vaccin}}{\text{Nombre des séances prévues}} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

(UNICEF, 2006, p. 29).

4. Utilisation des services

- Sélectionner toutes les cartes CPS des enfants cibles de la structure ayant leur 1^{er} anniversaire pendant la période monitorée
- Trier celles où 1 dose DTC1 a été délivrée quel que soit la date (=c)
- Diviser ce nombre (C) par la population cible
- Multiplier par 100.

Soit [REDACTED] = %

(UNICEF, 2006, p. 29).

5. Couverture adéquate

Parmi les cartes CPS où au moins 1 dose DTC a été délivrée, trier celle où :

- L'enfant a reçu les 3 DTC et VPO.

Parmi celle-ci, trier celles où :

- Le VAR a été donné entre 9-11 mois (= F)
- Diviser ce nombre (F) par la population cible
- Multiplier par 100

Soit [REDACTED] %

(UNICEF, 2006, p. 29).

6. Couverture effective

Parmi les cartes de la C.A., trier celles où :

- DTC₁ a été administrée à partir de 6 semaines de vie ;
- Les 3 DTC ont été données au moins 4 semaines d'intervalles entre elles (G) ;
- Diviser ce nombre (G) par la pop. Cible ;
- Multiplier par le coefficient de qualité et par 100.

Soit [REDACTED]

((UNICEF, 2006, p. 30)

CHAP. III : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

L'atteinte d'une couverture vaccinale est fonction des déterminants qui sont : la population cible, la disponibilité des ressources, l'accessibilité géographique, l'utilisation des services, la couverture adéquate et la couverture effective. Si un problème se situe à un de ces déterminants, il va affecter les autres et finalement diminuer la couverture vaccinale.

Raison pour laquelle nous avons fait un suivi pour analyser les déterminants afin de localiser le niveau des obstacles à l'obtention d'une couverture vaccinale attendue.

Ci-dessous sont présentées les données relatives aux déterminants de la CV pour chaque CS et les graphiques des courbes de monitoring.

III. 1 POPULATION CIBLE

La population cible étant la population totale desservi par le CS divisé par 2 si monitoring semestriel ou par 4 si monitoring trimestriel multiplié par 0,0349 pour les nourrissons survivants, voici la présentation des données dans ce tableau.

Tableau V : Population cible des CS retenus

C.S.	Pop. Totale	Pop. Cible trimestriel
Boyoma	10 584	92
Neema	10 000	87
Bondeko	12 300	107
Foyer	11 000	96
Yabiso	11 200	98
St. Joseph	10 986	96
St. Pierre	9 792	85
St. André	10 675	93
Pêcheur d'Homme	10 786	94

III.2. DISPONIBILITE DES RESSOURCES

L'indicateur qui traduit la disponibilité des ressources, c'est le temps de rupture de stock des vaccins pendant une période d'étude. Pour calculer le taux de disponibilité des ressources, on prendra le nombre de jours sans rupture des vaccins multiplié par cent sur le nombre de jours de la période d'étude. Concrètement, on calcule en comptant le nombre de séances avec vaccin pendant la période monitorée diviser par le nombre de séances prévues de la période monitorée multiplier par 100.

Les résultats relatifs à la disponibilité des intrats sont présentés dans le tableau VI.

Tableau VI : Taux de disponibilité des ressources

C.S	D	A	Taux de disponibilité des ressources en %
Boyoma	12	12	100
Neema	9	9	100
Bondeko	12	12	100
Foyer	12	12	100
Yabiso	12	12	100
St. Joseph	12	12	100

St. Pierre	9	9	100
St. André	9	9	100
Pêcheur d'Homme	9	9	100

D : Nombre des séances avec vaccin

A : Nombre des séances prévues

Il découle du tableau 4 que pour tous les CS retenus, les intrats étaient disponibles lors de séances pendant la période monitorée. Aucune séance prévue n'a ratée, les séances ont eu lieu selon la planification.

III.3. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES SERVICES DE VACCINATION

Nous voulons savoir si les lieux où se déroulent les activités de vaccination sont assez proches des communautés pour qu'elles puissent s'y rendre facilement.

Pour calculer le taux d'accessibilité géographique, on considère la population cumulée des enfants survivants de 0-11 mois, vivant dans les rayons considérés pendant la période monitorée divisé par la population cible et multiplier par 100.

Tableau VII : Accessibilité géographique des services de vaccination

C.S	B	Pop. Cible	Accessibilité géographique en %
Boyoma	91	92	98,91
Neema	87	87	100
Bondeko	104	107	97,19
Foyer	95	96	99,06
Yabiso	98	98	100,00
St. Joseph	96	96	100,00
St. Pierre	85	85	100,00
St. André	93	83	100,00
Pêcheur d'Homme	94	94	100,00

Il ressort de ce tableau que 100% d'enfants survivant accèdent au service de vaccination de CS Neema, Yabiso, St. Pierre, St. André et Pêcheur d'Homme.

Le problème d'accessibilité au service de vaccination se pose au CS Boyoma, BONDEKO, Foyer et St Joseph.

III.4. UTILISATION DE SERVICE

L'utilisation reflète l'acceptabilité de la communauté, des services qui leur sont offerts. La première dose du vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC₁) est

l'indicateur qui traduit l'utilisation des services. Le taux d'utilisation est donc déterminé en prenant le nombre d'enfants vaccinés contre la diphtérie, tétanos et la coqueluche multiplier par 100 sur la population cible.

Tableau VIII : utilisation des services de vaccination

C.S	DTC1 (C)	Pop. Cible	Utilisation des services de vaccination en %
Boyoma	78	92	84,78
Neema	87	87	100
Bondeko	85	107	79,43
Foyer	95	96	98,95
Yabiso	98	98	100
St. Joseph	96	96	100
St. Pierre	85	85	100
St. André	93	93	100
Pêcheur d'Homme	94	94	100

Avec C : Fiches CPS des enfants cibles de CS ayant leur 1^{er} anniversaire pendant la période monitorée et ayant reçu 1 dose de DTC quelle que soit la date.

Il ressort du tableau 6 que pour tous ces CS retenus, l'utilisation des services n'est pas supérieure à 100%, la plus faible utilisation de service est observée au CS BONDEKO (79.43 %) et CS Boyoma (84, 78 %) alors que la forte utilisation s'observe aux autres CS (100 %)

III.5. COUVERTURE ADEQUATE

Nous présentons ici la proportion d'enfants (0-11 mois) complètement vaccinés avant leur premier anniversaire.

Tableau IX : Couverture adéquate

CS	F	Pop. Cible	Couverture adéquate en %
Boyoma	25	92	27,17
Neema	20	87	22,98
Bondeko	23	107	21,49
Foyer	30	96	31,25
Yabiso	32	98	32,65
St. Joseph	15	96	15,62
St. Pierre	19	85	22,35

St. André	31	93	33,33
Pêcheur d'Homme	21	94	22,34

F : Fiche CPS où l'enfant a reçu les 3 doses DTC et VPO et VAR a été donné entre 9-11 mois.

L'analyse du tableau IX montre que 33,33% d'enfant ont été complètement vaccinés au CS St. André, alors que le taux le plus bas était au CS St. Joseph 15%.

III.6. COUVERTURE EFFECTIVE

Elle est le pourcentage de la population cible ayant reçu les prestations en quantité et avec une qualité qui correspond aux normes établies scientifiquement.

Tableau X : Couverture effective

C.S	G	Pop. Cible	C.Q.	Couverture effective en %
Boyoma	22	92	1	23,91
Neema	20	87	1	22,98
Bondeko	20	107	1	18,69
Foyer	25	96	1	26,04
Yabiso	27	98	1	27,55
St. Joseph	12	96	1	12,5
St. Pierre	18	85	1	21,17
St. André	25	93	1	26,88
Pêcheur d'Homme	18	94	1	19,14

Légendes

G = Nombre de fiche ou DTC₁ a été administré à partir de 6 semaine de vie et les 3 DTC ont été donné au moins à 4 semaines d'intervalles entre elles.

C.Q. : Coefficient de qualité

$$= \frac{G}{\text{Pop. Cible}} \times 100$$

Il découle de ce tableau que 27,55 % de la population cible du CS Yabiso ont reçu les prestations en quantité suffisante et de bonne qualité tandis que 12,5 % de C.E. est observée au CS St. Joseph.

III. 7. REPRESENTATION GRAPHIQUE DES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE

Pour interpréter les graphiques ci-dessous, l'inclinaison vers la gauche de la ligne

reliant deux points montre qu'il y a un problème au niveau du déterminant correspondant au point supérieur. Plus la ligne a tendance à se coucher vers la gauche, plus le problème est important (goulot d'étranglement). (PEV-LMTE, 2001, p. 12).

23,91
27,17
84,78
98,91
100
100

Graphique.1. Déterminants de la couverture vaccinale du CS Boyoma (ZS M.K.)



Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Quoique la disponibilité des ressources soit 100 % et l'accessibilité géographique des services soit autour de 100 le goulot d'étranglement identifié se trouve au niveau de couverture adéquate.

22,98
22,98
100
100
100
100

Déterminants
C.E.
C.A.

UTILIL
ACCES
Dispo. Int.
Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 2. Déterminants de la couverture vaccinale du CS Neema /ZS MAKISO

Le goulot d'étranglement se trouve au niveau de couverture adéquate.

18,69
21,49
79,43
97,19
100
100

Déterminants
C.E.
C.A.
UTILIL
ACCES
Dispo. Int.
Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 3. Déterminants de la couverture vaccinale du CS Bondeko /ZS Mangobo

26,04
31,25

98,95
99,06
100
100

Déterminants
C.E.
C.A.
UTILIL
ACCES
Dispo. Int.
Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 4. Déterminants de la couverture vaccinale du CS FOYER /ZS Kabondo

Au graphique 3, bien que le goulot d'étranglement se situe au niveau de la CA, nous notons les problèmes d'utilisation de service et d'accessibilité géographique

Le goulot d'étranglement s'était aussi situé au niveau de la couverture adéquate.

27,55
32,65
100
100
100
100

Déterminants
C.E.
C.A.
UTILIL
ACCES
Dispo. Int.

Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 5. Déterminants de la couverture vaccinale du CS Yabiso /ZS Kabondo

12,05

15,62

100

100

100

100

Déterminants

C.E.

C.A.

UTIL. SERV

ACCES GEO

Dispo. Int.

Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 6. Déterminants de la couverture vaccinale du CS St. Joseph /ZS Tshopo

En voyant la courbe, nous constatons que malgré le 100 % de la disponibilité des ressources, accessibilité géographique, utilisation des services de vaccination, la couverture adéquate a constitué encore le goulot d'étranglement.

Le goulot d'étranglement s'était aussi situé au niveau de la couverture adéquate.

26,88

33,33

100

100

100

100

Déterminants

C.E.

C.A.

UTIL. SERV

ACCES GEO

Dispo. Int.

Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique.7. Déterminants de la couverture vaccinale du CS St. André /ZS Lubunga

21,17

22,35

100

100

100

100

Déterminants

C.E.

C.A.

UTIL. SERV

ACCES GEO

Dispo. Int.

Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 8. Déterminants de la couverture vaccinale du CS St. Pierre /ZS Tshopo

Le goulot d'étranglement se trouve au niveau de la couverture adéquate.

La couverture adéquate a constitué le goulot d'étranglement.

19,14

Déterminants

C.E.

C.A.

UTIL. SERV

ACCES GEO

Dispo. Int.

Pop. Cible

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Légende

= goulot d'étranglement

Pourcentage

Graphique 9. Déterminants de la couverture vaccinale du CS Pécheurs d'Homme /ZS Lubunga

22,34

100

100

100

100

Ce CS a eu comme goulot d'étranglement la couverture adéquate.

CHAP. IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES DES RESULTATS

IV.1. LA POPULATION CIBLE

La maîtrise de la population cible par l'infirmier titulaire et ceux chargés des activités vaccinales de routine est nécessaire pour des raisons de planification. (OMS, 1991, p. 27).

C'est grâce à cette population qu'il est possible de calculer un certain nombre d'indicateurs sanitaires.

IV.2. DISPONIBILITE DES RESSOURCES

Les résultats de notre recherche montrent que les intrats étaient disponibles dans les CS retenus lors de séance de vaccination pendant la période monitorée. Aucune séance prévue n'a ratée, il n'y avait pas des occasions manquées.

Une occasion est dite manquée lorsqu'un enfant présent dans les services de vaccination ne reçoit aucun vaccin au quel il est disponible. (USAID, 2000, p. 21).

IV.3. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES SERVICES DE VACCINATION

D'après les résultats observés, il en ressort que le problème d'accessibilité ou service de vaccination se pose différemment dans 5 CS alors que dans les quatre autres 100 % des enfants survivant accèdent au service de vaccination.

Dans plusieurs pays, les obstacles géographiques ne sont pas les seuls ni les principaux motifs qui font que certaines personnes ne soient pas vaccinées. Un calendrier vaccinal peu pratique, le manque d'information peuvent aussi compliquer l'accès aux services de vaccination.

Ces problèmes peuvent être résolus de manière assez simple en pratiquant le calendrier vaccinal et en intensifiant la sensibilisation. (USAID, 2000, p. 20).

L'OMS (1994, p. 250) dans sa mise en oeuvre des stratégies mondiales de santé pour tous, précise dans le cas de la République Démocratique du Congo que la stratégie nationale vise à rendre les soins de santé accessibles à la majorité avec pleine participation communautaire.

IV.4. UTILISATION DE SERVICE DE VACCINATION

Les résultats de notre étude prouvent que la plus faible utilisation de service était de 79,43 %.

La sous utilisation de service de vaccination se justifierait par deux facteurs majeurs, d'une part, la négligence des parents à amener leurs enfants pour recevoir le vaccin et d'autre part le non renforcement de l'éducation sanitaire sur l'importance des vaccins par les infirmiers.

IV.5. COUVERTURE ADEQUATE

Au regard des résultats obtenus dans notre étude, il ressort que le plus grand problème dans tous les CS retenus est la couverture adéquate.

Ce problème constaté dans tous les 9 CS trouverait son explication dans le manque de sensibilisation, la négligence, l'ignorance des parents au sujet de l'importance du dernier vaccin du calendrier vaccinal en respectant l'âge d'administration.

En principe, quand il y a beaucoup d'enfants qui échappent au programme de vaccination, il faut intensifier l'éducation sanitaire sur l'importance de la vaccination dans la communauté. (U. LOKO MOSSEKA, 2007, p. 92).

L'UNICEF (1999, p. 4) dans son condensé des activités de l'année 1999 précise que

sans la mobilisation massive de la population à cette cause, la conscientisation des communautés visant à convaincre les mères à faire vacciner leurs enfants, cette opération aurait été vaine.

IV.6. COUVERTURE EFFECTIVE

Partant des résultats de ce déterminant, nous constatons que moins de 30 % de la population cible ont reçu les prestations en quantité suffisante et de bonne qualité.

Ces résultats découlent des problèmes identifiés à la couverture adéquate qui constitue le goulot d'étranglement pour tous les centres de santé.

CONCLUSION

Ce travail a porté sur le monitoring des activités de vaccination systématique dans la ville de Kisangani.

L'objectif poursuivi par notre étude est d'identifier les entraves dans la réalisation harmonieuse des activités.

Nous avons eu à vérifier l'hypothèse selon laquelle la non accessibilité géographique et la non utilisation des services de vaccination seraient à la base de non atteinte des objectifs fixés.

Pour parvenir à vérifier notre hypothèse, nous nous sommes servi de la technique d'analyse documentaire pour la récolte des données.

Au vue de nos résultats trouvés nous avons atteint notre objectif et notre hypothèse a été infirmée, car le goulot d'étranglement pour tous les CS retenus se situe au niveau de la couverture adéquate.

Compte tenu des résultats observés nous formulons ci-dessous quelques suggestions aux instances ayant les tâches des activités vaccinales dans leurs attributions.

1. A l'antenne PEV

D'appuyer les zones de santé de la ville de Kisangani en supervision.

2. Aux BCZ

- D'appuyer les CS en supervision ;
- D'organiser le monitoring trimestriel en vue de détecter en temps les problèmes qui entravent le déroulement des activités.

3. Aux formations sanitaires

Il convient de renforcer l'information, l'éducation et la communication. Fournir des rapports de monitoring des activités de vaccination régulièrement et en temps opportuns au bureau central de la zone de santé et celui-ci à son tour à l'antenne PEV.

4. Aux comités de santé

Il importe de participer régulièrement aux activités de vaccination de routine, de renforcer la sensibilisation, la mobilisation et l'animation des activités PEV de routine auprès de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

1. IS Fall et Coll. *Monitoring et évaluation des programmes de santé en Afrique subsaharienne*, 2005.
2. INS : *Population de Kisangani : Rapport mensuel*, 1970.
3. INS : *Projection de la population des différentes communes de Kisangani par sexe et par groupe d'âge*, rapport annuel 2004.
4. OMS : *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district*, 1991.
5. OMS : *Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de santé 2^{ème} évaluations, 8^{ème} rapport sur la situation sanitaire dans le monde*, 1994.
6. PEV-LMTE : *Organisation et gestion du PEV*, module I, 2001.
7. PEV-LMTE : *Monitoring et évaluation des activités PEV*, Module V, 2001.
8. PEV/LMTE : *Supervision des activités PEV*, module IV, 2001.
9. PEV-LMTE : *Suivi et évaluation des activités de santé*, 2006.
10. PEV-LMTE : *Fiche technique pour le monitoring des activités PEV*, 2003.
11. UNICEF et All : *Guide d'immunisation Canada*, 2006
12. USAID et all : *Fondement de l'immunisation*, 2006.
13. MOSEKA : *Problématique de contrôle de la rougeole dans la Z.S. Kisangani*, 2009.
14. VITAMARA : *Méthodologie de recherche*, 2009.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE

REMERCIEMENTS

[INTRODUCTION 1](#)

[0.1. PROBLEMATIQUE 1](#)

[0.2. OBJECTIFS 3](#)

[0.3. HYPOTHESES 4](#)

[0.4. DELIMITATION ET INTERET DU TRAVAIL 4](#)

[0.5. SUBDIVISION DU TRAVAIL 5](#)

[CHAP. I : GENERALITES 6](#)

[I.1. DEFINITION DES CONCEPTS 6](#)

[a. Monitoring 6](#)

[b. Activité 6](#)

[c. Vaccination systématique 6](#)

[I.2. ORIGINE ET HISTOIRE DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 6](#)

[I.3. MISSION, OBJECTIFS ET ACTIVITES DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION 7](#)

[I.4. CALENDRIER VACCINAL 9](#)

[I.5. IMMUNISATION DE L'ORGANISME 9](#)

[I.5.1. Type des vaccins 10](#)

[I.5.2. Données tous les vaccins dus 10](#)

[I.6. PRESTATION DE SERVICE DE VACCINATION DE ROUTINE 11](#)

[I.6.1. Centre fixe 11](#)

[I.6.2. Stratégie avancée 13](#)

[I.6.3. Stratégie mobiles 13](#)

[I.7. ANALYSE DE LA COUVERTURE VACCINALE 13](#)

[I.8. LES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE 13](#)

[I.9. INDICATEUR DES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE 17](#)

[I.10. PERIODICITE DU MONITORAGE 19](#)

[I.11 ETAPES DU MONITORING 19](#)

[I.11.1. Préparer le monitoring 19](#)

[I.11.2. Exécuter le monitoring 20](#)

[I.11.3. Choisir des stratégies correctrices et micro-planifier leur mise en oeuvre 21](#)

[I.12. PRESENTATION DE LA VILLE DE KISANGANI 21](#)

[I.12.1. Situation géographique de la ville 21](#)

[I.12.2. Aperçu historique 22](#)

[I.12.3. Aspect démographique et culturel 22](#)

[I.12.4. Aspect administratif et économique 23](#)

[CHAP. II : METHODOLOGIE 25](#)

[II.1. POPULATION D'ETUDE 25](#)

[II.2. ECHANTILLON 25](#)

[II.3. TECHNIQUE DE RECOLTE DES DONNEES 26](#)

[II.4. TECHNIQUE DE TRAITEMENT 27](#)

[CHAP. III : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES 31](#)

[III. 1 POPULATION CIBLE 31](#)

[III.2. DISPONIBILITE DES RESSOURCES 32](#)

[III.3. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES SERVICES DE VACCINATION 33](#)

[III.4. UTILISATION DE SERVICE 33](#)

[III.5. COUVERTURE ADEQUATE 34](#)

[III.6. COUVERTURE EFFECTIVE 35](#)

[III. 7. REPRESENTATION GRAPHIQUE DES DETERMINANTS DE LA COUVERTURE VACCINALE 36](#)

[CHAP. IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES DES RESULTATS 42](#)

[IV.1. LA POPULATION CIBLE 42](#)

[IV.2. DISPONIBILITE DES RESSOURCES 42](#)

[IV.3. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES SERVICES DE VACCINATION 42](#)

[IV.4. UTILISATION DE SERVICE DE VACCINATION 43](#)

[IV.5. COUVERTURE ADEQUATE 43](#)

[IV.6. COUVERTURE EFFECTIVE 44](#)

[CONCLUSION 45](#)

[BIBLIOGRAPHIE 47](#)

[TABLE DES MATIERES 48](#)