



Suivi communautaire de la vaccination individuelle des enfants : **EXPÉRIENCES DANS SIX PAYS**

DÉCEMBRE 2018

WWW.MCSPROGRAM.ORG

INTRODUCTION

Dans les pays à faible et moyen revenus, une couverture vaccinale insuffisante traduit souvent le manque d'accessibilité, de commodité, de fiabilité et de convivialité des services. Elle peut aussi être le reflet d'une incompréhension ou d'une méfiance du public à l'égard des vaccins et/ou des services de vaccination. Par ailleurs, dans les pays en voie de développement, divers facteurs socioculturels influent sur la probabilité que les familles entreprennent les efforts nécessaires pour faire vacciner leurs enfants.

La collaboration avec les communautés est une stratégie qui peut améliorer aussi bien les services de vaccination que leur utilisation à bon escient.¹ Les membres des collectivités peuvent contribuer aux services de planification, appuyer la logistique (en participant au transport des vaccins et des personnes), soutenir les sessions de vaccination (en mobilisant les familles dans le cadre d'initiatives de sensibilisation, en organisant le flux des patients, en enregistrant les informations, en donnant des renseignements pratiques aux parents/responsables), expliquer le processus de vaccination et motiver d'autres membres de la communauté, émettre un feedback sur les services mettant en évidence les problématiques à traiter, et procéder au suivi et à l'évaluation des services.

Cette note décrit les expériences documentées dans six pays, sous l'impulsion du Programme Intégré de la santé maternelle et infantile (MCHIP) de l'USAID mis en œuvre de 2009 à 2014 et par le Programme de survie maternelle et infantile (MCSP) de l'USAID de 2014 à 2019. Dans chaque pays, un ou plusieurs membres de la communauté suivent les vaccins individuels de chaque enfant, cherchent à promouvoir les services de vaccination et réfèrent les parents/responsables pour que leurs enfants se fassent vacciner.

MON VILLAGE EST MA MAISON

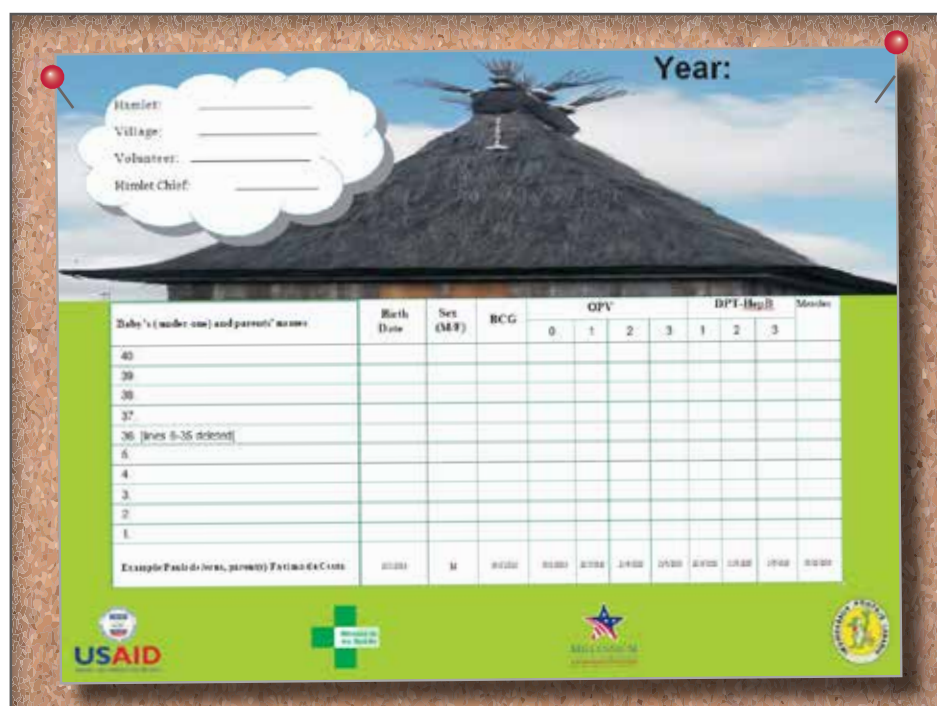
La plupart de ces expériences ont eu recours à un outil simple dénommé My village is my home (MVMH ou mon village est ma maison en français). Les membres de l'équipe de vaccination du MCSP ont élaboré l'outil MVMH en Inde

en 2003, dans le cadre d'un autre programme d'assistance internationale de l'USAID

(BASICS). Ils espéraient s'appuyer sur les 700 000 agents communautaires anganwadi (AWW) qui procédaient déjà aux recensements annuels des nouveau-nés et des femmes. Affiché dans un espace public comme un centre communautaire ou un bureau du gouvernement, l'outil MVMH a été pensé pour créer une attente sociale afin que les familles veillent à ce que leurs enfants aient un carnet de vaccination à jour. Dans l'idéal, l'utilisation de cet outil doit informer et motiver les parents/gardiens, les chefs de file au niveau local et les bénévoles, ainsi que les professionnels de la santé, pour faire en sorte que davantage de nouveau-nés soient vaccinés, et plus tôt.

Chaque nouveau-né dans la communauté possède sa propre rangée dans l'outil MVMH (voir la version du Timor-Leste, traduite en anglais, ci-dessous), avec des espaces pour le nom de

l'enfant, sa date de naissance et les dates de chaque vaccination. Dans la plupart des cas, des volontaires locaux (chefs de file traditionnels ou élus et/ou agents de santé communautaires ou bénévoles) procèdent à un recensement de la communauté pour répertorier les noms et les dates de naissance de tous les nouveau-nés. Ils transfèrent ensuite ces renseignements vers l'outil, en commençant par le plus âgé dans la rangée du bas et en remontant la liste. Les noms des enfants nés ou emménageant dans la communauté sont ajoutés dans la prochaine ligne libre au-dessus. Un toit recouvre la liste pour montrer que la communauté est semblable à une maison dont la force dépend de la qualité des matériaux la soutenant, soit dans le cas présent des briques ou des blocs, chacun représentant une dose de vaccin d'un enfant. Par conséquent, chaque vaccin reçu par un enfant de la communauté renforce la maison dans son ensemble et protège toute la communauté de maladies pouvant être évitées à l'aide de vaccins.



Year:

Hamlet: _____
Village: _____
Volunteer: _____
Hamlet Chief: _____

Baby's (under one) and parents' names	Birth Date	Sex (M/F)	BCG	OPV				DPT-HepB				Malaria
				0	1	2	3	1	2	3		
40												
39												
38												
37												
36 (lines 8-36 deleted)												
6												
4												
3												
2												
1												

Example Paulo da Silva, pregnant) Tarciso da Costa

USAID

Ministry of Health

Maternal and Child Survival Program

¹ La collaboration avec les communautés est une stratégie permettant d'améliorer les services de vaccination et leur utilisation adéquate. Pour en savoir plus, veuillez consulter les modules de formation de l'Organisation mondiale de la santé pour les cadres de niveau intermédiaire et la pratique de la vaccination sur les partenariats avec les collectivités, ainsi que le guide révisé de sensibilisation au niveau des districts (Reaching Every District ou RED) de 2017.

EXPÉRIENCES DE SUIVI COMMUNAUTAIRE DANS SIX PAYS

Vous trouverez ci-dessous de brèves descriptions des expériences à l'échelle nationale des programmes MCHIP/MCSP en termes de suivi communautaire des vaccinations. Le Tableau 1, à la fin de cette section, fournit des informations comparatives par pays concernant divers aspects du suivi communautaire. Les sources des renseignements nationaux sont présentées à la fin de cette note.

Dans la mesure du possible, les descriptions comprennent des informations quant aux résultats des initiatives. Il est difficile d'attribuer les changements de couverture vaccinale au suivi communautaire en raison du manque de fiabilité global des données issues du système sanitaire à des fins de comparaison, ainsi que d'autres facteurs, tels que les campagnes ayant éventuellement eu lieu au cours des mêmes périodes. Néanmoins, les programmes nationaux MCHIP et MCSP ont employé diverses méthodes pour évaluer la réussite de leurs initiatives de suivi communautaire. Seules la méthode MVMH en Inde et l'initiative dite des coiffeurs au Nigeria ont été conçues comme des études, avec des enquêtes initiales et finales visant à mesurer leur impact sur la couverture vaccinale et le respect des délais de vaccination. Malheureusement, les résultats finaux au Nigeria n'étaient pas disponibles lors de la préparation de cette note technique.



En Inde, la plupart des vaccins sont administrés durant les Journées de santé et de nutrition des villages (VHND) dans les centres anganwadi (AWC), le réseau national des garderies du gouvernement indien. Le programme MCHIP de l'USAID a entrepris des initiatives MVMH d'avril 2012 à mars 2013 dans deux districts de l'État de Jharkhand et d'août 2012 à juillet 2013 dans trois districts d'Uttar Pradesh (UP). Le personnel du projet et du gouvernement a formé plusieurs catégories d'agents sanitaires et communautaires à l'utilisation de l'outil MVMH, notamment les infirmières sages-femmes auxiliaires (ISFA) dispensant des services de vaccination durant les VHND, les agents sanitaires et sociaux certifiés (ASHA), qui sont des bénévoles communautaires issus du ministère de la Santé, et les AWW, les agents communautaires du ministère des Affaires sociales qui gèrent les AWC. La saisie des données dans l'outil MVMH était principalement confiée aux ISFA, tandis que la mobilisation des enfants pour les services était attribuée aux ASHA et aux AWW.

L'enregistrement des nouveaux vaccins était relativement simple en Inde du fait que les VHND étaient organisées dans le cadre du Programme de vaccination universel. Durant ces sessions mensuelles, les ISFA enregistrent les femmes et les enfants et administrent les vaccins, tout en dispensant d'autres services de sensibilisation (par ex. des soins prénatals et postnatals, les services de promotion de la croissance et de planification familiale). L'outil MVMH était affiché pour faire office d'échéancier montrant les dates de vaccination des enfants lors de la prochaine session. Il servait de guide à l'équipe locale pour notifier ces familles juste avant la journée de vaccination. À l'origine développé pour une cohorte de naissances annuelles, l'outil MVMH a été révisé ultérieurement pour ajouter les doses de rappel durant la deuxième année de vie.

L'évaluation réalisée par le projet a mis en évidence des taux de couverture pour tous les vaccins à plus de 80%, avec seulement 1,9% d'enfants non vaccinés, parmi les enfants suivis dans les communautés de Jharkhand ayant adopté l'outil MVMH. À titre de comparaison, le taux de couverture vaccinale dans les districts de l'État ne recourant pas à cet outil durant la même période était bien plus faible, allant de 49% à 69% (données issues de l'Enquête sanitaire annuelle 2011-2012). La couverture étudiée a montré que les taux d'abandon pour le vaccin BCG-rubéole s'approchaient des 25% dans les deux districts ne recourant pas à cet outil, contre seulement 15% dans la zone d'étude s'appuyant sur l'outil MVMH. Le respect des délais de vaccination (enfants vaccinés à l'âge recommandé ou peu de temps après) a également été amélioré dans les

zones MVMH. Seuls 2,3% des enfants pour l'OPV 1 et 3,0% pour le DTP 1 ont été vaccinés avant 42 jours et les intervalles entre l'OPV 2 et l'OPV 3 et le DTP 2 et le DTP3 étaient respectivement inférieurs à la période minimale de 28 jours chez seulement 3,5% et 3,4% des bénéficiaires. Après l'introduction de l'outil MVMH dans l'État d'UP, les taux de couverture ont augmenté pour tous les vaccins, hormis la rubéole, et le taux d'enfants non vaccinés est également passé de 12,6% à 6,7%. Le respect des délais de vaccination a également été amélioré par rapport à la période précédant l'introduction de l'outil.

Pratiquement tous les agents de santé et les membres de la communauté interrogés durant la période de l'étude étaient satisfaits de l'outil et avaient le sentiment qu'il contribuait à la sensibilisation accrue de l'ensemble de la communauté quant à la nécessité et à l'importance de la vaccination.





Timor-Leste



Au Timor-Leste, le suivi communautaire était une initiative du projet Imunizaun Proteje Labarik (Les vaccins protègent les enfants ou IPL, 2011-2013), gérée par le programme MCHIP pour l'USAID à travers le financement de la Millenium Challenge Corporation. IPL a développé une version de l'outil spécifique au Timor-Leste, un manuel simplifié pour les bénévoles au sein de la communauté et un curriculum d'une demi-journée de formation pour les chefs de file élus et les agents de santé communautaires bénévoles. La mise en œuvre a débuté dans sept villages pilotes (une zone qui inclut divers hameaux ayant introduit l'outil début 2012). Par la suite, IPL a collaboré avec une organisation gouvernementale (ONG) du nom de Clinic Café Timor, qui a introduit l'outil dans 26 autres villages.

Au niveau des hameaux, les chefs de file élus locaux et les bénévoles ont été formés pour dresser une liste répertoriant les noms et dates de naissance de tous les nouveau-nés, ainsi que la date de chaque vaccination sur un petit outil MVMH. À l'origine, ils copiaient les noms et dates de naissance à partir du registre de vaccination du centre de santé communautaire. Ils ont ensuite enregistré les vaccins des nouveau-nés et des nouveaux enfants durant les consultations à domicile et les sessions de sensibilisation mensuelles. Malheureusement,

trop d'enfants n'avaient pas leur carnet de santé pour pouvoir les utiliser dans le cadre de la mise à jour des outils MVMH au niveau des hameaux. Les bénévoles ont appris à distinguer quand un enfant pouvait être vacciné ou lorsqu'il était en retard pour un vaccin et ont motivé les parents/gardiens de ces nouveau-nés à les emmener vers des centres ou des postes de santé ou encore des sessions mensuelles de sensibilisation sanitaire intégrées pour se faire vacciner. Lorsqu'un agent communautaire n'était pas en mesure de convaincre une famille de faire vacciner ses enfants, cette personne demandait au vaccinateur de rendre visite à la famille en vue d'un suivi.

Chaque mois, les bénévoles amenaient leurs outils MVMH dans les hameaux aux réunions avec le vaccinateur du centre de santé communautaire ayant lieu au bureau du conseil de village, durant laquelle les informations de l'outil des hameaux et de l'outil élargi au niveau des villages étaient comparées, actualisées et débattues.

Pour évaluer l'impact de l'outil MVMH, les données d'un village ont été comparées à celles de l'année précédente (soit avant le suivi communautaire). Le nombre de nouveau-nés connus et celui de nouveau-nés immunisés ont considérablement augmenté en recourant à l'outil MVMH (de respectivement 50% et 25%).² Préalablement à l'utilisation de cet instrument, il semblait que seuls les nouveau-nés les plus accessibles étaient dans le système et que ceux les plus durs à atteindre en demeuraient écartés, au moins partiellement en raison de la difficulté à atteindre les enfants dans les zones montagneuses reculées. Pour étayer cette conclusion, il est intéressant de noter que 22,7% des enfants âgés d'un an à l'échelle nationale n'avaient reçu aucun vaccin, d'après l'Étude démographique et de santé de 2010. Le respect des délais de vaccination a également été amélioré dans les villages utilisant l'outil MVMH. Auparavant, de nombreuses doses de vaccin étaient données à des enfants trop jeunes pour les recevoir (d'après le calendrier national de vaccination) ou après les dates prévues. Mais ces situations faisaient encourir aux enfants un plus grand risque de contracter des maladies évitables par la vaccination.

Les entretiens réalisés auprès des parents, des chefs de file locaux, des bénévoles et du personnel de santé local ont indiqué que le but de l'outil (à savoir, mobiliser la communauté pour qu'elle suive le statut vaccinal de ses enfants et déterminer la nécessité de relancer

les parents) et les processus employés (tels que l'enregistrement par la communauté des enfants et des doses de vaccins et le suivi des doses à administrer) étaient bien compris par la plupart des personnes interrogées qui avaient également une très bonne opinion de l'outil MVMH.



Malawi

Au Malawi, le MCSP a soutenu l'approche Atteindre Chaque Enfant (ACE) visant à atteindre chaque communauté dans deux districts moins performants. Ce dispositif consistait à soutenir la planification, l'enregistrement et l'utilisation des données, la supervision formative, la logistique et la participation de la communauté. Le MCSP a collaboré avec le ministère de la Santé (MS) pour adapter l'outil MVMH et le mettre en œuvre dans les districts ciblés. Le projet a engagé une ONG (PACHI) pour orienter les communautés et former les chefs de village (CDV) et les bénévoles à la mise en œuvre de la mobilisation communautaire et au suivi des vaccinations dans près de 2 000 communautés.

Dans la plupart des communautés, l'initiative a été couronnée de succès, en partie grâce au prestige des CDV et à leur interaction régulière avec les assistants de surveillance sanitaire, les prestataires de soins établis au niveau communautaire et institutionnel administrant la plupart des vaccins dans le secteur public. La présence quasiment universelle de documents archivés au niveau des domiciles a facilité la mise à jour de l'outil MVMH. Les CDV et les bénévoles débattent de la vaccination fréquemment lors de visites à domicile et de réunions communautaires qui ont permis aux familles d'être mieux informées et plus motivées. La couverture vaccinale est élevée et les délais de vaccination sont respectés dans la plupart de ces communautés.

² D'après les données du ministère de la Santé, la couverture vaccinale était déjà élevée dans les villages où MCHIP/IPL avait introduit l'outil MVMH. Néanmoins, il a également été largement reconnu à cette période que les estimations de la couverture vaccinale étaient peu fiables en raison des chiffres obsolètes issus du recensement et des dénominateurs démographiques défallants. Dès lors, il était important de comparer les nombres absolus d'enfants vaccinés et d'autres indicateurs avant et après l'intervention MVMH au lieu de la couverture.

AU ZIMBABWE

« Pour la première fois, nous voyons des enfants qui n'ont pas été intégralement vaccinés ou vaccinés du tout. Nous parlons avec leurs parents et certains amènent à présent leurs enfants se faire vacciner mais nous devons peut-être mettre en application des amendes pour les autres ».

- Chef de village

« Nous commençons à nous rendre compte que les communautés de la secte apostolique ne constituent pas le seul groupe réticent aux vaccins au sein des collectivités. Nous savons désormais que nous avons d'autres personnes à la traîne qui ne voient aucun intérêt à faire vacciner leurs enfants. Mais maintenant qu'ils savent qu'ils sont sous la surveillance du chef de village, ils commencent à emmener leurs enfants se faire vacciner ».

- Prestataire de soins d'un village

« Les enfants qui n'étaient pas vaccinés auparavant viennent désormais nous voir. Ce qui nous manquait, c'était l'impulsion des chefs de file traditionnels. Dorénavant, les chefs de villages ne veulent pas être les gardiens de maisons avec des « briques » manquantes. L'outil MVMH est une initiative incroyablement simple pour accroître le taux de couverture ».

- Membre du personnel clinique

Les données administratives ne présentent pas d'impact sur la couverture. Toutefois, les enquêtes communautaires du projet réalisées par les équipes de districts dans 130 villages ont indiqué que seulement 1,6% des nouveau-nés n'avaient pas commencé à être vaccinés. Dès lors, il est là aussi possible que l'outil MVMH ait exercé un impact positif. D'après les entretiens d'évaluation réalisés en février 2017, on note un véritable enthousiasme en faveur de cette initiative parmi les agents de santé, les CDV, les bénévoles et les mères. Dans la plupart des communautés, il n'a pas été nécessaire de mettre en place des consultations à domicile auprès des familles avec enfants en retard dans leurs vaccinations ou des sanctions (que certaines collectivités ont instituées), dans la mesure où les membres de la communauté étaient fiers de leurs réalisations et reconnaissants de l'absence de rubéole et d'autres maladies pouvant être évitées à l'aide de vaccins. De plus, grâce à l'éducation et à des discussions durant les visites à domicile et les réunions communautaires, les mères étaient extrêmement bien informées sur les vaccins, tandis que les pères semblaient également y être très favorables.



Zimbabwe

Le programme MCHIP a facilité l'introduction de l'outil MVMH dans les communautés à travers 10 établissements sanitaires des districts de Chipinge et Makoni dans la province de Manicaland. Ces deux districts affichaient certains des plus faibles taux de couverture vaccinale de la province, ainsi que des taux d'abandon élevés et/ou des quantités importantes d'enfants n'ayant pas été atteints par les services de vaccination. Le travail communautaire a été orchestré par les agents sanitaires des villages (ASV) et les CDV qui entraient en contact avec le personnel infirmier des centres de santé. Au départ, les ASV actualisaient leurs registres (pour tous les enfants de moins de deux ans) en les comparant au registre de l'établissement sanitaire. Chaque mois, ils vérifiaient les carnets de santé des enfants de la communauté et mettaient à jour le poster MVMH, appelé Tableau de vaccination du village (auquel il était souvent fait référence sous l'appellation « Maison » du chef) dans les districts d'intervention. Les tableaux étaient affichés aux domiciles des CDV et em-

menés aux réunions des villages pour montrer le statut vaccinal des enfants et déterminer les contrevenants. Chaque mois dans certains cas et la nuit précédente dans d'autres, le CDV et les ASV examinaient les tableaux pour trouver des rangées (enfants) avec des briques manquantes (vaccins pouvant leur être administrés) et pour visiter leur domicile.

Dans certaines zones, les CDV avaient clairement stipulé que les ménages n'amenant pas leurs enfants pour se faire vacciner ne tireraient aucun avantage des projets et des aides au niveau communautaire, comme les programmes générateurs de revenus et les projets de nutrition. De plus, dans certaines régions, les familles hésitant à se faire vacciner ont dû payer des amendes équivalant à un coq ou à une chèvre, finissant ainsi par les convaincre de faire vacciner leurs enfants.

L'initiative est arrivée trop rapidement à la fin du programme MCHIP au Zimbabwe pour être évaluée sur le plan quantitatif. Toutefois, lorsqu'ils ont été interrogés dans le cadre d'une évaluation rapide, la plupart des agents des 10 établissements où l'outil MVMH avait été introduit avaient relevé une meilleure consignation des dates de retour sur les cartes et dans les registres EPI. Beaucoup d'infirmières pensaient qu'elles enregistraient de manière plus fiable et plus complète qu'auparavant les enfants de moins de deux ans. Elles ont reconnu que cela les aidait à estimer correctement les délais de vaccination et les taux de couverture vaccinale et à œuvrer avec les communautés au suivi individuel des enfants. La question de la vaccination est plus régulièrement à l'ordre du jour des réunions des centres de santé et des rencontres entre le personnel des établissements et les ASV.

De même, les agents de santé se réunissent plus fréquemment avec les CDV et les ASV, les CDV insistant davantage pour que les établissements sanitaires veillent à l'offre adéquate de vaccins et de cartes pour que le taux de couverture n'en pâtisse pas.



Nigeria

Dans les États de Sokoto et Bauchi au Nord du Nigeria, le programme MCSP a piloté plusieurs approches de suivi des nouveau-nés, entre autres l'outil MVMH et l'engagement des coiffeurs traditionnels, hautement respectés dans la population. Nommés par les chefs de file communautaires, les coiffeurs rasent les cheveux de tous les nouveau-nés à leur septième jour de vie dans le cadre des rites islamiques de la naissance. Le MCSP a formé près de 2 500 coiffeurs pour informer les parents au sujet de la vaccination et référer les nouveau-nés vers ces services. Les coiffeurs donnent aux parents une carte de référence jaune puis, après avoir fait vacciner l'enfant, les prestataires donnent aux parents une carte verte pour confirmer les vaccinations. Le coiffeur rend une seconde visite au ménage dans la semaine pour confirmer que le nouveau-né a été vacciné et pour recueillir la carte verte. Si le nouveau-né n'a pas reçu les vaccins requis, le coiffeur conseille la famille et fait part de son feedback au chef de file traditionnel et aux prestataires de services au niveau de l'établissement sanitaire en vue d'un suivi. Les vaccinateurs, les responsables de l'établissement et les coiffeurs traditionnels examinent et comparent les numéros de référence lors des

réunions mensuelles d'examen des vaccinations conduites au niveau de l'unité par les chefs de file traditionnels et les comités chargés du développement de l'unité, avec le soutien des éducateurs sanitaires de la collectivité locale (CL) et des points focaux responsables de la vaccination systématique au niveau du service.

À Bauchi et Sokoto, le programme MCSP, la Fondation Chigari et d'autres partenaires appuient les CDV pour maintenir à jour les registres communautaires avec les noms et dates de naissance de tous les enfants de moins d'un an, mais pas leurs vaccinations. Les chefs de file visitent chaque mois l'établissement sanitaire local pour informer le personnel de tous les nouveau-nés et pour harmoniser leurs renseignements avec ceux figurant dans le registre de la structure. Les CDV font régulièrement du porte à porte pour actualiser le registre et encourager les familles à respecter leurs délais de vaccination. En s'appuyant sur les registres nominatifs, une composante de suivi communautaire visuelle a été adaptée de l'outil MVMH. Désormais, les communautés suivent facilement le statut vaccinal actuel des jeunes enfants.

Enfin, les activités MVMH ont démarré dans tous les villages de trois services sélectionnés des États de Bauchi et Sokoto, tandis que les coiffeurs traditionnels réfèrent des nouveau-nés dans l'ensemble des CL de Bauchi et initient le processus dans 10 CL de Sokoto. Les orientations au niveau des CL et des services ont été menées pour 83 chefs de village et 166 bénévoles afin d'aider les chefs de village à enregistrer et mettre à jour les outils MVMH.



FROM NIGERIA

« [Les coiffeurs] ont favorablement accueilli le programme dans sa globalité, notamment lorsqu'ils bénéficiaient de certaines mesures incitatives. Après avoir épuisé les cartes jaunes, [ils] sont revenus en chercher. Généralement, nous les remercions et les encourageons pour qu'ils poursuivent sur leur lancée ».

- Agent responsable de
l'engagement communautaire au
sein de l'unité

« L'introduction des coiffeurs a constitué un véritable secours pour les programmes de vaccination systématiques car ils ont joué un rôle fondamental dans les zones rurales. Lorsque nous avons commencé à collaborer avec eux, nous avons découvert qu'il était très facile d'accéder aux nouveau-nés. Ils ont énormément contribué à cela et nous leur en sommes reconnaissants. »

- Membre du personnel
d'un dispensaire

« Oui, ils [les coiffeurs] viennent dans nos maisons, en particulier avant la cérémonie où l'enfant reçoit son nom et nous conseillent quant à l'importance de la vaccination infantile. En réalité, nous acceptons leurs conseils car nous leur faisons confiance et savons qu'ils ne feraient pas de mal à nos familles ».

- Père



Tanzanie

Dans le cadre du soutien apporté aux services de vaccination dans 19 districts (conseils) à travers quatre régions (Kagera, Tabora, Simiyu et Shinyanga), le programme MCSP et le personnel des conseils ont assuré l'orientation de 1 296 agents de santé communautaires (ASC) et de 648 agents du personnel à l'utilisation de l'outil MVMH début 2018. Après la phase de test, le projet a imprimé 3 250 exemplaires de l'outil MVMH. Cet instrument a été utilisé dans 648 établissements sanitaires à compter de mai 2018. Le principal objectif était d'accroître la couverture en réduisant le nombre de « contrevenants » ou d'abandons.

Quand un ASC visite une maison et découvre un enfant avec des vaccins manquants, il donne à son gardien/tuteur une carte de référence à emmener à l'établissement sanitaire. Une fois que l'enfant a reçu les vaccins requis, le vaccinateur remplit les informations sur la carte pour que les parents/gardiens les donnent à l'ASC qui les saisit dans le registre communautaire/outil MVMH.

Le recours aux registres de vaccination des établissements s'est amélioré, dans la mesure où le personnel sait que son registre sera comparé au registre communautaire pour vérifier et actualiser les données. De plus, les ASC détectent des renseignements manquants (vaccinations répertoriées dans le registre de l'établissement sanitaire mais pas dans le registre communautaire et inversement). Le personnel du conseil peut demander au personnel de l'établissement d'amener ses registres afin de les examiner et de les comparer aux données communautaires. Lorsque les ASC se réunissent pour actualiser leurs outils, ils remarquent s'il existe des contrevenants. Si c'est le cas, ils entreprennent des visites et essaient de motiver la famille pour qu'elle emmène l'enfant pour obtenir ses vaccins manquants.

Le programme MCSP a adapté l'outil MVMH en commençant par la région de Kagera (avec six conseils), où plusieurs autres partenaires collaboraient avec les ASC sur les soins communautaires à domicile et la nutrition. L'outil MVMH élargi

inclut des indicateurs en matière de nutrition (poids et taille) lors de contrôles de croissance et permet aux ASC de suivre le statut nutritionnel et vaccinal des enfants de moins de deux ans. L'outil répertorie les doses pour les nouveau-nés et à la deuxième année, notamment la deuxième dose pour la rougeole-rubéole, pour laquelle la couverture a augmenté rapidement.

Bien qu'il n'y ait pas eu de financement dédié au soutien de la mise en œuvre de l'outil MVMH en Tanzanie, le MCSP a remboursé les coûts de transport des ASC vers les sessions de sensibilisation et les réunions de supervision formative au sein de l'établissement sanitaire. Par ailleurs, le district et les établissements sanitaires paient les ASC pour les activités de proximité, qui sont budgétées durant la micro-planification. Les ASC sont également payées pour visiter des maisons par le biais d'un projet de financement axé sur la performance mis en œuvre par le gouvernement et financé par la Banque mondiale. L'outil MVMH sert à prouver que les visites à domicile ont eu lieu.

Il est encore trop tôt pour évaluer les résultats. Néanmoins, dans cinq conseils de la région de Kagera où les ASC savent que leur travail sera débattu durant la supervision formative, l'outil MVMH semble avoir accru les contacts entre le personnel des établissements et les ASC et généré un soutien mutuel pour remédier à différents problèmes.

Tableau 1: Résumé des initiatives de suivi communautaire des programmes MCHIP et MCSP

	Timor-Leste	Inde	Malawi	Zimbabwe	Nigeria	Tanzanie
Au commencement	2011–2013	2012–2014	2016–2018	2017–2018	2016–ensuite	2017–ensuite
Organisations impliquées	IPL (Millennium Challenge Corporation project géré par USAID-MCHIP); MS ; Clinic Café Timor (ONG)	USAID-MCHIP ; État, district, quartier et unités sanitaires du sous-centre	USAID-MCSP, EPI national, équipes sanitaires des districts, PACHI (ONG)	USAID-MCHIP ; Man- unités EPI provinciales et provinciales et des districts, Manicaland	USAID-MCSP ; Fondation Chigari ; Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) ; Agences de soins de santé primaires de l'état, CL et unités sanitaires des services	USAID-MCSP, MDH et IMA Health (ONG), personnel de santé du conseil, et ASC
Échelle (nombre de districts, de structures de santé, de communautés)	35 villages pilotes (zone multi-hameaux), population ~5 000 habitants)	Deux districts dans l'État de Jharkhand et trois districts à UP, 43 AWC, chacun avec une population de ~ 1 000 habitants	Près de 2 000 communautés dans les districts de Ntchisi et Dowa ; la population totale des deux districts était d'environ 800 000 habitants	Communautés autour de 10 établissements sanitaires (ES) dans les districts de Chipinge et Makoni	2 452 coiffeurs traditionnels reliés aux établissements sanitaires dans les États de Bauchi et Sokoto ; ainsi que des registres nominatifs dans bon nombre de communautés et un dispositif MVMH à petite échelle	19 conseils et 648 ES ; la population des conseils allait de 225 423 à 639 902 habitants
Agents de mise en œuvre à l'échelle communautaire	ASV et chefs élus de hameaux et de villages	ASHA (ministère de la Santé et du Bien-Être familiale) et AWW (ministère des Femmes et du Développement de l'enfant)	CDV et bénévoles	ASV et CDV	Coiffeurs traditionnels nommés par les CDV ; Les accoucheurs traditionnels (AT) réfèrent vers les services de vaccination ; Les CDV mettent à jour les registres nominatifs et l'outil MVMH dans certaines communautés	ASC
Liens avec le système sanitaire	Personnel de vaccination du centre de santé communautaire du sous-district	ISFA	HSA	Personnel infirmier des ES	Personnel des ES, agents en charge de l'engagement communautaire dans les CL et au niveau des services	Agents de santé basés dans les établissements (points focaux en matière de vaccination)
Mesures incitatives/ per diem	Les bénévoles communautaires payés par IPL reçoivent un petit per diem pour le recensement annuel et les réunions mensuelles ; les bénévoles ont exigé davantage de mesures incitatives	Les ISFA et les AWW sont des agents payés par le gouvernement ; les ASHA bénéficient d'une mesure incitative du gouvernement pour mobiliser la population et faciliter la vaccination (dans le cadre de la mission sanitaire nationale) ; ces incitations sont payées pour chaque enfant intégralement vacciné	T-shirts et casier de protection pour les outils MVMH fournis par le programme MCSP ; les CDV et les bénévoles sont prioritaires pour les services dans les ES ; les CDV jouissent d'un plus grand prestige	Le gouvernement verse chaque mois une petite somme aux ASV pour l'ensemble de leurs services	Certains agents de services donnent de petites incitations aux personnes ressources à l'échelle communautaire (pas sur l'ensemble du programme)	Les ASC bénéficient déjà de mesures incitatives par le biais d'autres programmes. Dès lors, ils ne bénéficient d'aucune mesure spécifique dans le cadre de cette intervention
Lieux de conservation des outils de suivi communautaires	Tableaux des hameaux conservés dans le bureau du chef de hameau ; tableaux des villages dans le bureau du chef	Le gouvernement indien a financé les AWC, qui sont les sites pour les VHND mensuelles à travers l'Inde	Généralement à la maison du CDV, parfois à la maison du volontaire	Maison du CDV	Les coiffeurs et les vaccinateurs gardent les cartes de référence et de contre-référence ; les chefs de file communautaires gardent les registres communautaires et les outils MVMH	Conservés par les ASC

	Timor-Leste	Inde	Malawi	Zimbabwe	Nigeria	Tanzanie
Au commencement	2011–2013	2012–2014	2016–2018	2017–2018	2016–ensuite	2017–ensuite
Outil MVMH affiché en public ?	Affiché lors des sessions mensuelles de sensibilisation	Affiché dans les AWC, accessible au public à tout moment ; là où les centres sont exploités par le biais de bâtiments de fortune, disponible au public seulement durant les sessions de sensibilisation	Affiché durant les réunions communautaires et les sessions de sensibilisation (avec les noms recouverts)	Affiché lors des réunions des villages pour montrer le statut vaccinal des enfants et déterminer les contrevenants	Registres nominatifs non partagés mais utilisés durant les réunions de concertation avec les ES	Affiché durant les réunions au niveau des villages et des ES
Mode d'actualisation	Par le biais d'archives et de rappels lors des visites à domicile et des journées mensuelles de la santé dans les villages. Les outils MVMH du hameau sont comparés au registre EPI durant les réunions mensuelles du conseil du village	Les ISFA et les AWW mettent à jour l'outil MVMH à la fin de chaque VHND	Les CDV et les bénévoles mettent à jour les outils MVMH durant les visites à domicile et les sessions de sensibilisation	Les ASV actualisent d4qbord leurs registres (pour tous les enfants de moins de deux ans) en les comparant à ceux des EF ; ensuite ils vérifient les cartes de santé des enfants et mettent à jour l'outil chaque mois	Les chefs de file traditionnels mettent à jour les registres nominatifs durant les visites en porte à porte et rencontrent chaque mois l'ES local pour procéder au rapprochement des registres communautaires et de ceux des ES ; les bénévoles actualisent l'outil MVMH chaque semaine	Les ASC inscrivent les nouveau-nés et visitent les ES pour comparer l'outil MVMH au registre de l'établissement et identifier les contrevenants (pas de recensement)
Sanctions en cas de sous-vaccination des enfants (O/N)	Non	Non	Certains villages ont approuvé des sanctions pour la non-vaccination (en général, un poulet ou une chèvre) mais celles-ci ont été rarement nécessaires	Certains CDV ont introduit des amendes au niveau communautaire à l'encontre des parents (poulet ou chèvre) en cas de non-vaccination. Cela motivait les gardiens/tuteurs à emmener leurs enfants se faire vacciner pour éviter ce type de sanction.	Un statut juridique de l'État de Sokoto appelant à des pénalités sévères en cas de non-vaccination a été par la suite modifié pour être moins strict	Ne pas faire vacciner ses enfants va à l'encontre de la loi sur la santé publique ; certains arrêtés administratifs au niveau des villages proposent des sanctions dans pareils cas qui sont peu fréquemment appliquées
Comment l'outil MVMH est utilisé : liste des vaccins à faire et/ou guide de visite pour les contrevenants	Utilisé pour alerter les volontaires que des enfants étaient en retard de vaccination ; Les familles ont été consultées par des bénévoles locaux dans un premier temps puis, le cas échéant, par des vaccinateurs	Utilisé principalement comme une liste des vaccins à réaliser pour alerter les familles de nouveau-nés devant se rendre à la prochaine session (également un rappel pour les prestataires de services) ; l'outil complété a établi des systèmes de suivi, tels que des listes papier de rappel de vaccins et des registres de santé maternelle et infantile	Utilisé principalement comme une liste de rappel de vaccin ; rarement nécessaire pour détecter les contrevenants en raison de leur faible quantité	Utilisé comme liste pour détecter les contrevenants ; chaque mois ou le jour précédent, les CDV et les ASV examinaient le tableau pour identifier les rangées (enfants) avec des briques manquantes (doses) et se rendaient à leur domicile	Les coiffeurs traditionnels utilisaient des cartes de référence par couleur pour référer chaque nouveau-né ; registres communautaires utilisés pour obtenir une liste complète de la population cible ; outil MVMH utilisé pour visualiser le registre et suivre les vaccinations des nouveau-nés	Utilisé pour identifier les contrevenants durant les sessions de vaccination, les réunions des ES et les visites à domicile
Fréquence du recensement communautaire, nouvel outil	Une fois par an, au début de l'année calendaire	Pas de recensement annuel au moment de cette intervention mais un recensement ASHA a été ajouté à son descriptif de poste depuis cette période ; des enfants ont été ajoutés après être venus aux VHND ou après avoir reçu la visite des ASHA chez eux	Recensements communautaires initiaux, puis mise à jour mensuelle dans la plupart des cas	Pas de recensement mais registres fréquemment mis à jour ; prévu de retirer chaque tableau au bout de deux ans ou d'en commencer un nouveau, plus tôt si le tableau est complet	Recensement communautaire lorsque les registres sont introduits	Pas de recensement

	Timor-Leste	Inde	Malawi	Zimbabwe	Nigeria	Tanzanie
Au commencement	2011–2013	2012–2014	2016–2018	2017–2018	2016–ensuite	2017–ensuite
Résultats : Couverture vaccinale	Nombre de nouveaux vaccinés accru de manière significative ; la couverture a probablement été améliorée mais la mauvaise qualité des données et les estimations démographiques erronées n'ont pas permis de le prouver	Les communautés de Jharkhand utilisant l'outil MVMH ont affiché des taux de couverture de 80% ou plus pour tous les vaccins, avec seulement 1,9% d'enfants non vaccinés ; dans l'ensemble, la couverture des districts au cours de la même période était de loin plus faible, allant de 49% à 69% ; à UP, les taux de couverture ont augmenté pour tous les vaccins à l'exception de vaccin anti-rubéole, tandis que le taux de vaccination pour les enfants non vaccinés passait de 12,6% à 6,7%	Les enquêtes montrent une couverture de près de 100% et moins de 2% des enfants âgés de 12 à 24 mois non vaccinés	Trop tôt pour évaluer systématiquement l'impact en matière de couverture vaccinale ; le personnel infirmier a documenté une augmentation des dates de retour sur les cartes et les registres de vaccination ; l'outil MVMH a amené les CDV à être plus actifs dans les visites des familles à domicile dont les enfants étaient en retard dans leurs vaccinations	Une enquête indépendante de base a été répétée récemment mais les conclusions n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport ; les parties prenantes interrogées lors d'une revue à mi-parcours étaient persuadées que le taux de couverture avait augmenté	Trop tôt pour évaluer
Résultats : Respect des délais de vaccination	L'analyse des données MVMH d'un village a montré des améliorations dans le respect des délais pour la plupart des doses	Une analyse a démontré un impact positif évident sur le respect des délais de vaccination	Les enquêtes de début (base) et de la fin ont montré des améliorations dans le respect des délais	Pas de données spécifiques mais la plupart des agents des ES notent une documentation de l'augmentation des dates de retour sur les cartes et dans les registres PEV	Il est probable que le respect des délais ait été amélioré mais des données spécifiques ne sont pas encore disponibles	Trop tôt pour évaluer
Résultats : Population cible	Les membres de la communauté ont trouvé beaucoup d'enfants non comptabilisés par le système de santé ; dans les villages analysés, le nombre de nouveaux-nés identifiés et vaccinés a considérablement augmenté avec le recours à l'outil MVMH par rapport à l'année précédente	L'outil MVMH a permis aux prestataires de services de visualiser la cohorte dans son intégralité ; les données des districts ont démontré que l'intervention des AWC/VHND avait amélioré le taux de couverture par rapport à leurs districts pris dans leur ensemble	Les personnes laissées de côté ont été enregistrées et mobilisées (par ex. une famille de trois enfants non vaccinés a été identifiée à l'aide du micro-recensement)	Lors d'une évaluation rapide, beaucoup d'infirmières ont déclaré qu'elles enregistraient de manière plus fiable et plus complète qu'auparavant les enfants de moins de deux ans. Elles ont reconnu que cela les aidait à estimer correctement les délais de vaccination et les taux de couverture vaccinale et à œuvrer avec les communautés au suivi individuel des enfants.	En raison des diverses initiatives, notamment le recours aux registres communautaires, il est probable que les ES disposent d'une liste plus complète de nouveaux-nés dans leurs zones de desserte	Les individus laissés de côté sont enregistrés et mobilisés ; si les ASC trouvent un enfant non vacciné, ils l'enregistrent et envoient les informations à l'ES pour qu'il soit inclut dans le registre de cet établissement
Résultats : Sentiments de responsabilité commune	Les études de suivi et d'évaluation ont été bien acceptées	Les prestataires de services ont perçu un engagement communautaire plus fort ; les centres AWW à Jharkhand ont continué d'utiliser l'outil au moins deux à trois ans après la fin du soutien accordé par le projet	Les CDV, les bénévoles et les membres de la communauté pensaient qu'il était de leur responsabilité de veiller à ce que les enfants soient vaccinés et d'être fiers du taux de couverture de leur communauté	Données probantes : L'EPI est revenu plus régulièrement à l'ordre du jour des réunions des centres de santé et des réunions entre l'ES et les ASV ; de plus, des prestataires de soins ont rencontré des CDV et des ASV plus régulièrement qu'avant l'instauration de l'outil MVMH	Un thème prédominant lors des entretiens durant l'examen du projet à mi-parcours concernait le fait que les coiffeurs, CDV et accoucheurs traditionnels (AT) étaient désormais perçus et traités comme une extension de l'ES	Trop tôt pour évaluer ; l'orientation des ASC avec les comités de gouvernance des ES a débouché sur un soutien accru en faveur de la vaccination de la part des membres de la communauté

	Timor-Leste	Inde	Malawi	Zimbabwe	Nigeria	Tanzanie
Au commencement	2011–2013	2012–2014	2016–2018	2017–2018	2016–ensuite	2017–ensuite
Résultats : Redevabilité	Les bénévoles et les chefs de file ont commencé à se plaindre du décalage des sessions de sensibilisation, en raison de leur implication dans la micro-planification et l'approche MVMH	L'engagement communautaire supplémentaire a permis d'appuyer le Programme de vaccination universelle	Les informateurs affirment que les CDV n'hésitent pas à se faire entendre en cas de problèmes avec les services de santé	Les CDV insistent désormais davantage pour que les ES veillent à l'approvisionnement adéquat en vaccins et en cartes pour ne pas nuire à la couverture vaccinale	Sentiment accru d'appropriation au niveau communautaire par rapport à la vaccination systématique	Les CDV n'hésitent pas à se faire entendre en cas de problèmes avec les services de santé
Résultats : ntégration	Un projet d'ONG a adapté l'outil MVMH au suivi communautaire de la grossesse et des recommandations pour le nouveau-né	Les VHND sont déjà intégrées ; non seulement les vaccins sont administrés mais également le contrôle de croissance, les services de soins prénatals et post-natals et de planification familiale sont fournis ; une ISFA a modifié l'outil pour suivre les mères avant la naissance	L'allaitement maternel exclusif et la planification familiale ne sont pas suivis mais sont abordés durant les visites à domicile et les réunions communautaires	L'outil inclut le suivi des doses de vitamine A et a servi d'instrument complémentaire pour les dialogues communautaires	Un protocole d'accord entre les collectivités locales, la BMGF et la Fondation Dangote pour renforcer le dispositif de vaccination a été révisé pour inclure l'extension des interventions en soins de santé primaires en collaborant avec les CDV	L'outil MVMH inclut le contrôle de croissance mensuel pour le statut nutritionnel, ainsi que les données en matière de vaccination
Perspectives d'expansion	Le projet IPL du MCHIP au Timor-Leste a pris fin en 2013 ; l'évaluation finale du projet a montré un fort soutien en faveur de l'expansion de l'approche MVMH à cette période ; toutefois, le suivi a été défaillant	Lorsque le programme MCHIP en Inde a pris fin en 2014, l'approche MVMH a été adoptée par les gouvernements des États de Jharkhand et d'UP, qui ont approuvé l'utilisation de l'outil à travers 77 000 AWC dans les deux États ; depuis, l'État de Haryana a également adopté cette approche ; en 2014, l'Alliance pour la vaccination a scellé un partenariat avec de nombreuses organisations de la société civile pour utiliser l'outil à Bihar, Jharkhand, Rajasthan et UP	Le MCSP au Malawi a pris fin début 2018 ; à cette période, le programme national du PEV soutenait son expansion et l'USAID/Malawi a encouragé ses projets bilatéraux à venir en aide au gouvernement pour faciliter ce processus	Le MCHIP au Zimbabwe a pris fin en 2017 ; le MS prévoit de déployer l'approche RED/REC à l'échelle nationale ; la stratégie MVMH sera intégrée à la composante visant à relier la communauté aux services de santé et incluse dans la formation RED/REC	Le MCSP au Nigeria se poursuit depuis août 2018 ; l'utilisation à grande échelle de l'outil MVMH à d'autres communautés est en cours ; le registre des naissances (maintenu à jour par le CDV) est examiné et est en attente de validation par la Commission nationale de la population	Le MCSP en Tanzanie se poursuit depuis août 2018 ; le MS a accepté de déployer l'outil MVMH dans le pays et inclus un financement en ce sens dans la subvention Gavi HSS à venir ; l'approche MVMH a également été incluse dans les directives nationales RED/REC

DISCUSSION

Les programmes MCHIP et MCSP ont favorisé l'introduction et l'utilisation de l'outil MVMH et d'autres approches pour le suivi communautaire du statut vaccinal des nouveau-nés à petite échelle et à niveau intermédiaire dans six pays, avec globalement des résultats positifs en termes de couverture et de respect des délais, des populations ciblées avec davantage de précision et un sentiment de responsabilité partagée chez les communautés et le personnel de santé.

Cela ne signifie pas que le fait d'établir et de soutenir l'outil MVMH soit recommandé dans tous les contextes. Dans les cas où son utilisation est adaptée, certaines conditions favorables sont réunies et considérant les défis courants, les discussions ci-dessous, sont apparus.

Conditions favorables :

- Il est nécessaire de s'appuyer sur une catégorie d'individus au sein de la communauté, normalement les chefs de villages et un type d'agents de santé communautaires ou de relais, désirant s'engager activement en faveur de la vaccination. Ces collaborateurs au niveau de la communauté doivent être en mesure d'interagir assez régulièrement avec le personnel de santé des établissements sanitaires, dans l'idéal chaque mois, à des fins de soutien et de supervision et pour examiner les données en leur possession en matière de vaccination.
- Une autre condition préalable consiste à disposer de services de santé raisonnablement accessibles, fiables et accueillants. En réalité, le suivi communautaire portera véritablement ses fruits s'il est appuyé par des efforts complémentaires visant à améliorer l'efficacité, la qualité et les liens communautaires du programme de vaccination. Si ce n'est pas le cas, le suivi communautaire peut générer un sentiment de frustration au sein de la communauté, car les personnes sont conscientes de l'importance de la vaccination et moins tolérantes concernant les ruptures d'approvisionnement en vaccins. Une telle frustration peut amener les communautés à plaider en faveur d'amélioration des services, au moins dans les endroits où ce type de plaidoyer est acceptable, mais dans l'idéal le suivi communautaire doit être accompagné d'améliorations dans la prestation de services.
- Enfin, lorsqu'il existe une catégorie de chefs de file et de prestataires hautement respectés à l'échelle communautaire, tels que les CDV au Malawi et au Zimbabwe et les coiffeurs et CDV au Nigeria, leur incorporation dans les

« Le MVMH s'intègre bien dans le dialogue communautaire dans la mesure où il fournit les outils permettant aux communautés de déterminer si elles répondent aux objectifs ou atteignent les cibles du dialogue ».

- Adelaide Shearley, MCHIP/
Zimbabwe

systèmes de santé peut exercer un véritable impact sur la motivation des familles à faire vacciner leurs enfants selon les délais prescrits. Il ne s'agit pas d'une obligation mais cela présente une utilité certaine.

Défis éventuels :

- Des questions relatives aux mesures incitatives ont été soulevées dans la plupart des pays. Dès lors, les partenaires de mise œuvre doivent clairement essayer d'équilibrer le dédommagement du temps, des efforts et des dépenses engagées par les collaborateurs communautaires avec ce qui demeure faisable et pérenne pour le système de santé et ses partenaires. Les enseignements tirés des programmes de santé communautaires suggèrent que les bénévoles locaux apprécient les mesures incitatives non monétaires, telles que les remerciements publics et le témoignage d'une certaine reconnaissance lors de réunions ou à la radio locale, la possibilité d'être vus immédiatement dans les établissements sanitaires sans faire la queue, l'obtention d'une carte d'identité pour les collaborateurs locaux, et l'interaction avec leurs homologues du système de santé, bien que les volontaires puissent néanmoins souhaiter une compensation monétaire.
- Comme pour la plupart des programmes communautaires, des questions liées à la sélection des collaborateurs communautaires sont apparues s'agissant de l'outil MVMH. Le suivi communautaire n'a pas ou a mal fonctionné dans un faible nombre de communautés au Timor-Leste et au Malawi en raison de la sélection de collaborateurs communautaires non qualifiés ou peu motivés.
- La supervision des collaborateurs communautaires pose souvent problème. Instaurer une structure de supervision et veiller à ce qu'elle

soit de bonne qualité et appuyée par un suivi nécessite un travail de réflexion préalable, ainsi que la mise en place de processus clairement définis.

- En particulier là où il existe des milliers de communautés, les questions ayant trait à leur orientation par rapport à l'initiative, à la sélection de collaborateurs locaux adéquats, puis à leur formation et à leur soutien ne peuvent être ignorées. Collaborer avec les organisations de la société civile adéquates au niveau local, en particulier pour le travail préparatoire, constitue une perspective viable.
- Dans la mesure où les initiatives de suivi communautaire rapportées ici étaient des collaborations entre des projets de bailleurs de fonds et des MS, et que plusieurs d'entre elles étaient des projets pilotes à petite échelle, les coûts d'impression et de réimpression des divers outils ne représentaient pas un problème. Toutefois, à plus grande échelle et sur une période indéfinie, les MS pourraient avoir du mal à mettre sur pied le financement nécessaire et à prendre en charge l'impression et la distribution des outils.

Malgré ces défis courants, les avantages potentiels de l'outil MVMH et d'autres approches similaires sont impressionnants. Au-delà de l'amélioration potentielle du taux de couverture et de respect des délais de vaccination et de l'obtention d'une liste plus complète des enfants devant être vaccinés, ces approches :

- Permettent aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur le bien-être de leur famille et de leur communauté ;
- Améliorent la médecine préventive, en particulier dans le domaine de la vaccination ;
- Augmentent la redevabilité des services de santé pour qu'ils offrent des sessions de vaccination fiables et pratiques (si les sessions sont annulées, les CDV et d'autres intervenants se plaignent), car en l'absence de services fiables, la « maison » de la communauté s'appuiera sur de mauvaises fondations ; et
- Démonstrent une méthode viable pouvant être utilisée pour suivre et améliorer d'autres démarches essentielles en santé publique outre la vaccination, notamment la supplémentation en vitamine A, le suivi de croissance, ainsi que les consultations prénatales et postnatales.

Il convient de mettre en avant le fait que les initiatives de suivi communautaire dans différents

pays ont utilisé l'outil MVMH de manière différente, soit comme un instrument permettant d'alerter les familles concernant les vaccins à faire au cours de la prochaine session (soit une liste d'échéances à respecter) et/ou pour identifier et faciliter le suivi des familles avec des enfants ayant des vaccins en retard (comme un outil permettant d'identifier les enfants ayant manqué des vaccins). Certains pays affichent L'outil en public comme une forme de motivation et pour éviter que leurs communautés ne s'affaiblissent et ne deviennent plus vulnérables aux maladies, tandis que d'autres entreprennent des démarches pour éviter de mettre les membres de la communauté mal à l'aise en public.

Cette variation est adaptée et la modélisation du programme doit avoir lieu localement, en consultation avec les membres de la communauté. Un autre aspect hautement variable réside dans la manière dont l'outil communautaire est actualisé. Dans les endroits où les registres à domicile sont universels et bien utilisés, cette tâche est relativement simple. Mais lorsque ce n'est pas le cas, diverses approches peuvent compléter ces documents. Le système de santé doit avoir connaissance des données démographiques de la communauté. Les outils communautaires et des établissements peuvent bénéficier de démarches adaptées entreprises au niveau local pour les comparer et les mettre à jour.

En fin de compte, de tels efforts modifient les concepts solidement ancrés de la responsabilité en santé, dans la mesure où le système de santé est perçu non seulement comme responsable de la prestation de services, mais aussi comme catalyseur actif auprès de la communauté, en collaborant avec elle et en sollicitant son feedback. De même, les communautés ne sont plus seulement responsables de l'utilisation des services mais aussi de leur amélioration et de leur fréquentation aux fins prévues pour prévenir les maladies évitables à l'aide de vaccins.

Ce rapport a été produit grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) aux termes de l'accord de coopération AID-OAA-A-14-00028. Le Programme de survie maternelle et infantile est responsable du contenu de ce document qui ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Sources principales

Inde

Manish Jain, Gunjan Taneja, Ruhul Amin, Robert Steinglass, and Michael Favin. Engaging Communities with a Simple Tool to Help Increase Immunization Coverage. Global Health: Science and Practice 2015 | Volume 3 | Number 1. <https://www.mcsprogram.org/resource/engaging-communities-with-a-simple-tool-to-help-increase-immunization-coverage/> MCSPI/India. My Village, My Home: A Tool to Optimize Coverage (various documents + video). 2014. https://www.mchip.net/technical-resource/my-village-my-home-a-tool-to-optimize-immunization-coverage/?sf_action=get_data&sf_data=results&sf_s=My+Village+My+Home&sfm_resource_top

Informateurs clés : Manish Jain et Gunjan Taneja

Timor-Leste

Manish Jain, Gunjan Taneja, Ruhul Amin, Robert Steinglass, and Michael Favin. Engaging Communities with a Simple Tool to Help Increase Immunization Coverage. Global Health: Science and Practice 2015 | Volume 3 | Number 1. <https://www.mcsprogram.org/resource/engaging-communities-with-a-simple-tool-to-help-increase-immunization-coverage/>

Informateurs clés : Ruhul Amin et Michael Favin

Malawi

Hannah Hausi, Asnakew Tsega, and Michael Favin Documentation of REC in Malawi. MCSPI Août 2017. <https://www.mcsprogram.org/resource/documentation-rec-malawi/> MCSPI/Malawi. My Village My Home. Strengthening Routine Immunization in Malawi (videos). 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=K6Q5NZFEQds&t=14s> <https://www.youtube.com/watch?v=xDzZbEzj-x0&feature=youtu.be>

Informateurs clés : Hannah Hausi, Asnakew Tsega et Michael Favin

Zimbabwe

Adelaide Shearley. My Village My Home, Taking Immunisation to its Rightful Owners and Locating the Unvaccinated by Name and Not by Numbers: A Case Study from Manicaland Province. MCSPI/ Zimbabwe. 2018.

Informateurs clés : Adelaide Shearley

Nigeria

MCSPI/Nigeria. Engaging Community Resource Persons to Identify, Refer and Track Newborns for Routine Immunization (RI) Services in Sokoto State, Nigeria. Draft Implementation Plan. 21 décembre 2017.

MCSPI/Nigeria. Engaging Community Resource Persons to Identify, Refer and Track Newborns for Routine Immunization (RI) Services in Bauchi and Sokoto States, Nigeria. Research Protocol. 22 novembre 2017.

Data Research and Mapping Consult Ltd. Bauchi Qualitative Study. Draft Report on the Newborn Identification and Referral Activity of the Maternal and Child Survival Program (MCSPI). May 2018 (draft).

Informateurs clés : Leanne Dougherty, Aliyu Ahmed, Masduk Abdulkarim, Asnakew Tsega et Folake Olayinka

Tanzanie

Informateurs clés : Green Sadru, Nassor Mohamed et Asnakew Tsega

Document complémentaire : USAID Madagascar. Community Involvement in Maternal and Child Health in Madagascar: [http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_\(English\).pdf](http://www.immunizationbasics.jsi.com/Docs/IMMbasics_Madagascar_Community_mobilization_experience_(English).pdf)

Examineurs

Patricia Taylor, Folake Olayinka, Rebecca Fields, Kate Onyejekwe et Laura Skolnik

Tous les informateurs clés et les examineurs sont/étaient des agents des programmes MCHIP ou MCSPI.