

GUIDE PRATIQUE DE GAVI SUR L'ÉQUITÉ

Guide pratique pour une programmation de la vaccination axée sur l'équité dans le cadre de Gavi 6.0

Table des matières

Comment utiliser ce guide *3*

Introduction *3*

Considérations clés pour une programmation axée sur l'équité *5*

Guide étape par étape pour une programmation équitable *8*

Note de conclusion *31*

Comment utiliser ce guide

Ce guide est un outil pratique destiné aux gestionnaires des programmes de vaccination aux niveaux national et infranational, aux planificateurs des systèmes de santé et aux équipes pays qui souhaitent intégrer l'équité dans la programmation de la vaccination. Il présente les considérations clés pour la planification et la mise en œuvre des programmes et propose un guide étape par étape fondé sur le cadre IRMMA (Identifier, Atteindre, Suivre, Mesurer, Plaider) afin de soutenir l'action à chaque étape du parcours vaccinal. Il s'appuie sur les enseignements tirés des outils et lignes directrices relatifs à la vaccination et à la programmation zéro dose, afin que les considérations d'équité soient mieux ciblées dans les plans holistiques des pays, et ne doit pas être utilisé isolément.

Ce guide doit être lu conjointement avec les Directives de financement des programmes (PFG) de Gavi. Il complète les PFG en aidant les pays à appliquer une approche d'équité tout au long de la conception, de la mise en œuvre et de l'examen des programmes. En s'appuyant sur les interventions phares décrites dans les PFG, il met en avant des approches et des actions susceptibles de contribuer à réduire les inégalités vaccinales et présente des études de cas issues de Gavi 5.0 qui illustrent ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et les principaux enseignements tirés.

Alors que les pays entrent dans Gavi 6.0 avec des enveloppes de financement plus restreintes, il deviendra de plus en plus important de faire des choix délibérés sur où et comment investir les ressources. Si les exemples de ce guide peuvent éclairer ces décisions, les pays doivent en outre utiliser les orientations de priorisation des PFG (annexe 1) pour évaluer et hiérarchiser les investissements en fonction de leur contexte, de leurs besoins et des ressources disponibles. Les considérations clés de ce guide peuvent contribuer à maintenir l'équité au cœur de ces décisions. Faire les bons arbitrages, c'est choisir explicitement : concentrer les ressources dans les zones où les écarts sont les plus importants plutôt que de les répartir uniformément ; investir dans les stratégies avancées pour les populations les plus difficiles à atteindre plutôt que d'étendre les services aux populations déjà proches des soins ; privilégier la génération de la demande là où l'offre est suffisante, ou l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement là où la prestation constitue la contrainte déterminante ; et passer par les OSC ou les partenaires communautaires là où les services publics ne peuvent pas atteindre les populations. Chaque choix d'investissement est aussi un choix de qui sera atteint : ces décisions doivent reposer sur des données probantes indiquant où et pourquoi des enfants sont oubliés.

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, les pays soutenus par Gavi ont vacciné plus de 1,2 milliard d'enfants et évité plus de 20 millions de décès futurs.[1] Cependant, des lacunes persistent en matière de couverture équitable et de nombreux enfants restent hors de portée. **Les enfants non vaccinés ne sont pas répartis au hasard ;** ils sont concentrés dans des

[1] Gavi, l'Alliance du Vaccin, « Notre impact », gavi.org

lieux et des populations spécifiques, et exclus par des obstacles clairs et identifiables tels que l'éloignement, des horaires de service inadaptés, des écarts ethnoculturels et linguistiques ou encore le coût de l'accès. Ces enfants ne sont pas simplement absents des programmes de vaccination ; **ils sont systématiquement exclus du système de soins de santé primaires dans son ensemble,** ce qui les expose à un risque accru de décès dû à des maladies évitables et à d'autres privations.

Alors que les pays avancent dans la planification de la période stratégique Gavi 6.0, ils sont encouragés à **faire de l'équité une priorité opérationnelle et stratégique, intégrée dans** la planification et la mise en œuvre. Si l'équité prendra des formes différentes selon les pays en fonction de leur profil épidémiologique, de leur système de santé et des besoins de leur population, l'objectif commun est de garantir que les populations mal desservies soient protégées contre les maladies évitables par la vaccination (MEV) et les épidémies. Dans de nombreux contextes, cela signifiera apporter le calendrier vaccinal complet aux enfants zéro dose et aux communautés oubliées. Dans d'autres, où les niveaux d'enfants zéro dose sont déjà très faibles, la priorité pourra être de maintenir la portée et de réduire les abandons, ou de s'attaquer aux inégalités persistantes parmi les populations mal desservies.

Cela intervient à un moment difficile : dans le cadre de Gavi 6.0, avec moins de ressources et peu de temps pour combler les écarts, les pays doivent veiller à ce que chaque dollar soit orienté là où les besoins sont les **plus grands** - vers les enfants zéro dose et sous-vaccinés.



Sources: Gavi 6.0 Strategy; WHA update 2026

Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 souligne que l'objectif d'équité est que :

> ***« Chacun soit protégé par une vaccination complète, quels que soient son lieu de résidence, son âge, son statut socioéconomique ou les obstacles liés au genre ».***[2]

En 2026, l'atelier « Leap Into Gavi 6.0 » a défini l'équité comme suit :

[2] Le Programme IA2030, qui fait de la « couverture et de l'équité » l'une de ses sept priorités stratégiques, les définit ainsi: "*chacun est protégé par une vaccination complète, quels que soient son lieu de résidence, son âge, son statut socioéconomique ou les obstacles liés au genre*".

> ***« L'équité en matière de vaccination consiste à identifier et atteindre systématiquement les populations non vaccinées (enfants zéro dose) et sous-vaccinées - en particulier celles vivant dans des contextes fragiles et des poches d'exclusion - dans le cadre des services de routine et des campagnes, afin que chacun reçoive un schéma vaccinal complet ».***

L'équité en matière de vaccination implique la fourniture de services ciblés, différenciés (et parfois intégrés) afin que les enfants et les communautés vulnérables aient une chance équitable d'obtenir les mêmes résultats en matière de vaccination et de santé. Elle suppose de lever les obstacles, comme ceux liés au genre, qui déterminent qui est atteint, qui prend les décisions de vaccination et qui fournit les services.

Exemple de services différenciés

Un centre de santé fixe ouvert de 9 h à 15 h offre en théorie un accès égal, mais pour les mères qui travaillent et ne peuvent pas quitter leur poste, il est profondément inéquitable. Intégrer l'équité consisterait donc à étendre les horaires du centre au-delà de 15 h, afin que les mères qui travaillent puissent recevoir les soins dont elles ont besoin après leurs heures de travail.

Considérations clés pour une programmation axée sur l'équité

Pour intégrer l'équité dans les cycles de programmation de la vaccination, les pays doivent intégrer et adapter les considérations suivantes en fonction de leur contexte propre et des réalités de leur système de santé. Il s'agit de principes généraux que les équipes de planification doivent prendre en compte ; le cadre IRMMA détaillé est distinct et fait l'objet de la section suivante.



1 : Désagréger les données et les utiliser pour prendre des décisions

Pour identifier et atteindre les populations oubliées, utilisez des données désagrégées au niveau le plus fin possible afin d'orienter les décisions et d'adapter les stratégies. Les moyennes nationales de couverture masquent souvent les inégalités et rendent difficile l'identification des populations mal desservies ; un suivi régulier de la mise en œuvre et des ajustements en cours de route sont donc essentiels. Combinez des données quantitatives sur *qui* est oublié et *où* (couverture ventilée par district, communauté, niveau de richesse et genre) avec des données qualitatives sur les raisons *pour lesquelles* ces populations sont oubliées - issues du dialogue communautaire, des observations des agents de première ligne et des évaluations des déterminants comportementaux et sociaux. Les données doivent éclairer les décisions à tous les niveaux ; il est donc important de doter les agents de première ligne d'outils simples pour collecter et utiliser les données, de les former à leur utilisation et à l'importance des données, de mettre en place des processus d'examen réguliers, et d'ajuster les stratégies et les activités lorsque les données montrent que des populations sont oubliées. Dans les contextes humanitaires et touchés par les conflits où la connectivité pose problème, utilisez des outils simples fonctionnant hors ligne et révisez fréquemment les cibles selon des approches ascendantes.

2 : Répondre aux privations multiples par des services intégrés



Pour atteindre les enfants non-vaccinés, intégrez la vaccination aux soins de santé primaires, à la nutrition et aux services de santé maternelle et néonatale lorsque cela est possible, de la phase de planification à la mise en œuvre. Les enfants zéro dose font souvent face à de multiples obstacles pour accéder aux soins ; la vaccination seule suffit donc rarement. Fournir les services ensemble permet de répondre à plusieurs besoins à la fois, de faciliter l'accès des familles aux soins et de renforcer les liens avec le système de santé.

3 : Concevoir les programmes avec les communautés, en fonction de leurs besoins



Pour améliorer l'accès et accroître le recours à la vaccination parmi les populations oubliées, co-créez les services en plaçant au centre les familles, les communautés, les organisations dirigées par des femmes et les leaders locaux, en tenant compte de leurs besoins et des obstacles socioéconomiques et liés au genre qui leur sont propres. Utilisez les enseignements comportementaux tirés d'entretiens et de discussions avec les personnes en charge des enfants et les communautés pour comprendre les facteurs qui favorisent l'acceptation, tels que la confiance, l'expérience passée des services, la crainte d'effets indésirables (y compris mineurs), la désinformation et les obstacles liés au genre . Adoptez une approche familiale globale de la santé de l'enfant, impliquant non seulement les principales personnes en charge, mais aussi les autres membres de la famille (par ex. frères et sœurs aînés, grands-parents). Le genre influençant l'accès, le recours et l'équité à tous les niveaux, identifiez les situations où des obstacles liés au genre, comme la mobilité, le temps ou le pouvoir de décision, empêchent la vaccination. Mobilisez les leaders masculins et les pères, les vaccinatrices, les agents de santé communautaires et les femmes occupant des postes de direction au sein des programmes.

4 : Assurer une prestation fiable jusqu'au dernier kilomètre, en particulier dans les contextes fragiles et humanitaires



La plupart des enfants zéro dose vivent dans des zones reculées, des établissements urbains informels et temporaires, des communautés mobiles et des contextes fragiles et touchés par les conflits. Atteindre ces enfants nécessite probablement des stratégies avancées et des services mobiles durables, conçus pour répondre à la distance, à l'insécurité et aux mouvements de population ; une intégration avec les autres services de soins primaires ; des chaînes d'approvisionnement qui s'étendent jusqu'au point de prestation final ; et une prestation par des acteurs réellement capables d'atteindre la communauté - notamment les OSC et les partenaires humanitaires disposant d'un accès et d'une confiance établis là où les services publics ne peuvent pas intervenir.

5 : Renforcer l'engagement politique, les champions et la redevabilité en matière d'équité



Pour pérenniser les acquis en matière d'équité, obtenez une appropriation politique des activités axées sur les communautés zéro dose et oubliées, mobilisez de manière proactive des champions de l'équité dans la programmation de la vaccination et mettez en place les mécanismes de redevabilité appropriés. Sans cela, des interventions bien conçues restent des projets pilotes de courte durée. Obtenez une priorisation explicite des communautés zéro dose et oubliées dans les plans et

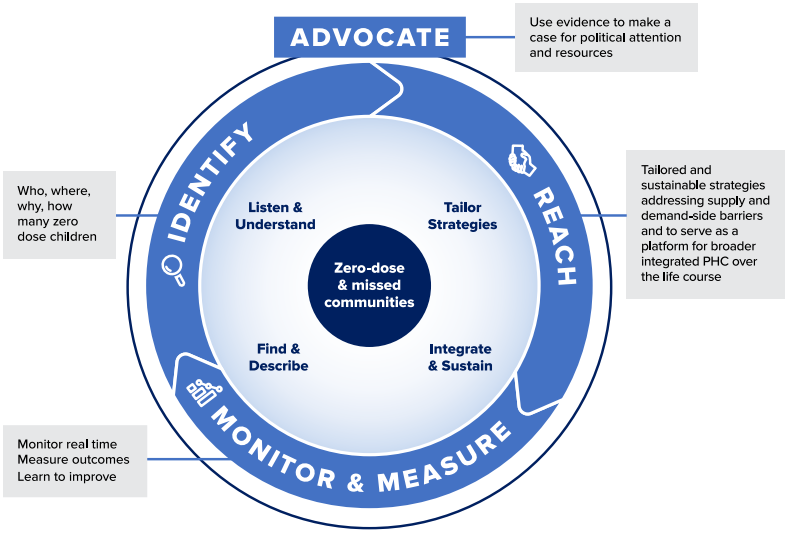
budgets nationaux et infranationaux, cultivez des champions tels que ministres, gouverneurs, parlementaires, chefs traditionnels et religieux, et mettez en place des mécanismes de redevabilité, comme l'examen des cibles de couverture dans les revues de performance, les tableaux de bord et le suivi budgétaire. Le plaidoyer est ce qui transforme les solutions techniques en financements et en actions durables.

Principaux partenaires à mobiliser !

- **Partenaires principaux** – les principaux partenaires de prestation de la vaccination du programme, généralement le ministère de la Santé et son PEV, l'OMS et l'UNICEF
- **Partenaires élargis** – acteurs supplémentaires qui étendent la portée vers les communautés oubliées et mal desservies, par exemple :
    - Gouvernement (autres directions de la santé) – services informatiques/S&E, surveillance des maladies, SMNI, nutrition, santé communautaire
    - Gouvernement (autres ministères) – institut national de la statistique, état civil, recensement de la population, planification, collectivités locales, protection sociale
    - Société civile et acteurs communautaires – OSC locales, groupements de femmes, organisations religieuses et confessionnelles, chefs communautaires traditionnels
    - Organisations humanitaires
    - Institutions universitaires et de recherche – écoles, universités

Guide étape par étape pour une programmation équitable

Le cadre IRMMA, introduit par l'Alliance dans Gavi 5.0 a aidé les pays à adopter une approche structurée du parcours vaccinal pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés, et à identifier des interventions permettant de combler les écarts d'équité. Alors que les pays entrent dans Gavi 6.0 avec des enveloppes de financement plus restreintes, ce cadre offre l'occasion de revisiter le parcours vaccinal sous l'angle de l'équité, et de réfléchir à ce qui a fonctionné, à ce qui n'a pas fonctionné et aux interventions les plus efficaces pour atteindre les populations oubliées. Cette section s'appuie sur le cadre IRMMA pour aider les pays à concevoir, mettre en œuvre et prioriser les actions et les investissements susceptibles d'accélérer la réduction des écarts de vaccination.



Élément	Objectif	Livrable attendu
Identifier	Déterminer combien d'enfants et de communautés zéro dose et sous-vaccinés existent, où ils se trouvent et pourquoi ils n'ont été vaccinés.	Tableau des populations prioritaires (3 à 5 groupes, avec l'obstacle déterminant et les données probantes pour chacun)
Atteindre	Concevoir ou adapter des stratégies propres au contexte qui lèvent les obstacles liés à l'offre et à la demande, en appliquant une approche genre, pour atteindre durablement les communautés oubliées	Tableau de priorisation des stratégies reliant chaque population à une intervention (ou un ensemble intégré) et à un type de service
Suivre	Vérifier si les stratégies atteignent les populations pour lesquelles elles ont été conçues, et documenter les enseignements pour apprendre et améliorer continuellement la mise en œuvre	Matrice de suivi (indicateurs de mise en œuvre et de couverture, source, fréquence d'examen)
Mesurer	Déterminer si les stratégies modifient les résultats pour les populations oubliées	Tableau de bord de mesure (cible d'équité, référence, valeur actuelle, efficacité) par population
Plaider	Transformer les données probantes en engagement politique durable et en financement national	Plan de plaidoyer (stratégie, décision recherchée, décideur, données probantes, calendrier)

Identifier : Trouver les enfants non-vaccinés et comprendre pourquoi

Cette section propose cinq questions d'orientation pour soutenir ce processus d'identification. L'objectif est d' **établir une liste de 3 à 5 populations ou contextes prioritaires** (voir le tableau ci-dessous) ainsi que l'obstacle déterminant auquel chacun fait face, afin de pouvoir cibler ces populations avec des services différenciés en fonction de leurs obstacles respectifs. Ces questions restent pertinentes même dans les pays comptant peu d'enfants zéro dose ou peu de populations mal desservies. Elles doivent toutefois être adaptées au contexte et aux enjeux d'équité propres à chaque pays.

Exemple de liste de populations prioritaires :

Population prioritaire	Localisation	Taille estimée	Obstacle	Source des données
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Dhaka Nord	~40 000 enfants	Horaires des centres de santé incompatibles avec les horaires de travail	SIGS, enquête BeSD 2024, DG/EIC avec les personnes en charge

Questions d'orientation

Q1. Où se situent les poches d'enfants zéro dose et sous-vaccinés dans votre communauté (au niveau administratif le plus fin que permettent vos données) ?
Descendez au niveau administratif le plus fin que permettent les données de votre SIGS (par ex. district, quartier, communauté). Croisez les données de couverture avec d'autres sources de données, telles que les enquêtes auprès des ménages, la surveillance des maladies et les enquêtes de couverture post-campagne, afin d'identifier les communautés systématiquement oubliées. Nommez-les explicitement dans votre plan de programme.
→ Étude de cas : Bangladesh (dépistage électronique), Zambie (cartographie SIG)

Q2. Quelles tendances observe-t-on parmi les enfants non-vaccinés, et certains groupes de population sont-ils surreprésentés ? Établissez le profil des enfants oubliés selon leurs caractéristiques (zone géographique, moyens de subsistance, genre, déplacement). Mobilisez des sources de données que les programmes de vaccination n'utilisent pas toujours de manière systématique, comme les analyses de genre, les données humanitaires et sur les déplacements, les évaluations de la pauvreté et de l'équité, et les registres d'état civil. Construisez votre réponse autour de ces tendances, et pas seulement du nombre total.

Caractéristiques	Ce qu'il faut rechercher	Exemples de groupes
Zone géographique	Où les enfants oubliés se concentrent géographiquement	Zones reculées, périurbaines ou touchées par les conflits
Moyens de subsistance	Activité économique du ménage qui influence l'accès	Ménages pastoraux, migrants ou relevant de l'économie informelle
Genre	Comment le genre limite qui est atteint	Enfants dont les personnes en charge ont une mobilité ou un pouvoir de décision limités

Déplacement	Mobilité et instabilité qui perturbent la couverture	Réfugiés transfrontaliers ou populations déplacées internes

→ Étude de cas : Éthiopie (hétérogénéité régionale)

Q3. Dans quelle mesure les données administratives de couverture concordent-elles avec les données d'enquête et de surveillance, et où se situent les écarts ? Cartographiez les écarts entre les données administratives, les enquêtes, la surveillance des maladies et les observations de terrain. Ces divergences peuvent signaler une surdéclaration de la couverture ou des populations totalement sorties du système d'enregistrement. Les données de surveillance et les récentes épidémies de MEV peuvent également orienter le ciblage, en indiquant où les lacunes d'immunité se traduisent déjà par des maladies.
→ Étude de cas : Bangladesh (validation localisée)

Q4. Pour chaque groupe prioritaire, quel est l'obstacle (ou quels sont les obstacles) déterminant(s) à la vaccination ?
Identifiez les obstacles et les causes profondes[3] dont la levée permettrait de débloquer le plus grand nombre de vaccinations. Hiérarchisez les obstacles selon leur ampleur (nombre d'enfants concernés), leur caractère décisif (à quel point ils bloquent la vaccination) et les données probantes (quel obstacle, une fois levé dans d'autres contextes, s'est révélé le plus déterminant). Concevez d'abord votre intervention pour lever cet obstacle.
→ Étude de cas : Bangladesh (séances en soirée)

Q5. Sur quelles données probantes reposent ces obstacles ? Précisez votre base de données probantes (enquêtes, par ex. MICS/NICS/EDS, évaluations de la couverture et de l'équité ou évaluations commanditées, discussions de groupe (DG) ciblées, entretiens avec des informateurs clés (EIC), écoute sociale, observations des agents de première ligne). Lorsque les données manquent, collectez-les auprès des personnes en charge des enfants et des communautés avant de concevoir les interventions. Les hypothèses et les anecdotes conduisent à des stratégies mal orientées.

Comment cela s'intègre-t-il dans votre programmation Gavi 6.0 ?

Les Directives (PFG) de Gavi identifient des interventions phares dans les domaines Génération de la demande et Données, ainsi que des interventions de microplanification dans le domaine Prestation de services, pour renforcer l'identification. Ces interventions varieront probablement selon le contexte (phase de transition, contextes fragiles ou réponse humanitaire) et le niveau de couverture. Donnez la priorité à la compréhension des raisons pour lesquelles les enfants sont oubliés, et pas seulement de leur localisation. La cartographie indique qui cibler, tandis que l'analyse des obstacles indique comment les atteindre. Avec des budgets contraints, choisissez les activités d'identification qui génèrent les données les plus exploitables pour concevoir des stratégies d'équité. Quelques exemples d'arbitrages auxquels les pays peuvent être confrontés sont :

[3] Voir l' annexe 3 du module ZDLA LxD pour les processus et outils permettant d'identifier les obstacles et causes profondes

- La cartographie porte-à-porte des zones prioritaires (« hotspots ») dans les districts prioritaires ou l'amélioration de la qualité des données du système d'information sanitaire (HMIS/SNIS) afin d'obtenir une couverture plus large.
- L'écoute sociale et la consultation communautaire ou l'acquisition d'équipements numériques de cartographie géographique (SIGS).
- Une analyse approfondie des obstacles dans certaines zones à forte prévalence d'enfants zéro dose ou une enquête plus légère couvrant un plus grand nombre de districts.

Les activités d'identification adaptées à votre contexte dépendront également de la couverture et de la prévalence des enfants zéro dose dans votre pays. Par exemple, les pays ayant un taux de couverture global élevé pourraient tirer davantage profit de la cartographie des poches d'enfants zéro dose restantes ; les pays à faible couverture pourraient devoir se concentrer sur une meilleure compréhension des obstacles sociaux et de la désinformation, tandis que les pays présentant des taux d'abandon élevés pourraient devoir améliorer le suivi des enfants sous-vaccinés.

Interventions phares pour renforcer l'identification

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés pour la programmation	Questions d'orientation
2. Génération de la demande	ii) Renforcer la capacité des pays à collecter, analyser et utiliser les données sociales et comportementales pour mieux cibler les interventions	• Des indicateurs comportementaux sont-ils intégrés dans les enquêtes de routine ? • Les populations présentant des lacunes de couverture sont-elles prioritaires pour la collecte de données comportementales ? • Le personnel au niveau infranational a-t-il la capacité d'analyser les données comportementales et d'identifier les obstacles (liés au genre ou autres) pour les populations oubliées ?	**Q4, Q5**
6. Données	1.A Renforcer et pérenniser des systèmes nationaux de données numérisés afin d'améliorer la collecte et la gestion des données de routine.	• Votre SIGS collecte-t-il des données au niveau géographique le plus fin ? • Votre SIGS collecte-t-il des données de couverture exactes et en temps réel ? • Intégrez-vous les données de recensement et démographiques dans votre SIGS pour mieux identifier les zones à faible couverture ?	**Q1, Q2**
	1.B Soutenir des activités de mesure innovantes pour compléter les systèmes nationaux de données, combler les lacunes et renforcer le suivi de la mise en œuvre.	• Menez-vous des enquêtes périodiques ciblées pour trianguler et compléter les données de couverture de routine ? • Menez-vous des LQAS/ACR auprès des populations oubliées pour identifier les zones prioritaires ? • Votre SIGS s'appuie-t-il sur des outils d'IA et de SIG pour cartographier avec précision les communautés oubliées ?	**Q1, Q3, Q4**
	2.B Renforcer l'analyse des données et les capacités au niveau infranational pour produire des données de qualité en temps utile, en vue de revues de performance périodiques et	• Le personnel au niveau infranational dispose-t-il des compétences en analyse de données pour identifier et suivre rapidement les zones prioritaires zéro dose ?	**Q1, Q2**

	d'une prise de décision fondées sur les données	• L'analyse des données est-elle effectivement utilisée pour identifier les zones prioritaires zéro dose et les abandons ?

Autofinancement initial : Gavi peut soutenir un large éventail d'activités de diagnostic de l'équité, telles que des enquêtes de couverture désagrégées par groupe de population, des mesures Données comportementales et sociales sur la vaccination (BeSD) axées sur les communautés oubliées et des infrastructures SIGS pour cartographier les zones prioritaires zéro dose. L'assistance technique (AT) pour des outils d'identification innovants (par ex. cartographie assistée par IA, dénombrement des populations déplacées) est éligible. Profitez de cette phase pour bâtir les fondations analytiques d'une programmation ciblée sur l'équité, et intégrez dès le départ les données d'identification désagrégées dans les systèmes nationaux de données. Prévoyez clairement comment ces systèmes seront pérennisés à mesure que le soutien de Gavi diminuera.

Transition préparatoire : Orientez-vous vers l'intégration de l'identification des enjeux d'équité dans les systèmes nationaux. Donnez la priorité à l'intégration des enquêtes sur la demande et les obstacles à la vaccination (par ex. enquêtes BeSD) dans les enquêtes nationales, avec une analyse axée sur le genre et l'équité, à un SIGS renforcé et désagrégé jusqu'au niveau administratif le plus fin, et à la capacité analytique du ministère de la Santé à identifier les lacunes de couverture et à y remédier. Les études diagnostiques autonomes sans plan de passation sont de moins en moins éligibles.

Transition accélérée : La plupart des outils d'identification permanents devraient être financés et gérés au niveau national. Le soutien de Gavi est le plus approprié pour des améliorations catalytiques, telles que des méthodologies innovantes, des analyses approfondies ponctuelles dans de nouveaux contextes ou un renforcement des capacités assorti d'une échéance définie.

Dans les contextes fragiles et humanitaires (F&H)

Les outils de diagnostic standard peuvent ne pas être sûrs, réalisables ou suffisants dans les contextes F&H. L'approche F&H de Gavi 6.0 privilégie :

- Veiller à ce que les populations déplacées, y compris les réfugiés, soient systématiquement prises en compte et incluses dans le programme national de vaccination
- Des outils de collecte de données simplifiés, fonctionnant hors ligne / sur mobile (avec synchronisation différée là où la connectivité n'est pas fiable)
- Un appui d'assistance technique limité dans le temps pour le matériel, les plateformes et la personnalisation des logiciels, avec un investissement parallèle dans la planification de la pérennité
- Des systèmes de surveillance et d'identification à base communautaire en complément (et non en remplacement) des approches traditionnelles
- La coordination avec les acteurs humanitaires et les OSC, qui ont souvent la meilleure connaissance opérationnelle des populations déplacées et mobiles
- L'extension de l'identification pour le rattrapage aux enfants jusqu'à 5 ans, et pas seulement aux moins de 2 ans.

Atteindre : Concevoir et fournir des services qui vont à la rencontre des populations oubliées là où elles se trouvent

Cette section propose **cinq questions d'orientation** pour concevoir des stratégies spécifiques à vos populations prioritaires. L'objectif est de garantir que les interventions atteignent chaque population prioritaire, qu'elles lèvent les obstacles rencontrés par ces groupes et qu'elles soient sélectionnées en fonction de leur faisabilité, de leur coût et de leur alignement avec Gavi 6.0 (voir le tableau ci-dessous). C'est à ce stade que les arbitrages deviennent concrets : avec des ressources limitées, décider quelles populations cibler en premier et quels obstacles lever exige de donner la priorité à l'équité.

Exemples d'interventions ciblées :

Population prioritaire	Obstacles	Stratégie	Lien avec l'intervention phare
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Horaires des centres de santé incompatibles avec le travail	Séances PEV en soirée (15 h – 19 h)	Prestation de services ii (horaires élargis)

Questions d'orientation

Q1. Pour chaque population prioritaire (voir la question 4 de la section Identifier), quelle stratégie répond directement à l'obstacle rencontré ? Concevez pour chaque population prioritaire des stratégies qui répondent directement à ses obstacles. Plusieurs interventions peuvent être nécessaires en cas d'obstacles cumulés. Co-créez les interventions avec les communautés pour garantir que les stratégies sont réalisables et répondent à des besoins réels.[4]

→ Étude de cas : Bangladesh (séances en soirée)

Q2. Avez-vous adapté votre approche de prestation de services aux populations que vous desservez, ou utilisez-vous le même modèle partout ? Les modèles standard laissent de côté certains groupes par construction. Les modèles de prestation doivent être adaptés afin que le contexte spécifique détermine qui fournit les services, où, quand et comment (équipes mobiles, horaires flexibles, protocoles pour les zones d'insécurité).

→ Étude de cas : Kenya - Turkana (Chanjo Mashinani), Éthiopie – Addis-Abeba (stratégie avancée intégrée)

[4] Voir l' annexe 3 du module ZDLA LxD pour les outils de conception centrée sur l'humain (HCD) permettant de co-créer des stratégies avec les communautés

Q3. Vos activités de génération de la demande ciblent-elles une raison précise pour laquelle les gens ne se font pas vacciner, ou sont-elles génériques ? Ciblez les activités de génération de la demande sur l'obstacle spécifique, comme une faible sensibilisation, les normes de genre ou la crainte des effets secondaires. Les campagnes génériques ont peu de chances d'avoir un effet sur la couverture. Dans la mesure du possible, utilisez la conception centrée sur l'humain (HCD) avec les communautés elles-mêmes pour garantir que les activités répondent réellement à leurs besoins.

Q4. Prenez-vous en compte le genre dans la conception de toutes les stratégies, ou seulement dans quelques stratégies spécifiquement axées sur le genre ? Intégrez l'analyse de genre dans toutes les stratégies. Examinez comment le pouvoir de décision, la mobilité, l'accès à l'information et les préférences varient selon le genre. Les stratégies qui ignorent ces différences manqueront leurs cibles.
→ Étude de cas : Bangladesh (séances en soirée), Comores (groupements de femmes)

Q5. Avez-vous intégré la vaccination à d'autres services appréciés des personnes en charge des enfants, ou s'agit-il d'une offre isolée ? Intégrez la vaccination à d'autres services déjà appréciés par les personnes en charge des enfants : nutrition, santé maternelle, suivi de la croissance. Cela réduit le coût des visites, multiplie les points de contact et améliore le recours à la vaccination.
→ Étude de cas : Cameroun (services intégrés)

Comment cela s'intègre-t-il dans votre programmation Gavi 6.0 ?

Les Directives de Gavi 6.0 identifient des interventions phares dans les domaines Prestation de services, Génération de la demande et Chaîne d'approvisionnement pour atteindre les enfants zéro dose et les communautés oubliées. Ces interventions doivent être adaptées à la couverture, à la phase de transition et au contexte de chaque pays, y compris les contextes fragiles et humanitaires. L'analyse coûts-avantages de vos stratégies Gavi 5.0 est essentielle pour choisir les interventions en fonction de leur impact sur l'équité, compte tenu de la réduction des financements en espèces dans Gavi 6.0. Exemples d'arbitrages auxquels les pays pourraient être confrontés : stratégies avancées ciblées dans les communautés oubliées vs extension du réseau d'établissements de santé ; formation du personnel existant aux compétences interpersonnelles vs recrutement de personnel vaccinateur supplémentaire.

La portée, la pertinence et la priorisation de vos activités varieront également selon le profil vaccinal de votre pays. Par exemple, les pays ayant un taux de couverture global élevé pourraient tirer profit du renforcement de leurs sites fixes pour maintenir la couverture ; les pays à faible couverture pourraient devoir se concentrer sur des stratégies avancées ciblées, tandis que les pays présentant des taux d'abandon élevés doivent accroître le recours à la vaccination en renforçant le suivi et en améliorant l'expérience des personnes en charge des enfants.

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés pour la programmation	Questions d'orientation
1. Prestation de services	i) Accélérer l'intégration de la vaccination et des autres services de Soins de Santé Primaire (SSP) au dernier kilomètre, en donnant la priorité aux communautés zéro dose et oubliées	• Les activités de vaccination sont-elles intégrées aux autres services de SSP au niveau le plus périphérique ? • Votre personnel de première ligne est-il formé à la prestation de services intégrés ? • Disposez-vous de modèles de stratégie mobile offrant des services intégrés dans les zones inaccessibles ?	**Q1, Q5**
	ii) Améliorer la qualité des services pour offrir une meilleure expérience aux points de contact vaccinaux, en réduisant le nombre d'enfants zéro dose et les abandons	• Collectez-vous des données sur l'expérience des personnes en charge des enfants avec les services de première ligne ? • Votre personnel de première ligne est-il formé aux compétences interpersonnelles ? • Avez-vous déployé des outils numériques pour améliorer l'expérience et réduire les temps d'attente ? • Avez-vous adapté vos stratégies de prestation de services aux besoins des communautés prioritaires ? • Les agents de santé sont-ils déployés de façon optimale pour répondre aux besoins des zones présentant des écarts d'équité ?	**Q2**
	iii) Renforcer la microplanification intégrée et étendre et élargir la vaccination pour atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés, y compris les tranches d'âge plus élevées	• Votre microplanification intègre-t-elle des stratégies ciblées pour couvrir les zones prioritaires zéro dose ? • Avez-vous déployé des stratégies telles que l'élargissement des horaires d'ouverture ou l'augmentation des points de prestation pour combler les écarts d'équité ?	**Q2, Q5**
2. Génération de la demande	i) Intensifier l'engagement communautaire avec une génération de la demande appuyée par le numérique afin d'encourager les personnes en charge des enfants dans les communautés oubliées et de réduire les abandons	• Votre stratégie et vos messages de génération de la demande sont-ils adaptés pour lever les obstacles de vos populations prioritaires ? • Vos stratégies de génération de la demande tiennent-elles compte des normes sociales et de genre ?	**Q3, Q4**
5. Chaîne d'approvisionnement	Étendre, élargir et remplacer la chaîne du froid et les infrastructures essentielles de la chaîne d'approvisionnement vaccinale au service des SSP, en particulier au dernier kilomètre.	• Votre stockage et votre transport sous chaîne du froid sont-ils adaptés pour atteindre le dernier kilomètre dans les zones présentant des difficultés d'accès, d'électricité ou de connectivité internet ? • Votre équipement de la chaîne du froid (ECF) est-il intégré aux autres infrastructures de soins de santé primaires ?	**Q2, Q5**

.

Autofinancement initial : Gavi peut financer des prestations récurrentes axées sur l'équité - stratégies avancées étendues, équipes mobiles, prestation de services intégrés ciblant les communautés zéro dose. L'allocation obligatoire de 10 % du budget en espèces aux OSC, qui s'applique à toutes les phases de transition, est un plancher, pas un plafond: utilisez-la pour financer les groupements de femmes, les organisations confessionnelles et les OBC qui atteignent les communautés que le système public ne touche pas. Prévoyez comment les coûts opérationnels pour atteindre les populations les plus difficiles d'accès seront pérennisés à mesure que les obligations de cofinancement augmentent.

Transition préparatoire : Réduisez la dépendance à l'égard de Gavi pour les coûts de prestation récurrents tout en protégeant les acquis en matière d'équité. Investissez dans des stratégies de renforcement du système, telles que l'institutionnalisation du programme d'agents de santé communautaires (ASC) et des structures de planification intégrée qui ancrent une prestation équitable dans les systèmes nationaux, plutôt que de s'appuyer sur des projets financés par Gavi. Le garde-fou de 10 % pour les OSC reste essentiel pour la génération de la demande au niveau communautaire et la prestation au dernier kilomètre dans les communautés oubliées.

Transition accélérée : La prestation directe de services n'est généralement pas éligible, à l'exception des seules stratégies avancées ciblées auprès des populations zéro dose et insuffisamment atteintes. L'atteinte des communautés les plus difficiles axée sur l'équité est l'un des derniers domaines où le soutien opérationnel de Gavi s'applique à cette phase : utilisez-le à bon escient. Le financement des OSC au titre du garde-fou de 10 % reste disponible pour un engagement communautaire sensible au genre là où le système public n'atteint pas les populations.

Dans les contextes F&H

Les activités prioritaires pour atteindre les communautés oubliées dans les contextes F&H comprennent :

- Intégrer la vaccination aux services de santé d'urgence et sensibles au genre
- Adapter la prestation de services pour garantir l'intimité, l'acceptabilité et la sécurité des femmes et des adolescentes
- Associer les organisations de femmes et de filles au suivi communautaire et à la redevabilité
- Mettre à jour les microplans pendant les situations d'urgence pour les aligner sur les plans de préparation et de riposte
- Se coordonner avec les ONG et les acteurs humanitaires là où l'engagement du gouvernement est limité
- Développer des modèles de prestation adaptés aux populations déplacées, nomades et en transit, en recourant à des équipes mobiles et à des centres de vaccination aux points de transit
- Appliquer des approches communautaires tenant compte des enjeux de sécurité dans les zones d'insécurité
- Doter les partenaires humanitaires d'un appui en chaîne du froid et en logistique pour étendre les services dans les zones difficiles d'accès

Suivre : Vérifier si vos stratégies atteignent les populations pour lesquelles vous les avez conçues

Cette section propose **quatre questions d'orientation** pour concevoir un système de suivi de vos stratégies d'équité. L'objectif est de produire un tableau de suivi (voir le tableau ci-dessous) comprenant, pour chaque stratégie ciblant des populations prioritaires, un indicateur de mise en œuvre, une source de données et une fréquence d'examen. Le suivi répond à une seule question : faisons-nous ce que nous avions prévu ? L'étape suivante, la mesure, cherche à savoir si cela fonctionne.

Exemple de matrice de suivi :

Stratégie	Indicateur de mise en œuvre	Indicateur de couverture	Source des données	Fréquence d'examen
Séances PEV en soirée	Séances tenues / prévues	Enfants vaccinés par séance	Registre des séances + DHIS2	Revue mensuelle de district

Questions d'orientation

Q1. Suivez-vous la mise en œuvre, et pas seulement les résultats de couverture ? Suivez régulièrement des indicateurs de mise en œuvre (désagrégés par sexe) tels que les séances tenues, les communautés visitées et les populations ciblées. Ils figurent également parmi les indicateurs clés du Cadre de redevabilité des subventions (GAF), qui structure le suivi et la redevabilité des subventions dans Gavi 6.0 ; les suivre ici contribue donc à faire du GAF un moteur de l'examen régulier des données et des ajustements. Des données fréquentes sur ces indicateurs, au niveau de désagrégation le plus fin, permettront d'identifier ce qui fonctionne avant même d'observer des changements réels de couverture, et donc d'ajuster rapidement.
→ Étude de cas : Pakistan, Sindh (suivi des vaccinateurs)

Q2. Vos données de suivi parviennent-elles régulièrement aux personnes en mesure d'agir ? Permettez aux agents de première ligne, aux superviseurs et aux responsables de district d'accéder aux données pertinentes en quelques jours, et non en quelques mois. Des tableaux de bord trimestriels ne peuvent pas appuyer des décisions opérationnelles rapides .

Q3. Lorsque les données révèlent un problème, existe-t-il des mécanismes établis pour le signaler et ajuster le tir ? Structurez les revues de performance pour qu'elles débouchent sur des décisions. Veillez à ce que les bonnes parties prenantes soient présentes, que les décisions soient prises et mises en œuvre, que les progrès soient régulièrement examinés, et que la redevabilité et les ajustements soient intégrés tout au long du processus. Des revues qui se contentent de discuter des chiffres n'amélioreront pas la mise en œuvre. Utilisez les données de suivi et les revues pour ajuster réellement votre mise en œuvre lorsqu'elle ne se déroule pas bien.

Q4. Les agents de première ligne et les acteurs communautaires font-ils remonter leurs observations dans le système, ou le suivi est-il à sens unique ? Mettez en place des boucles de rétroaction pour les observations de terrain et les informations qualitatives : intégrez dans vos systèmes de suivi les remontées du terrain sur les problèmes d'expérience des services, les rumeurs et la désinformation, et les difficultés logistiques.

Comment cela s’intègre-t-il dans votre programmation Gavi 6.0 ?

Les Directives de Gavi identifient des interventions phares dans les domaines Données et Gouvernance pour renforcer le suivi de la mise en œuvre axée sur l'équité. Ces interventions s'adaptent à votre couverture, à votre phase de transition et à votre contexte (contextes fragiles et humanitaires). Avec des budgets contraints, choisissez les activités de suivi qui fournissent en temps utile des informations sur la qualité de mise en œuvre des stratégies d'équité. Exemples d'arbitrages auxquels les pays pourraient être confrontés : visites de suivi et de supervision dans les zones prioritaires zéro dose vs équipement numérique de collecte de données ; revues de district sur l'état d'avancement de la mise en œuvre vs formation du personnel au suivi et à la supervision.

Les activités de suivi adaptées à votre pays dépendront également des niveaux de couverture et de la prévalence zéro dose. Par exemple, pour les pays ayant un taux de couverture global élevé, le renforcement et l'intégration des systèmes de données de suivi peuvent être une priorité ; les pays à faible couverture pourraient se concentrer sur des visites de supervision ciblées dans les zones prioritaires zéro dose, tandis que les pays présentant des taux d'abandon élevés doivent renforcer les mécanismes de revue de district pour s'attaquer aux causes des abandons.

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés pour la programmation	Questions d'orientation
6. Données	2.B Renforcer l'analyse des données et les capacités au niveau infranational pour produire des données de qualité en temps utile, en vue de revues de performance périodiques et d'une prise de décision fondées sur les données	• Avez-vous établi un cadre de suivi avec des indicateurs clairs de l'état d'avancement de la mise en œuvre ? • Vos systèmes de données comportent-ils des modules dédiés à la collecte de données sur la mise en œuvre ? • Les gestionnaires aux niveaux national et infranational sont-ils formés pour analyser les données de mise en œuvre et procéder aux ajustements en temps utile ?	**Q1, Q2**
4. Gouvernance et gestion	Intervention phare 2 : Renforcer les capacités du gouvernement en matière de planification, de suivi et de gestion de la performance de la vaccination aux niveaux national et infranational	• Disposez-vous d'un mécanisme établi de visites de supervision pour suivre la mise en œuvre ? • Existe-t-il des routines établies (par ex. revues de district) pour recueillir les observations des agents de première ligne sur la mise en œuvre ?	**Q3, Q4**

Différences selon la phase de transition

Autofinancement initial : Investissez dans des systèmes de suivi qui rendent l'équité visible, tels qu'un SIGS désagrégé saisissant les données sur les enfants zéro dose et sous-vaccinés au niveau administratif le plus fin, des revues de performance infranationales et des mécanismes de rétroaction communautaires. L'AT pour les tableaux de bord et les systèmes de qualité des données est éligible. L'objectif est de vérifier si les stratégies d'équité atteignent les populations pour lesquelles elles ont été conçues.

Transition préparatoire : Intégrez le suivi axé sur l'équité dans le fonctionnement du ministère de la Santé. Les équipes infranationales, et pas seulement les gestionnaires de données au niveau central, doivent également être en mesure d'interpréter les données désagrégées et d'agir en conséquence sans appui extérieur. Les investissements en AT doivent être assortis de plans de pérennité. Développez la capacité analytique permettant de détecter si les écarts entre populations à forte et à faible couverture se réduisent.

Transition accélérée : Les outils prédictifs et le suivi appuyé par l'IA sont éligibles lorsque les infrastructures numériques du pays le permettent. Mettez l'accent sur l'intégration à l'architecture nationale de santé numérique, l'alignement avec les SIGS existants, la réalisation d'évaluations de la préparation à l'IA et les systèmes d'assurance qualité des données.

Dans les contextes fragiles et humanitaires (F&H)

Les systèmes de suivi standard ne peuvent souvent pas fonctionner dans les contextes F&H. Les approches adaptées comprennent :

- Des outils simplifiés, fonctionnant hors ligne et sur mobile, avec des capacités de collecte de données hors connexion
- Une AT limitée dans le temps pour le matériel, les plateformes et la personnalisation des logiciels, avec un budget garanti pour la pérennité
- Des systèmes de suivi à base communautaire complétant la surveillance traditionnelle
- La coordination avec les acteurs humanitaires pour la collecte et le partage conjoints des données
- Une flexibilité quant à la fréquence des rapports en situation de conflit actif ou d'urgence

Mesurer : Déterminer si vos stratégies modifient les résultats pour les populations oubliées

Cette section propose **quatre questions d'orientation** pour évaluer si vos stratégies font progresser les résultats en matière d'équité. L'objectif est de produire un tableau de bord de mesure (voir le tableau ci-dessous) comprenant, pour chaque population prioritaire, les valeurs de référence et actuelles des indicateurs de résultat, une cible d'équité et une évaluation de l'efficacité de la stratégie.

Exemple de tableau de bord de mesure :

Population prioritaire	Indicateur d'équité	Source des données	Cible	T1	T2	T3	T4
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Proportion d'enfants vaccinés par le DTC1.	SIGS					
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Proportion d'enfants vaccinés par le DTC3	SIGS					
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Enfants sous-vaccinés mesurés par l'écart DTC1-DTC3	SIGS					
Personnes en charge d'enfants exerçant une activité professionnelle, dans les bidonvilles urbains	Proportion d'enfants ZD ciblés atteints	SIGS					

Questions d'orientation

Q1. Avez-vous fixé des cibles spécifiques à l'équité, et pas seulement des cibles de couverture globale ? Fixez des cibles d'équité désagrégées, telles que la réduction du nombre d'enfants zéro dose dans les districts prioritaires, la réduction des abandons dans les populations prioritaires et la couverture vaccinale complète dans les groupes de référence pour l'équité (zones urbaines pauvres, communautés rurales reculées, zones de conflit). Les progrès en matière d'équité ne peuvent pas être mesurés uniquement à l'aide de cibles de couverture globale.

Q2. Lorsque des stratégies ne donnent pas de résultats, savez-vous pourquoi ? Avant d'abandonner des stratégies inefficaces, déterminez pourquoi elles n'ont pas atteint leurs objectifs : étaient-elles inadaptées à l'obstacle ou mal mises en œuvre, le contexte a-t-il changé, la cible était-elle irréaliste ? Utilisez ce diagnostic pour ajuster le tir en cours de route.

Q3. Quels enseignements avez-vous documentés sous une forme utilisable par d'autres districts, partenaires ou pays ? Documentez les enseignements de votre programme sur ce qui a fonctionné, ce qui a échoué et pourquoi. Des enseignements confinés à la mémoire de l'équipe ne favorisent ni la mise à l'échelle ni la reproduction, alors que la documentation constitue une base de connaissances.
→ Étude de cas : Ghana (GhiLMIS), Bangladesh (base de données probantes ZDLH)

Q4. Votre mesure reflète-t-elle honnêtement le coût réel de l'équité ? Intégrez dans vos mesures de l'équité le coût réel par enfant pour atteindre les populations les plus difficiles d'accès. Des estimations de coût précises aideront à planifier de manière réaliste et à plaider pour des ressources suffisantes.[5]

Comment cela s'intègre-t-il dans votre programmation Gavi 6.0 ?

Les Directives de Gavi identifient des interventions phares dans les domaines Données et Génération de la demande pour mesurer les résultats en matière d'équité. Ces interventions s'adaptent à votre phase de transition et à votre contexte (contextes fragiles et humanitaires). Avec une enveloppe réduite, donnez la priorité aux interventions qui permettent de suivre le plus efficacement les résultats en matière d'équité. Exemples d'arbitrages auxquels les pays pourraient être confrontés en matière de mesure : enquêtes de couverture par des tiers vs ACR dans les zones prioritaires zéro dose ; intégration d'indicateurs de couverture dans les enquêtes nationales vs amélioration du SIGS pour obtenir des données de couverture plus fines.

Les activités de mesure que votre pays priorisera dépendront également des niveaux de couverture et de la prévalence zéro dose. Par exemple, les pays ayant un taux de couverture global élevé peuvent mener des enquêtes vaccinales ciblées dans les poches zéro dose restantes ; les pays à faible couverture pourraient donner la priorité à la mesure des indicateurs de demande pour comprendre les obstacles sous-jacents à la vaccination, tandis que les pays

[5] Économie de l'atteinte des enfants zéro dose

présentant des taux d'abandon élevés pourraient devoir renforcer les systèmes de données et les capacités d'analyse du programme afin de mieux suivre le statut vaccinal.

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés	Questions d'orientation
6. Données	1.B Soutenir des activités de mesure innovantes pour compléter les systèmes nationaux de données, combler les lacunes et renforcer le suivi de la mise en œuvre	• Disposez-vous de cibles de couverture spécifiques pour chacune des populations prioritaires identifiées ? • Votre SIGS collecte-t-il des données au niveau géographique le plus fin possible, afin de permettre le suivi des cibles d'équité ? • Votre SIGS est-il pleinement fonctionnel en permanence et fournit-il des données de couverture complètes, fiables et à jour ?	**Q1**
	Intervention phare 3 : Renforcer les systèmes d'apprentissage structurés et les approches entre pairs par la collaboration nationale, régionale et mondiale	• Disposez-vous de cadres établis pour documenter les enseignements tirés des stratégies axées sur l'équité qui ont réussi ? • Des activités de recherche sont-elles intégrées à la mise en œuvre du programme ? • Comparez-vous les progrès vers les cibles d'équité aux coûts estimés des stratégies ciblées ?	**Q2, Q3, Q4**
2. Génération de la demande	ii) Renforcer la capacité des pays à collecter, analyser et utiliser les données sociales et comportementales pour mieux cibler les interventions	• Collectez-vous régulièrement des données comportementales auprès de vos populations prioritaires ? • Les gestionnaires disposent-ils des outils et des compétences nécessaires pour analyser les indicateurs de demande en lien avec les résultats de couverture et mesurer le succès des stratégies axées sur la demande ?	**Q3,**

Autofinancement initial : Gavi peut soutenir des enquêtes de couverture de référence, des infrastructures de mesure BeSD et des activités d'évaluation dédiées. Profitez de cette phase pour établir des valeurs de référence solides à partir desquelles les progrès seront mesurés lors des phases suivantes. Intégrez dès le départ le coût de la collecte des données. Une mesure de l'équité sans contexte de coût est incomplète.

Transition préparatoire : Développez les capacités nationales de mesure de l'équité. Les instituts nationaux de statistique, les unités d'évaluation du ministère de la Santé et les partenaires universitaires doivent devenir le point d'ancrage à long terme de ce travail. Les enquêtes de couverture intégrées à des enquêtes nationales plus larges sont préférables aux enquêtes autonomes financées par Gavi.

Transition accélérée : La mesure de routine doit être financée et réalisée au niveau national. Le soutien de Gavi est le plus approprié pour des travaux de mesure catalytiques - nouvelles méthodologies, évaluations d'impact avec des objectifs explicites de production de connaissances, renforcement des capacités assorti d'une échéance définie. Le financement d'enquêtes récurrentes n'est généralement pas éligible.

Dans les contextes fragiles et humanitaires (F&H)

La mesure dans les contextes F&H exige de la flexibilité et des approches adaptées au contexte :

- Méthodes d'évaluation rapide (LQAS, enquêtes téléphoniques) lorsque les enquêtes classiques ne sont pas réalisables
- Mesure à base communautaire en complément des enquêtes traditionnelles
- Mesure de la couverture de rattrapage pour les tranches d'âge au-delà des cibles standard (jusqu'à 5 ans en contexte F&H)
- Coordination avec les évaluations des besoins humanitaires et les plateformes de suivi des clusters
- Soutien limité dans le temps aux coûts récurrents lorsque des fonctions d'évaluation essentielles ne peuvent être maintenues autrement

Plaider : Transformer les données probantes en engagement politique durable et en financement national

Cette section propose **six questions d'orientation** pour construire une démarche de plaidoyer en faveur d'un engagement politique continu, d'une plus grande implication des leaders communautaires locaux et d'un financement national fondé sur des données d'impact. L'objectif est de produire un plan de plaidoyer (voir le tableau ci-dessous) qui mobilise les ressources nécessaires pour pérenniser les acquis en matière d'équité au-delà de la période de soutien de Gavi. Le plaidoyer n'est pas achevé lorsque les interventions sont simplement inscrites dans la Stratégie nationale de vaccination : il atteint son objectif lorsque les budgets sont décaissés et que les activités sont effectivement mises en œuvre.

Exemple de plan de plaidoyer :

Stratégie	Décision recherchée	Décideur	Données probantes utilisées	Calendrier
Séances PEV en soirée	Augmenter le budget pour des RH supplémentaires afin d'assurer les séances en soirée	Ministère des Finances, SG du ministère de la Santé	1. Analyse budgétaire infranationale 2. Analyse des capacités en RH 3. Évaluation d'impact des séances en soirée	Prochain cycle budgétaire

Questions d'orientation

Q1. Quels sont les décideurs précis dont les décisions changeraient la trajectoire des cibles d'équité, êtes-vous en contact régulier? Ciblez le plaidoyer sur des décideurs précis : direction du ministère de la Santé , responsables du ministère des Finances , commissions parlementaires de la santé, gouverneurs, responsables des collectivités de district ou équivalentes chargés des allocations budgétaires locales, chefs communautaires traditionnels et religieux. Structurez le plaidoyer de manière ascendante, des communautés aux budgets nationaux en passant par les responsables infranationaux.

Q2v e

Q3. Ces données sont-elles présentées dans un langage que les décideurs comprennent ? Défendez le soutien national en utilisant des données sur les écarts d'équité et les priorités, formulées clairement et de manière à parler aux décideurs.

Q4. Votre plaidoyer est-il intégré dans les systèmes, ou dépend-il de champions individuels ? Institutionnalisez le plaidoyer au-delà des champions : intégrez les indicateurs d'équité dans les systèmes de routine et instaurez des revues conjointes régulières. Ces mécanismes garantissent le maintien de l'engagement même en cas de changement de direction.

Q5. Les communautés sont-elles elles-mêmes visibles dans le plaidoyer, ou seulement en tant qu'études de cas citées ? Commencez par un plaidoyer communautaire porté par des acteurs locaux de confiance, tels que les groupements de femmes, les leaders religieux et les organisations de la société civile. Leur légitimité politique compte souvent davantage que le plaidoyer extérieur.
→ Étude de cas : Comores (groupements de femmes)

Q6. Plaidez-vous pour un financement national durable ou pour des fonds de projet ponctuels ? Ancrez le financement de l'équité dans les budgets nationaux. Alignez les efforts de plaidoyer sur la pérennité à long terme, et non sur les calendriers des projets.

Comment cela s'intègre-t-il dans votre programmation Gavi 6.0 ?

Les Directives de Gavi 6.0 identifient des interventions phares dans le domaine Financement de la santé pour plaider en faveur de l'engagement politique et du financement national de l'équité. Ces interventions s'adaptent à votre phase de transition et à votre contexte. Avec des enveloppes en espèces réduites, le plaidoyer pour le financement national devient essentiel. Choisissez des interventions de plaidoyer qui mobilisent efficacement les bonnes parties prenantes. Exemples d'arbitrages importants auxquels les pays seront confrontés dans leurs efforts de plaidoyer : réunions de plaidoyer avec les parties prenantes clés vs campagnes de sensibilisation en faveur du soutien national ; mobilisation des hauts responsables (Santé, Finances, Plan) vs mobilisation de terrain auprès des communautés et des acteurs infranationaux.

La priorisation des activités de plaidoyer dépendra également de la couverture globale et de la prévalence des enfants zéro dose dans votre pays. Par exemple, pour les pays ayant un taux de couverture global élevé, le plaidoyer pourrait porter sur l'élaboration de feuilles de route d'autofinancement pour maintenir la couverture sur fonds nationaux ; les pays à faible couverture pourraient plaider aux niveaux infranational et communautaire pour améliorer le recours à la vaccination, tandis que les pays présentant des taux d'abandon élevés pourraient donner la priorité au plaidoyer pour renforcer les systèmes de données vaccinales du gouvernement.

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés	Questions d'orientation
8. Financement de la santé	Intervention phare 1 : Renforcer la mobilisation des ressources nationales en améliorant la budgétisation, les prévisions et le plaidoyer aux niveaux national et infranational	• Votre SIGS vous fournit-il les bonnes données sur les progrès en matière d'équité pour appuyer le plaidoyer en faveur du financement national ? • Vos efforts de plaidoyer ciblent-ils les décideurs et les parties prenantes à tous les niveaux national et infranational ? • Les OSC, les partenaires et les communautés contribuent-ils également à vos efforts de plaidoyer pour le financement national ?	**Q1, Q2, Q3, Q4, Q5**

Domaine d'investissement	Interventions phares	Considérations clés	Questions d'orientation
	Intervention phare 5 : Soutenir la planification de la transition pour un financement durable des vaccins, en veillant à ce que le financement de la vaccination soit intégré dans les budgets nationaux	• Vos feuilles de route de transition et de pérennité visent-elles à accroître le financement national tout en protégeant et en consolidant les acquis en matière d'équité ? • Disposez-vous d'un cadre de suivi de la transition pour mesurer les progrès du financement national tout en veillant à ce que les populations prioritaires restent ciblées ?	**Q6**

Différences selon la phase de transition

Autofinancement initial : Commencez dès maintenant à construire l'argumentaire en faveur du financement national de l'équité, même si Gavi couvre encore les coûts récurrents. Intégrez les indicateurs d'équité dans la SNV, les cadres de dépenses à moyen terme et les plans opérationnels annuels. Le garde-fou obligatoire de 10 % du budget en espèces pour les OSC n'est pas seulement une règle de financement : c'est un atout pour le plaidoyer. Les OSC partenaires financées par ce mécanisme doivent porter activement la voix de l'équité dans les processus budgétaires et de redevabilité nationaux, et pas seulement assurer la prestation de services.

Transition préparatoire : C'est la phase où le travail de plaidoyer a le plus d'impact. Les pourcentages de cofinancement augmentent ; l'argumentaire en faveur de la mobilisation des ressources nationales doit devenir concret. Mobilisez directement les acteurs des finances et du parlement. Le budget de plaidoyer doit figurer parmi les postes les mieux protégés.

Transition accélérée : Le plaidoyer passe de la mobilisation des ressources à la protection des acquis déjà obtenus en matière d'équité. Concentrez-vous sur l'institutionnalisation de mécanismes qui survivront au soutien de Gavi - indicateurs d'équité dans les cadres nationaux de performance, structures de partenariat avec les OSC, cadres de redevabilité tenant les acteurs infranationaux responsables des cibles de couverture dans les populations oubliées.

Dans les contextes fragiles et humanitaires (F&H)

Le plaidoyer dans les contextes F&H requiert souvent d'autres acteurs et d'autres canaux :

- Engagement avec les structures de coordination humanitaire (par ex. clusters santé) en complément ou à la place des canaux gouvernementaux formels.
- Lorsque l'engagement avec le gouvernement est sensible, le plaidoyer peut devoir passer par les organisations internationales et les forums humanitaires
- Le plaidoyer pour le financement national peut être suspendu ou reformulé en situation de conflit actif — la priorité est de maintenir la prestation de services, et non la planification de la transition
- Le Mécanisme de résilience de Gavi et le Fonds de première riposte offrent des voies alternatives pour faire face aux besoins imprévus

La théorie du changement F&H conçoit le plaidoyer comme une composante de la reprise à terme — tout en reconnaissant que l'engagement politique en situation d'urgence active diffère fondamentalement du plaidoyer en période de stabilité.

Note de conclusion

Vacciner le prochain milliard d'enfants exigera de combler des écarts d'équité persistants en atteignant les communautés constamment oubliées ou mal desservies par les services de vaccination de routine. Les cinq principes et le cadre IRMMA présentés dans ce guide visent à rendre ce travail concret en traduisant l'équité, d'un engagement stratégique, en décisions de programmation quotidiennes. Gavi 6.0 représente la phase la plus ambitieuse de l'histoire de l'Alliance, et les pays qui avanceront le plus vite seront ceux qui traiteront l'équité non comme un ajout, mais comme la logique structurante de tout ce qu'ils font. Pour les équipes qui souhaitent approfondir, **l' annexe contient des études de cas par pays** qui illustrent concrètement chaque élément du cadre IRMMA. Le tableau ci-dessous fournit une **liste de ressources complémentaires pour des orientations techniques plus détaillées** sur des sujets spécifiques abordés dans ce guide.

Ressources complémentaires

Ressource	Présentation de la ressource
1. Stratégie Gavi 6.0 (2026–2030)	Présentation des objectifs stratégiques de Gavi, de ses dix principes de fonctionnement et de la vision axée sur l'équité qui encadre ce guide
2. Fiche d'analyse zéro dose (Zero-Dose Analysis Card)	Orientations étape par étape permettant aux pays d'analyser leur population zéro dose, de comprendre les obstacles et de concevoir des interventions alignées sur le cadre IRMMA.
3. Carte des données probantes pro-équité du ZDLH (ZDLH Pro-Equity Evidence Map)	Notes de synthèse sur 13 interventions pro-équité rattachées au cadre IRMMA, avec des évaluations d'efficacité dans les contextes de conflit, de genre, de zones reculées et urbains.
4. Bibliothèque de ressources du ZDLH (ZDLH Resource Library)	Collection complète de boîtes à outils, de rapports de recherche sur la mise en œuvre, de profils pays, de guides d'estimation des coûts et de conclusions d'échanges entre pairs au Bangladesh, au Mali, au Nigeria et en Ouganda.
5. Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030)	La stratégie mondiale de vaccination codirigée par l'OMS et l'UNICEF, qui définit la vision, trois objectifs d'impact et sept priorités stratégiques pour la décennie.
6. Revue à mi-parcours de l'IA2030 (2025)	Évaluation des progrès mondiaux de la vaccination à mi-parcours de la décennie, avec des priorités, des données et des recommandations actualisées pour ajuster le tir.
7. https://immunizationdata.who.int/	Base de données mondiale sur la couverture vaccinale par pays et par antigène, mise à jour chaque année et servant de base aux estimations zéro dose.
8. Directives de financement zéro dose de Gavi (2021)	Lignes directrices sur l'utilisation efficace des financements de Gavi pour atteindre les enfants zéro dose et les communautés oubliées, conformément au cadre IRMMA
9. UNICEF – Stratégies multisectorielles zéro dose pour améliorer la vaccination de routine et d'autres résultats pour l'enfant (2025)	Orientations opérationnelles sur les stratégies multisectorielles pour atteindre les enfants zéro dose selon une approche pratique par étapes
10. Estimation des coûts des interventions pour atteindre les enfants zéro dose, ZDLH (2025)	Orientations opérationnelles pour mener des analyses mesurant les coûts marginaux des interventions visant à atteindre les enfants zéro dose, afin d'éclairer les décisions d'allocation budgétaire, de priorisation et de planification tout en conciliant équité et faisabilité.

Ressource	Présentation de la ressource
11. OMS – État des inégalités : vaccination de l'enfant (2016)	Analyse des inégalités de couverture vaccinale au sein de 69 pays à revenu faible et intermédiaire selon la richesse, le niveau d'instruction, la région infranationale et le lieu de résidence — le jeu de données de référence qui fonde les arguments en faveur de la désagrégation de la section 2.
12. Améliorer la couverture et l'équité vaccinales – répertoire de ressources techniques	Répertoire d'orientations clés, sélectionnées dans le TechNet Knowledge Hub, à l'intention du personnel des programmes nationaux de vaccination et de leurs partenaires pour améliorer la couverture et l'équité des services de vaccination. Recherche par mot-clé ou navigation par thème, par question ou selon le cadre IRMMA pour le zéro dose
13. Boîte à outils sur la vaccination en milieu urbain 2.0 (Urban Immunization Toolkit 2.0)	Guide pratique, complet et actualisé, conçu pour aider les acteurs de la santé à relever les défis et à saisir les spécificités de la vaccination équitable dans des milieux urbains et périurbains complexes et en croissance rapide
14. Investir dans l'apprentissage par la pratique (LxD) : enseignements du programme d'apprentissage zéro dose 2023-2025	Enseignements sur l'apprentissage par la pratique issus du programme d'apprentissage zéro dose (Zero Dose Learning Agenda), notamment des outils d'analyse des causes profondes, de co-création de stratégies selon des approches de conception centrée sur l'humain (HCD), de revues efficaces et de gestion adaptative
15. Déterminants comportementaux et sociaux de la vaccination : outils et orientations pratiques pour atteindre une forte adhésion	Guide d'utilisation des outils relatifs aux déterminants comportementaux et sociaux de la vaccination pour comprendre les raisons d'une faible adhésion vaccinale, suivre les tendances dans le temps et réduire les inégalités de couverture en collectant et en utilisant des données pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer systématiquement des interventions adaptées.
16. La maintenance de la chaîne du froid repensée : résultats d'une étude de conception centrée sur l'humain au Niger, au Kenya et en Tanzanie	Études de cas de recherche sur l'utilisation d'approches de conception centrée sur l'humain (HCD) pour concevoir des solutions innovantes aux problèmes de maintenance de la chaîne du froid
Guide de la recherche participative et de la HCD	Document technique destiné à aider les organisations et le PEV à planifier et préparer la recherche et la conception participatives dans le cadre d'initiatives de santé liées à la vaccination. Il souligne la valeur des approches participatives et présente les principes clés et les considérations pratiques nécessaires pour mobiliser les communautés de manière efficace et inclusive.
18. Guide d'investissement pour la mise en œuvre du numérique de l'OMS (DIIG)	Orientations pour planifier, chiffrer, mettre en œuvre et déployer à grande échelle des interventions de santé numérique alignées sur les besoins, le niveau de préparation et l'architecture numérique nationale des pays.
19. Boîte à outils pour une feuille de route nationale chiffrée de l'information sanitaire numérique	Orientations et modèles pour aider les pays à prioriser, chiffrer et mettre en œuvre des investissements dans l'information sanitaire numérique qui renforcent les programmes de vaccination et les systèmes de santé.