GHANA

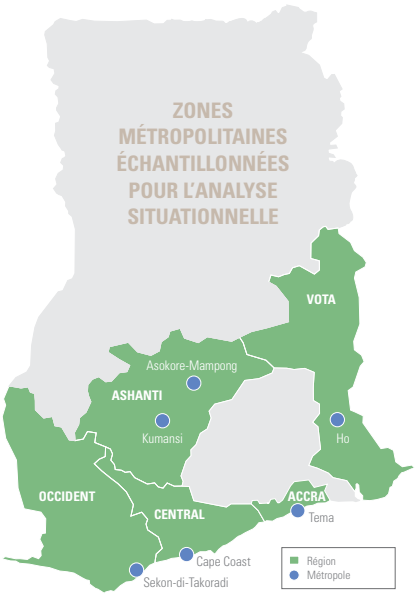
Amélioration des prestations de services de vaccination de routine pour les populations pauvres en milieu urbain du Ghana : Résultats de l'analyse situationnelle

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon les estimations, le Ghana a maintenu des taux de couverture vaccinale élevés, entre 90 % et 95 % environ lors des 10 dernières années (OMS / UNICEF 2017). Cependant, il existe des poches de faible performance dans des districts n'atteignant pas l'objectif de 80 % des personnes ayant reçu les 3 doses du vaccin pentavalent [DTP / HépB / Hib, connu sous le nom de Penta 3] (GHS 2017). Il y a également un nombre élevé d'enfants sous-vaccinés dans certaines zones métropolitaines, y compris la métropole de Sekondi-Takoradi dans la Région Occidentale, le district municipal de Ho dans la région de la Volta et Asokore-Mampong dans la région Ashanti (Figure 1).

La couverture vaccinale au Ghana est en général élevée, avec une estimation de 99 % pour le DTP3[1] en 2017.

Au Ghana, comme dans de nombreux pays en développement, la tendance vers l'urbanisation a conduit à l'augmentation du nombre de personnes vivant dans des habitations financièrement contraintes (Nations unies, 2017). La population urbaine du pays a plus que triplé entre 1984 et 2014 (recensement de la population et des ménages de 2010), ce qui s'est traduit par un nombre croissant d'enfants sous-vaccinés dans ces zones. Cependant, peu d'informations sont disponibles sur la délimitation géographique des zones urbaines pauvres au Ghana et les données sont insuffisantes en matière de couverture vaccinale chez les populations pauvres en milieu urbain et des facteurs contribuant aux poches de couverture comparativement faible.



Les données de deux Enquêtes Démographiques et de Santé récentes au Ghana (2008 et 2014) démontrent que les enfants dans l'échantillon âgés entre 12 et 59 mois en zone rurale avaient plus de probabilité de compléter les vaccins requis que ceux dans les communautés urbaines (GDHS 2008, 2014). Malgré l'accès physique à des centres de santé et de vaccination en milieu urbain, il existe encore des barrières considérables à la couverture vaccinale, surtout chez les populations pauvres en milieu urbain (Asuman 2017). De plus, le renforcement des systèmes de santé n'a pas progressé au rythme de la prolifération rapide des bidonvilles et habitations informelles des zones métropolitaines du Ghana.

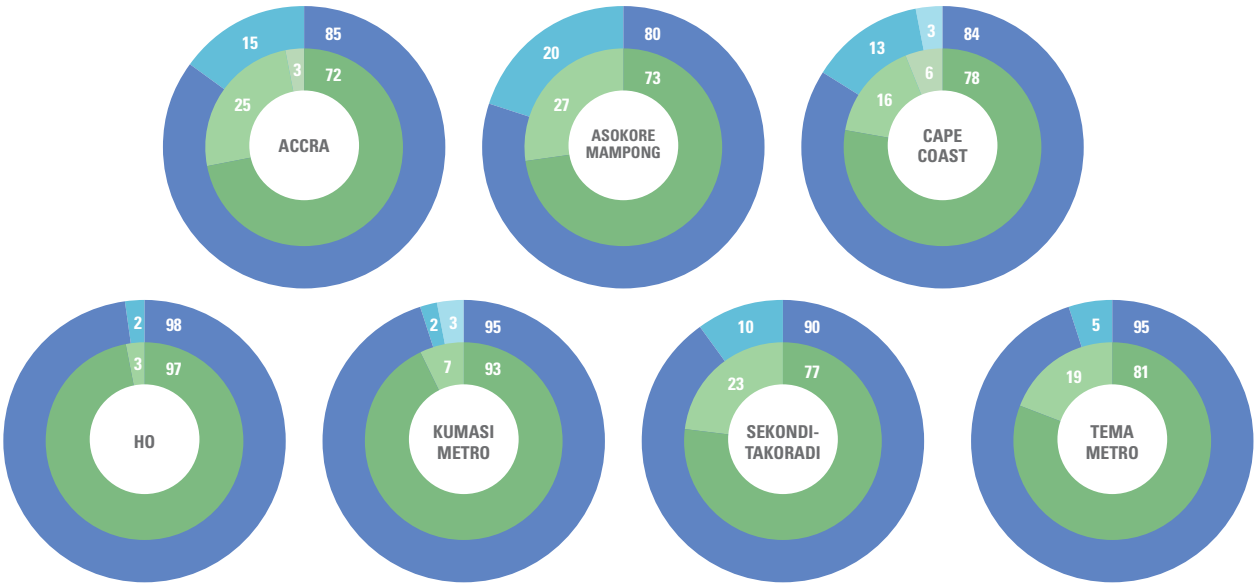
FIGURE 1. DISTRICTS AVEC LE PLUS GRAND NOMBRE D'ENFANTS SOUS-VACCINÉS (PENTA 3) AU GHANA EN 2017

# d'enfants sous-vaccinés	Districts
12 432	SEKONID-TAKORADI
8 765	KUMASI
3 613	HO
2 742	ASSIN NORD
2 336	JOMORO
2 132	KASSENA-NANKANA
1 889	ASUOGYAMAN
1 787	GOMO EST
1 754	TEMA
1 750	ASOKO-MAMPONG
1 692	HOHCHE
1 581	GA SUD
1 486	GA EST
1 472	JIRAPA
1 387	CAPE COAST
1 373	LEDZOKU-KROWOR
1 204	TALENSI
1 202	KETU NORD
1 165	SEKYEE CENTRAL
1 163	AKYEMANSA

Source : Rapport annuel du PEV du Ghana, 2017

1 Diphtérie, tétanos et coqueluche, 3e dose.

FIGURE 2. POURCENTAGE D'ENFANTS COMPLÈTEMENT VACCINÉS[2] ET SOUS-VACCINÉS, PAR ZONE MÉTROPOLITAINE ; RÉSULTATS DE L'ÉCHANTILLONNAGE PAR LOTS POUR L'ASSURANCE DE LA QUALITÉ, JUIN 2018



Complètement vaccinés | De 0 à 11 mois Partiellement vaccinés | De 0 à 11 mois Statut inconnu | De 0 à 11 mois

Complètement vaccinés | De 12 à 23 mois partiellement vaccinés | De 12 à 23 mois Statut inconnu | De 12 à 23 mois

2 Les enfants complètement vaccinés ont reçu tous les antigènes recommandés par le GHS avant l'âge de 24 mois ; 1 dose de BCG, 4 doses de VPO, 3 doses de vaccin pentavalent, 3 doses de VPC, 2 doses de vaccin anti-rotavirus, 2 doses de vaccin contre les infections à méningocoques et 1 dose de vaccin contre la fièvre jaune.

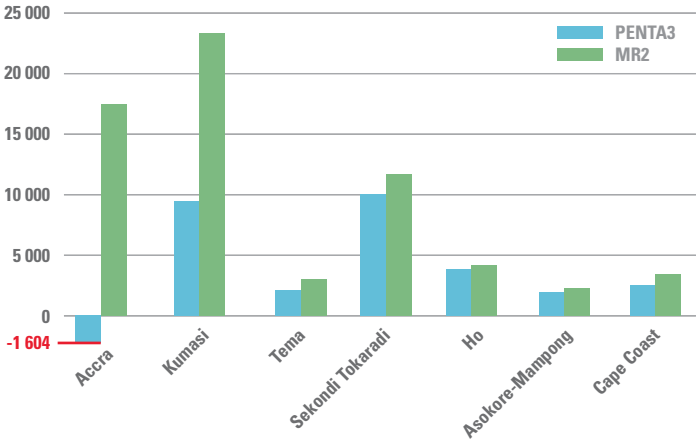
Afin d'identifier les facteurs potentiels derrière les faibles taux de vaccination chez les communautés pauvres en milieu urbain, JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), en collaboration avec le ministère de la Santé (MS) et le Service de santé du Ghana (Ghana Health Service, ou GHS), a mené une analyse situationnelle de sept métropoles majeures dans cinq régions du Ghana entre janvier et juillet 2017.

COLLECTE DE DONNÉES ET ANALYSE

Après consultation avec le MS, le GHS et les partenaires dans le pays, l'équipe de JSI et la London School of Hygiene and Tropical Medicine (école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres) ont développé une méthodologie pour l'analyse situationnelle de la vaccination en milieu urbain. Des outils de collecte de données ont été développés sur la base d'expériences antérieures avec les analyses de vaccination et adaptés au contexte local. L'analyse situationnelle exploratoire a été menée dans sept zones métropolitaines et municipalités (les métropoles d'Accra et de Tema dans la région du Grand Accra, la métropole de Kumasi et la municipalité d'Asokore-Mampong dans la région d'Ashanti, la municipalité de Ho dans la région de la Volta, Cape Coast dans la région Centrale et Sekondi-Takoradi dans la région Occidentale).

Des données primaires qualitatives et quantitatives ont été recueillies à partir d'un échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) comprenant 714 enfants et 35 membres de groupes de discussion (GD)[3]. Dans le cadre de l'analyse situationnelle, JSI a mené des entretiens avec des informateurs clés, notamment les mères d'enfants vaccinés et non vaccinés, les membres de la communauté (par exemple, des personnes des communautés de pêche, des vendeuses du marché) ; les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations de la société civile (OSC) axées sur la sensibilisation sur les programmes sociaux, le VIH, le genre etc. ; les leaders municipaux ; les leaders communautaires ; et les agents de santé des secteurs public et privé. Des données secondaires ont été recueillies dans les données administratives du Programme élargi de vaccination (PEV) du GHS, le rapport d'évaluation conjoint de Gavi de 2017, les données démographiques et de santé du Ghana, une analyse documentaire et une carte de la pauvreté du Département de la protection sociale (Social Welfare Department). Des données administratives sur les vaccinations de routine étaient disponibles au niveau des métropoles mais non désagrégées par bidonville ou communauté urbaine pauvre, ce qui souligne une lacune dans les données de base et une occasion de mener des recherches plus approfondies.

FIGURE 3. NOMBRE D'ENFANTS NON VACCINÉS DANS LES ZONES MÉTROPOLITAINES : 2017



Source : Données administratives annuelles nationales du PEV du Ghana, 2017.

3 Menés dans le cadre de l'analyse situationnelle en collaboration avec le MS, le GHS et les équipes de santé dans les métropoles, juin 2017.

TABLEAU 1 : BARRIÈRES ET DÉFIS À LA VACCINATION EN MILIEU URBAIN

ACCÈS

UTILISATION

LES BARRIÈRES ET DÉFIS À LA VACCINATION EN MILIEU URBAIN ENTRENT DANS LES CATÉGORIES SUIVANTES :
planification et gestion des ressources, disponibilité de services de vaccination, engagement et communication vis-à-vis des communautés, qualité des services, contrôles et utilisation des données, approvisionnement en vaccins et chaîne du froid, leadership et gouvernance

Heures d'ouverture et longs temps d'attente : Souvent, les centres de santé ne sont pas ouverts aux jours ou aux heures pratiques pour les parents / personnes s'occupant d'enfants, comme les mères occupées et qui travaillent ou les personnes dont les options de transport sont limitées. De multiples déclarations signalent de longues périodes d'attente, même lorsque les parents / personnes s'occupant d'enfants pouvaient assister aux séances.

« D'autres manquent également l'occasion à cause de leur horaire de travail chargé. Certains partent pour le travail dès 4h ou 5h le matin, surtout les vendeuses au marché. Les fonctionnaires, eux, partent vers 7h, donc la plupart des mères sont absentes de la clinique Child Welfare Clinic, qui ouvre à 9h. Les gens partent tôt de chez eux pour travailler, finissent tard et n'ont donc pas la possibilité de se rendre au Child Welfare Clinic pour la vaccination. »

– Représentante d'une OSC, région d'Ashanti

Disponibilité des vaccins et ouverture des flacons de vaccin : Parfois, les prestataires n'ouvraient pas les flacons multidoses si trop peu d'enfants étaient présents par crainte d'augmenter le gaspillage. Tous les centres de santé ont aussi signalé au moins une rupture de stock dans l'année passée malgré le fait que la plupart avait tous les vaccins en stock le jour où les données ont été recueillies.

Financement : Certains centres de santé faisaient payer certaines composantes essentielles aux vaccinations de routine, par exemple les remplacements de carnets de vaccination ou le paracétamol.

Connaissances et sensibilisation : Souvent, les parents / personnes s'occupant d'enfants ignorent quand revenir pour le prochain vaccin, quelles maladies les vaccins évitent et quels sont les bénéfices des vaccins en général.

Peur de la stigmatisation et de la discrimination : Les parents et personnes démunis s'occupant d'enfants ont subi une stigmatisation de la part des agents de santé et se sentent gênés de se rendre aux locaux s'ils pensent qu'ils n'ont pas une tenue convenable.

Peur des manifestations postvaccinales indésirables : Certains parents / personnes s'occupant d'enfants s'inquiétaient des effets secondaires négatifs potentiels de la vaccination. Bien que de légères réactions surviennent parfois, les prestataires n'informaient pas ces personnes sur ce à quoi s'attendre.

« Certaines mères connaissent l'importance de la vaccination mais n'emmènent pas leurs enfants se faire vacciner, intentionnellement. Elles savent que si elles emmènent leurs enfants se faire vacciner, leur température va augmenter et ils ne vont pas dormir, ce qui va également empêcher ces mères de dormir. »

– Mère d'un enfant partiellement vacciné, région du Grand Accra

Mauvais relationnel et interactions avec les prestataires de services : Les expériences négatives ont nui à la confiance générale envers le système et à la volonté de revenir pour les rappels.

RÉSULTATS CLÉS : BARRIÈRES À L'ACCÈS ET À L'UTILISATION DES SERVICES DE VACCINATION CHEZ LES POPULATIONS PAUVRES EN MILIEU URBAIN

Beaucoup de parents / personnes s'occupant des enfants au Ghana ont accès à des services de vaccination et assurent que ces enfants complètent les séries de vaccins, même si cette tendance est moins prononcée pour les vaccins administrés dans la deuxième année de la vie. Certaines communautés urbaines pauvres sont confrontées à de nombreuses barrières à la complétion de leur vaccination, comme indiqué dans l'analyse situationnelle décrite dans le Tableau 1.

Pour le LQAS, 714 enfants au total venant de sept métropoles ont été échantillonnés. Des informations sur le statut de vaccination étaient disponibles pour 684 des participants : les enfants de 0 à 11 mois (401) et de 12 à 23 mois (283). Parmi les personnes échantillonnées, 90 % des enfants de 0 à 11 mois et 82 % des enfants de 12 à 23 mois étaient complètement vaccinés, avec un taux allant de 80 % à Asokore-Mampong à 98 % à Ho pour les enfants de 0 à 11 mois. Pour les enfants de 12 à 23 mois, le taux de vaccination complète par métropole variait de 72 % dans la métropole d'Accra à 97 à Ho ; dans certaines métropoles, plus de 20 % des enfants étaient sous-vaccinés (Figure 2). Ces résultats correspondent aux données administratives du PEV, qui avait identifié de grands nombres d'enfants non vaccinés dans chacune des métropoles échantillonnées (Figure 3).

D'autres données soutiennent ces résultats et soulignent les obstacles à l'accès aux services de vaccination présentés dans le Tableau 1. Les difficultés d'accès

et d'utilisation des services de vaccination sont liées à, et influencées par, plusieurs thèmes transversaux identifiés dans l'analyse situationnelle et soulignés et décris en plus de détails dans le Tableau 1. Les perspectives des informateurs clés ont aussi apporté des informations utiles pour des améliorations à court et à long terme susceptibles d'aider à renforcer le programme de vaccination et la prestation de services.

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ÉTAPES, PAR GHANA HEALTH SERVICE ET SES PARTENAIRES

GHS, le MS et les parties prenantes dans le pays mettent d'ores et déjà en œuvre des mesures afin de mieux identifier et cibler les besoins et difficultés des populations pauvres en milieu urbain et d'améliorer le faible taux de couverture vaccinale dans ces communautés. Ces mesures comprennent la cartographie des bidonvilles urbains et périurbains, l'établissement de cliniques-conteneurs sur les marchés dans les zones urbaines pauvres et la tenue de séances de vaccination au marché et pendant les week-ends. Parmi les actions en continu figure l'engagement des structures communautaires à travers les durbars, les « market queens[4] » et dans certains cas, la radio. Avec le soutien des Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) et l'étroite collaboration de GHS et du secteur privé, les cliniques-conteneurs sont utilisées dans le cadre des interventions dans la deuxième année de vie dans les métropoles.

Un processus participatif a eu lieu sur la base de l'analyse situationnelle, lors duquel les parties prenantes dans le pays ont élaboré les recommandations ci-après et suggéré des actions pour une stratégie de vaccination urbaine concrète. Ces recommandations viennent complémenter les stratégies existantes actuellement en cours de mise en œuvre dans chacune des métropoles. Une analyse des parties prenantes effectuée dans le cadre de l'analyse situationnelle de JSI a semblé révéler des possibilités d'utiliser les ONG et OSC pour mieux renforcer la prestation de services de vaccination de routine, par exemple à travers la coalition des Organisations non gouvernementales du Ghana et ses 350 membres. Un quart de ces organisations membres participe déjà à des activités liées à la vaccination et peut être amené à interagir avec les populations pauvres urbaines. Il y a également la possibilité d'améliorer la coordination et la collaboration dans tout le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs et d'impliquer différentes parties prenantes (dont les universités et écoles de santé publique) afin de mieux comprendre les problématiques de vaccination en milieu urbain, de mener des évaluations rapides et de soutenir les activités favorisant la qualité des données.

---

4 Les Market Queens sont des femmes d'affaires à la tête d'un marché entier ou responsables du commerce d'un certain produit vendu au marché. Elles forment souvent des réseaux officiels ou officieux entre les marchés, surtout en milieu urbain.

PLANNIFICATION ET GESTION | RESSOURCES HUMAINES | ORGANISATION / PRESTATION DE SERVICES | LOGISTIQUE ET APPROVISIONNEMENT | PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ | HMIS ET SUPERVISION

ACTIONS SUR LE COURT TERME (<1 AN) POUR SURMONTER LES BARRIÈRES

Assurer un engagement financier envers les microplans : Chaque année, tous les niveaux, y compris chacune des métropoles, doivent identifier et intégrer dans leurs microplans des stratégies pour atteindre les populations pauvres en milieu urbain et les actualiser régulièrement pour répondre aux changements de besoins et de priorités. Cette planification nécessite une révision, soit de façon manuelle, soit à travers la technologie SIG si possible, de la cartographie des zones de desserte urbaines pour mieux déterminer la population desservie. Le développement des microplans doit se faire par collaboration inter-sectorielle et inclure le plan national Community-based Health Planning and Services (CHPS). Ces plans de séances contribueront à identifier le meilleur moyen (dont les considérations sur les modalités de prestations de services) d'inclure tous les membres de la population pour assurer un engagement envers l'équité. Les microplans et les plans de séance devront être examinés régulièrement et conjointement afin d'assurer que les objectifs d'action sont atteints et que ce processus de planification devienne durable.

Rappels : Un système simple et personnalisé devrait être mis en place pour rappeler aux parents et personnes s'occupant d'enfants où et quand ils doivent emmener leurs enfants aux séances de vaccination pendant la première et deuxième année de vie. En plus d'améliorer l'utilisation des carnets de santé des enfants, ces rappels peuvent passer par les plateformes appropriées, par exemple les SMS, la télé ou la radio. Une forte participation des membres des communautés (par exemple, leaders religieux, société civile) est nécessaire pour augmenter l'acceptabilité et la demande des services.

Formation des agents de santé : Dans le cadre d'une approche axée sur les soins de santé primaires, le MS et GHS devraient fournir une forme de mentorat intégré et réviser et / ou actualiser les checklists de supervision formative et / ou la documentation de travail pour les agents de santé. Ces outils peuvent : a) informer les parents / personnes s'occupant d'enfants du calendrier vaccinal, b) améliorer la satisfaction / les relations client et c) établir un système de suivi des personnes qui interrompent leur vaccination ou des enfants sans carnet de vaccination.

Échanges avec les établissements privés pour assurer la qualité des services et des rapports : Le MS et GHS devront approfondir leurs échanges avec les établissements privés offrant des services de vaccination afin de faire appliquer les mesures de contrôle qualité et d'assurer des données et rapports de vaccination réguliers et précis.

Interactions entre patients et prestataires : Les politiques, le règlement et la communication sur la prestation de services de vaccination doivent être renforcés. Parmi les consignes clés sont celles d'ouvrir un flacon peu importe le nombre d'enfants présents et de maintenir un stock approprié de vaccins et de carnets de santé des enfants afin qu'aucun enfant ne soit refoulé. La supervision, la formation, l'orientation à la réduction de stigmatisation et le mentorat sont autant d'outils à utiliser pour renforcer la capacité des prestataires à améliorer leurs interactions avec les clients, leur éducation et le service client. Les directeurs des établissements devraient également chercher des possibilités d'améliorer l'efficacité des prestations de service au sein de leurs centres de santé (par exemple, système de triage des prestations de service pour améliorer l'efficacité et le flux de patients dans les établissement).

Augmentation de la sensibilisation : Les leaders et les membres des communautés doivent être impliqués à plusieurs niveaux afin de générer une demande et d'accroître la sensibilisation à travers des messages personnalisés à des groupes spécifiques, à des heures et lieux de rencontre précis. Cette approche devrait être complémentée par des campagnes multimédias afin que les messages clés parviennent aux parents / personnes s'occupant d'enfants qui se déplacent. Il existe déjà, dans certains endroits, des jingles radio et des initiatives d'engagement communautaire issus de la coalition des ONG au Ghana ; cela devrait être élargi à toutes les zones urbaines.

Horaires des séances : Les heures d'ouverture doivent être ajustées pour convenir aux demandeurs de services. Dans certains cas, cela veut dire étendre les horaires et organiser des séances de vaccination le week-end.

Séances supplémentaires sur le terrain et approche personnalisée à la vaccination en milieu urbain : Dans le cadre des révisions régulières des programmes de santé et de vaccination, les plans à tous les niveaux devraient être actualisés pour inclure des approches spécifiques à l'intégration des communautés urbaines pauvres.

ACTIONS SUR LE LONG TERME (>1 AN) POUR SURMONTER LES BARRIÈRES

Définir des dénominateurs et des estimations de taille de population fiables : Cela peut être accompli en définissant et en quantifiant les zones de desserte et en identifiant les communautés urbaines pauvres — par exemple en utilisant la technologie SIG — et en mettant à jour et en comparant les données afin que des estimations de population plus exactes puissent être utilisées pour la planification.

Optimiser la taille des flacons et renforcer les conseils sur la politique des flacons ouverts : Le MS et GHS devraient utiliser des formations en continu, la supervision et le mentorat sur le terrain et une surveillance étroite des données de vaccination de routine afin d'aider à identifier les zones de sous-performance, ajuster la taille des flacons par rapport au nombre de personnes par séance (autant que possible) et s'assurer que les agents de santé se conforment à l'exigence d'ouvrir les flacons sans tenir compte du nombre d'enfants présents à une séance de vaccination.

Introduire des registres électroniques : Un basculement vers les registres électroniques (accompagné d'une utilisation et d'une sauvegarde accrues des carnets de santé des enfants par les parents / personnes s'occupant d'eux) pourrait améliorer l'exactitude des taux de couverture et d'interruption, aider à suivre les « perdus de vue » et réduire les barrières à l'accès chez les enfants manquants ou non enregistrés.

RÉFÉRENCES

Adokiya, M.N., B. Baguune, et J.A. Ndago. 2017. "Evaluation of Immunization Coverage and Its Associated Factors among Children 12–23 Months of Age in Techiman Municipality, Ghana, 2016." Archives of Public Health 75 (1):28. https://doi.org/10.1186/s13690-017-0196-6.

Gavi. 2017. "Ghana Country Factsheet." https://www.gavi.org/country/fact-sheets/ghana.pdf.

Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS) et ICF International. 2015. "Ghana Demographic and Health Survey 2014." Rockville, MD, USA : GSS, GHS et ICF International. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr307/fr307.pdf. Kushitor, M.K., et S. Boatemaa. 2018. "The Double Burden of Disease and the Challenge of Health Access: Evidence from Access, Bottlenecks, Cost and Equity Facility Survey in Ghana." Édité par Mark G. Shrime. PLOS ONE 13 (3):e0194677. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194677.

Mawuli Nyaku, Melissa Wardle, Jodi Vanden Eng, Lynnette Ametewee, George Bonsu, Joseph Kwadwo Larbi Opare, Laura Conklin | The Pan African Medical Journal. 2017;27 (Supp 3):4. doi:10.11604/pamj.supp.2017.27.3.12182 Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2018. "Ghana's Expanded Programme on Immunization in Ghana: A Profile." Accra, Ghana : OMS. http://www.who.int/countries/gha/publications/EPI_Profile.pdf.

Yawson, A.E., G. Bonsu, L.K. Senaya, A.O. Yawson, J.B. Eleeza, J.K. Awoonor-Williams, H.K. Banskota et E.E.A. Agongo. 2017. "Regional Disparities in Immunization Services in Ghana through a Bottleneck Analysis Approach: Implications for Sustaining National Gains in Immunization." Archives of Public Health = Archives Belges de Santé Publique 75. BioMed Central:10. https://doi.org/10.1186/s13690-017-0179-7.