Renforcer la vaccination pour les populations pauvres en zone urbaine :
Expériences et enseignements tirés de l'étude de cinq pays

RDC, GHANA, HAÏTI, KENYA & KIRGHIZSTAN

CONTEXTE

En 2017 et 2018, avec le soutien de Gavi, l'Alliance du Vaccin (Gavi), JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) a passé en revue le statut vaccinal des communautés pauvres en milieu urbain dans les métropoles de cinq pays : la République Démocratique du Congo (RDC), le Ghana, Haïti, le Kenya et le Kirghizstan. Les résultats de l'analyse de JSI ont contribué à identifier les barrières auxquelles sont confrontées les communautés pauvres en milieu urbain concernant l'accès et l'utilisation des services de vaccination, ainsi qu'à développer des recommandations à court et à long terme afin de surmonter ces barrières.

Ce document identifie les conclusions transversales des analyses et présente la synthèse des expériences de JSI afin que les pays et métropoles les adaptent à leurs contextes précis. Les enseignements tirés sont conçus pour guider les parties prenantes lors de leurs échanges avec les principaux urbanistes, décideurs politiques et gestionnaires financiers responsables des décisions de planification et d'investissement sur comment améliorer la prestation des services de vaccination de routine aux communautés mal desservies en zone urbaine.

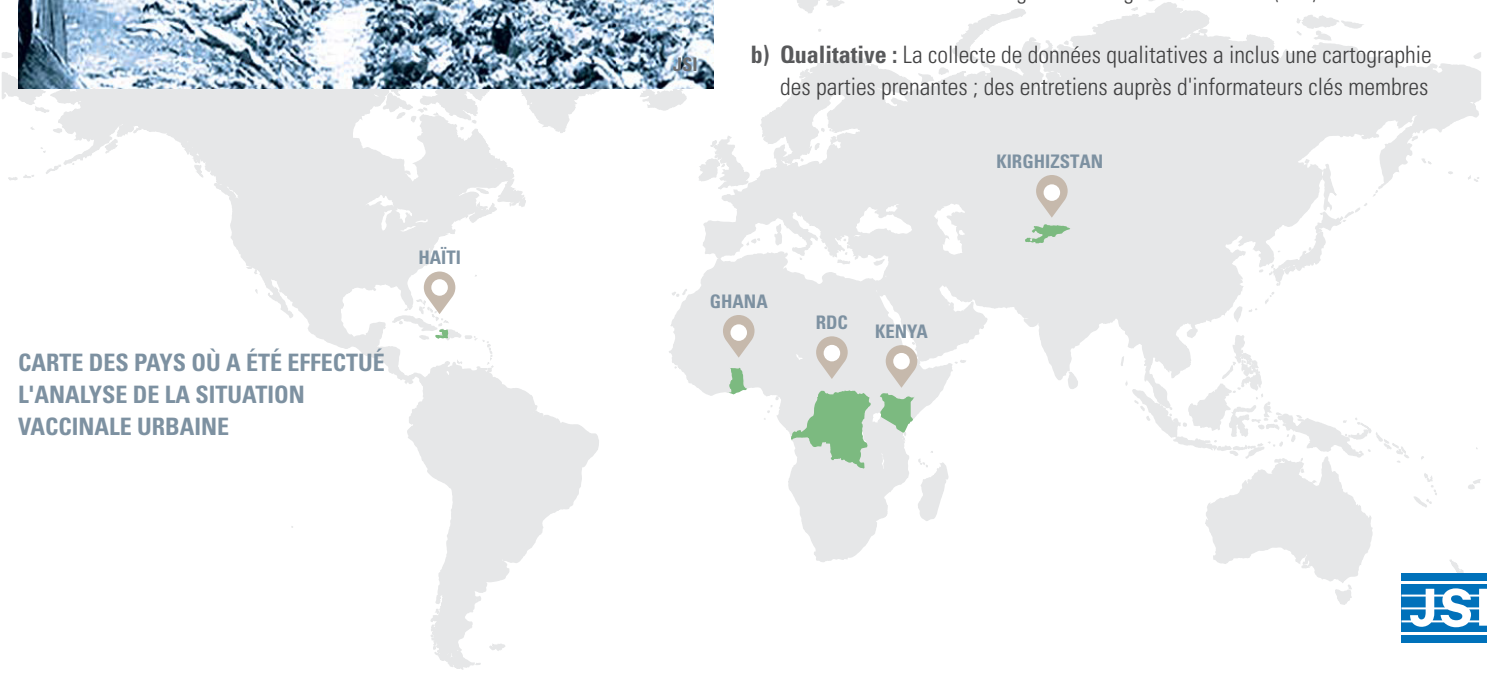
Comme chaque contexte est différent, **il n'existe pas de solution universelle**. Chaque barrière et solution doit être examinée en gardant à l'esprit les parties prenantes et ressources locales disponibles **afin de mieux définir les priorités d'investissement, explorer les possibilités de financement potentielles et évaluer la perspective des utilisateurs ou des exécutants**.

OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES ET APPROCHES

Pour cette analyse, les cinq pays ont utilisé une approche de méthode mixte selon laquelle les ressources disponibles et le contexte étaient pris en compte et l'accent était mis sur les lacunes dans les données :

a) **Quantitative :** Tous les pays ont mené une analyse secondaire des données administratives de vaccination existantes, tant au niveau national qu'au niveau des établissements de santé, des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS en anglais), des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des estimations de couverture vaccinale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). La collecte de données primaires quantitatives a inclus un rapide contrôle par échantillonnage de la qualité des lots (LQA) afin d'obtenir un aperçu des indicateurs clés de la prestation des services de vaccination ainsi qu'un formulaire de collecte de données structuré pour recueillir des informations sur les ressources humaines, les capacités à maintenir la chaîne du froid, la logistique et autres données essentielles du Programme Élargi de Vaccination (PEV).

b) **Qualitative :** La collecte de données qualitatives a inclus une cartographie des parties prenantes ; des entretiens auprès d'informateurs clés membres



CARTE DES PAYS OÙ A ÉTÉ EFFECTUÉ L'ANALYSE DE LA SITUATION VACCINALE URBAINE

BARRIÈRES COURANTES

- La mobilité des populations et le statut quasi-légal des personnes et communautés ajoute une difficulté considérable à l'estimation des dénominateurs, ce qui implique que les taux de couverture peuvent être imprécis, et aucune analyse des tendances des numérateurs n'a été menée ;
- Les zones de desserte sont mal définies et basées sur des estimations de population obsolètes ;
- Aucun plan n'est mis en place pour l'équité avec un accent sur l'identification des communautés politiquement ou économiquement marginalisées ;
- Les communautés vulnérables se méfient du système (de santé ou autres) et manquent souvent de connaissances, de capacité d'agir ou de ressources pour accéder aux services et les utiliser ;
- Les interactions entre les clients et les prestataires de services sont négligées ou mal gérées, en partie à cause du personnel des centres de santé débordé et non formé à répondre aux besoins des communautés pauvres en zone urbaine ;
- Lors de leur conception, les services ne prennent pas en compte la facilité d'accès pour les communautés ;
- Les locaux du secteur privé ne sont pas contrôlés régulièrement et ne s'intéressent pas assez à la qualité de service ou à la collecte de données ;
- Il y a peu de communication ou de participation de la société civile pour mobiliser les communautés ou les informer sur les bienfaits de la vaccination ;
- Les mécanismes de coordination entre les municipalités, les ministères de la santé et les prestataires de services sont faibles.

SOLUTIONS COURANTES (<1 AN) / RESSOURCES MINIMALES

- Ajuster les horaires des prestations de services et en informer la communauté ;
- Donner des rendez-vous, fournir des carnets de vaccination et mettre en place un système de triage afin de réduire les temps d'attente et communiquer la date de la prochaine visite ;
- Mettre à jour le nombre d'habitants en effectuant régulièrement une equête / un micro-recensement de la communauté ;
- Inscrire tous les nouveau-nés et enfants dans les registres et mettre à jour les zones de desserte (cartographier les zones) ;
- Développer des microplans et repenser les services en vue d accroître les services avances ;
- Impliquer plus de membres ou représentants de la communauté et de la société civile ainsi que des comités multisectoriels afin d'augmenter la sensibilisation sur les droits, les bénéfices et la prestation de services en communiquant les bons messages de différentes manières ;
- Redéployer le personnel de santé en fonction de micro-recensements et hiérarchiser les problématiques nécessitant un renforcement de capacités à travers la supervision formative / le mentorat / des techniques pratiques ;
- Mettre en place un système adapté au lieu pour identifier les populations exclues et réduire le nombre d'absences en envoyant des SMS ou en assurant le suivi en personne auprès des parents / personnes s'occupant d'enfants.

SOLUTIONS COURANTES À LONG TERME (>1 AN) BASÉES SUR LE SYSTÈME

- Adapter et financer des approches multisectorielles à long terme et focalisées sur l'équité pour la santé urbaine ;
- Établir des systèmes d'identification et de suivi pour les enfants sans carnet de vaccination (par exemple, à travers des registres communautaires, des registres électroniques des locaux, des partenaires de la société civile travaillant avec les populations à risque) ;
- Offrir et financer une formation de supervision formative / en cours de service aux agents de santé afin d'identifier les communautés exclues ;
- Améliorer les microplans et la communication interpersonnelle et utiliser les données pour agir, y compris l'analyse régulière des numérateurs et tendances, les tendances de mobilité des communautés et l'utilisation potentielle de l'outil d'auto-évaluation de la qualité des données (DQS) ;
- Cartographier les zones de desserte (par SIG ou au moyen d'autres technologies, lorsque cela est possible) et mettre en place des enquêtes rapides régulières sur les populations ou les ménages et un service d'enregistrement des nouveaux-nés ;
- Informer et donner la capacité aux groupes communautaires de mobiliser les populations et d'accroître la sensibilisation sur les avantages des services de vaccination, y compris le calendrier du PEV et le suivi ;
- Concevoir, mettre en œuvre et financer une stratégie de communication urbaine et de participation sociale visant à encourager un discours plus percutant, un changement de comportement et l'engagement de la société civile à atteindre les populations mal desservies.

du PEV, des autorités sanitaires ou du personnel des centres de santé ; et des groupes de discussion (GD) avec des membres de la communauté et des parents / personnes s'occupant d'enfants

LIMITES ET POSSIBILITÉS DE DIAGNOSTICS À L'AVENIR DANS D'AUTRES CONTEXTES

Cette analyse a été limitée dans le temps (environ six mois) et se voulait être une rapide analyse situationnelle. Davantage d'investissement dans une mise en œuvre plus approfondie au sein de chacun des cinq pays permettrait d'incorporer l'utilisation d'outils innovants et de ressources supplémentaires, par exemple le guide de l'OMS, Atteindre Chaque District, pour l'Afrique ; ou encore des informations locales SIG et cartographies géographiques, sociales et de parties prenantes plus complètes. L'ajout de tels outils pourrait appuyer l'analyse de 1) l'état et la qualité des locaux et services de communication, 2) la répartition des ressources humaines, 3) les ressources de la chaîne de froid et 4) les mouvements de population. Parmi les autres ressources potentielles figurent le Health Equity Assessment Toolkit (outil d'évaluation de l'équité en matière de santé, ou HEAT) de l'OMS etEQUIST, des stratégies équitables pour sauver des vies, de l'UNICEF, ainsi que des indicateurs provenant d'autres secteurs comme la santé urbaine ; l'eau, assainissement et hygiène (WASH) ; la nutrition et l'éducation. Enfin, des analyses supplémentaires pourraient adapter l'analyse des points d'engorgement (bottleneck) de l'UNICEF et incorporer le Guide to Tailoring Immunization Programs (guide pour adapter les programmes de vaccination, ou TIPs) de l'OMS.

L'une des étapes clés afin de maximiser la mise en œuvre des stratégies proposées est de rattacher la solution aux plans de santé et processus d'élaboration du budget en cours.

Souvent, les données disponibles sur la population et la couverture ne sont pas ventilées en fonction des bidonvilles ou communauté, et il existe une forte mobilité entre ces communautés. Il est donc difficile d'évaluer la couverture vaccinale, le taux d'abandons et les dénominateurs dans tous les contextes. Pour en tenir compte de ces défis, les initiatives de vaccination en milieu urbain pourraient mener des enquêtes rapides avant et après toute intervention afin d'évaluer les résultats et l'impact.

QUI SONT LES EXCLUS ?

Les populations et communautés exclues ou défavorisées sont souvent a) de passage ou mobiles, donc diffi ciles à suivre et / ou b) statiques les handicaps ou le manque d'éducation. Ces populations incluent des groupes ethniquement différents de ceux des environs, souvent plus pauvres et potentiellement non inscrites étant donné leur statut quasi-légal. Elles ont parfois accès à des services du secteur privé ou informel qui n'offrent pas nécessairement de vaccins. Les enfants élevés par leurs grands-parents ou autres personnes responsables peuvent ne pas connaître ou ne pas avoir le droit à ces services.

IDENTIFIER LES BARRIÈRES À L'ACCÈS ET À L'UTILISATION DES SERVICES DE VACCINATION : SOLUTIONS À COURT TERME ET À LONG TERME

La Figure 1 présente une synthèse des principales barrières identifi ées à l'accès et à l'utilisation des services de vaccination, ainsi que des solutions à court terme (en moins d'un an avec un minimum de ressources) et des solutions à long terme (en plus d'un an et avec un soutien considérable du système). Ce diagramme peut être utilisé comme modèle, ou « approche menu », par les chefs de projet, les services en métropole, les responsables de la planifi cation sanitaire, les décideurs politiques et les responsables budgétaires lorsqu'ils

hiérarchisent et investissent dans les besoins des communautés urbaines mal desservies. Ces barrières ont été catégorisées en six domaines techniques selon les six composantes des systèmes de santé définies par l'OMS. Les solutions recommandées proviennent d'une collaboration avec les parties prenantes dans les différents pays travaillant dans chaque contexte. Comme chaque contexte est différent, il n'existe aucune solution universelle. Chaque barrière et solution doit être examinée en gardant à l'esprit les parties prenantes et ressources locales disponibles afin de définir les priorités d'investissement, d'explorer les possibilités de financement potentielles et d'évaluer la perspective des utilisateurs ou des exécutants.

L'une des étapes clés afin de maximiser la mise en œuvre des stratégies proposées est de rattacher la solution aux plans de santé et processus d'élaboration du budget en cours. Ce rattachement nécessite une stratégie de communication et un plaidoyer auprès des décideurs et des personnes au pouvoir à travers des messages prudents et des personnes influentes.

PARTENARIATS ET COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Les barrières d'accès et d'utilisation des services auxquelles sont confrontées les communautés urbaines pauvres peuvent être plus complexes qu'en milieu rural, car ces barrières sont de nature sociale plutôt que géographique. Pour répondre à cette complexité et améliorer la durabilité, les partenariats sont essentiels (à travers l'adhésion de multiples parties prenantes locales) car ils permettent de puiser des ressources techniques et fi nancières et d'améliorer les chances d'établir des liens multisectoriels. Parmi les partenaires essentiels au soutien du travail de diagnostic et de mise en œuvre de la vaccina-tion en milieu urbain fi gurent les organisations communautaires (du secteur de santé et d'autres secteurs), les partenaires de la société civile (par exemple, asso-ciations professionnelles dont le Rotary, Lions, etc.) et les institutions culturelles et religieuses respectées localement.

Les instituts académiques nationaux apportent une rigueur technique, sont en lien avec les priorités nationales et soutiennent le renforcement des capacités et la publication de résultats. D'autres partenaires incluent les groupes de réflexion nationaux et les associations pédiatriques / médicales car elles entretiennent souvent de bons rapports avec les politiciens. Le partenariat avec l'OMS apporte des normes et un lien avec différents niveaux d'assistance technique, alors qu'une affiliation à l'UNICEF crée des liens avec les approches multisectorielles concernant les enfants, les droits des enfants et le matériel pour le PEV. D'autres acteurs importants sont les coalitions de fournisseurs privés, par exemple les entités coordinatrices existantes au niveau national, dont le comité de coordination inter-agence (CCIA) sur la vaccination, le Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination et / ou un comité de coordination de santé plus large. Il existe également de multiples possibilités de partenariats à travers les entités de coordination, autorités respectées et comités au niveau des municipalités locales.

ENSEIGNEMENTS CLÉS À APPLIQUER AUX ACTIONS

1. **Adapter des outils variés mais simples d'utilisation lors des analyses situationelles :** Il existe de nombreux outils d'études quantitatives et qualitatives à considérer. Au-delà de la vaccination, il sera bénéfique d'évaluer les locaux et la répartition des ressources humaines et d'utiliser des outils servant à synthétiser et hiérarchiser les besoins et solutions et à souligner les moyens de faire face à la dynamique de pouvoir des parties prenantes (par exemple, un diagramme en arête de poisson intégré à une analyse des causes à la racine : voir l'outil 1f dans Atteindre Chaque District Guide pour l'Afrique, par l'OMS, page 86) Il est essentiel de recueillir des données au début et à la fin (voire au milieu, le cas échéant) des interventions afin d'en mesurer les effets et / ou l'efficacité.

2. **Hiérarchiser les barrières et les lier à des solutions multisectorielles :** Les barrières à l'accès et à l'utilisation des services de vaccination sont souvent les mêmes que pour d'autres services en milieu urbain. Il est donc important d'assurer un engagement multisectoriel par la planification des services et la budgétisation (par exemple, pour les soins de santé primaires ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; l'éducation, les aides sociales et la nutrition) et de s'inscrire dans des démarches visant à atteindre des objectifs de développement plus larges.

3. **Le partenariat, le plaidoyer et la communication :** La promotion et l'établissement de partenariats sont des éléments clés de renforcement de la volonté politique, notamment à travers l'engagement des communautés. Il est indispensable d'identifier une stratégie de communication et de plaidoyer à l'aide des canaux médiatiques et personnes d'influence appropriés afin d'assurer que les messages parviennent aux bonnes personnes, au bon moment et dans le bon format.

4. **Appliquer une approche « menu » dans la sélection des stratégies et le développement de plans d'action chiffrés :** Le menu d'options présenté dans la Figure 1 est basé sur l'analyse de cinq pays par JSI et pourrait être utilisé à différents niveaux pour hiérarchiser les priorités et prendre des décisions d'investissement afin de mettre en œuvre des stratégies à court terme (celles ne nécessitant que peu ou pas de ressources supplémentaires pour des gains rapides) comme à long terme (celles nécessitant un investissement de la part d'un gouvernement, d'une municipalité, du programme de Renforcement des systèmes de santé de Gavi, de la Banque mondiale ou de partenaires multiples, ou celles d'une durée supérieure à un an). Les solutions doivent être liées à des plans d'action chiffrés (avec des ressources municipales, locales, gouvernementales et communautaires) et informer et impliquer les décideurs politiques dans l'aboutissement et la mesure des objectifs, accomplissements et compromis.

FIGURE 1 : RÉSUMÉ DES BARRIÈRES À L'ACCÈS ET À L'UTILISATION DES SERVICES DE VACCINATION PAR LES POPULATIONS PAUVRES EN MILIEU URBAIN : SOLUTIONS À COURT ET À LONG TERME

Gouvernance, planification, gestion & leadership	Ressources ($ & RH)	Prestation & qualité du service	Logistique & chaîne d'approvisionnement	Partenariat & communication avec les communautés	HMIS & utilisation des données
BARRIÈRES					
• Insécurité • Zones de desserte obsolètes • Aucune planification pour l'équité • Réticence à ouvrir les flacons • Statut quasi-légal des populations mobiles • Coordination faible et peu claire	• Difficulté du personnel à comprendre et à parler des vaccins • Coût de certains services / carnets	• Longs temps d'attente • Horaires d'ouverture peu pratiques • Mauvais comportement des prestataires • Peu de réglementations et de contrôles sur la qualité dans le secteur privé	• Approvisionnement en vaccins peu fiable • Multiples ruptures de stock • Chaîne du froid peu fiable	• Manque de confiance ; convictions & rumeurs problématiques • Manque d'informations sur les bénéfices, les droits, les vaccins et les horaires • Société civile faible • Stigmatisation & discrimination • Peur des MAPI	• Estimations des dénominateurs non fiables • Pas de données désagrégées à analyser • Aucun suivi des migrants ni des « perdus de vue » • Aucun registre papier
SOLUTIONS À COURT TERME					
• Revoir les zones de desserte & populations cibles • Mettre à jour et adapter les microplans • Augmenter le nombre de sites ou leur rayonnement • Impliquer des comités communautaires & multisectoriels • Soutenir les leaders locaux	• Mauvaise formation • Postes à pourvoir • Manque de coordination financière • Déployer et réaffecter les agents de santé • Offrir du mentorat aux agents de santé sur le terrain par la pratique et la supervision formative • Communication interpersonnelle, identification des populations vulnérable	• Établir des files d'attente rapides / un système de triage • Prolonger les heures d'ouverture pour le confort des parents / personnes s'occupant d'enfants • Nouvelles affiches avec les heures d'ouverture	• Technologie mobile pour la gestion des stocks de vaccins • Réapprovisionnement des locaux en temps voulu • Dépôts satellites	• Lien avec les communautés concernant les besoins / les convictions • Utiliser les SMS, la télé, la radio, les leaders locaux & les ONG pour envoyer des rappels et suivre les « perdus de vue » • Engagement de la société civile, surtout dans les communautés vulnérables	• Cartographier les nouvelles installations • Formation sur l'utilisation des formulaires • Suivre les « perdus de vue » avec des rappels par SMS et financer un temps d'antenne pour les agents de santé • Inscrire tous les enfants au registre permanent • Définir les espaces des CS dans les données et sur les cartes • Mettre des outils à disposition
SOLUTIONS À LONG TERME					
• Adapter & financer des approches d'intégration pro-équité et multiprogrammes (par exemple, stratégies RED / REC) • Développer des partenariats avec le secteur privé	• Recruter des agents de santé locaux • Formation sur le terrain / supervision formative pour permettre aux agents de santé a) d'identifier les communautés vulnérables, b) d'utiliser les données, c) d'informer les parents / personnes s'occupant d'enfants sur les calendriers • Établir des systèmes de suivi des personnes qui ont interrompu leur vaccination / n'ont pas de carnet • Utiliser et adapter des guides & outils, y compris ceux pour l'adaptation des budgets et la gestion financière	• Développer chaque année et mettre à jour régulièrement des microplans pour chaque aire sanitaire • Cartographier les aires sanitaires, définir les populations, utiliser les SIG lorsque cela est possible • Utiliser la supervision formative pour identifier les communautés à risque et les stratégies et budgets nécessaires pour y rendre la vaccination régulièrement accessible et améliorer la communication • Structures supplémentaires pour fournir les services • Considération des services journaliers • Communication par les ONG • Engagement auprès des fournisseurs privés afin de renforcer le contrôle qualité & obtenir une meilleure remontée d'informations	• Utilisation d'un système d'information de gestion logistique (LMIS) & d'outils de gestion des ruptures de stock de vaccins • Achat d'une nouvelle chaîne du froid et affectation du personnel pour la maintenance • Encourager une politique et un règlement d'ouverture des flacons peu importe le nombre d'enfants présents	• Sensibilisation & engagement auprès des groupes communautaires (femmes, jeunes, leaders religieux) pour faciliter l'analyse sociale • Collaboration avec d'autres ONG, organisations communautaires & secteurs • Stratégie de communication en zone urbaine / de changement de comportement social par la communication interpersonnelle, les réseaux sociaux et les supports afin de contrer les rumeurs & réduire la réticence & définir quand et comment les communautés devraient interagir avec le ministère de la santé (MS) & les centres de santé • Aperçu des vaccins, des calendriers et du besoin de suivi	• Micro-recensement & inscription au porte-à-porte plus régulière • Cartographie de la zone de desserte des soins de santé par SIG • Production & distribution de registres précis et à jour pour chaque enfant et qui soient accessibles et utilisables pour les parents / personnes s'occupant d'enfants • Enregistrement & suivi des nouveaux-nés à l'aide d'une base de données et de SMS de rappel • Introduire des registres électroniques pour contribuer au suivi des « perdus de vue » & identifier les personnes manquantes • Redéfinir les zones de desserte & les populations pauvres en milieu urbain en utilisant mieux les SIG & en actualisant régulièrement les registres et le nombre d'habitants • Améliorer les examens de la qualité des données au niveau des centres de santé pendant les réunions habituelles et la supervision formative • Envisager l'utilisation de l'outil d'auto-évaluation de la qualité des données (DQS)