



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE DE CONNAISSANCES EN SANTE EN RD. CONGO
(CCSC-ASBL)



**Rapport synthèse des pratiques de vaccination clés
identifiées dans les divisions provinciales de la santé
de Tshopo, Maniema, Kasai Oriental et Mongala en
République Démocratique du Congo**

Par :

Equipe du CCSC-ASBL



Octobre 2024



Table des matières

1	Contexte et justification	2
2	Objectifs	3
2.1	Objectif général :	3
2.2	Objectifs spécifiques :	3
3	Méthodologie	3
3.1	Type d'étude	3
3.2	Milieu d'étude	3
3.3	Échantillonnage	4
3.4	Cadre conceptuel	4
3.5	Collecte des données	4
3.6	Analyse des données	5
3.7	Considérations éthiques	5
4	Résultats	5
4.1	Nombre d'entretiens réalisés	5
4.2	Principales pratiques de vaccination identifiées	6
4.3	Description des pratiques identifiées	6
5	Réflexions et perspectives	13
	Références	14

1 Contexte et justification

La vaccination est largement reconnue comme l'une des interventions les plus efficaces pour réduire l'incidence ou la prévalence de nombreuses maladies infectieuses et la mortalité infanto-juvénile qui en découle. En tant que telle, elle représente un investissement sanitaire rentable (1) et joue un rôle crucial dans la réalisation du troisième objectif de développement durable (ODD) lié à la santé et au bien-être, en particulier la cible 3.2 visant à réduire la mortalité néonatale et celle des enfants de moins de 5 ans (2).

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions négatives sur les services de santé en général et de vaccination en particulier dans la région africaine de l'OMS, entraînant une baisse des couvertures vaccinales. Selon le rapport WUENIC 2022, le nombre d'enfants zéro dose dans le monde, c'est-à-dire enfants n'ayant pas reçu la première dose de DTC-HepB-Hib, est passé de 18,1 millions en 2021 à 14,3 millions en 2022 mais demeure toujours supérieur au niveau d'avant la pandémie, soit 12,9 millions en 2019 (3).

La République Démocratique du Congo (RDC) se classe au troisième rang des pays de la région africaine de l'OMS (après le Nigeria et l'Éthiopie) et au quatrième rang mondial (après le Nigeria, l'Éthiopie et l'Inde) en termes de nombre élevé d'enfants zéro dose, avec près de 753 000 enfants zéro dose (3). Selon les résultats de l'enquête sur la couverture vaccinale organisée en 2021 par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, 80 % de ces enfants vivent dans les zones rurales, 75 % se trouvent dans un rayon de moins de 1 km autour du centre de santé et 90 % dans un rayon de 3 km² (4). La même enquête a révélé que 11 provinces hébergeaient 543 000 enfants zéro dose sur les 734 000 rapportés dans le rapport WUENIC 2021, ce qui représente 74% d'enfants zéro dose que compte le pays. Ces provinces sont, par ordre décroissant, la Tshopo (83 000), le Maniema (61 000), le Kasai-Oriental (56 000), la Mongala (50 000), le Kasai (48 000), le Haut Katanga (48 000), le Sankuru (45 000), le Sud-Kivu (44 000), la Tshuapa (36 000), le Maindombe (33 000) et le Sud Ubangi (30 000).

Les causes de cette situation proviennent à la fois de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, on peut citer entre autres 1) le nombre insuffisant du personnel qualifié et formé dans le domaine du PEV, 2) le nombre insuffisant des séances de vaccination suite à la non disponibilité des prestataires (grèves ou déplacements pour des raisons de service), 3) la rupture de stock des vaccins et intrants de vaccination, 4) la non-maitrise des données des populations dont celles des enfants zéro dose à vacciner plus les sites où ils vivent, 5) la faible qualité des données de vaccination de routine rapportées, 6) la faible intégration de la vaccination dans les formations sanitaires privées (majoritaire dans les villes) et dans les milieux de vie des populations spéciales (par exemples les populations vivant dans les ilots et villages d'accès très difficile, les populations autochtones pygmées) et 7) l'insuffisance et la mauvaise qualité des infrastructures, matériels et équipements médicaux. Du côté de la demande, on peut citer 1) les problèmes liés aux inégalités de genre (autorisation des pères ou des chefs de village requise pour amener l'enfant à la séance de vaccination, surcharge de la mère, faible niveau d'éducation des mères, etc.), 2) le manque d'information sur la vaccination (ignorance de la nécessité de la vaccination), 3) la résistance à l'utilisation des services de vaccination en raison des croyances et coutumes religieuses, la peur des effets secondaires, l'ignorance de l'importance de la vaccination, la perception de l'inefficacité de vaccin et 4) la faible dynamique communautaire dans les régions éloignées et en proie aux conflits (4–7).

Si les causes de la non ou sous-vaccination sont connues, les pratiques de vaccination¹ mises en œuvre pour résoudre cette situation demeurent cependant largement sous documentées au niveau opérationnel

¹ Les pratiques de vaccination se réfèrent aux actions qui visent à l'amélioration de l'accès, la qualité et l'équité des services de vaccination.

en RDC. A titre d'exemple, on connaît très peu sur comment les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (zéro dose ou sous-vaccinés) sont identifiés et récupérés. Nous pensons qu'une bonne identification et description des pratiques de vaccination au niveau opérationnel permettrait d'apprécier leur potentiel d'amélioration ou non de l'accès et de la qualité des services de vaccination, particulièrement en ce qui concerne l'atteinte des enfants zéro dose. Ceci permettrait d'identifier les bonnes pratiques ainsi que les innovations à documenter et analyser de façon approfondie avant leur éventuel passage à l'échelle.

C'est dans ce cadre que le Centre de Connaissances en Santé en RDC (CCSC-Asbl) a conduit une mission d'état des lieux des pratiques de vaccination dans les 4 divisions provinciales de la santé prioritaires GAVI FAE² ayant le plus grand nombre d'enfants zéro dose en RDC.

2 Objectifs

2.1 Objectif général :

- Réaliser un état des lieux des pratiques de vaccination dans les 4 divisions provinciales de la santé prioritaires afin d'informer le processus de gestion de connaissances du projet GAVI-FAE visant à contribuer à la réduction de nombre d'enfants zéro-dose et sous-vaccinés en RDC.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Identifier les pratiques de vaccination en cours dans chacune des 4 divisions provinciales de la santé prioritaires du projet FAE ;
- Décrire ces pratiques de vaccination selon la perspective des acteurs opérationnels et dégager les écarts éventuels avec les normes.

3 Méthodologie

3.1 Type d'étude

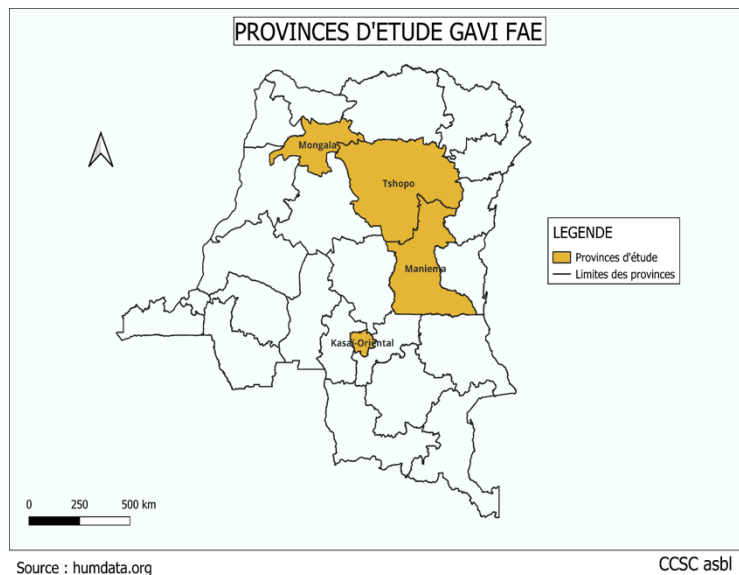
Nous avons adopté une étude de cas multiple enchâssée (*multiple embedded case study*). Le cas était les pratiques vaccinales au niveau opérationnel. Les zones de santé constituaient les unités d'analyse, tandis que les aires de santé étaient des sous-unités d'analyse.

3.2 Milieu d'étude

Les états des lieux ont été réalisés dans quatre provinces de la RDC : Tshopo, Maniema, Kasai Oriental et Mongala (Figure 1). Ces provinces ont été choisies car elles comptent chacune plus de 50 000 enfants zéro dose, totalisant environ 250 000 enfants, soit près d'un tiers des enfants zéro dose du pays (5).

² Tshopo, Maniema, Kasai Oriental et Mongala

Figure 1. Provinces d'étude



3.3 Échantillonnage

Dans chaque province, nous avons sélectionné de façon raisonnée deux zones de santé, une rurale et une urbaine, selon les critères suivants : 1) être bénéficiaire de l'appui FAE, 2) avoir entamé les activités d'identification et de récupération des enfants zéro dose et sous-vaccinés, et 3) être accessible à l'équipe d'enquête (distance, état des routes et sécurité). De la même manière, dans chaque zone de santé sélectionnée, nous avons choisi deux aires de santé de façon raisonnée.

3.4 Cadre conceptuel

Pour décrire les pratiques vaccinales, nous avons utilisé le cadre *"Template for Intervention Description and Replication"* (TIDieR) (8) en raison de sa capacité à fournir une description exhaustive d'une intervention, ce qui facilite sa reproduction. Le TIDieR décrit une intervention à travers 12 éléments clés : 1) nom de l'intervention, 2) justification, 3) matériels utilisés, 4) procédures, 5) prestataires impliqués, 6) mode de prestation, 7) lieu, 8) durée, période et fréquence, 9) adaptations, 10) modifications lors de la mise en œuvre, 11) stratégies de maintien de la fidélité, et 12) évaluation de la conformité à l'intervention prévue (8).

3.5 Collecte des données

Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-structurés avec des informateurs clés sélectionnés de manière raisonnée, en utilisant la technique de variation maximale. Ces informateurs incluaient des acteurs impliqués dans la vaccination, tels que les membres des équipes cadres de zones de santé (médecins chef de zone, infirmiers superviseurs, animateurs communautaires), les prestataires des centres de santé, les relais communautaires et les parents d'enfants zéro dose ou sous-vaccinés, jusqu'à atteindre la saturation. Ces entretiens ont été basés sur un guide conçu à partir du cadre conceptuel ci-haut, pré-testé et amélioré. Ils ont eu lieu à la convenance des participants et ont été menés par des enquêteurs formés, sous la supervision des experts du CCSC-Asbl. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot à mot et les notes sur les attitudes des participants durant l'entretien ont été prises.

3.6 Analyse des données

Les transcriptions des entretiens et les mémos de terrain ont été analysés manuellement par une analyse thématique du contenu, principalement déductive, en se basant sur les thèmes du cadre conceptuel. Pour renforcer la validité interne des résultats, nous avons triangulé les données entre différentes catégories de participants et sites, et effectué une validation des résultats par les participants (respondent validation) (9).

3.7 Considérations éthiques

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi (N° d'approbation : UNILU/CEM/015/2024) et l'autorisation des autorités sanitaires compétentes. Elle a été menée conformément aux principes de la déclaration d'Helsinki (amendée en 2013) (10). Un consentement écrit éclairé a été obtenu de chaque participant avant l'entretien, la confidentialité et l'anonymat ont été garantis tout au long du processus de l'étude.

4 Résultats

4.1 Nombre d'entretiens réalisés

Un total de 127 entretiens ont été réalisés. Le tableau 1 montre la répartition de ces entretiens par zone de santé et par catégorie d'acteurs interviewés.

Tableau 1. Nombre d'entretiens réalisés par zone de santé et catégorie d'acteurs

Zone de Santé	Nombre d'entretiens réalisés				
	Membres ECZS	Prestataires	RECO	Gardiens d'enfants	Total
DPS Tshopo					
Kabondo	3	4	6	9	22
Bengamisa	3	2	2	10	17
DPS Maniema					
Kindu	3	4	8	4	19
Kalima	3	4	7	4	18
DPS Kasai Oriental					
Nzaba	3	2	4	2	11
Tshilenge	3	2	4	2	11
DPS de la Mongala					
Lisala	3	3	9	4	19
Binga	3	2	3	2	10
Total	24	23	43	37	127

4.2 Principales pratiques de vaccination identifiées

En plus des trois stratégies traditionnelles de vaccination (fixe, avancée et mobile), nous avons identifié sept pratiques « innovantes » selon les acteurs opérationnels. Ces pratiques, mises en œuvre dans le cadre du projet FAE, se répartissent en deux catégories complémentaires : celles liées à l'identification des enfants zéro dose ou sous-vaccinés et celles concernant leur récupération par la vaccination. Elles étaient similaires dans les quatre provinces. Le tableau ci-dessous présente les principales pratiques de vaccination observées dans chaque province.

Tableau 2. Principales pratiques de vaccination identifiées

N°	Pratiques de vaccination	DPS			
		Tshopo	Maniema	Kasaï Oriental	Mongala
Stratégies d'identification					
1	Identification des enfants lors des visites à domicile (stratégie porte à porte)	X	X	X	X
2	Identification des enfants lors des passages dans les établissements de soins de santé (réduction des OVM)	X	X	X	X
3	Identification à partir des registres de vaccination	X	X	X	X
Stratégie de récupération (vaccination)					
4	Vaccination dans les points de concentration	X		X	X
5	Vaccination à tout contact	X	X	X	X
6	Vaccination porte à porte	X	X	X	X
7	Vaccination selon les horaires adaptés	X		X	X

4.3 Description des pratiques identifiées

Le tableau 3 reprend la description des pratiques de vaccination identifiées telles que mises en œuvre par les acteurs opérationnels. Cette description est une sorte de « tendance centrale » à travers les quatre provinces. Des petites variations existent entre les zones de santé en fonction du contexte et surtout de la compréhension des acteurs. Il est important de noter que certaines pratiques étaient diversement comprises, particulièrement la stratégie porte à porte et les OVM.

Tableau 3. Description des pratiques identifiées

	Pratiques	Quoi ?	Pourquoi ?	Comment ?	Par qui ?	Avec quoi ?	Quand ?	Où ?	Mesure d'efficacité	Difficultés rencontrées	Commentaires
Stratégies d'identification											
1	Identification par les visites à domicile (porte à porte)	C'est une stratégie qui consiste à rechercher activement les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (ZD ou SV) dans les ménages afin de les orienter vers les services de vaccination.	Cette stratégie permet d'identifier et de récupérer les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal afin d'améliorer les couvertures vaccinales dans les aires de santé	Phase préparatoire : 1. Former les RECO (organisés en CAC) 2. Préparer les outils (jetons et fiches) Phase d'exécution (terrain) : 1. Entrer dans un ménage 2. Saluer les personnes présentes dans le ménage 3. Se présenter et annoncer le motif de la visite 4. S'enquérir du statut vaccinal des enfants en âge de vaccination 5. Remettre les jetons pour les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal et enregistrer l'enfant dans la fiche d'identification 6. Fixer le rendez-vous au CS ou à un endroit spécifique pour la vaccination Phase d'évaluation (après terrain) : 1. Remettre les	RECO (regroupés en CAC) chacun dans son avenue/village de façon individuelle	Les RECO doivent être munis des jetons de rendez-vous, fiches d'identification et un stylo. Les RECO peuvent également disposer des pictogrammes contenant des images avec les sites d'injection (pour orienter les parents dont les enfants ne disposent pas de cartes de vaccination)	Idéalement, les visites à domicile se font chaque jour en fonction de la disponibilité du RECO et du nombre de ménage à sa charge	Cette stratégie se fait dans la communauté	Rapport entre le nombre d'enfants récupérés par rapport au nombre d'enfants identifiés	1. Changements fréquents d'adresses en milieu urbain 2. Résistance de certains parents ou sectes réfractaires à la vaccination 3. Problème de motivation des RECO	Cette stratégie est diversement comprise par les acteurs. Certains l'expliquent comme une stratégie d'identification des enfants en conflit avec le calendrier vaccinal, les autres la considèrent comme une stratégie de vaccination à l'instar de ce qui se fait lors des campagnes habituelles de VPO

				fiches d'identification au responsable du CS 2. Organiser les séances de vaccination et de récupération des jetons 3. Tenir la réunion d'évaluation pour identifier les parents qui ont répondu ou pas au rendez-vous 4. Prendre des dispositions pour les parents n'ayant pas répondu au rendez-vous							
2	Identification lors des passages dans les établissements de soins de santé (stratégie de réduction des occasions de vaccination manquées (OVM))	La stratégie de réduction des OVM consiste à profiter systématiquement de la présence d'un enfant dans un établissement de soins de santé (ESS), quelle qu'en soit la cause (maladie ou visite), pour vérifier son calendrier vaccinal et l'orienter vers les services de vaccination le cas échéant	Cette stratégie permet d'identifier et de récupérer les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal afin d'améliorer les couvertures vaccinales dans les aires de santé	1. Une fois en contact avec un enfant en âge de vaccination (à la consultation ou autre visite dans un ESS), l'agent de santé doit s'enquérir de son statut vaccinal auprès de son parent ou gardien 2. Si l'enfant est en conflit avec le calendrier vaccinal, sensibiliser son parent ou gardien afin que l'enfant soit vacciné 3. Orienter l'enfant vers les services de vaccination pour qu'il soit vacciné	Prestataires de soins	Cette stratégie ne nécessite aucun matériel spécifique	Idéalement, elle se fait à tout contact avec un enfant en âge de vaccination dans un ESS (CS, HGR, ...)	Cette stratégie se fait dans un ESS (CS, HGR, ...) ayant un personnel formé en PEV	Rapport entre le nombre d'enfants récupérés par rapport au nombre d'enfants identifiés	1. Insuffisance du personnel formé en PEV 2. Résistance de certains parents ou sectes réfractaires à la vaccination 3. Faible engagement des médecins formés dans l'identification des enfants	Cette stratégie est aussi diversement comprise par les acteurs de terrain. Certains la confondent avec la stratégie de vaccination à tout contact, d'autres pensent que la vaccination à tout contact est un moyen pour réduire les OVM au même titre que la vaccination dans les milieux de concentration

				directement (sauf pour certains vaccins lyophilisés comme BCG et VAR afin de minimiser le taux de perte)							
3	Identification à partir des registres de vaccination	C'est une stratégie qui consiste à passer en revue les registres de vaccination afin d'identifier les enfants qui ont commencé la vaccination mais ont manqué certaines doses afin de les récupérer.	Cette stratégie permet d'identifier et de récupérer les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal (zéro dose et sous-vaccinés) afin d'améliorer les couvertures vaccinales dans les aires de santé	1.A la fin d'une séance de vaccination, passer en revue le registre de vaccination pour identifier les enfants attendus mais qui ne se sont pas présentés 2.Établir une liste de ces enfants avec leurs adresses respectives 3.Remettre cette liste aux RECO en fonction de leurs rayons d'action (avenues ou villages) 4. Organiser des visites à domicile dans les ménages des enfants concernés afin de sensibiliser les parents à les amener au prochain rendez-vous de vaccination	Prestataires (identification et rendez-vous) et RECO (sensibilisation et orientation)	Cette stratégie nécessite un registre de vaccination bien tenu	Le plus souvent hebdomadaire ou bi-hebdomadaire en fonction du nombre de séances de vaccination programmées par semaine	Cette stratégie se fait au centre de santé (identification) et dans la communauté (sensibilisation des parents)	Rapport entre le nombre d'enfants récupérés par rapport au nombre d'enfants identifiés	1. Insuffisance du personnel formé en PEV 2. Résistance de certains parents ou sectes réfractaires à la vaccination 3. Problème de motivation des prestataires	Cette stratégie est toujours complétée par les visites à domicile
Stratégies de récupération (vaccination)											
4	Vaccination dans les points de concentration	La vaccination dans les points de concentration consiste à organiser des	Cette stratégie permet de profiter de la présence des parents ou gardiens	Avant la séance : 1. Prise de contact avec le responsable du point de concentration (pasteur, gérant,	Prestataires de soins (pour la vaccination) assistés par les RECO (pour la	Cette stratégie se fait avec tous les intrants et matériels nécessaires pour la vaccination de	Fréquence variable en fonction du contexte de chaque aire de santé	Cette stratégie se fait dans la communauté, dans les endroits les	Nombre d'enfants vaccinés par séance	1. Insuffisance du personnel formé en PEV 2. Résistance de certains parents ou sectes	Certains acteurs interrogés considèrent que cette stratégie est plutôt un moyen de

		séances de vaccination dans les endroits les plus fréquentés (marchés, ports, etc.) où on peut retrouver un grand nombre d'enfants, accompagnés de leurs parents ou gardiens, susceptibles d'être en conflit avec le calendrier vaccinal	souvent accompagnés d'enfants en conflit avec le calendrier vaccinal dans les points de concentration pour régulariser leur statut vaccinal	etc.) 2. Préparation des intrants et matériels de vaccination Pendant la séance : 1. Installation dans un coin du point de concentration 2. Sensibilisation des parents pour identifier les enfants en conflit avec le calendrier vaccinal 3. Vaccination des enfants identifiés en conflit avec le calendrier vaccinal 4. Remplissage des outils de gestion (fiches de pointage, registre de vaccination, carte de vaccination) Après la séance : 1. Évaluation (nombre d'enfants vaccinés) 2. Gestion des déchets 3. Fixer le prochain rendez-vous	sensibilisation, identification et orientation des enfants vers le site de vaccination)	routine : vaccins dans les boîtes isothermes avec accumulateurs de froid, seringues de dilution et seringues autobloquantes, ouate, balance, ruban MUAC, réceptacles, fiches de pointage, registre de vaccination, cartes CPS, etc.		plus fréquentés par les mamans avec leurs enfants comme les marchés, les églises, les ports, les lieux des manifestations, etc.		réfractaires à la vaccination 3. Problème de motivation des prestataires et des RECO 4. Problèmes logistiques (moyen de transport, chaîne froide) 5. Nombre important des perdus de vue lors du prochain rendez-vous	réduire les occasions de vaccination manquées à cause des occupations des mamans ou gardiens d'enfants
5	Vaccination à tout contact	La vaccination à tout contact consiste à vacciner systématiquement tout enfant en conflit avec le calendrier vaccinal	Cette stratégie permet de récupérer tout enfant en conflit avec le calendrier vaccinal et réduire ainsi leur nombre	Une fois qu'un enfant en conflit avec la vaccination est identifié dans la structure ou orienté par un autre prestataire, on le vaccine directement, on	Cette stratégie se fait par les prestataires de soins	Cette stratégie se fait avec tous les intrants et matériels nécessaires pour la vaccination de routine (cfr ci-haut)	À chaque fois qu'un enfant en conflit avec le calendrier vaccinal est identifié	Cette stratégie se fait dans les ESS où il y a un site de stockage avec les vaccins disponibles	Nombre d'enfants identifiés et récupérés	1. Insuffisance du personnel formé en PEV 2. Résistance de certains parents ou sectes réfractaires à la vaccination 3. Problèmes	Certains acteurs interrogés considèrent que cette stratégie est aussi un moyen de réduire les occasions de

		identifié dans une structure de soins	dans l'aire de santé	met à jour le registre de vaccination et sa carte de vaccination, et on lui fixe un rendez-vous pour la prochaine vaccination. Si l'enfant n'a pas de carte de vaccination, on lui donne une carte mise à jour.				de façon permanente		logistiques (faible couverture en matériel de chaîne froid) 4. Taux de perte élevé (BCG et VAR surtout)	vaccination manquées.
6	Vaccination porte à porte	La stratégie de vaccination porte à porte consiste à approcher les sites de vaccination le plus près possible des ménages en organisant les séances de vaccination dans les avenues/villages.	Cette stratégie permet d'améliorer l'accès aux services de vaccination aux enfants dont les ménages sont plus ou moins éloignés des établissements de soins qui vaccinent ou dont les parents ou gardiens ne peuvent se déplacer pour diverses raisons	Avant la séance : 1. Sensibilisation et identification des enfants à vacciner dans les avenues/villages concernés par les RECO (CAC) 2. Préparation des intrants et matériels de vaccination Pendant la séance : 1. Installation du site de vaccination 2. Sensibilisation autour du site pour informer les parents ou les gardiens d'enfants de l'arrivée des vaccinateurs 3. Vaccination des enfants 4. Remplissage des outils de gestion (fiches de pointage, registre de vaccination, carte de vaccination)	Cette stratégie se fait par les prestataires de soins (pour la vaccination) assistés par les RECO (pour la sensibilisation et l'orientation)	Cette stratégie se fait avec tous les intrants et matériels nécessaires pour la vaccination de routine (cfr ci-haut)	La fréquence varie d'une aire de santé à une autre en fonction de sa configuration géographique et de son poids démographique	La séance de vaccination peut se faire dans le domicile d'un RECO, d'un chef du village/groupe, ou dans un ESS situé dans les environs	Nombre d'enfants identifiés et récupérés	1. Insuffisance du personnel formé en PEV 2. Résistance de certains parents ou sectes réfractaires à la vaccination 3. Problème de motivation des prestataires et des RECO 4. Problèmes logistiques (moyen de transport, chaîne froid)	Cette stratégie est diversement appelée sur terrain : stratégie de regroupement des enfants, stratégie par progression des sites, stratégie fixe-avancée. Elle a été aussi diversement comprise sur terrain : d'autres la décrivent comme une stratégie consistant à vacciner dans les ménages les enfants préalablement identifiés dont les parents ou gardiens ne se sont pas

				Après la séance : 1. Évaluation (nombre d'enfants vaccinés) 2. Gestion des déchets							déplacés vers le site de vaccination pour diverses raisons.
7	Vaccination selon les horaires adaptés	Cette stratégie consiste à adapter les horaires des séances de vaccination en fonction de l'emploi du temps de la grande partie de la population	Elle permet de vacciner les enfants dont les occupations des parents ou gardiens ne leur permettent pas de se présenter aux sites de vaccination pendant les heures conventionnelles ou les jours ouvrables	La séance de vaccination se déroule comme toute séance ordinaire de vaccination, à la seule différence du temps qu'est adaptée à la disponibilité des parents	Cette stratégie se fait par les prestataires de soins	Cette stratégie se fait avec tous les intrants et matériels nécessaires pour la vaccination de routine (cfr ci-haut)	La fréquence est variable en fonction du contexte de chaque aire de santé	La séance de vaccination se déroule soit au centre de santé, soit dans la communauté en fonction de l'attente entre les prestataires et la communauté	Nombre d'enfants vaccinés par séance	La disponibilité du temps est variable d'un parent à l'autre, surtout en milieu urbain et le consensus n'est pas facile à trouver.	Bien que citée par certains acteurs, cette stratégie n'a pas été suffisamment décrite comme les autres et sa mise en application n'a même pas encore débutée dans certaines provinces. En outre, elle n'est pas mise en œuvre dans certaines zones FAE.

5 Réflexions et perspectives

La description des pratiques vaccinales est basée sur la perspective des acteurs opérationnels. Il est donc possible que cela s'écarte dans une certaine mesure des directives/normes, car certaines pratiques sont diversement comprises, particulièrement la stratégie porte à porte et les OVM. Lors des missions d'état des lieux, nous n'avons pas trouvé de documents de procédures opérationnelles standards pouvant guider ces acteurs. Il est donc essentiel que ces documents soient vulgarisés (s'ils existent) ou élaborés (s'ils n'existent pas).

Durant la même période, la plupart des zones de santé en étaient seulement aux débuts de la mise en œuvre des pratiques identifiées, ce qui a rendu difficile l'évaluation de leur mise en œuvre et de leurs résultats. Un suivi par les points focaux est donc indispensable avant de procéder à une évaluation formelle. Cependant, les observations préliminaires révèlent l'absence d'outils de gestion et de suivi adaptés pour recueillir les informations liées à chaque stratégie. Ceci peut donc entraver ce suivi.

En outre, il faut noter que ces stratégies sont synergiques et peuvent contribuer conjointement à la réduction des enfants en conflit avec le calendrier vaccinal. Par exemple, un enfant zéro dose peut recevoir sa première dose de vaccin pentavalent lors d'une vaccination à tout contact, sa deuxième dose lors d'une séance de vaccination en stratégie fixe et sa troisième dose dans un lieu de concentration. L'idéal serait que, une fois identifié et récupéré grâce à une stratégie innovante, l'enfant poursuive son calendrier vaccinal par les stratégies classiques. Il est donc difficile d'évaluer l'efficacité de chaque stratégie isolément, d'où la nécessité d'évaluer leur efficacité globale. Cela pourrait se faire en suivant une cohorte d'enfants zéro dose ou sous-vaccinés identifiés sur une période, jusqu'à l'achèvement de leur calendrier vaccinal, ou au moins jusqu'à la troisième dose du vaccin pentavalent.

La motivation des acteurs, en particulier des relais communautaires et des prestataires de soins, a été un sujet récurrent lors de la majorité des entretiens. Pourtant, leur engagement est essentiel pour garantir le succès des pratiques vaccinales identifiées. Un financement régulier pour la mise en œuvre des activités du projet FAE est donc crucial. En assurant un décaissement régulier et dans le respect de temps des fonds, on peut non seulement favoriser la motivation des acteurs, mais également renforcer leur confiance et assurer le bon déroulement et la continuité des activités.

Les missions d'état des lieux ont révélé une faible coordination des acteurs non étatiques impliqués dans le projet FAE. Compte tenu de leur nombre relativement élevé, les divisions provinciales de la santé devraient renforcer leur rôle de coordination par des réunions régulières et un meilleur partage d'informations, afin d'éviter le chevauchement des activités. L'efficacité et l'efficience du projet en dépendent largement.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique. 2016.
2. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>.
3. UNICEF/OMS. Progrès accomplis et difficultés rencontrées dans la réalisation de la couverture vaccinale universelle. Estimation de l'UNICEF/OMS de la couverture nationale pour 2022. 2023.
4. Lusamba DPS, Nyandwe KJ, Mafuta ME, Lulebo MA, Mvuama N. Enquête de Couverture Vaccinale chez les enfants de 6-23 mois en République Démocratique du Congo. Kinshasa; 2021.
5. Argumentaire stratégique pour une demande de soutien au fonds accélérateur de l'équité de GAVI pour la RDCongo. 2023.
6. Biks GA, Shiferie F, Tsegaye DA, Asefa W, Alemayehu L, Wondie T, et al. In-depth reasons for the high proportion of zero-dose children in underserved populations of Ethiopia: Results from a qualitative study. *Vaccine X*. 2024 Jan; 16:100454.
7. Biks GA, Shiferie F, Tsegaye DA, Asefa W, Alemayehu L, Wondie T, et al. High prevalence of zero-dose children in underserved and special setting populations in Ethiopia using a generalize estimating equation and concentration index analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Feb 23;24(1):592. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18077-w>
8. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ* (Online). 2014 Mar 7;348.
9. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 3rd Edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2002.
10. WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>