



# ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DE LA VACCINATION CONTRE LE VIRUS COVID-19

Cette évaluation a été réalisée par le projet Health Systems Strengthening Accelerator (HSSA) et par le projet MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity. Ces deux projets sont financés par l'Agence des États-Unis pour le développement international (U.S Agency for International Development / USAID). Le projet HSSA est mis en œuvre par Results for Development (R4D) dans le cadre de l'accord de coopération de l'USAID n° 7200-AA-18CA-00037. Le projet MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity est mis en œuvre par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), avec PATH, Accenture Development Partnerships, Results for Development et CORE Group dans le cadre de l'accord coopératif n° 7200AA20CA00017 de l'USAID. Le contenu de cette évaluation relève exclusivement de la responsabilité de R4D et de JSI, et il ne reflète pas nécessairement les positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

 @USAID\_MOMENTUM  @USAIDMOMENTUM  USAID MOMENTUM  USAID MOMENTUM

Photos de couverture : MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity Ethiopia (en haut), JSIPL (en bas à gauche), Ricardo Franco (en bas à droite).

#### **Citation suggérée**

Health Systems Strengthening Accelerator et MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity. *Évaluation de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 : Rapport final*. 2024. Washington, DC : USAID MOMENTUM.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Abréviations</b> .....	<b>1</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>2</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>5</b>
<b>Objectif de l'évaluation et public visé</b> .....	<b>7</b>
<b>Objectifs</b> .....	<b>8</b>
<b>Questions de recherche</b> .....	<b>8</b>
<b>Méthodes</b> .....	<b>9</b>
Sélection des pays et des sites.....	9
Collecte des données.....	9
Gestion et analyse des données .....	12
Apprentissage entre pairs.....	12
Groupe consultatif .....	13
<b>Approbations éthiques</b> .....	<b>13</b>
<b>Constatations</b> .....	<b>13</b>
Contexte COVID-19 au moment de la collecte des données.....	13
1. Qu'ont prévu les gouvernements pour être en mesure de poursuivre les vaccinations contre le virus COVID-19 pour les populations prioritaires ? .....	14
2A. Quelles sont les réflexions (ou les décisions) concernant l'intégration opérationnelle des vaccinations contre le virus COVID-19 avec d'autres services de santé essentiels (par exemple, les SPN, les MNT, le VIH, la tuberculose, les SSP, l'IR) ? .....	14
2B. Quelles sont les réflexions (ou les décisions) concernant l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans d'autres fonctions du système de santé et d'autres fonctions de vaccination (par exemple, prestation de services, ressources humaines, formation, achats, chaîne du froid, systèmes d'approvisionnement/de distribution, systèmes d'information, génération de la demande, supervision et engagement communautaire) ? .....	15
Leadership et gouvernance.....	15
Chaîne du froid.....	16
Financement et approvisionnement.....	16
Prestation de services : .....	17
Génération de la demande .....	17
Systèmes d'information.....	18
Ressources humaines pour la santé .....	18
3. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 sont-elles prévues dans le cadre des stratégies et des systèmes globaux du pays (ou y sont-elles déjà intégrées) ? .....	18
4. Comment l'intégration avec d'autres services essentiels ou fonctions importantes du système de santé a-t-elle favorisé ou entravé l'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19 ?.....	19

5. Quels enseignements ont été tirés de l'intégration (ou non) des vaccinations contre le virus COVID-19 pendant la phase de réponse d'urgence au début de la pandémie ? .....	20
Contexte de mise en œuvre de l'intégration .....	20
Relations avec les partenaires pour l'exécution de la vaccination .....	20
Collaboration et coordination entre la vaccination et d'autres programmes .....	21
Renforcement des systèmes.....	21
<b>Limites.....</b>	<b>21</b>
<b>Les enseignements de l'événement d'apprentissage entre pairs .....</b>	<b>22</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>23</b>
Stratégies et plans pour COVID-19 .....	23
Intégration avec d'autres services de santé essentiels (en particulier l'IR).....	24
Intégration avec d'autres fonctions du système de santé.....	26
Intégration avec les stratégies et systèmes de santé globaux .....	27
Garantir un accès équitable aux vaccins contre le virus COVID-19 .....	28
Les leçons tirées de la réponse d'urgence s'appliquent à la poursuite des vaccinations contre le virus COVID-19 .....	28
<b>Conclusion .....</b>	<b>29</b>
<b>Annexe A. Guide d'entretien de base .....</b>	<b>30</b>
<b>Annexe B. Guide de base pour les discussions en groupe .....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe C. Membres du groupe consultatif.....</b>	<b>40</b>
<b>Annexe D. Comités d'examen éthique .....</b>	<b>41</b>
<b>Annexe E. Questionnaire sur les données de couverture.....</b>	<b>43</b>
<b>Références.....</b>	<b>44</b>

# ABRÉVIATIONS

<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CEI</b>	Comité d'examen institutionnel
<b>COVAX</b>	Accès mondial aux vaccins contre le COVID-19
<b>COVID-19</b>	Virus SARS-CoV-2
<b>GCSE</b>	Groupe consultatif stratégique d'experts en vaccinations
<b>IR</b>	Immunisation de routine
<b>MdS</b>	Ministère de la Santé
<b>MNT</b>	Maladie non transmissible
<b>NITAG</b> la vaccination	National Immunization Technical Advisory Group / Groupe consultatif technique national sur la vaccination
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PRITI</b>	Pays à revenus intermédiaires, tranche inférieure
<b>PVA VIH</b>	Personnes vivant avec le VIH
<b>S&amp;E</b>	Suivi et Évaluation
<b>SIGS</b>	Systèmes d'information sur la gestion de la santé
<b>SPN</b>	Soins prénatals
<b>SSP</b>	Soins de santé primaires
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VPH</b>	Virus du papillome humain

# SYNTHÈSE

Les projets Health System Strengthening Accelerator et MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity, financés par l'USAID, ont effectué une évaluation qualitative dans sept pays sur les efforts d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19, avec des données recueillies entre août 2023 et avril 2024. Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

1. Évaluer la situation et réfléchir à l'intégration future des vaccinations contre le virus COVID-19 ciblant les groupes prioritaires dans les programmes de santé essentiels et les fonctions les plus importantes du système de santé.
2. Compiler les enseignements tirés de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 depuis la phase d'intervention d'urgence en réponse à la pandémie.

Les pays couverts par l'évaluation étaient les suivants : Bénin, Ghana, Éthiopie, Libéria, Mozambique, Nigéria et État du Tamil Nadu en Inde.

Cinq questions de recherche découlant des objectifs ont guidé la collecte et l'analyse des données de l'évaluation :

1. Qu'ont prévu les gouvernements pour être en mesure de poursuivre les vaccinations contre le virus COVID-19 pour les populations prioritaires ?
2. Quel est l'état actuel de la réflexion (ou quelles sont les décisions) concernant l'intégration opérationnelle des vaccinations contre le virus COVID-19 avec :
  - d'autres services de santé essentiels (par exemple, soins prénatals (SPN), maladies non transmissibles (MNT), virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tuberculose (TB), soins de santé primaires (SSP), immunisation de routine (IR) ?
  - d'autres fonctions du système de santé et de vaccination (par exemple, prestation de services, ressources humaines, formation, achats, chaîne du froid, systèmes d'approvisionnement/de distribution, systèmes d'information, génération de demande, supervision et engagement communautaire) ?
3. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 sont-elles prévues (ou font-elles déjà partie des stratégies et des plans nationaux) ?
  - Stratégies générales de santé.
  - Stratégies d'immunisation.
  - Suivi et évaluation.
  - Gestion budgétaire.
4. Comment l'intégration avec d'autres services essentiels ou fonctions importantes du système de santé a-t-elle favorisé ou entravé l'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19 ?
5. Quels enseignements ont été tirés de l'intégration (ou non) des vaccinations contre le virus COVID-19 pendant la phase d'intervention d'urgence de la pandémie ?

L'évaluation a permis de recueillir des données qualitatives par le biais d'entretiens semi-structurés avec 15 à 24 informateurs clés par pays, notamment des décideurs politiques nationaux et infranationaux, des responsables et des représentants de partenaires extérieurs soutenant la vaccination contre le virus COVID-19. L'évaluation comprenait également la collecte de données par le biais de groupes de discussion avec des agents de santé de première ligne et leurs superviseurs directs impliqués dans l'administration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans au moins deux endroits de chaque pays, à l'exception du

Mozambique.\* Le codage et l'analyse des notes des entretiens et des discussions de groupe ont été effectués à l'aide du logiciel ATLAS.ti.

L'évaluation a abouti aux principales constatations suivantes :

- Le taux de vaccination contre le virus COVID-19 avait baissé au moment de la collecte des données. La création de la demande et les communications concernant les vaccins contre le virus COVID-19 ont également été pratiquement interrompues.
- Les vaccinations contre le virus COVID-19 étaient proposées dans les établissements et lors de séances de sensibilisation de la population qui offraient également des IR.
- Presque tous les pays évalués ont intégré ou envisagé d'intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 à d'autres services de santé en utilisant diverses approches de planification.
- La principale forme d'intégration prévue ou en cours de planification concerne le programme d'IR. Certains pays réfléchissent à la manière d'intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 aux SPN, aux services destinés aux personnes immunodéprimées et aux services de lutte contre les MNT, mais peu de décisions ou d'actions concrètes ont été prises à cet égard.
- Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation ont fait état d'une intégration relativement plus poussée de la vaccination contre le virus COVID-19 dans les composantes du système de santé que sont la chaîne du froid, le financement, les achats, la direction et la gouvernance, par rapport à la prestation de services, à la création de demande et à l'engagement communautaire, aux systèmes d'information et au personnel de santé.
- Tous les pays évalués dépendent d'un financement externe pour obtenir des vaccins contre le virus COVID-19 (à l'exception de l'État du Tamil Nadu, qui dépend du Gouvernement indien pour l'approvisionnement en vaccins), et aucun n'a de plan spécifique pour l'achat de vaccins contre le virus COVID-19 si le financement externe prend fin ou quand il prendra fin. Au moment de la collecte des données, l'échéance la plus lointaine pour laquelle Gavi avait approuvé un financement était 2025 pour le Bénin, l'Éthiopie, le Libéria et le Nigéria.
- Les vaccinations contre le virus COVID-19 font progressivement leur entrée dans les plans globaux du secteur de la santé, les plans de vaccination, les budgets et les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E).
- Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation étaient convaincues que la vaccination contre le virus COVID-19 avait été équitable pendant la période d'urgence, citant de nombreux exemples d'efforts déployés pour garantir un accès équitable, mais aucune des personnes interrogées n'a été en mesure de présenter des données quantitatives pour valider l'équité déclarée.
- L'expérience de l'intervention d'urgence a permis de tirer de nombreux enseignements qui pourraient être appliqués à l'avenir pour la vaccination contre le virus COVID-19, notamment les synergies entre les programmes de collaboration et la mobilisation d'acteurs non traditionnels pour créer une demande et lutter contre la désinformation.

L'analyse des résultats de l'évaluation porte notamment sur les points suivants :

- La volonté de prendre en compte comment et où les populations prioritaires pour la vaccination contre le virus COVID-19 utilisent le système de santé et peuvent être atteintes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'intégration.

---

\*Les entretiens n'ont été menés qu'au niveau national au Mozambique en raison de retards administratifs et de l'absence d'approbations.

- La possibilité de s'appuyer sur la vaccination contre le virus COVID-19 pour faire évoluer l'IR vers une approche fondée sur le parcours de vie, incluant des vaccins supplémentaires pour adultes en plus de celui contre le virus COVID-19.
- La nécessité de se préparer à assurer un financement et des systèmes d'approvisionnement connexes lorsque l'aide extérieure pour l'achat des vaccins contre le virus COVID-19 prendra fin.
- Intégration progressive de la vaccination non urgente contre le virus COVID-19 dans les stratégies, les plans et les systèmes de suivi et d'évaluation du secteur de la santé, y compris la définition et l'évaluation de la réalisation des objectifs de couverture vaccinale des groupes prioritaires.
- Nécessité de mettre en place des mécanismes pour contrôler et documenter le degré d'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19 atteint.
- Identification des enseignements pertinents tirés de la période d'intervention d'urgence à appliquer à la vaccination contre le virus COVID-19 au fur et à mesure qu'elle devient systématique.

## CONTEXTE

Il existe une perception largement répandue selon laquelle une phase de transition de la réponse à la pandémie de COVID-19 a commencé avec la déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du 5 mai 2023 selon laquelle COVID-19 est désormais un problème de santé établi et permanent qui ne constitue plus une urgence de santé publique d'envergure internationale. Les partenaires mondiaux de la vaccination et les partenaires de mise en œuvre ont complété la réponse des gouvernements des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PRITI) à la phase d'urgence en fournissant des vaccins, un soutien technique et des conseils, ainsi qu'un financement d'un niveau sans précédent. Toutefois, la phase d'intervention d'urgence étant terminée, les PRITI doivent s'attendre à une transition vers une situation où les ressources externes diminueront et où les efforts de vaccination contre le virus COVID-19 passeront à une programmation de routine.

L'OMS a publié une [note d'information](#) en décembre 2023 pour guider les pays sur les messages, les stratégies d'exécution et les recommandations politiques concernant la vaccination contre le virus COVID-19 après la fin de la phase d'urgence de santé publique.<sup>1</sup> La note d'information comprend une recommandation visant à intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 « avec les services de soins de santé primaires et d'autres approches spécifiquement conçues pour atteindre les groupes à forte utilisation prioritaire. » Ce conseil arrive à point nommé puisque la réduction du nombre de cas et la déclaration de la fin de la situation d'urgence ont incité les décideurs et les responsables de la mise en œuvre à commencer à réfléchir, à planifier et à prendre des mesures en vue de la transition de l'effort de vaccination contre le virus COVID-19 vers une phase post-urgence durable, notamment en se demandant s'il fallait intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 à d'autres aspects des systèmes et programmes de santé, et comment.

La note d'information de l'OMS s'appuie sur la mise à jour de novembre 2023 de la [Feuille de route](#) du Groupe consultatif stratégique d'experts en vaccinations (GCSE), qui définit comme suit les groupes d'utilisateurs prioritaires pour la vaccination contre le virus COVID-19 :<sup>2</sup>

- Niveau de priorité élevé : personnes immunodéprimées, personnes âgées, jeunes adultes présentant des comorbidités importantes ou une obésité grave, adultes ou adolescentes enceintes, et travailleurs médicaux de première ligne.
- Niveau de priorité intermédiaire : jeunes adultes en bonne santé, enfants et adolescents âgés de 6 mois à 17 ans souffrant d'obésité grave ou de comorbidités.
- Niveau de priorité faible : enfants et adolescents en bonne santé âgés de 6 mois à 17 ans.

Les décideurs et les gestionnaires des pays ont acquis une expérience précieuse grâce à la mobilisation rapide de la vaccination contre le virus COVID-19 dès que les vaccins sont devenus disponibles au début de 2021. Il est intéressant de s'appuyer sur cette expérience pour en tirer des leçons concernant l'intégration post-urgence des vaccinations contre le virus COVID-19 et des services de soutien avec les fonctions des programmes de vaccination de routine existants, d'autres programmes de santé et du système de santé. L'intégration vise généralement à améliorer l'efficacité, l'efficience, la durabilité et d'autres aspects des fonctions intégrées par rapport aux fonctions menées individuellement ou en parallèle (voir Encadré 1).

## Encadré 1. Définition par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) de l'intégration concernant la vaccination contre le virus COVID-19

« L'adoption partielle ou totale de la vaccination contre le virus COVID-19 dans les services du programme national de vaccination, les SSP et tout autre service de santé pertinent, dans le but global d'améliorer l'efficacité et la viabilité du programme, d'accroître la demande et d'améliorer la satisfaction des utilisateurs, d'atteindre et de maintenir une couverture satisfaisante et de remédier aux inégalités. »

Source : *Considerations for integrating COVID-19 vaccination into immunization programmes and primary health care for 2022 and beyond*, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, projet de juillet 2022.

En 2022, l'OMS et l'UNICEF ont publié un rapport intitulé [Considerations for integrating COVID-19 vaccination](#).<sup>3</sup> Ce document présente les raisons de l'intégration en termes d'incertitude quant à l'avenir de la pandémie (si elle peut resurgir ou rester dans l'environnement épidémiologique à long terme), de nécessité de régulariser la vaccination contre le virus COVID-19, d'opportunité de tirer parti des investissements réalisés dans la vaccination contre le virus COVID-19 et de moyens de développer ou de renforcer l'approche de la vaccination axée sur le parcours de vie des personnes concernées. Ce rapport a également identifié les avantages et les risques liés à l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19. Les avantages identifiés sont notamment les suivants : gains d'efficacité, productivité des investissements, promotion de la demande, et amélioration des résultats et de l'expérience des utilisateurs. Les risques identifiés étaient notamment les suivants : défis logistiques liés à la nécessité d'atteindre des groupes cibles différents (par rapport aux IR), exigences en matière de ressources humaines pour administrer un vaccin supplémentaire, effets de la non-acceptation des vaccinations contre le virus COVID-19 basées sur la confiance dans le système de santé, exigences en matière d'approvisionnement et de chaîne du froid, défis financiers pour faire face aux coûts supplémentaires de la vaccination contre le virus COVID-19 et incertitude quant à l'évolution de la pandémie.

Outre le document susmentionné, l'UNICEF a supervisé en 2023 l'élaboration d'outils d'évaluation de l'état de préparation à l'intégration de la vaccination dans le cadre du programme de lutte contre la pandémie de COVID-19. Des évaluations rapides ont été réalisées dans un certain nombre de pays (dont le Ghana et la Côte d'Ivoire). Les [outils](#) ont utilisé comme approche un modèle de maturité basé sur les éléments constitutifs du système de santé. En mai 2024, les résultats des évaluations rapides n'avaient pas encore été publiés.

Au moment où la collecte des données pour cette évaluation était dans sa phase finale, *Global Health: Science and Practice* a publié [un numéro](#) consacré à l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19. L'éditorial de Kiarie et al. (2024) présente plusieurs exemples de stratégies mises en œuvre pour intégrer les vaccins contre le virus COVID-19 dans les soins de santé primaires (SSP) et dans d'autres fonctions du système de vaccination, telles que la sécurité des vaccins, la planification de l'approvisionnement, la génération de la demande et l'intégration des systèmes de données.<sup>4</sup> Mirza et al. (2024) ont mis en évidence les facteurs positifs et les facteurs négatifs liés à l'intégration des vaccins contre le virus COVID-19 à partir des enseignements tirés dans 11 pays africains, en notant que l'exploitation des investissements réalisés au cours de la réponse à la pandémie de COVID-19 pourrait contribuer à renforcer les SSP et à créer un précédent pour la préparation aux futures urgences de santé publique.<sup>5</sup> Au Malawi, Tibbels et al. (2024) ont réalisé une évaluation qualitative des perceptions individuelles du vaccin contre le virus COVID-19, du contexte social et des normes perçues au sujet de la vaccination contre le virus COVID-19 alors que le pays était confronté à une épidémie de choléra.<sup>6</sup> Les auteurs expliquent comment le fait de comprendre l'hésitation vaccinale et la désinformation concernant COVID-19 et les vaccins contre le choléra peut aider à comprendre comment les

personnes prennent des décisions concernant les vaccinations des adultes, et il peut à son tour aider les pays et les partenaires à développer des communications et des messages adaptés pour générer une demande.

Deux études portent sur l'intégration des vaccins contre le virus COVID-19 dans l'IR. Kisanga et al. (2024) documentent l'intégration du vaccin contre le virus COVID-19 dans l'infrastructure existante de vaccination contre la polio au Sud-Soudan.<sup>7</sup> En intégrant la prestation de services, les auteurs rapportent « une amélioration de la couverture vaccinale de routine chez les enfants, une amélioration de la couverture vaccinale contre le virus COVID-19 chez les adultes, une réduction du coût de la prestation de services et un accès accru à des services de santé plus complets dans les communautés difficiles à atteindre. » De même, Mokaya et al. (2024) décrivent des interventions au Sud-Soudan et en Sierra Leone, où la vaccination contre le virus COVID-19 a été intégrée aux efforts combinés de prestation de services et à la riposte nationale à la rougeole, respectivement.<sup>8</sup> L'intégration des systèmes de données est également en cours au Nigéria, où un système de gestion électronique des données de vaccination (Electronic Management of Immunization Data / EMID) a été élaboré pour s'intégrer à la plateforme DHIS2 afin de mieux gérer les données relatives à la vaccination et à d'autres services de SSP.<sup>9</sup> Tella-Lah et al. (2024) notent que « l'intégration des données COVID-19 et IR dans un seul système a permis d'augmenter considérablement le nombre de vaccinations enregistrées, d'améliorer la synchronisation des données, la vitesse de saisie, la qualité et l'intégrité, et de rationaliser le personnel de santé pour qu'il puisse administrer les vaccins contre le virus COVID-19 et les vaccinations de routine. » En Éthiopie et au Pakistan, un certain nombre d'activités liées au renforcement des capacités et à la politique/gouvernance ont été essentielles pour améliorer la surveillance des effets secondaires de la vaccination et la pharmacovigilance.<sup>10</sup> Les enseignements tirés de ces interventions peuvent être appliqués à d'autres contextes nationaux pour l'IR ou pour les futures urgences de santé publique.

## OBJECTIF DE L'ÉVALUATION ET PUBLIC VISÉ

L'objectif de cette évaluation est de décrire comment les gouvernements de sept pays ont envisagé et planifié les vaccinations contre le virus COVID-19 et pris des mesures pour les intégrer à leurs systèmes et programmes de santé depuis la mi-2023 et en 2024. Il fournit également des informations sur la mesure dans laquelle l'intégration des fonctions de vaccination contre le virus COVID-19 avec l'IR ou d'autres aspects du système de santé a été poursuivie au cours de la phase d'intervention d'urgence, ainsi que sur les enseignements tirés de cette intégration.

Les publics visés par l'évaluation sont les suivants : (1) les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre dans les pays inclus dans l'évaluation et dans d'autres PRITI qui se demandent comment soutenir leurs efforts de vaccination contre le virus COVID-19 et (2) les partenaires techniques internationaux et les partenaires soutenant les PRITI.

Afin de s'assurer de la pertinence des informations pour les publics visés, l'équipe d'évaluation a fait appel à des représentants de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), de l'OMS, de l'UNICEF, de Gavi, des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), d'Amref Health Africa et d'autres organismes dans le cadre d'un groupe consultatif. Le groupe consultatif a défini les méthodes d'évaluation et a fourni des informations sur les efforts déployés par d'autres partenaires en matière de vaccination contre le virus COVID-19 et d'intégration afin de garantir leur complémentarité.

L'évaluation a été réalisée en collaboration avec deux projets financés par l'USAID : MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity, et Health System Strengthening Accelerator (voir Encadré 2).

## Encadré 2. Projets effectuant l'évaluation

Le projet MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity applique les meilleures pratiques et explore les innovations pour augmenter la couverture vaccinale équitable dans les pays soutenus par l'USAID. C'est le mécanisme d'assistance technique phare de l'USAID pour l'immunisation. Il est actif dans 12 pays et a soutenu plus de 18 pays.

Le projet Health Systems Strengthening Accelerator améliore l'accès des populations à des systèmes de santé performants en aidant les pays à traduire, adapter et mettre en place des interventions pour les systèmes de santé qui sont plus efficaces et durables sur la voie de l'autosuffisance.

## OBJECTIFS

Objectifs de la présente évaluation :

1. Évaluer la situation et réfléchir à l'intégration future des vaccinations contre le virus COVID-19 ciblant les groupes prioritaires dans les programmes de santé essentiels et les fonctions les plus importantes du système de santé.
2. Compiler les enseignements tirés de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 depuis la phase d'intervention d'urgence en réponse à la pandémie.

## QUESTIONS DE RECHERCHE

Les questions de recherche spécifiques découlant des objectifs ont été les suivantes :

1. Qu'ont prévu les gouvernements pour être en mesure de poursuivre les vaccinations contre le virus COVID-19 pour les populations prioritaires ?
2. Quel est l'état actuel de la réflexion (ou quelles sont les décisions) concernant l'intégration opérationnelle des vaccinations contre le virus COVID-19 avec :
  - d'autres services de santé essentiels (par exemple, soins prénatals (SPN), maladies non transmissibles (MNT), virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), tuberculose (TB), soins de santé primaires (SSP), immunisation de routine (IR) ?
  - d'autres fonctions du système de santé et de vaccination (par exemple, prestation de services, ressources humaines, formation, achats, chaîne du froid, systèmes d'approvisionnement/de distribution, systèmes d'information, génération de demande, supervision et engagement communautaire) ?
3. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 sont-elles prévues (ou font-elles déjà partie des stratégies et des plans nationaux) ?
  - Stratégies générales de santé.
  - Stratégies d'immunisation.
  - Suivi et évaluation.

- Gestion budgétaire.
4. Comment l'intégration avec d'autres services essentiels ou fonctions importantes du système de santé a-t-elle favorisé ou entravé l'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19 ?
  5. Quels enseignements ont été tirés de l'intégration (ou non) des vaccinations contre le virus COVID-19 pendant la phase d'intervention d'urgence de la pandémie ?

## MÉTHODES

### Sélection des pays et des sites

Les sept pays dans lesquels des études de cas ont été réalisées étaient les suivants : Bénin, Éthiopie, Ghana, Inde (État du Tamil Nadu), Libéria, Mozambique et Nigéria. Les pays représentent des niveaux variés de revenus par habitant, allant de faibles revenus à des revenus moyens. Quatre d'entre eux (Bénin, Ghana, Libéria et Nigéria) se trouvent en Afrique de l'Ouest. Deux d'entre eux (Éthiopie et Mozambique) se trouvent en Afrique de l'Est. L'Inde (Tamil Nadu) est le seul site asiatique où l'évaluation a été réalisée. Les pays sélectionnés répondaient à un ou plusieurs des critères suivants :

- Innovateurs dans l'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19.<sup>†</sup>
- Performance en ce qui concerne la pandémie de COVID-19 et l'IR.
- Pays prioritaires de l'USAID et de Pfizer.<sup>‡</sup>
- Contextes géographiques.

Dans chaque pays, au moins deux sites infranationaux ont été choisis pour la collecte de données par l'équipe d'évaluation en collaboration avec le Ministère de la Santé, à l'exception du Mozambique, où seuls des entretiens au niveau national ont eu lieu en raison de retards dans l'obtention de l'autorisation éthique au niveau du pays. Les sites infranationaux comprenaient au moins un site urbain et un site rural par pays.

### Collecte des données

Les principales données primaires collectées pour l'évaluation provenaient d'entretiens avec des informateurs clés (décideurs, responsables de la mise en œuvre<sup>§</sup> et partenaires externes), qui ont débuté en août 2023 en Éthiopie et se sont achevés en avril 2024 au Mozambique (voir Figure 1). Un guide d'entretien de base (voir Annexe A) a été adapté aux personnes interrogées et aux contextes nationaux spécifiques en modifiant, ajoutant ou supprimant des questions selon le cas, mais les questions de base sont restées les mêmes pour tout le monde. Le guide d'entretien de base a été passé en revue et modifié sur la base des résultats des jeux de rôle internes ainsi que de la formation et des tests préliminaires dans le premier pays où les données devaient être recueillies.

---

<sup>†</sup> Par exemple, en Éthiopie, les vaccinations contre le virus COVID-19 ont été proposées dans le cadre de séances de sensibilisation intégrées aux vaccinations de routine ; au Ghana, des partenariats ont été conclus avec des entreprises privées de gestion des déchets pour les vaccinations contre le virus COVID-19 ; et en Inde, le système d'enregistrement électronique CoWIN et le système eLMIS eVIN ont été utilisés à la fois pour les vaccinations contre le virus COVID-19 et pour les vaccinations de routine.

<sup>‡</sup> Ces pays ont été prioritaires pour l'assistance technique de l'USAID parce qu'ils ont reçu d'importants dons de vaccins de Pfizer-BioNTech de la part du Gouvernement des États-Unis en 2021.

<sup>§</sup> Les « exécutants » sont les gestionnaires des composantes du système de santé concernées par certains aspects des vaccinations contre le virus COVID-19, à la différence des responsables qui prennent les décisions relatives à l'intégration des fonctions.

**FIGURE 1. CALENDRIER DE COLLECTE DES DONNEES**

	2023					2024			
	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avril
<b>Éthiopie</b>									
<b>Bénin</b>									
<b>Tamil Nadu (Inde)</b>									
<b>Nigéria</b>									
<b>Libéria</b>									
<b>Ghana</b>									
<b>Mozambique</b>									

Les chercheurs ayant effectué l'évaluation ont interrogé entre 15 et 24 informateurs clés par pays, y compris des informateurs\*\* aux niveaux national et infranational. Dans l'ensemble des pays évalués, 40 informateurs clés étaient des femmes et 97 des hommes. La liste suivante illustre les types de personnes que l'équipe d'évaluation a cherché à interroger dans chaque pays.

- Groupe de travail COVID-19 :
  - Président.
  - Autres membres concernés (en particulier les représentants des communautés et du secteur privé, s'ils font partie du groupe de travail).
- MdS :
  - Directeur du Programme élargi de vaccination (PEV).
  - Directeur (ou équivalent) des services de vaccination contre le virus COVID-19 (peut être en dehors du Ministère de la Santé).
  - Directeur de la médecine préventive, de la santé familiale, des soins primaires ou des maladies transmissibles.
  - Directeur de la planification au sein du Ministère de la Santé.

\*\* Les informateurs infranationaux comprenaient des responsables et des agents de santé, mais pas des personnes vaccinées ou des membres de la communauté, bien que les points de vue de ces derniers aient été abordés en interrogeant le personnel d'organisations de la société civile.

- Directeurs d’autres programmes auxquels la vaccination contre le virus COVID-19 est intégrée (le cas échéant, dans le contexte de chaque pays).
- Gestionnaires ou directeurs d’autres unités concernées (p. ex., entrepôts médicaux, gestion des données, éducation sanitaire, gestion du personnel de santé, établissements de formation).
- Chefs des unités infranationales responsables de la vaccination contre le virus COVID-19, dont au moins un dans une zone rurale et un dans une zone urbaine, ainsi que d’autres membres du personnel au niveau infranational qui gèrent les fonctions du programme (p. ex., la gestion de la chaîne d’approvisionnement, les données/dossiers, les communications/l’éducation sanitaire, la formation).
- Autres personnes interrogées dans les pays, le cas échéant :
  - Représentant de la société civile au sujet de l’implication de la communauté (si elle n’est pas représentée au sein du groupe de travail COVID-19).
  - Représentant des prestataires privés (s’ils ne sont pas représentés au sein du groupe de travail COVID-19).
  - Professeur spécialisé dans les maladies infectieuses dans une Faculté de Médecine.
  - Membres du National Immunization Technical Advisory Group / Groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG).
  - Représentant de la commission de surveillance de la législature pour la santé.
  - Personne du Ministère des Finances ou de la Planification économique responsable du secteur de la santé.
- Partenaires externes :
  - Responsable sanitaire et responsable du soutien à la vaccination de l’USAID.
  - Responsable du soutien à la vaccination et autres membres du personnel concernés de l’UNICEF.
  - Responsable du soutien à la vaccination et autres membres du personnel concernés de l’OMS.
  - Président du comité de coordination de partenaires santé/COVID-19 concerné (ou équivalent).
  - Représentants des partenaires de mise en œuvre de l’USAID soutenant la vaccination contre le virus COVID, y compris dans la chaîne d’approvisionnement et la gestion des données.
- D’autres personnes ont été identifiées comme jouant des rôles importants dans des contextes nationaux spécifiques.

L’évaluation a également donné lieu à au moins deux discussions en groupe dans chaque pays, à l’exception du Mozambique. Les participants aux groupes de discussion étaient des agents de santé directement impliqués dans l’administration des vaccins contre le virus COVID-19 et leurs superviseurs immédiats. Les groupes de discussion ont été organisés dans au moins une zone urbaine et une zone rurale. L’objectif des groupes de discussion était de « vérifier sur le terrain » la pratique réelle de l’intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 à d’autres programmes de santé et systèmes de santé essentiels. Un guide de base pour les groupes de discussion (voir Annexe B) a été adapté comme cela avait été fait avec le guide pour les entretiens, mais les questions essentielles sont restées les mêmes pour tout le monde.

En outre, des données secondaires sur les performances en matière de prévention contre le virus COVID-19, d’autres données quantitatives pertinentes, des informations contextuelles (telles que l’organisation du système de santé) et des documents (plans, stratégies, rapports et présentations) ont été recueillis auprès du MdS de chaque pays et analysés en même temps que les résultats des entretiens.

Les données ont été triangulées afin d'identifier les cohérences et les incohérences. Des entretiens de suivi ont été conduits dans certains cas afin de remédier aux incohérences apparentes et de combler les lacunes.

Pour chaque pays, l'équipe de recherche chargée de la collecte des données comprenait un enquêteur principal (spécialiste de la vaccination ou des systèmes de santé), qui dirigeait tous les entretiens et les discussions en groupe, et un enquêteur adjoint, chargé de la prise de notes et de l'enregistrement audio. L'équipe recrutée localement a utilisé la langue avec laquelle les personnes interrogées et les participants aux groupes de discussion étaient le plus à l'aise dans le contexte donné (p. ex., l'anglais, le français, le portugais, le tamoul, l'amharique).

## Gestion et analyse des données

Des notes de synthèse détaillées, rédigées en anglais, ont inclus tous les détails clés des réponses des personnes interrogées à chaque question. L'analyse qualitative des notes prises lors des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel ATLAS.ti. Des approches de codage à la fois déductives et inductives ont été utilisées : des codes a priori ont été élaborés dans un livre de codes sur la base des principales questions de recherche, et le codage inductif a suivi au fur et à mesure de la conduite de l'analyse. La fiabilité de l'inter-codeur a été assurée par des discussions et des comparaisons après le codage indépendant d'un échantillon de notes d'entretien au sein de l'équipe de recherche, par des exercices de codage en groupe et par des contrôles de qualité effectués par les chercheurs principaux. Les résultats qualitatifs ont été triangulés avec les données des documents et les données quantitatives collectées. L'analyse a porté sur les constatations par rapport aux objectifs de l'évaluation et aux questions de recherche. Pour résumer le degré d'intégration aux autres services de santé et aux fonctions du système de santé dans chaque pays, l'équipe de recherche a utilisé une échelle de maturité<sup>++</sup> avec une note de 1 à 5 (1 correspondant à une intégration limitée/pas d'intégration et 5 à une intégration très poussée et durable). Des valeurs ont été attribuées sur la base de l'analyse des données par les chercheurs pour refléter la maturité au stade actuel. Toutefois, les scores de maturité au niveau des pays ne sont pas présentés dans ce rapport car les affectations des valeurs entre les pays et les chercheurs, lorsqu'elles sont agrégées, risqueraient de créer des comparaisons trompeuses.

L'analyse des données s'est déroulée en deux phases :

- La première phase de l'analyse s'est déroulée au niveau de chaque pays. L'équipe chargée des entretiens avec les responsables des pays (avec le soutien des co-chercheurs principaux de l'évaluation globale et la participation du personnel technique/des consultants) a effectué une analyse qualitative des données des pays, et elle a compilé et résumé les principaux résultats pour produire sept études individuelles sur des pays.
- La deuxième phase a permis d'évaluer les tendances, les points communs et les différences entre l'ensemble des résultats pour les pays et les résultats d'autres évaluations et études. Toutefois, l'équipe de recherche n'a pas compilé les valeurs attribuées sur l'échelle de maturité dans le présent rapport, car une telle agrégation aurait risqué de ne pas représenter complètement la richesse des informations sur les multiples facettes de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 (voir la section sur les limites).

## Apprentissage entre pairs

En février 2024, l'évaluation a convoqué un atelier d'« apprentissage entre pairs » à Accra, au Ghana, afin de permettre aux représentants de chaque pays de partager les résultats avec d'autres, de favoriser l'apprentissage entre les pays et de fournir un espace pour tirer parti des efforts de planification en cours aux niveaux national, régional et mondial.

Les objectifs de l'atelier étaient les suivants :

---

<sup>++</sup> Adapté de : [OMS/UNICEF, 2023. Cadre opérationnel pour la promotion de la demande : Intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans la vaccination de routine et les soins de santé primaires](#)

- Parvenir à une compréhension de l'état de la planification et des pratiques pour soutenir la vaccination contre le virus COVID-19 au niveau des pays, en mettant l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et l'atteinte des populations prioritaires comme stratégies pour assurer la durabilité.
- Partager les enseignements tirés et les défis posés par la planification de la vaccination contre le virus COVID-19 entre les pays et avec les décideurs politiques régionaux et mondiaux.
- Identifier les prochaines étapes de la mise en œuvre des enseignements tirés pour l'avenir de la vaccination contre le virus COVID-19 ainsi que pour des initiatives connexes, telles que la préparation en vue de nouvelles épidémies, l'introduction de nouveaux vaccins et les stratégies de vaccination tout au long de la vie, en s'appuyant sur les enseignements tirés de l'atelier.

Les conclusions de l'atelier sont incluses dans les résultats indiqués ci-dessous.

## Groupe consultatif

L'évaluation a bénéficié de l'aide précieuse d'un groupe consultatif composé de parties externes intéressées par la transition de la vaccination contre le virus COVID-19 (voir l'Annexe C pour la composition du groupe consultatif). Le groupe consultatif s'est réuni trois fois au cours de l'évaluation. Lors de la première réunion, le groupe consultatif a donné son avis sur les méthodes à utiliser pour l'évaluation. Lors de la deuxième réunion, le groupe consultatif a donné son avis sur les données recueillies et analysées en Éthiopie, le premier des sept pays concernés. Lors de la troisième réunion, le groupe consultatif a donné son avis sur une version initiale de l'évaluation transnationale. Certains membres du groupe consultatif ont également participé à l'atelier d'apprentissage entre pairs à Accra.

## APPROBATIONS ÉTHIQUES

Le protocole général de l'évaluation, y compris le guide d'entretien de base, a été examiné et approuvé par le comité d'examen institutionnel (CEI) de JSI et par les CEI de chaque pays ; voir la liste des CEI à l'Annexe D. Le cas échéant, l'approbation du MdS ou d'organismes infranationaux a également été obtenue.

## CONSTATATIONS

Les constatations de l'évaluation commencent par quelques informations contextuelles sur l'état de la vaccination contre le virus COVID-19 au moment de la collecte des données. Les résultats sont ensuite présentés pour chaque question de recherche.

### CONTEXTE COVID-19 AU MOMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES

La plupart des pays ont identifié les travailleurs de santé, les personnes âgées, les personnes immunodéprimées, les adultes atteints de comorbidités et les travailleurs essentiels (par exemple, les enseignants) comme des populations prioritaires pour la vaccination contre le virus COVID-19 au début de la phase d'intervention d'urgence, lorsque la disponibilité des vaccins était limitée. En outre, l'Éthiopie a défini les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les réfugiés comme une priorité. Avec l'augmentation des stocks de vaccins, l'admissibilité a été étendue à l'ensemble de la population dans tous les pays.

Les personnes interrogées dans tous les pays ont déclaré que l'utilisation réelle des vaccins contre le virus COVID-19 à la fin de 2023 et au début de 2024 était faible, voire proche de zéro. Les vaccins contre le virus COVID-19 étaient disponibles dans les établissements de SSP, à l'exception de quelques ruptures de stock signalées au Ghana et au Mozambique ; les vaccins contre le virus COVID-19 n'étaient plus fournis au Tamil Nadu par le Gouvernement national de l'Inde. Plusieurs pays (Bénin, Éthiopie, Ghana) étaient en train de mener des campagnes de rattrapage limitées au moment de la collecte des données.

Tous les pays, à l'exception du Mozambique, ont indiqué que les activités de génération de la demande de tous types, depuis les efforts communautaires jusqu'aux messages diffusés par les médias, avaient diminué ou cessé en raison de priorités concurrentes, de ressources limitées et d'une faible perception de la menace. Au début de l'année 2024, le MdS du Mozambique avait pris des mesures pour accroître la demande de vaccination contre le virus COVID-19 par la population, notamment en diffusant des publicités à la radio et à la télévision et en organisant des réunions avec des chefs de communautés et des activistes. Bien qu'ils aient atteint leur objectif de couverture de 70 % en 2022, ces stratégies n'ont pas permis de générer davantage de demande au-delà de ceci. Les personnes interrogées ont indiqué que cela pouvait être dû aux effets secondaires du vaccin et aux nombreuses rumeurs qui y sont associées, ce qui contribue au manque d'acceptation de la population maintenant que la phase d'urgence est terminée. Les personnes interrogées dans les autres pays participant à l'évaluation ont également déclaré que la population a l'impression que le virus COVID-19 n'est plus un problème et qu'il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner. Les parties prenantes ont noté que la plupart des demandes actuelles (début 2024) de vaccination contre le virus COVID-19 émanaient de personnes qui prévoyaient de voyager à l'étranger ou de personnes qui prévoyaient que des employeurs potentiels pourraient exiger une preuve de leur vaccination contre le virus COVID-19.

## 1. Qu'ont prévu les gouvernements pour être en mesure de poursuivre les vaccinations contre le virus COVID-19 pour les populations prioritaires ?

Trois scénarios ont été observés en ce qui concerne les plans nationaux de poursuite de la vaccination contre le virus COVID-19. Certains pays (Libéria, Ghana, Éthiopie, Mozambique) ont élaboré ou sont en train d'élaborer des plans d'intégration de vaccination contre le virus COVID-19. D'autres pays (Bénin, Nigéria, Ghana) ont élaboré ou sont en train d'élaborer des lignes directrices ou des directives sur l'opérationnalisation de l'intégration. Enfin, un État (Tamil Nadu, en Inde) n'avait pas élaboré de plan d'intégration ou de lignes directrices.

Tous les pays, à l'exception de l'Inde, ont prévu de poursuivre la vaccination contre le virus COVID-19 en utilisant l'IR. Nombre d'entre eux ont fait part de leur intention d'utiliser les services de conseil et d'orientation internes des unités de SPN, de lutte contre le VIH et la tuberculose et de lutte contre les MNT pour organiser la vaccination par les services d'immunisation. Peu de pays prévoyaient d'administrer directement les vaccins contre le virus COVID-19 dans ces autres centres de prestation de services.

Les pays évalués, à l'exception de l'Inde,\*\* ont adopté ou prévoient d'adopter des stratégies de vaccination combinées pour assurer la continuité de la fourniture de vaccins contre le virus COVID-19. L'approche consistait en une vaccination de routine dans les établissements et en des campagnes périodiques. La vaccination contre le virus COVID-19 serait alors assurée de manière permanente par tous les établissements de santé, en même temps que d'autres services de santé (soins maternels et infantiles, services ambulatoires généraux, autres nouveaux vaccins). Certains pays ont commencé à concentrer leurs campagnes sur les zones à faible couverture ; c'est le cas de l'Éthiopie, du Bénin et du Libéria.

Seules les personnes interrogées dans deux pays (Éthiopie et Ghana) ont indiqué que le MdS avait inclus la vaccination contre le virus COVID-19 dans la programmation pluriannuelle afin d'identifier les ressources nécessaires à la poursuite de la prestation de services, en particulier à un moment où le financement des donateurs diminue.

## 2A. Quelles sont les réflexions (ou les décisions) concernant l'intégration opérationnelle des vaccinations contre le virus COVID-19 avec d'autres services

---

\*\* La collecte des données en Inde a été réalisée uniquement au niveau de l'État du Tamil Nadu ; la politique de vaccination contre le virus COVID-19 est élaborée au niveau national. L'évaluation n'a pas permis de savoir si l'Inde avait élaboré ou prévoyait d'élaborer des plans d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19.

## de santé essentiels (par exemple, les SPN, les MNT, le VIH, la tuberculose, les SSP, l'IR) ?

L'amélioration de l'accès aux services de vaccination, la capitalisation des ressources liées à COVID-19 pour renforcer l'IR, l'optimisation de l'efficacité dans l'utilisation de ressources limitées et l'amélioration de l'équité dans la prestation de services ont été les principales raisons pour lesquelles certains pays ont décidé de mettre en œuvre l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19. Toutefois, les décideurs politiques ont souligné la complexité du processus d'intégration et la nécessité de disposer de ressources supplémentaires pour y parvenir. Dans l'ensemble, les pays se trouvaient dans la phase de planification stratégique ou de déploiement précoce de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19.

Les pays évalués utilisaient ou avaient l'intention d'utiliser une ou plusieurs des trois modalités d'intégration possibles. La première est l'orientation interne, qui consiste à fournir des conseils sur COVID-19 aux clients admissibles fréquentant diverses cliniques, qui sont ensuite dirigés vers la salle de vaccination d'IR. La deuxième approche consiste à administrer les vaccins contre le virus COVID-19 dans les centres de soins ambulatoires généraux et les centres de SPN après avoir conseillé les personnes admissibles. La troisième modalité d'intégration consiste à combiner des stratégies de sensibilisation ou de prestation de services mobiles pour fournir à la fois des vaccins d'IR et des vaccins contre le virus COVID-19.

Les personnes interrogées en Éthiopie et au Mozambique ont déclaré qu'elles s'attendaient à ce que les personnes cherchant à se faire soigner pour le VIH, la tuberculose et les MNT soient orientées, sous une forme ou sous une autre, vers des établissements de santé où elles pourraient se faire vacciner contre le virus COVID-19. Le Bénin, le Ghana, le Libéria et le Nigéria ont déclaré avoir intégré la vaccination contre le virus COVID-19 dans un ou plusieurs des programmes suivants : IR, SPN, thérapie antirétrovirale et services concernant les MNT. Dans la pratique, peu de vaccinations contre le virus COVID-19 avaient lieu au moment de la collecte des données, de sorte que les mécanismes de prestation de services intégrés décrits par les personnes interrogées étaient plus théoriques que réels.

Le niveau d'intégration le plus élevé avec d'autres programmes est celui de l'IR. Dans tous les pays, le niveau d'intégration avec d'autres programmes n'en était qu'au stade de la planification ou du début de la mise en œuvre. L'intégration prévue avec l'IR dans tous les pays signifiera que la vaccination contre le virus COVID-19 sera intégrée aux SSP dans la mesure où l'IR est intégrée aux SSP.

## 2B. Quelles sont les réflexions (ou les décisions) concernant l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans d'autres fonctions du système de santé et d'autres fonctions de vaccination (par exemple, prestation de services, ressources humaines, formation, achats, chaîne du froid, systèmes d'approvisionnement/de distribution, systèmes d'information, génération de la demande, supervision et engagement communautaire) ?

Aucun des pays n'a fait état d'une intégration complète de toutes les fonctions du système de santé et de toutes les fonctions de vaccination. Toutefois, les personnes interrogées ont fait état d'une intégration relativement plus importante de la chaîne du froid, du financement, de l'approvisionnement, de la direction et de la gouvernance par rapport à la prestation de services, à la création de la demande et à l'engagement communautaire, aux systèmes d'information et au personnel de santé.

### LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Le personnel et les structures des programmes d'IR ont joué un rôle prépondérant dans la réponse d'urgence à la pandémie. La responsabilité de la gestion de la vaccination contre le virus COVID-19 après la phase d'urgence a été confiée au PEV. Le rôle des autres programmes de lutte contre les maladies dans la vaccination contre le virus COVID-19 reste incertain et n'a été pris en compte que dans certains des pays évalués.

Au Bénin, en Éthiopie, au Ghana, au Libéria et au Nigéria, les personnes interrogées ont déclaré que la décision de confier la vaccination contre le virus COVID-19 au programme de vaccination avait été prise lors des processus de planification du déploiement du vaccin en 2021. Au Tamil Nadu, les personnes interrogées ont supposé que le programme de vaccination dirigerait l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19.

## CHAÎNE DU FROID

L'intégration de la chaîne du froid a résulté du renforcement et de l'utilisation de la chaîne du froid de l'IR pour les vaccins contre le virus COVID-19 pendant la phase de réponse d'urgence. Tous les pays ont souligné les efforts réalisés en matière d'acquisition de nouveaux équipements, y compris les dispositifs de la chaîne du froid. L'utilisation simultanée de la chaîne du froid pour les vaccins contre le virus COVID-19 et les vaccins de routine se poursuivait au moment de la collecte des données.

Le Bénin, le Ghana, le Libéria et le Tamil Nadu ont bénéficié d'une aide extérieure pour l'achat d'équipements de chaîne du froid supplémentaires dans le cadre de la réponse d'urgence. Ces équipements sont désormais utilisés pour les vaccins d'IR et pour les vaccins contre le virus COVID-19. Les personnes interrogées au Bénin ont déclaré que des compartiments séparés sont maintenus dans les équipements de la chaîne du froid pour les vaccins contre le virus COVID-19 et pour les vaccins d'IR. Les personnes interrogées ont indiqué que cette séparation est faite pour rassurer les personnes qui perçoivent (à tort) que les vaccins contre le virus COVID-19 pourraient « contaminer » les vaccins d'IR, et que ces derniers sont sans danger. Les personnes interrogées au Ghana et au Bénin ont également mentionné la nécessité d'entretenir les équipements supplémentaires de la chaîne du froid à long terme dans l'intérêt de la durabilité. Le Ghana a indiqué que le soutien extérieur à sa chaîne du froid permettait aux installations régionales de la chaîne du froid de disposer d'équipements pour tous les vaccins, et qu'une maintenance préventive régulière continuerait à garantir la fonctionnalité de ces équipements. De même, la majorité des comtés du Libéria disposeraient désormais d'une infrastructure de stockage à froid pour tous les vaccins grâce au soutien reçu pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Les personnes interrogées au Mozambique ont souligné le rôle crucial joué par le système logistique bien structuré du PEV dans la distribution des vaccins contre le virus COVID-19 et sa contribution à la performance élevée du pays en matière de vaccination contre le virus COVID-19.

## FINANCEMENT ET APPROVISIONNEMENT

Les personnes interrogées ont décrit le financement et l'approvisionnement comme des fonctions relativement fortement intégrées, en partie en raison de la dépendance continue à l'égard du financement externe pour les vaccins contre le virus COVID-19. L'approvisionnement repose sur des procédures bien établies pour les vaccins d'IR reçus avec un soutien extérieur dans tous les pays, à l'exception du Tamil Nadu. Ce dernier s'appuie sur les achats du Gouvernement indien pour tous les vaccins, mais aucun vaccin contre le virus COVID-19 n'a été fourni au Tamil Nadu depuis la fin de la réponse d'urgence. On a l'impression que la dépendance à l'égard du financement extérieur est et sera la norme pour les vaccins contre le virus COVID-19.

Le Bénin, l'Éthiopie, le Libéria et le Nigéria ont demandé à Gavi de leur fournir des vaccins contre le virus COVID-19 pour 2024, et les livraisons commenceront en avril. Le Ghana et le Mozambique n'ont pas demandé à Gavi de vaccins supplémentaires contre le virus COVID-19 en 2023, mais le Mozambique a accès au soutien de la Banque mondiale pour l'achat de vaccins. Toutefois, aucun des pays ne dispose d'un plan spécifique pour l'achat de vaccins contre le virus COVID-19 lorsque l'aide extérieure prendra fin. Les personnes interrogées dans tous les pays ont supposé que

les coûts opérationnels (chaîne d’approvisionnement, communications, prestation de services) de la vaccination contre le virus COVID-19 seraient couverts par les budgets généraux de vaccination.

## PRESTATION DE SERVICES :

Au moment de la collecte des données, les services limités de fourniture de vaccins contre le virus COVID-19 qui existaient dans les pays présentaient des niveaux d’intégration variables avec l’IR. Les vaccinateurs du PEV étaient le plus souvent chargés d’administrer les vaccins contre le virus COVID-19, mais les stratégies de prestation de services allaient de l’organisation de campagnes spécifiques portant uniquement sur COVID-19 à des campagnes portant sur plusieurs antigènes (par exemple, COVID-19 et la rougeole en Éthiopie), en passant par l’orientation interne et la prise en charge par le service du PEV de l’établissement.

Des campagnes spécifiques au virus COVID-19 se poursuivent de manière limitée au Bénin (grâce à un financement de la Banque mondiale pour atteindre des segments de population à faible couverture), en Éthiopie (dans les zones touchées par un conflit), au Libéria et au Nigéria. Le Mozambique a interrompu les campagnes de vaccination contre le virus COVID-19 pour s’en remettre aux centres de santé en raison du coût des campagnes. Les camps de vaccination contre le virus COVID-19 organisés par le Tamil Nadu dans le cadre de la réponse d’urgence ont fermé leurs portes.

En Éthiopie, au moment de la collecte des données, un débat était en cours sur la manière d’organiser la prestation de services pour s’assurer que les populations immunodéprimées et âgées reçoivent les vaccins contre le virus COVID-19. Ce débat porte sur l’orientation au sein de l’établissement vers des salles de vaccination ou des zones où l’IR se concentre sur les enfants et les participants aux consultations prénatales, par opposition à l’offre de la vaccination contre le virus COVID-19 dans différents services. L’un des avantages attendus de la première option est la réduction du nombre de personnes devant être formées pour administrer les vaccins, mais cette option nécessiterait que d’autres services identifient les personnes non vaccinées et les orientent vers les salles de vaccination pour se faire vacciner. Les personnes interrogées au Mozambique ont déclaré que la vision dominante du MdS était que le personnel de santé travaillant à différents points d’entrée des établissements de santé conseilleraient aux patients de se faire vacciner contre le virus COVID-19 et les orienterait systématiquement vers les postes de vaccination de routine.

L’expérience du Tamil Nadu en matière de vaccination antigrippale des populations non ciblées par le programme traditionnel d’immunisation de routine a rendu les personnes interrogées plus confiantes dans la capacité de l’État à utiliser des stratégies similaires pour vacciner toutes les populations prioritaires contre le virus COVID-19.

## GÉNÉRATION DE LA DEMANDE

Tous les pays ont déployé des efforts considérables pour créer une demande en s’engageant auprès des communautés, en utilisant les médias et en luttant contre la désinformation axée sur les vaccinations contre le virus COVID-19 au cours de la réponse d’urgence. Les personnes interrogées ont déclaré que ces efforts sont essentiellement une chose du passé, bien que le Mozambique ait essayé de continuer à créer une demande. Trois pays ont déclaré avoir intégré les messages relatifs au vaccin contre le virus COVID-19 à d’autres messages de promotion de la santé au moment de la collecte des données ; les personnes interrogées au Bénin, au Libéria et au Nigéria ont déclaré qu’elles n’avaient pas de message spécifique sur COVID-19 et que tous les messages relatifs à la vaccination étaient intégrés dans des ensembles de communication combinés. Le Mozambique a intégré la communication sur la vaccination contre le virus COVID-19 avec des messages sur l’IR, la nutrition, le VIH, le paludisme et la santé mentale pendant la réponse d’urgence avec beaucoup de succès (atteignant une couverture COVID-19 relativement élevée), mais il a maintenant du mal à créer une demande supplémentaire. Les informateurs d’Éthiopie préfèrent les messages non intégrés, car ils estiment qu’il est difficile de diffuser plusieurs messages pertinents à la fois sans créer de confusion au sein du segment de population ciblé.

Les personnes interrogées ont indiqué que la désinformation concernant la vaccination contre le virus COVID-19 persiste dans tous les pays.

## SYSTÈMES D'INFORMATION

L'ampleur de la pandémie a poussé certains pays (Bénin, Éthiopie, Libéria, Nigéria) à développer de nouveaux systèmes pour répondre aux besoins pressants en matière de données. Les applications distinctes déployées pour la vaccination contre le virus COVID-19 continuent d'être utilisées, mais les quatre pays ont commencé à fusionner ces plateformes de données ou à développer des modules interopérables pour échanger des données sur COVID-19 avec leurs systèmes d'information sur la gestion de la santé (SIGS) respectifs. Les personnes interrogées en Éthiopie ont déclaré que le pays prévoyait d'intégrer les rapports sur COVID-19 avec les rapports de l'IR. Les personnes interrogées au Mozambique ont déclaré que la vaccination contre le virus COVID-19 était intégrée dans le SIGS. Il convient de noter que le Nigéria a intégré les données relatives à l'IR dans la plateforme de gestion de COVID-19 et a piloté la solution intégrée dans deux États, avec l'intention de l'étendre à l'ensemble du pays.

Malgré quelques difficultés d'adaptation, le Ghana et le Tamil Nadu ont utilisé leur système de données d'IR pour collecter et communiquer les données sur COVID-19 pendant la phase d'urgence, et ils continueront à le faire.

## RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Dans tous les pays, du personnel de santé supplémentaire a été recruté pendant la phase de réponse d'urgence, mais la quasi-totalité de ces travailleurs ont maintenant été licenciés. Comme nous l'avons vu plus haut, les quelques vaccins contre le virus COVID-19 qui ont été administrés au moment de la collecte des données l'ont été par le personnel chargé de l'IR. Les vaccins contre le virus COVID-19 sont administrés par voie intramusculaire, de telle sorte qu'une formation spécifique limitée est nécessaire pour les agents de santé ayant l'expérience de l'IR. Toutefois, des conseils spécifiques sur la manipulation et la gestion appropriées des vaccins sont nécessaires pour certains vaccins dont les exigences en matière de chaîne du froid ne sont pas standard. Les répondants du Bénin, du Ghana et de l'Inde ont exprimé une certaine inquiétude quant à la possibilité d'une surcharge de travail pour les travailleurs qui fournissent déjà des services d'IR si la vaccination contre le virus COVID-19 était ajoutée à leur charge de travail.

Au Ghana, au Nigéria et au Libéria, la liste de contrôle pour la supervision des vaccinations contient des éléments pour les vaccinations de routine et contre le virus COVID-19, tandis que les personnes interrogées au Bénin ont indiqué que les éléments concernant COVID-19 n'étaient pas intégrés dans leurs listes de contrôle pour la supervision. En Éthiopie, les personnes interrogées ont indiqué qu'il était prévu d'inclure la vaccination contre le virus COVID-19 dans les listes de contrôle des superviseurs. Lorsque le Tamil Nadu a été approvisionné en vaccins, la supervision de la vaccination contre le virus COVID-19 a été effectuée à l'aide des superviseurs et des outils existants.

En résumé, les éléments de la chaîne du froid, de la chaîne d'approvisionnement et du leadership et de la gouvernance sont relativement mieux intégrés. Tous les autres éléments sont moins intégrés.

## 3. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 sont-elles prévues dans le cadre des stratégies et des systèmes globaux du pays (ou y sont-elles déjà intégrées) ?

Les pays ont adopté diverses approches pour inclure la vaccination contre le virus COVID-19 dans leurs programmes de santé, suivre les résultats et allouer des ressources aux activités de vaccination, y compris l'aspect de l'intégration. L'intégration des préoccupations relatives à la vaccination contre le virus COVID-19 dans divers plans et stratégies de santé s'est appuyée sur les possibilités d'examen de ces documents stratégiques. Seul le Libéria a élaboré un plan de transition pour COVID-19. Certains pays ont commencé à inclure ou ont l'intention d'inclure COVID-19 dans leur plan national de vaccination (Bénin, Ghana). Très peu de pays (Éthiopie, Ghana) ont fait de la vaccination contre le virus

COVID-19 un élément central de leur programmation pluriannuelle. Tous les pays évalués ont progressivement mis à jour leurs systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) pour soutenir la performance de la vaccination contre le virus COVID-19. À l'exception de l'Inde, tous les pays évalués ont bénéficié de l'aide de donateurs, en particulier pour l'achat de vaccins et la mise en œuvre des campagnes de vaccination.

Le Libéria a élaboré un plan de transition COVID-19 (2023-2025) pour passer d'une réponse d'urgence à une réponse soutenue à long terme. En Éthiopie, la vaccination contre le virus COVID-19 est incluse dans le plan de développement et d'investissement à moyen terme du secteur de la santé et dans le plan annuel du secteur de la santé des woredas pour l'exercice fiscal 2016 [calendrier éthiopien - calendrier occidental 2023/2024]. Le PEV du Bénin a l'intention d'inclure à terme COVID-19 dans la stratégie nationale de vaccination, qui devrait être finalisée au premier trimestre 2024. Les personnes interrogées au Ghana ont indiqué que le MdS avait inclus la vaccination contre le virus COVID-19 dans sa programmation pluriannuelle globale (2020-2024). Le Mozambique a formulé un plan d'intégration pour la vaccination contre le virus COVID-19 en 2023, mais il doit encore l'approuver officiellement et le rendre opérationnel. Au Mozambique, on discute de l'élaboration d'une nouvelle stratégie de vaccination axée sur une approche fondée sur le parcours de vie. Ceci pourrait être une occasion d'inclure la vaccination contre le virus COVID-19. Le Tamil Nadu n'ayant pas encore reçu du Gouvernement indien d'orientations ni de vaccins pour la poursuite des vaccinations contre le virus COVID-19, il ne prévoit pas encore d'inclure COVID-19 dans ses stratégies.

En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, des plans sont en cours d'élaboration au Bénin, en Éthiopie et au Libéria afin d'intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 dans les systèmes globaux de S&E. Le Bénin a entamé le processus de migration du système de surveillance parallèle COVID-19 mis en place pendant la phase de réponse d'urgence vers le volet vaccination de la partie santé communautaire du SIGS national. Les personnes interrogées ont déclaré que la vaccination contre le virus COVID-19 en Éthiopie ferait l'objet d'un suivi parallèlement au PEV, en utilisant la même fréquence de rapports, jusqu'à ce que l'intégration complète des données relatives à la vaccination soit réalisée. Le Libéria prévoit de finaliser son nouveau plan sectoriel quinquennal de suivi et d'évaluation en 2024, qui intégrera la vaccination contre le virus COVID-19 parmi les principaux domaines de performance en matière de santé. Au Tamil Nadu, le portail Web et l'application mobile CoWIN ont été utilisés pour suivre l'évolution de la vaccination contre le virus COVID-19. Le portail eVIN a été utilisé pour contrôler l'approvisionnement en vaccins contre le virus COVID-19 et leur utilisation.

Pendant la phase de réponse d'urgence, tous les pays, à l'exception de l'Inde, ont dépendu de Gavi pour le financement des vaccins. La majorité d'entre eux ont bénéficié du soutien de Gavi, de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'UNICEF, des CDC pour l'Afrique et d'un certain nombre de partenaires de mise en œuvre pour l'assistance technique et la mise en œuvre à grande échelle. La plupart d'entre eux ont prévu de continuer à dépendre d'un financement externe pour les doses de vaccin et les activités d'intégration, et ils ont supposé que les coûts opérationnels seraient imputés aux budgets de l'IR sans fournir de détails clairs sur la manière dont ces coûts supplémentaires seraient réellement financés. La situation générale à long terme semble incertaine au niveau des pays, probablement en raison du fait que Gavi n'a mis en place des plans que jusqu'en 2025 à l'échelle mondiale et que les décideurs politiques et la population en général ont l'impression que le virus COVID-19 n'est plus une menace majeure.

Les scores de maturité pour les stratégies et la planification indiquent que les moyennes nationales de toutes les catégories se situent autour du niveau 3, ce qui indique un niveau d'intégration intermédiaire.

#### **4. Comment l'intégration avec d'autres services essentiels ou fonctions importantes du système de santé a-t-elle favorisé ou entravé l'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19 ?**

Aucun des pays n'a explicitement mesuré l'équité des vaccinations contre le virus COVID-19 en termes de sexe, de revenus, de segments de population mal desservis ou d'autres catégories, bien qu'ils aient essayé d'établir des données ventilées par groupes prioritaires. Les mesures spécifiques prises pour vacciner les segments de population mal desservis contre le virus COVID-19 pendant la période d'urgence avaient largement cessé d'exister au moment de la collecte des données (à l'exception des campagnes ciblées, mais limitées, menées au Bénin et en Éthiopie). Malgré ces difficultés, les personnes interrogées dans tous les pays, à l'exception du Mozambique, ont déclaré que l'équité avait été globalement assurée grâce à diverses approches au cours de la réponse d'urgence. Les personnes interrogées au Mozambique ont déclaré qu'il existait des disparités dans l'approvisionnement en vaccins entre les zones urbaines et les zones rurales, avec un accès facile aux points de vaccination dans les zones urbaines, mais des recherches actives étaient nécessaires dans les zones rurales éloignées, où les approvisionnements sont limités en raison des coûts.

Au Tamil Nadu, des microplans ont été élaborés dans chaque localité pour garantir l'accès ; des camps de vaccination contre le virus COVID-19 ont été organisés dans des lieux et à des moments correspondant aux besoins spécifiques de la population (par exemple, après les heures de travail normales) ; des prestataires privés ont participé à la vaccination contre le virus COVID-19 pour atteindre les personnes qui recherchaient des soins privés ; des vaccinations ont été mises en place pour desservir des populations mal desservies par ailleurs, telles que les personnes transgenres et les personnes souffrant de déficiences intellectuelles ; et, dans l'ensemble, « aucune discrimination » n'a été pratiquée. Les personnes interrogées au Liberia ont fait état de programmes spéciaux de sensibilisation ciblant les zones difficiles d'accès et les populations vulnérables. Les personnes interrogées au Ghana ont cité la sensibilisation des populations mal desservies, les vaccinations contre le virus COVID-19 proposées dans les magasins, les usines et les exploitations agricoles, et l'utilisation de l'approche « boule de neige » pour atteindre les populations isolées et réticentes. Les personnes interrogées au Bénin ont déclaré que l'équité était largement atteinte, même s'il n'y avait pas eu d'effort spécifique pour la garantir et qu'il existe des différences de couverture entre les districts (départements). Le Bénin a organisé des campagnes ciblées pour atteindre les zones géographiques à faible couverture. Certaines populations du Bénin n'ont pas pu être atteintes pour des raisons de sécurité. Les personnes interrogées en Éthiopie ont déclaré que les populations des zones touchées par les conflits avaient un accès compromis aux vaccinations contre le virus COVID-19. Des mini-campagnes ont donc été menées pour remédier à cette situation, mais les personnes interrogées ont indiqué qu'il en faudrait davantage ; elles ont également souligné la nécessité d'atteindre les personnes déplacées à l'intérieur de l'Éthiopie.

## 5. Quels enseignements ont été tirés de l'intégration (ou non) des vaccinations contre le virus COVID-19 pendant la phase de réponse d'urgence au début de la pandémie ?

Les six pays ont intégré la vaccination contre le virus COVID-19 de diverses manières au cours de la phase de réponse d'urgence. L'intégration a permis de tirer les enseignements suivants (pour plus de détails sur chacun d'entre eux, voir les rapports des pays individuels) :

### CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DE L'INTÉGRATION

- Le sentiment général de la population que COVID-19 n'est plus une menace a entraîné une chute spectaculaire du taux de vaccination contre le virus COVID-19, y compris dans les groupes prioritaires. Les activités de génération de la demande pour la vaccination contre le virus COVID-19 se sont également pratiquement arrêtées.
- L'hésitation concernant la vaccination contre le virus COVID-19 persiste et est alimentée par des informations erronées et de la désinformation. En effet, les communications sur les médias sociaux ont été principalement réactives et en retard sur les informations trompeuses.

### RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES POUR L'EXÉCUTION DE LA VACCINATION

- L'engagement communautaire durant la période de réponse d'urgence à la pandémie de COVID-19 a impliqué de nombreux partenaires non traditionnels (par exemple, les chefs communautaires et traditionnels, les chefs religieux, des acteurs du secteur privé) et a été couronné de succès. Les relations nouées pendant l'urgence représentent un atout à exploiter pour la communication sur les risques, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence ou non.
- L'intégration des messages relatifs à la vaccination contre le virus COVID-19 dans les communications de l'IR a été très limitée. Toutefois, les personnes interrogées pensaient que l'intégration de la communication pourrait affaiblir le message relatif au virus COVID-19 lorsqu'il est associé à plusieurs autres messages de vaccination.
- Les mécanismes mis en place pendant l'urgence pour obtenir un retour d'information de la part des communautés ont fourni des renseignements importants pour l'élaboration de la réponse, et ils devraient être maintenus en vigueur.

## COLLABORATION ET COORDINATION ENTRE LA VACCINATION ET D'AUTRES PROGRAMMES

- La collaboration intra et intersectorielle (par exemple, entre la vaccination contre le virus COVID-19 et la promotion de la santé, les programmes communautaires de nutrition) et l'utilisation systématique des dossiers des clients fréquentant les établissements de santé pour des raisons autres que la vaccination contre le virus COVID-19 ont permis d'identifier les personnes admissibles et de les orienter vers les services de vaccination contre le virus COVID-19. Ces pratiques ont montré comment des efforts concertés entre les différentes unités de prestation de services et le programme de vaccination ont permis d'atteindre un plus grand nombre de personnes ciblées pour la vaccination contre le virus COVID-19.
- L'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 avec d'autres services (VIH, tuberculose, SPN, etc.) s'est faite le plus souvent de manière opportuniste plutôt que planifiée. Peu de pays ont déployé des instruments de planification systématique et d'orientation opérationnelle pour la vaccination contre le virus COVID-19 et d'autres services avant de lancer l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 avec les autres services.

## RENFORCEMENT DES SYSTÈMES

- Tous les pays évalués ont tiré parti de l'acquisition du matériel de stockage des vaccins contre le virus COVID-19 pour améliorer leur chaîne du froid pour l'IR. Cependant, la capacité à maintenir ces installations reste incertaine dans de nombreux pays.

## LIMITES

Comme indiqué dans la section sur la méthodologie, le présent rapport n'inclut pas les scores de l'échelle de maturité des rapports de pays individuels. L'équipe de recherche a estimé que les scores de maturité constituaient un moyen relativement simple de résumer le degré d'intégration dans les différents domaines des rapports des pays, complété par des informations plus détaillées sur les raisons de l'attribution d'un score. Toutefois, l'équipe a constaté que l'affectation des valeurs de l'échelle de maturité des pays et des chercheurs, lorsqu'elle est agrégée, peut donner lieu à des comparaisons trompeuses.

Une autre limite est que l'étude a été menée dans un contexte de nombreuses incertitudes concernant à la fois la pandémie (par exemple, les nouvelles variantes préoccupantes) et l'utilisation optimale des vaccins contre COVID-19 (par exemple, la fréquence requise des rappels, la protection contre les différentes variantes et les nouveaux vaccins). Cette dernière incertitude a été levée dans une certaine mesure par la note d'information publiée par l'OMS en décembre 2023 (voir Contexte). Toutefois, au moment de la publication de la note d'information, la collecte de données pour cette évaluation était terminée pour le Bénin, l'Éthiopie et le Tamil Nadu ; elle était encore en cours au Ghana, au Libéria et au Nigéria ; et elle n'avait pas encore commencé au Mozambique.

Une dernière limite de l'étude concerne la rapidité de sa mise en œuvre dans un contexte de changement et de transition de la vaccination contre le virus COVID-19 dans de nombreux pays. Des efforts ont été faits pour obtenir l'approbation des CEI nationaux dans les sept pays en temps voulu et pour procéder à la collecte et à l'analyse des données aussi rapidement que possible. Toutefois, ces processus peuvent prendre du temps et, compte tenu de la nature changeante des plans et des stratégies de vaccination contre le virus COVID-19, il se peut que des changements ou des mises à jour soient intervenus dans les pays au cours des mois qui ont suivi la collecte des données et qui ont précédé la publication. Dans la mesure du possible, l'équipe chargée de l'étude a pris en compte les changements connus après la collecte des données afin d'éclairer les points de discussion et des conclusions plus générales.

## LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVÉNEMENT D'APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS

L'atelier de février 2024 à Accra, au Ghana, a rassemblé des participants des MdS de tous les pays de l'étude (personnel du PEV au niveau national et plusieurs participants d'autres programmes de santé ainsi que des cadres supérieurs). Les conversations qui ont eu lieu au cours de l'atelier ont clairement montré que le plus grand défi pour la vaccination contre le virus COVID-19 est la baisse de la demande de la part des populations, des travailleurs de santé et des gouvernements. Cela s'explique par le fait que le virus COVID-19 est perçu comme un risque faible et qu'il existe d'autres priorités sanitaires plus importantes. La plupart des pays vaccinent aujourd'hui à des niveaux très bas, les exigences pour les voyages ou pour l'emploi étant la principale motivation de la vaccination. Certains pays ont cessé d'acheter des vaccins contre le virus COVID-19.

Les participants à l'atelier ont expliqué comment COVID-19 s'inscrit actuellement dans les grandes priorités des pays en matière de santé. Les éléments à prendre en compte sont notamment les suivants :

- La dynamique de la préparation aux situations d'urgence reste forte, les pays s'accordant à dire que le renforcement des systèmes de santé est la clé de la résilience face aux épidémies et aux pandémies. Les pays sont particulièrement intéressés par l'utilisation du financement pour la vaccination contre le virus COVID-19 et les enseignements tirés pour renforcer la coordination multisectorielle, la santé communautaire, la numérisation des données, les ressources humaines pour la santé, les chaînes du froid et d'approvisionnement, les systèmes de surveillance et les capacités de communication en prévision de futures situations d'urgence.
- Les pays souhaitent également tirer parti des investissements et des enseignements de la pandémie de COVID-19 pour la vaccination tout au long de la vie, l'introduction future de vaccins et l'intégration avec les SSP.
- Les pays estiment que l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 nécessite un niveau élevé de ressources et d'efforts. Bien que des fonds soient disponibles auprès des donateurs, le coût va au-delà de l'aspect financier et inclut la charge de travail des agents de santé et des agents publics, la perturbation importante d'autres activités de santé, la volonté politique et sociale et les risques que l'hésitation et la faible demande liées au vaccin contre le virus COVID-19 font peser sur les services de santé connexes.

Compte tenu de ces considérations, les participants à l'atelier ont fait part d'une vision pragmatique de l'intégration, cherchant à la mettre en œuvre dans des lieux et des services où les avantages pour la santé de leurs populations et leurs priorités plus générales en matière de santé l'emportent sur les coûts. En outre, les participants ont indiqué plusieurs domaines dans lesquels les donateurs et les partenaires peuvent les soutenir dans de tels efforts. Il s'agit notamment des activités suivantes :

- Aider les pays à renforcer les mécanismes de coordination multisectoriels nationaux et infranationaux pour la vaccination et les interventions d'urgence – identifiés par tous les pays comme les accomplissements les plus faciles à réaliser.

- Améliorer la coordination à l'échelle mondiale pour la réponse à la pandémie.
- Simplifier les procédures d'approvisionnement et les mécanismes de financement pour permettre une intervention rapide en cas d'urgence.
- Élaborer des mécanismes pour assurer un approvisionnement équitable en vaccins pour les PRITI lors de situations d'urgence.
- Veiller à ce que l'aide d'urgence aux pays soit coordonnée au niveau national, s'appuie sur les structures nationales existantes (en particulier les systèmes de données et de surveillance), tienne compte des contextes nationaux (notamment l'infrastructure électrique et Internet), soit élaborée en collaboration avec les parties prenantes du pays et soit durable au-delà de la période d'investissement initiale des donateurs.
- Soutenir les pays pour qu'ils maintiennent les acquis de l'ère de réponse d'urgence à la pandémie de COVID-19 ayant des implications significatives sur les systèmes de santé – en particulier les acquis concernant les chaînes du froid, les systèmes de données, les partenariats communautaires et la coordination.
- Aider les pays à mettre à jour leurs politiques et leurs lois, en particulier les réglementations relatives aux achats d'urgence et les mécanismes de protection sociale pour les segments vulnérables de la population, afin de relever les défis politiques qui sont apparus au cours de la pandémie.
- Aider les pays à produire des données contextuelles nécessaires à la prise de décisions politiques concernant la vaccination contre le virus COVID-19 et la préparation aux situations d'urgence, y compris des modèles indiquant le fardeau pour le système de santé, des analyses coût-efficacité de divers vaccins et de diverses stratégies de distribution, et des analyses de la valeur des investissements dans la numérisation des données.
- Soutenir les pays pour qu'ils continuent à renforcer leur apprentissage et leurs capacités en matière de communication et de génération de la demande, notamment en analysant les causes profondes de la faiblesse de la demande, qui peuvent inclure des facteurs aussi divers que la faible perception des risques, le manque de confiance en le gouvernement, la désinformation et l'hésitation, ou encore la mauvaise qualité des services de santé.

## DISCUSSION

Cette évaluation a révélé de nombreux détails sur le contexte de la transition de la vaccination contre le virus COVID-19 d'une réponse d'urgence à un statut plus routinier. Comme pour toute transition, certains éléments sont relativement faciles et évidents, tandis que d'autres sont plus complexes et comportent des risques et des coûts. L'évaluation identifie les deux catégories d'éléments de la transition. Ce faisant, l'évaluation met en évidence des questions, des décisions et des actions importantes qui pourraient accroître le succès de la transition.

La discussion ci-dessous tente de tirer des conclusions et de suggérer des orientations à partir des résultats de l'évaluation afin d'indiquer des options pour les pays concernant la vaccination contre le virus COVID-19 lorsqu'ils sortent de la phase de réponse d'urgence. La discussion est organisée en fonction des objectifs de l'évaluation afin de couvrir ce qui pourrait être nécessaire en termes de stratégies et de planification spécifiques à la vaccination contre le virus COVID-19, d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans les programmes de santé essentiels, en particulier l'IR, d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans les fonctions du système de santé, d'intégration dans les stratégies et systèmes globaux du secteur de la santé, de moyens d'assurer un accès équitable et d'enseignements tirés de la situation d'urgence qui peuvent être mis à profit.

## Stratégies et plans pour COVID-19

Il semble essentiel que les gouvernements élaborent des stratégies concrètes pour intégrer les vaccinations contre le virus COVID-19, et de nombreux pays sont déjà en train de le faire. Une fois les stratégies mises en place, le suivi de la

mise en œuvre sera nécessaire pour les concrétiser, mais la situation de la vaccination contre le virus COVID-19, qui passe d'une réponse d'urgence à une approche durable à plus long terme, exige que des décisions stratégiques soient prises et codifiées. Les efforts de vaccination contre le virus COVID-19 des pays évalués semblent quelque peu suspendus, dans l'attente de la finalisation des stratégies définies pour la mise en œuvre future. Fin 2023/début 2024, le taux de vaccination contre le virus COVID-19 était faible, et presque aucun effort n'était entrepris pour promouvoir la vaccination contre le virus COVID-19 et générer une demande. L'attribution de facto de la responsabilité de la vaccination contre le virus COVID-19 au programme d'IR (qui se concentre généralement sur la vaccination des nourrissons et des petits enfants, qui ne sont pas prioritaires pour la vaccination contre le virus COVID-19) est logique à première vue, étant donné les nombreuses exigences pratiques de l'IR et de la vaccination contre le virus COVID-19. Toutefois, cette approche risque de ne pas tenir compte de la spécificité des vaccinations contre le virus COVID-19 qui atteignent les groupes les plus exposés au risque de maladie grave et de décès si une coordination et une collaboration adéquates ne sont pas mises en place avec d'autres programmes qui touchent déjà ces populations. Dans les pays où les vaccinations tout au long de la vie (y compris le virus du papillome humain [VPH] et la grippe) ne sont pas encore la norme, la vaccination contre le virus COVID-19 pourrait ouvrir la voie à l'adaptation des programmes d'IR pour répondre aux besoins des tranches d'âges non traditionnelles. Les questions susmentionnées devraient être abordées dans le cadre de stratégies spécifiques pour des vaccinations durables contre le virus COVID-19.

Il convient également de noter que dans tous les pays évalués et au niveau mondial, il existe une incertitude considérable quant à l'avenir des programmes de vaccination contre le virus COVID-19 au-delà de 2025. Tous les pays (à l'exception de l'État du Tamil Nadu en Inde) dépendent du financement de Gavi pour les doses de vaccins contre le virus COVID-19, et il semble peu probable qu'ils puissent s'autofinancer si ces ressources mondiales venaient à expirer. Dans la prochaine [Stratégie d'investissement dans les vaccins de Gavi pour 2026-2030](#), la question se pose de savoir s'il faut continuer ou non à financer la vaccination contre le virus COVID-19 pour les pays admissibles pour recevoir des vaccins de Gavi. Alors que ces délibérations sont en cours, il est clair que le résultat aurait des implications majeures pour six des sept pays faisant l'objet de l'évaluation : Si Gavi décide de cesser de financer les vaccins contre le virus COVID-19, il est probable que la vaccination contre le virus COVID-19 cessera dans ces pays. Compte tenu de cette possibilité, il serait important que les pays réfléchissent à la manière de hiérarchiser ces activités d'intégration au cours de la période 2024-2025 de manière à pouvoir répondre à des besoins multiples. Il s'agit notamment de continuer à vacciner et à protéger les populations prioritaires les plus vulnérables contre le virus COVID-19, tout en jetant les bases d'une vaccination plus solide tout au long de la vie et de stratégies de renforcement du système qui pourraient être utilisées pour les futurs vaccins pour adultes, même si la vaccination contre le virus COVID-19 cesse dans deux ans (par exemple, un nouveau vaccin contre la tuberculose devrait être disponible au cours des prochaines années). Étant donné que de nombreux pays évalués étaient en train de finaliser leurs plans d'intégration ou commençaient tout juste à les déployer, il est encore possible d'envisager la hiérarchisation des activités de ce point de vue. Parmi les exemples d'activités mutuellement bénéfiques, on peut citer : le renforcement des mécanismes de coordination (et des lignes de redevabilité) entre les différents programmes de santé ; le renforcement des processus d'orientation au sein des établissements ; l'amélioration des compétences de tous les prestataires en matière de conseil ; le renforcement des structures d'engagement communautaire ; le maintien de nouveaux partenariats (par exemple, avec des organisations de la société civile, des prestataires privés ou des groupes de défense des patients) qui ont été mis en place pendant la pandémie ; et l'exploitation des mécanismes d'identification des groupes non traditionnels pour la vaccination et des méthodes de suivi de la couverture vaccinale parmi ces groupes.

## Intégration avec d'autres services de santé essentiels (en particulier l'IR)

Comme indiqué plus haut, l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 à l'IR pour de nombreux aspects pratiques de la mise en œuvre est logique. Les vaccins contre le virus COVID-19 bénéficient d'un approvisionnement centralisé, nécessitent une estimation de la demande, ont besoin d'une chaîne du froid, peuvent être distribués sur

les sites de vaccination avec les vaccins de routine et sont administrés avec les mêmes agents de santé que ceux qui administrent l'IR. Cependant, les populations prioritaires pour l'IR et la vaccination contre le virus COVID-19 (telles que définies par le GCSE et adaptées aux contextes locaux) diffèrent. Les différences sont importantes à plusieurs égards : (1) où et à quelle fréquence les populations utilisent le système de santé et comment les motiver à utiliser le système pour se faire vacciner contre le virus COVID-19 ; (2) comment les agents de santé qui délivrent les vaccins sont habitués à travailler et sont supervisés ; et (3) comment les segments de population prioritaires sont perçus les uns par les autres.

La population prioritaire pour l'IR est principalement constituée des nourrissons et des petits enfants, ainsi que des femmes enceintes ou en âge de procréer. Les populations prioritaires pour les vaccinations contre le virus COVID-19 (les groupes présentant le risque le plus élevé de maladie grave et de décès) sont les personnes âgées, les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes.

Les personnes âgées peuvent ou non faire un usage intensif des établissements de soins de santé où des IR sont proposées. Les personnes âgées n'ont pas l'habitude de se faire vacciner, car la majorité des pays étudiés ne disposaient pas de programmes de vaccination pour adultes (avant la pandémie de COVID-19).

Les personnes immunodéprimées, telles que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes vivant avec la tuberculose, utilisent les établissements de santé pour accéder au diagnostic et au traitement, mais pas toujours les mêmes établissements de santé que ceux qui proposent des vaccinations et ils ne les utilisent pas *pour* des vaccinations.

En l'absence de systèmes d'orientation solides mis en place par les prestataires de services liés aux MNT, au VIH ou autres, qui savent comment parler du vaccin contre le virus COVID-19 et orienter les patients vers ce dernier, et en l'absence d'activités de sensibilisation et d'engagement communautaire permanent pour les groupes hautement prioritaires qui n'ont peut-être aucun lien avec le système de santé, la capacité des programmes du PEV à atteindre ces groupes hautement prioritaires est extrêmement limitée.

Une alternative à l'attribution de la responsabilité des vaccinations contre le virus COVID-19 pour les personnes âgées et immunodéprimées au programme d'IR consisterait à administrer les vaccinations contre le virus COVID-19 dans le cadre des services gérant les MNT, le VIH et d'autres problèmes sanitaires connexes utilisés par les groupes prioritaires. Cette approche nécessiterait d'apporter des modifications au niveau des systèmes logistiques, des systèmes d'information et de suivi, des compétences des travailleurs dans les services, des communications, de la supervision, etc.

Les évaluations montrent que le taux de vaccination contre le virus COVID-19 au moment de la collecte des données est très faible pour tous les segments de la population, y compris les groupes prioritaires, et que peu d'efforts spécifiques sont déployés pour adapter l'approche de l'IR lors de l'application des vaccins contre le virus COVID-19 aux circonstances différentes des populations prioritaires.

Les femmes enceintes se rendent dans les établissements de soins de santé pour des SPN qui comprennent généralement la vaccination contre le tétanos. De nombreuses femmes enceintes ont des enfants qui ont été ou seront vaccinés. Ainsi, les femmes enceintes pourraient être plus susceptibles d'être vaccinées contre le virus COVID-19 que les personnes âgées ou immunodéprimées, car elles ont des contacts plus fréquents avec le système de santé.

Il existe un risque que les vaccinateurs qui mettent en œuvre l'IR ne considèrent pas les personnes âgées et les personnes immunodéprimées comme « leurs » populations, étant donné que l'accent a longtemps été mis sur les petits enfants. Il en va de même pour les superviseurs des vaccinateurs. Même si les groupes prioritaires qui ne sont pas habituellement concernés par l'IR sont pris en compte, les agents de santé peuvent ne pas avoir la formation, les

compétences, la largeur de bande ou les ressources nécessaires pour élaborer des stratégies locales permettant d'identifier et d'atteindre efficacement les groupes prioritaires pour COVID-19 au sein de leur communauté.

En outre, la stigmatisation persiste malheureusement pour de nombreuses personnes immunodéprimées, ce qui pourrait entraîner une réticence de la part des personnes non immunodéprimées à se faire vacciner dans les mêmes lieux que les personnes immunodéprimées.

La demande de vaccins contre le virus COVID-19 est une autre question qui devrait être abordée. L'évaluation a montré que la population dans son ensemble, les groupes de population prioritaires spécifiques et les décideurs et gestionnaires de la santé ne perçoivent plus le virus COVID-19 comme une menace importante. En outre, l'évaluation a révélé que la désinformation et les hésitations concernant la vaccination contre le virus COVID-19 (qui s'étend à d'autres vaccinations et à la confiance dans le système de santé en général) persistent. Ces perceptions et ces idées fausses doivent être combattues pour que la vaccination contre le virus COVID-19 progresse avec succès et profite à d'autres vaccinations et à l'ensemble du système de santé.

Pour faciliter l'intégration avec d'autres services de santé, il serait utile de comprendre les coûts<sup>55</sup> d'une telle intégration. Les questions auxquelles il faut répondre peuvent porter sur le coût du déploiement ou du recyclage du personnel chargé d'administrer les vaccins contre le virus COVID-19 dans les centres de lutte contre les MNT, le VIH et la tuberculose ; l'ajout au système d'approvisionnement et de distribution de points de livraison supplémentaires dans les centres de lutte contre les MNT, le VIH et la tuberculose ; la supervision de points de livraison supplémentaires ; la création et la mise en œuvre de systèmes de communication pour atteindre les populations prioritaires ; et l'approvisionnement en vaccins à des niveaux appropriés pour atteindre les objectifs de la campagne contre le virus COVID-19. L'UNICEF entreprendra bientôt des études dans un petit nombre de pays afin de mieux comprendre les coûts directs et indirects de ces efforts d'intégration.

## Intégration avec d'autres fonctions du système de santé

Les pays évalués font état d'une intégration complète des vaccins contre le virus COVID-19 dans la chaîne d'approvisionnement de l'IR, la chaîne du froid et les systèmes de distribution. Tout cela semble raisonnable puisque les vaccins contre le virus COVID-19 (sauf, dans certains cas, la nécessité d'un stockage à très basse température)<sup>\*\*\*</sup> ne diffèrent guère des vaccins habituels. L'intégration des données de vaccination contre le virus COVID-19 dans le SIGS (elles sont déjà incluses dans le système d'information au Tamil Nadu et au Ghana), comme cela est prévu au Bénin et en Éthiopie, semble également judicieuse. Toutefois, il faudra peut-être redéfinir les responsabilités des programmes impliqués dans la gestion de la vaccination contre le virus COVID-19 (par exemple, supervision intégrée, systèmes d'information et prestation de services). En termes de leadership et de gouvernance, tous les pays faisant l'objet de l'étude ont supposé que le PEV serait responsable de la vaccination contre le virus COVID-19 à l'avenir, mais des questions sont restées en suspens concernant les mécanismes de coordination et les lignes de responsabilité avec d'autres programmes de santé, en particulier sur la question de savoir si ou comment le PEV pourrait être tenu responsable si la prestation de services est intégrée avec d'autres programmes de santé.

Tous les pays évalués déclarent dépendre d'un financement extérieur à leur budget pour l'achat des vaccins contre le virus COVID-19. Le Tamil Nadu indique que l'approvisionnement est une fonction du gouvernement central, l'État étant le bénéficiaire. Le Bénin, le Ghana, l'Éthiopie, le Libéria et le Nigéria ont reçu des vaccins financés par des partenaires extérieurs. L'initiative COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX), qui a financé une grande partie de

---

<sup>55</sup> Outre l'estimation des coûts de l'intégration à des fins budgétaires, il serait utile que les décideurs politiques étudient le rapport coût-efficacité de l'intégration ainsi que les coûts et avantages de l'intégration avec d'autres programmes, tels que les programmes de lutte contre l'hypertension et le diabète.

<sup>\*\*\*</sup> L'aide d'urgence extérieure comprenait généralement des équipements de stockage en chambre froide lorsque le pays recevait des dons de vaccins contre le virus COVID-19 qui le nécessitaient.

l'approvisionnement en vaccins contre le virus COVID-19 (près de 2 milliards de doses) dans les PRITI, a pris fin le 31 décembre 2023. La division des approvisionnements de l'UNICEF a contribué dans une large mesure à l'achat de vaccins contre le virus COVID-19 dans le cadre de COVAX. Gavi continuera à fournir les vaccins contre le virus COVID-19 et le soutien à l'administration aux pays à faible revenu et aux PRITI en 2024 et 2025. Comme indiqué ci-dessus, le Bénin, l'Éthiopie, le Libéria et le Nigéria ont demandé à Gavi de leur fournir des vaccins contre le virus COVID-19 pour 2024, ce qui a été approuvé par Gavi. D'importantes discussions sont en cours dans le cadre de la stratégie d'investissement dans les vaccins de Gavi (le processus d'établissement des priorités pour l'inclusion de vaccins nouveaux et insuffisamment utilisés mis à la disposition des pays grâce au soutien de Gavi) sur la question de savoir s'il convient de soutenir les vaccins contre le virus COVID-19 en 2026 et au-delà. Étant donné que le soutien extérieur pour le vaccin contre le virus COVID-19 n'est pas assuré au-delà de 2025, les pays comme ceux qui ont participé à cette évaluation devraient commencer à se préparer à cette éventualité. Les préparatifs comprendraient la mise à disposition des vaccins contre le virus COVID-19 pour les populations prioritaires dans les budgets nationaux de la santé, l'estimation de la demande, les processus d'achat (y compris éventuellement la collaboration avec la division des approvisionnements de l'UNICEF) et, éventuellement, des approches créatives de mobilisation des ressources nationales, telles que les partenariats public-privé.

La supervision et les ressources humaines nécessaires à l'administration des vaccins contre le virus COVID-19 sont des domaines qui pourraient nécessiter une attention particulière, étant donné que les populations prioritaires pour la vaccination contre le virus COVID-19 ne sont pas les mêmes que celles de l'IR. Les agents de santé qui fournissent des services aux personnes âgées (diagnostic, traitement et prise en charge de l'hypertension et du diabète) et aux personnes immunodéprimées (diagnostic, traitement et suivi des PVVIH et des personnes atteintes de tuberculose) sont peut-être mieux placés pour administrer les vaccins contre le virus COVID-19 que les vaccinateurs qui administrent les vaccins pour les enfants. C'est le genre de choix qui doit être fait dans une stratégie de vaccination contre le virus COVID-19 et qui fait l'objet d'un débat en Éthiopie ; nos interlocuteurs l'ont jugé faisable au Tamil Nadu. Si tel est le cas, une formation de ces agents de santé sera nécessaire, complétée par une supervision de soutien.

En outre, les agents de santé communautaires chargés de communiquer avec les populations pour les sensibiliser, créer une demande, lutter contre la désinformation et encourager certaines personnes à profiter des services disponibles auront besoin d'une formation et d'outils adaptés aux vaccinations contre le virus COVID-19 et aux segments de population prioritaires.

Enfin, les vaccinations contre le virus COVID-19 sont à juste titre perçues par les vaccinateurs comme un ajout à leurs tâches actuelles – une préoccupation soulevée par des informateurs au Bénin, en Éthiopie et au Ghana. Une analyse de la charge de travail devrait être effectuée afin d'identifier les domaines dans lesquels des effectifs supplémentaires sont nécessaires et/ou des ajustements de la rémunération seraient justifiés pour les vaccinateurs afin de tenir compte du travail supplémentaire requis par la vaccination contre le virus COVID-19.

## Intégration avec les stratégies et systèmes de santé globaux

L'intégration des vaccins contre le virus COVID-19 dans les documents stratégiques, les systèmes de suivi et les systèmes de budgétisation des MdS est probablement une question de temps, mais certains aspects de cette intégration pourraient nécessiter une attention particulière.

Les stratégies globales de santé et de vaccination ne sont renouvelées qu'au bout de plusieurs années (souvent pour des périodes de cinq ans). On peut donc s'attendre à ce que les vaccinations contre le virus COVID-19 soient incluses dans les stratégies au moment du renouvellement le plus récent après la pandémie mondiale. Lorsqu'elles incluent les vaccinations contre le virus COVID-19, ces stratégies doivent tenir compte des décisions prises quant à l'orientation à long terme de la vaccination contre le virus COVID-19, notamment : (1) définition des populations

prioritaires ; (2) attribution de la gouvernance et de la gestion ; (3) décisions sur la manière dont les vaccinations contre le virus COVID-19 interagiront avec d'autres programmes (liés aux populations prioritaires) ; (4) indication de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 avec les fonctions des systèmes (achats, chaîne du froid, systèmes de distribution, systèmes d'information, etc.) ; et (5) décisions sur la manière dont les coûts des vaccinations contre le virus COVID-19 (vaccins et coûts de livraison) seront couverts (par exemple, degré de dépendance à l'égard du financement extérieur par rapport au financement intérieur, manière dont le financement sera assuré lorsque l'aide extérieure prendra fin).

Les décisions codifiées dans les documents de stratégie devraient se refléter dans les indicateurs de suivi et d'évaluation, et dans les objectifs fixés pour les vaccinations contre le virus COVID-19. Il est probable que ces objectifs comprennent des objectifs de couverture pour les groupes prioritaires (tels que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées), étant donné que des objectifs de couverture similaires sont fixés pour les vaccinations infantiles (comme la couverture par les vaccins contenant le DTC3 pour les enfants de 12 à 24 mois). La fixation d'objectifs de couverture pour les groupes prioritaires a été identifiée comme un défi permanent lors de l'événement d'apprentissage entre pairs.

Les mécanismes de financement énoncés dans les documents de stratégie devraient être reflétés dans les demandes d'affectations budgétaires. Ils pourraient inclure le financement de l'achat de tout ou partie des vaccins contre le virus COVID-19 nécessaires pour atteindre les objectifs (en fonction de la disponibilité et de la durabilité de l'aide extérieure). Les demandes de budget pour les coûts d'exécution peuvent faire partie des demandes globales pour l'exécution de la vaccination, mais elles doivent tenir compte des coûts de formation, de communication et de création de la demande, de gestion des données, ainsi que des locaux et du personnel supplémentaires qui pourraient être spécifiquement nécessaires pour atteindre des groupes prioritaires différents des mères et des enfants auxquels s'adresse l'IR traditionnelle.

## Garantir un accès équitable aux vaccins contre le virus COVID-19

Les efforts visant à garantir un accès équitable aux vaccinations contre le virus COVID-19, entamés au cours de l'intervention d'urgence, doivent être poursuivis. Cependant, une mesure spécifique et de bonne qualité du degré d'accès équitable atteint est nécessaire. Des données désagrégées sur la couverture étaient requises pour le rapport global à COVAX, mais la qualité de ces données était généralement médiocre, et la plupart des personnes interrogées n'ont pas du tout abordé la question de la mesure des groupes prioritaires. Il convient de mettre en place des systèmes permettant de ventiler les informations relatives à la couverture de l'ensemble de la population et des groupes prioritaires en fonction du sexe, de la résidence rurale ou urbaine, de l'appartenance à des groupes mal desservis ou prioritaires, et du statut socio-économique. En outre, des mécanismes et un financement permettant d'utiliser les données produites pour concevoir et mettre en œuvre des interventions visant à remédier aux inégalités seront nécessaires.

## Les leçons tirées de la réponse d'urgence s'appliquent à la poursuite des vaccinations contre le virus COVID-19

De nombreux enseignements tirés de l'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 au cours de la réponse d'urgence pourraient ou devraient être appliqués dans la période post-urgence. La plateforme de l'IR est un atout précieux pour la vaccination contre le virus COVID-19, notamment le personnel formé, la chaîne du froid et les systèmes de distribution des fournitures, ainsi que les établissements de SSP (tous les pays inclus dans l'évaluation). La plateforme d'IR devrait être utilisée pour poursuivre les vaccinations contre le virus COVID-19. Toutefois, cette plateforme n'est probablement pas suffisante pour atteindre de manière optimale les populations prioritaires pour les vaccinations contre le virus COVID-19, de telle sorte que des éléments supplémentaires doivent être déployés.

Étant donné que les PVVIH et les personnes atteintes de tuberculose font partie des populations probablement prioritaires, il convient de poursuivre la pratique consistant à les orienter vers des sites où ils peuvent recevoir des vaccins contre le virus COVID-19 (Éthiopie) ou à leur fournir des vaccins contre le virus COVID-19 lorsqu'ils bénéficient de services liés au VIH et à la tuberculose. La coordination entre les programmes (par exemple entre la nutrition et les vaccinations contre le virus COVID-19 en Éthiopie) afin de promouvoir un programme ou d'orienter d'un programme vers l'autre devrait être poursuivie, en particulier parmi les programmes qui s'adressent aux populations prioritaires.

Une autre leçon précieuse est qu'il faut profiter des contacts avec le système de santé autres que ceux qui sont liés spécifiquement à la vaccination contre le virus COVID-19 comme une opportunité pour : (1) orienter les personnes non vaccinées vers la vaccination contre le virus COVID-19 et (2) fournir des informations sur les vaccinations contre le virus COVID-19 (et lutter contre la désinformation) (Tamil Nadu).

Tous les pays évalués ont tiré des enseignements sur la manière d'impliquer efficacement les dirigeants communautaires et de créer de nouveaux partenariats afin de générer une demande et de lutter contre la désinformation au cours de la réponse urgente. Ces enseignements pourraient être mis à profit pour la phase post-urgence des vaccinations contre le virus COVID-19 et, plus généralement, pour lutter contre l'hésitation vaccinale.

## CONCLUSION

L'évaluation a fourni des informations essentielles pour l'avenir de la vaccination contre le virus COVID-19. Les pays évalués sont tous confrontés à des décisions importantes à prendre quant à la manière de passer de la phase de réponse d'urgence à une approche plus systématique de la vaccination contre le virus COVID-19. Dans tous les pays évalués, la vaccination contre le virus COVID-19 est devenue beaucoup moins répandue. Presque tous les pays évalués intègrent la vaccination contre le virus COVID-19 à l'IR, soit par décision explicite, soit par défaut. Il y a de nombreuses raisons pratiques de le faire. Il existe également des risques d'intégration avec l'IR sans tenir compte des différences entre les populations prioritaires. Ces différences offrent également l'occasion à l'IR, qui se concentrait auparavant principalement sur les nourrissons et les petits enfants, de commencer à adopter une approche de l'immunisation tout au long de la vie, en incluant des vaccins supplémentaires pour les adultes. Un défi imminent, mais pas immédiat, pour les pays évalués est le financement des vaccins contre le virus COVID-19 et le financement de la vaccination lorsque l'aide extérieure prendra fin. Les enseignements précieux tirés de la réponse d'urgence, tels que la collaboration entre les programmes et la mobilisation des communautés pour générer une demande, pourraient et devraient être appliqués à l'avenir de la vaccination contre le virus COVID-19, et plus largement au sein du système de santé dans son ensemble.

# ANNEXE A. GUIDE D'ENTRETIEN DE BASE

## Évaluation de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19

### Guide relatif aux entretiens avec des informateurs clés

#### Introduction

Mon entretien avec vous s'inscrit dans le cadre d'une évaluation menée dans sept pays et portant sur l'avenir de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19, les vaccins contre le virus COVID-19 passant de l'urgence de la pandémie au ciblage des groupes prioritaires. Mes collègues et moi-même interrogeons des personnes de votre gouvernement et du secteur privé ainsi que des représentants de partenaires extérieurs sur les plans d'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 et sur les enseignements tirés de la période de réponse urgente au virus COVID-19 en matière d'intégration.

L'intégration signifie le degré d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 avec d'autres composantes du système de santé en termes de gouvernance, de gestion, de prestation de services, d'achats, de chaîne d'approvisionnement, de systèmes d'information, de financement et de prestation de services (y compris l'intégration avec d'autres services de santé essentiels).

J'aurai des questions spécifiques à vous poser sur tous ces sujets.

J'aimerais également savoir comment l'intégration ou non de la vaccination contre le virus COVID-19 peut affecter l'équité de l'accès à la vaccination contre le virus COVID-19, avec un intérêt particulier pour l'équité entre les sexes.

Là encore, j'aurai des questions spécifiques à vous poser sur ces sujets.

L'évaluation aboutira à des rapports pour chacun des sept pays et à un rapport global. Nous prévoyons également d'organiser une séance d'information sur nos conclusions pour chaque pays. Nous vous donnerons accès aux rapports, et nous vous inviterons à la réunion d'information.

Cet entretien devrait durer environ une heure.

Avez-vous des questions à me poser avant que je ne commence à poser mes questions spécifiques ?

#### I. Rôle concernant les vaccinations contre le virus COVID-19

1. Veuillez me décrire votre rôle dans la vaccination contre le virus COVID-19 et me dire depuis combien de temps vous soutenez ces efforts.

Permettez-moi de commencer par une question générale – nous entrerons plus tard dans les détails.

2. Des modifications ont-elles déjà été apportées ou une planification a-t-elle été effectuée concernant la transition des vaccinations contre le virus COVID-19 de la phase pandémique aiguë à la situation postpandémique à plus long terme ? Dans l'affirmative, expliquez-moi les grandes lignes de la mise en œuvre des vaccinations contre le virus COVID-19, en particulier toute intégration avec les programmes de santé essentiels et les fonctions importantes du système de santé.

#### II. Gouvernance et gestion

3. Comment la vaccination contre le virus COVID-19 sera-t-elle gérée et régie pendant la phase post-urgence ? Veuillez décrire les changements éventuels et la manière dont l'intégration peut modifier la collaboration ou l'implication des différents départements/secteurs au niveau des choix politiques et de la gestion.
- QUESTIONS POUR SONDER :** [Les vaccinations contre le virus COVID-19 seront-elles supervisées par la structure organisationnelle habituelle du Mds ? Décrivez la hiérarchie du contrôle et la manière dont l'information circule à travers celle-ci.
- Les vaccinations contre le virus COVID-19 seront-elles gérées par l'équipe de gestion habituelle du PEV/de l'IR ?
    - Si elles ne sont pas supervisées par l'équipe du PEV/de l'IR habituelle qui gère la mise en œuvre, quel autre dispositif de gestion sera utilisé ? Veuillez expliquer les raisons de cette approche.
  - Y aura-t-il des fonctions partagées avec le PEV/l'IR, telles que l'approvisionnement, la chaîne du froid, la distribution, l'information et la transmission de rapports ?
  - Quelles seront les modalités de gestion au niveau infranational ?
  - Les vaccinations contre le virus COVID-19 seront-elles incluses dans les plans et stratégies nationaux de vaccination ?
  - Les vaccinations contre le virus COVID-19 seront-elles incluses dans le plan national/la stratégie nationale de santé ?]
4. Y aura-t-il une collaboration avec des prestataires privés pour offrir les vaccins contre le virus COVID-19 ? Dans l'affirmative, comment la participation du secteur privé à la vaccination sera-t-elle supervisée ?

### III. Administration des vaccins

Ensuite, j'aimerais parler de la manière dont les vaccins contre le virus COVID-19 seront administrés.

5. Les vaccins contre le virus COVID-19 seront-ils administrés en même temps que les vaccins ordinaires du PEV dans les établissements de santé ordinaires ?
- QUESTIONS POUR SONDER :** [Seront-ils dispensés dans des établissements spécialisés (tels que des cliniques pour le VIH ou le traitement ARV, des cliniques pour les MNT) ?
- [SI LA RÉPONSE À LA QUESTION PRÉCÉDENTE CONCERNANT LA COLLABORATION AVEC LE SECTEUR PRIVÉ EST NÉGATIVE, IGNOREZ CETTE QUESTION] Les soins seront-ils dispensés dans des établissements de santé privés (cabinets médicaux individuels, cliniques privées, hôpitaux privés) ?
  - Seront-ils administrés dans d'autres lieux ?]

### IV. Ressources humaines

6. Comment les ressources humaines pourraient-elles être gérées différemment pour administrer les vaccins contre le virus COVID-19 ?
- QUESTIONS POUR SONDER :** [S'agira-t-il des mêmes agents de santé que ceux qui administrent les vaccinations de routine ou d'autres services ? Y aura-t-il des changements potentiels qui incomberont principalement aux travailleurs de santé ? Des modifications des indemnités journalières/mesures incitatives ? Des changements dans les responsabilités de supervision/de gestion ?]
7. Des agents de santé supplémentaires ont-ils été engagés pour la phase urgente de vaccination contre le virus COVID-19 ? Certains d'entre eux effectueront-ils d'autres tâches de vaccination lorsque la phase d'urgence de la pandémie sera terminée ?
8. Comment le personnel chargé de la vaccination contre le virus COVID-19 sera-t-il supervisé ?

## V. Approvisionnement, stockage et distribution

Parlons de l'approvisionnement en vaccins contre le virus COVID-19.

9. Comment les vaccins contre le virus COVID-19 seront-ils stockés et distribués ?

**QUESTIONS POUR SONDER :** [Les vaccins contre le virus COVID-19 seront-ils conservés dans les mêmes entrepôts frigorifiques que les vaccins de routine ?

- Cela comprendra-t-il tous les équipements de la chaîne du froid supplémentaires qui ont été introduits avec les vaccins contre le virus COVID-19 ?
- Si la réponse est affirmative, en ce qui concerne les équipements de chaîne du froid supplémentaires pour les vaccins contre le virus COVID-19 :
  - Des techniciens sont-ils formés à l'entretien des nouveaux équipements de la chaîne du froid ?
  - Y aura-t-il des pièces de rechange pour les nouveaux équipements ?
- Les vaccins contre le virus COVID-19 seront-ils inclus dans les systèmes de gestion logistique ? Vous utilisez un autre système ? Veuillez inclure la justification.]

## VI. Financement, systèmes d'information, génération de demande et équité

J'en viens maintenant à une conversation sur le financement.

10. Quels seront les principaux coûts liés à l'intégration des vaccins contre le virus COVID-19 avec la vaccination de routine ou d'autres programmes de santé essentiels ou fonctions importantes du système de santé au-delà des vaccins eux-mêmes ?

11. Pensez-vous que les modalités de financement de l'administration des vaccins contre le virus COVID-19 aux groupes prioritaires vont changer dans les années à venir ? Dans l'affirmative, comment ces changements interviendront-ils et quelles en seront les conséquences pour le programme ?

Le prochain sujet que j'aimerais aborder est celui des systèmes d'information.

12. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 seront-elles suivies et communiquées ?

**QUESTIONS POUR SONDER :** [Par le biais du SIGS existant ? Dans l'affirmative, cela a-t-il déjà été fait ? Si cela n'est pas encore fait, quand est-ce que cela sera fait ?

- Un système de dossier médical électronique sera-t-il mis en place pour les vaccinations contre le virus COVID-19 ? Le système continuera-t-il à être utilisé ? Sera-t-il utilisé dans d'autres domaines de la santé ?
- Avez-vous introduit des traceurs individuels/des registres électroniques de vaccination/des registres individuels pour la vaccination contre le virus COVID-19 ? Ont-ils bien fonctionné ? Continueront-ils à être utilisés ? Seront-ils élargis ?]

Parlons maintenant de la génération de la demande.

13. Comment la demande et l'engagement communautaire en faveur de la vaccination contre le virus COVID-19 seront-ils assurés à l'avenir ?

**QUESTIONS POUR SONDER :** [La communication sur le virus COVID-19 sera-t-elle intégrée à d'autres approches de la communication sur la santé ? Par exemple, les agents de santé communautaires seront-ils utilisés pour fournir des informations sur la vaccination contre le virus COVID-19 ?

- Les dirigeants communautaires seront-ils impliqués dans la promotion de la vaccination contre le virus COVID-19 ?

- Les structures de santé communautaire (comités de santé villageois, comités des centres de santé) seront-elles utilisées pour répondre aux préoccupations et à la désinformation concernant les vaccins contre le virus COVID-19 ?
- Des stratégies différenciées seront-elles utilisées pour atteindre les groupes prioritaires tels que les travailleurs de santé, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées ?]

Mes sujets de discussion portent sur l'équité.

14. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 permettront-elles d'assurer un accès équitable aux groupes prioritaires, notamment les personnes âgées, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et les travailleurs du secteur de la santé ?
15. Comment les vaccinations contre le virus COVID-19 tiendront-elles compte de l'égalité des sexes et des populations difficiles à atteindre ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Les femmes et les représentants des communautés difficiles à atteindre et des groupes prioritaires participeront-ils à la planification des stratégies de vaccination contre le virus COVID-19 et fourniront-ils un retour d'information à ce sujet ?]

## VII. Succès, vision et défis

J'aimerais maintenant prendre du recul et vous demander d'avoir une vision plus large de l'avenir des vaccins contre le virus COVID-19.

16. Selon vous, à quoi ressemblerait le succès des vaccinations contre le virus COVID-19 à l'avenir ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Quel pourrait être le défi le plus important à relever pour atteindre cette vision de la réussite ?]
  - Que faut-il pour que le déploiement de la ligne directrice sur l'intégration soit couronné de succès ? (par exemple, ressources, assistance technique, formation du personnel de santé/changements de comportements, etc.)
  - Comment l'intégration peut-elle avoir un impact sur l'accès équitable à la vaccination contre le virus COVID-19, sur d'autres services de santé ou sur le système de santé dans son ensemble ?]

## VIII. Enseignements tirés de la phase d'urgence

Ma dernière série de questions porte sur les enseignements tirés de la phase d'urgence des vaccinations contre le virus COVID-19 en matière d'intégration.

17. Quels enseignements ont été tirés de la manière dont les vaccinations contre le virus COVID-19 ont été supervisées stratégiquement ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Ont-ils été supervisés par le Ministère de la Santé ou par une autre entité gouvernementale ?]
  - Quels sont les principaux enseignements à tirer en matière de contrôle et de gouvernance pour l'avenir ?]
18. Quels enseignements ont été tirés de la manière dont les vaccins contre le virus COVID-19 ont été administrés ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Quels sont les enseignements tirés des lieux où les vaccins contre le virus COVID-19 ont été administrés (établissements de soins primaires, hôpitaux, établissements spécialisés dans les services liés au VIH, cliniques spécialisées dans les MNT, cabinets privés, autres) ?]

- Quels sont les enseignements tirés du personnel employé pour administrer les vaccins contre le virus COVID-19 ?
- Quelles leçons ont été tirées en matière de supervision et de qualité ?
- Quels sont les enseignements tirés de l'octroi d'un supplément de rémunération aux personnes chargées de la vaccination contre le virus COVID-19 ?
- Quels sont les enseignements tirés de la collaboration avec les prestataires privés pour la vaccination contre le virus COVID-19 ?]

19. Quels sont les enseignements tirés de l'achat et de la distribution des vaccins contre le virus COVID-19, de la chaîne du froid, du financement, de la génération de la demande, des systèmes d'information, de la surveillance de la sécurité, etc. ? Veuillez parler davantage des fonctions que vous connaissez.

20. Quels autres enseignements ont été tirés sur la manière de se préparer en vue de futures pandémies ?

## **IX. Clôture**

Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez dire ou qui vous paraissent importantes et que nous n'avons pas abordées concernant les vaccinations contre le virus COVID-19 ?

Pourrions-nous vous contacter à nouveau si nous avons des questions supplémentaires ou des précisions à apporter ?

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré, pour les informations que vous nous avez fournies et pour vos réflexions sur les vaccinations contre le virus COVID-19 dans votre pays.

# ANNEXE B. GUIDE DE BASE POUR LES DISCUSSIONS EN GROUPE

## Évaluation de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19

### Guide d'animation des groupes de discussion

*[IL FAUT OBTENIR LE CONSENTEMENT SIGNÉ DE CHAQUE PARTICIPANT AUX GROUPE DE DISCUSSION ET PLACER DES CARTES NUMÉROTÉES DEVANT CHAQUE PARTICIPANT – Remplissez le tableau ci-dessous avec les informations sur le répondant lors de l'obtention du consentement individuel pour la discussion en groupe]*

ID	Département/Unité	Fonction (vaccinateur, infirmier, superviseur...)	Nombre d'années d'expérience	Nombre d'années d'expérience avec le vaccin contre le virus COVID-19	Remarque
R1					
R2					
R3					
R4					
R5					
R6					
R7					
R8					
R9					
R10					

#### Introduction

Bienvenue à ce groupe de discussion. Merci d'avoir accepté de participer à la discussion sur l'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 avec d'autres fonctions sanitaires et services de santé essentiels. Je m'appelle XXX, et YYY me fournit de l'assistance. Le Ministère de la Santé de [pays xx] nous a proposé de venir à ZZZ pour vous parler de l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19. Le groupe de discussion d'aujourd'hui fait partie d'une évaluation de l'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 dans sept pays. Il est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international et est mené en collaboration avec le Ministère de la Santé de votre pays.

L'objectif de l'évaluation est de savoir comment les vaccinations contre le virus COVID-19 ont été intégrées à d'autres services de santé et à d'autres parties du système de santé. L'équipe d'évaluation souhaite savoir ce qui a déjà été fait en termes d'intégration, dans quelle mesure cela a fonctionné et quelles sont les perspectives d'intégration qui pourraient être mises en place à l'avenir pour améliorer le fonctionnement du système. Par conséquent, votre participation à ce groupe de discussion est un élément important de l'évaluation, car c'est vous qui administrez les vaccins contre le virus COVID-19 ou qui supervisez directement l'administration des vaccins.

Avez-vous des questions sur l'évaluation globale et sur le rôle que jouera ce groupe de discussion ?

Nous allons discuter de votre expérience de la vaccination contre le virus COVID-19. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à mes questions. Votre explication franche et sincère de vos expériences aidera l'évaluation à atteindre ses objectifs.

### **Règles de base**

Nous enregistrons cette session et mon collègue prend des notes. Veuillez donc parler un par un afin que nous puissions consigner tout ce que vous dites. J'aimerais entendre ce que chacun d'entre vous a à dire ; alors s'il vous plaît, laissez chacun s'exprimer, et n'oubliez pas de prendre la parole lorsque vous avez quelque chose à dire. Je peux donner la parole à des personnes qui ne parlent pas beaucoup, et je peux demander à celles qui parlent beaucoup d'abrégier leurs propos pour pouvoir laisser la parole aux autres. Vous n'avez pas besoin d'être d'accord avec ce que les autres disent, mais vous devez les écouter respectueusement pendant qu'ils parlent. Comme nous nous tutoyons, je vous prie de m'appeler XXX. Veuillez éteindre les sonneries de vos téléphones et, si vous devez répondre à un appel, veuillez me faire signe, vous éloigner et revenir aussi vite que possible. Mon rôle est de modérer la discussion en posant des questions et en gérant vos réponses, mais je vous invite à parler aussi entre vous lorsque vous le souhaitez. Si vous voulez vous adresser les uns aux autres, veuillez désigner votre collègue par la carte numérotée qui est placée devant lui ou devant elle. Levez la main si vous souhaitez faire un commentaire quand vous avez du mal à vous intégrer dans le flux de la discussion. Y a-t-il d'autres règles de base que le groupe souhaiterait établir ?

### **Sujets de discussion**

1. Mon premier sujet de discussion concerne le rôle que chacun d'entre vous a joué dans les vaccinations contre le virus COVID-19. Veuillez nous dire quel a été votre rôle principal dans la vaccination contre le virus COVID-19 ? [APPELEZ CHAQUE PARTICIPANT À TOUR DE RÔLE]
2. Comment la vaccination contre le virus COVID-19 est-elle assurée dans cet établissement ?

Permettez-moi maintenant de vous donner une définition pratique de l'intégration des vaccinations contre le virus COVID-19 : Par intégration, nous entendons la mesure dans laquelle la vaccination contre le virus COVID-19 a été ou sera fusionnée avec d'autres services de santé, tels que les SPN, le VIH, les MNT, l'IR, ou la mesure dans laquelle les fonctions de vaccination contre le virus COVID-19 ont été fusionnées avec d'autres composantes des blocs du système de santé - par exemple, l'approvisionnement et la logistique, le système d'information et les rapports, la

formation, etc. qui étaient en place avant la pandémie de COVID-19. Avez-vous des questions sur cette définition de travail de l'intégration ?

Faites-moi part de vos expériences et des nouvelles connaissances que vous avez acquises en pratiquant la vaccination contre le virus COVID.

3. Les vaccinations contre le virus COVID-19 ont-elles été intégrées aux séances de vaccination de routine ? Si oui, qu'avez-vous appris à ce sujet ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Qu'est-ce qui a rendu les choses faciles ou difficiles ? Avez-vous estimé qu'il était possible et efficace pour vous de gérer ce programme ? Pensez-vous qu'il a permis de vacciner efficacement les populations ciblées ?
  - Si ce n'est pas le cas, j'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si les vaccins contre le virus COVID-19 devraient être intégrés dans les séances de vaccination de routine Si oui, comment ? Avantages/défis à relever ?]
  
4. Les vaccinations contre le virus COVID-19 ont-elles été intégrées aux séances de soins prénatals pour atteindre les femmes enceintes ? Si oui, quelles sont les leçons que vous en avez tirées ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Qu'est-ce qui a rendu les choses faciles ou difficiles ? Avez-vous estimé qu'il était possible et efficace pour vous de gérer ce programme ? Pensez-vous qu'il a permis de vacciner efficacement les populations ciblées ? Avez-vous conseillé aux femmes enceintes de se faire vacciner contre le virus COVID-19 lorsqu'elles venaient en consultation de SPN ?
  - Si non : J'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si les vaccinations contre le virus COVID-19 devraient être intégrées aux services prénatals. Si oui, comment ? Avantages/défis à relever ?]
  
5. Les vaccinations contre le virus COVID-19 ont-elles été intégrées aux services fournis aux personnes immunodéprimées telles que les PVVIH ? Si oui, pourriez-vous nous faire part des leçons que vous avez tirées de cette expérience ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Qu'est-ce qui a rendu les choses faciles ou difficiles ? Avez-vous estimé qu'il était possible et efficace pour vous de gérer ce programme ? Pensez-vous qu'il a permis de vacciner efficacement les populations ciblées ? Avez-vous conseillé aux PVVIH de se faire vacciner contre le virus COVID-19 lorsqu'elles venaient en consultation ordinaire ?
  - Si ce n'est pas le cas, j'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si les vaccinations contre le virus COVID-19 devraient être intégrées aux services de lutte contre le VIH Si oui, comment ? Avantages/défis à relever ?]
  
6. Les vaccinations contre le virus COVID-19 ont-elles été intégrées aux services fournis aux patients atteints de MNT (par exemple, les personnes âgées), tels que le dépistage et le traitement de l'hypertension, du diabète ou d'autres maladies non transmissibles ? Si oui, quelles sont les leçons que vous pouvez partager avec nous ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Qu'est-ce qui a rendu les choses faciles ou difficiles ? Avez-vous estimé qu'il était possible et efficace pour vous de gérer ce programme ? Pensez-vous qu'il a permis de vacciner efficacement les populations ciblées ? Avez-vous conseillé aux patients atteints de MNT de se faire vacciner contre le virus COVID-19 lors de consultations ordinaires ?
  - Si ce n'est pas le cas, j'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si les vaccins contre le virus COVID-19 devraient être intégrés aux services de lutte contre les MNT. Si oui, comment ? Avantages/défis à relever ?]

7. Les vaccinations contre le virus COVID-19 ont-elles été intégrées à d'autres services de santé ? Si oui, quelles leçons avez-vous tirées de cette expérience ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Qu'est-ce qui a rendu les choses faciles ou difficiles ? Avez-vous estimé qu'il était possible et efficace pour vous de gérer ce programme ? Pensez-vous qu'il a permis de vacciner efficacement les populations ciblées ?
- Si ce n'est pas le cas, j'aimerais connaître votre avis sur la question de savoir si les vaccinations contre le virus COVID-19 devraient être intégrées à d'autres services de santé. Si oui, comment ? Avantages/défis à relever ?]
8. La génération de la demande pour la vaccination contre le virus COVID-19 a-t-elle été intégrée avec des efforts similaires pour d'autres vaccins ? Dans l'affirmative, pourriez-vous préciser les enseignements tirés de cette pratique ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Les communications sur le virus COVID-19 ont-elles été diffusées avec d'autres services intégrés ou dans le cadre d'autres approches de la communication sur la santé ? (Par exemple, avez-vous fourni des informations sur la vaccination contre le virus COVID-19, l'observance du traitement antirétroviral ou une bonne nutrition ?)
- Les dirigeants de la communauté ont-ils été impliqués dans la promotion de la vaccination contre le virus COVID-19 ? Ces dirigeants ont-ils été/sont-ils impliqués dans d'autres programmes de santé ?
  - Des comités de santé villageois, des comités de centres de santé ou des groupes similaires ont-ils été utilisés pour répondre aux préoccupations et à la désinformation concernant le vaccin ? Comment ont-ils été impliqués, et quelles informations leur ont été fournies ?]
9. À votre avis, quelles seraient vos suggestions sur la meilleure façon d'intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 avec d'autres services de santé ?  
**QUESTIONS POUR SONDER :** [Parmi la liste que vous avez mentionnée, qu'est-ce qui serait le plus facile à mettre en œuvre pour vous ? Quel serait le moyen le plus efficace d'atteindre les populations prioritaires telles que les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes atteintes de MNT, les personnes atteintes du VIH et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ?]
10. Que suggérez-vous comme stratégies de génération de la demande pour améliorer l'utilisation du vaccin contre le virus COVID-19 ?
11. Quelles sont les possibilités d'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans le système de santé global ? Que suggérez-vous en rapport avec ce qui suit :
- a. Rapports sur les données ?
  - b. Supervision et gestion ?
  - c. Personnel et formation ?
  - d. Chaîne d'approvisionnement et chaîne du froid ?
12. Quels sont les défis liés à l'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans le système de santé global ? Que suggérez-vous en rapport avec ce qui suit :
- a. Rapports sur les données ?
  - b. Supervision et gestion ?
  - c. Personnel et formation ?
  - d. Chaîne d'approvisionnement et chaîne du froid ?

## Conclusion

13. Y a-t-il un sujet important que vous aimeriez aborder mais dont nous n'avons pas parlé aujourd'hui et qui est très important pour vous ?

Pouvons-nous vous contacter si nous avons des questions supplémentaires à vous poser ou des éclaircissements à apporter ?

Je vous remercie pour votre participation à la session d'aujourd'hui. Les informations et les réflexions que vous avez fournies sont précieuses pour l'évaluation, pour [pays] et pour les autres pays participant à cette évaluation.

## ANNEXE C. MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF

Nom	Organisation
Viorica Berdaga	UNICEF
Graca Matsinhe	JSI Mozambique
Bob Ferris	USAID
Jackline Kiarie	AMREF Santé Afrique
Ciara Sugerman	CDC des É.-U.
Alba Vilajeliu	OMS
Marta Urrutxi Gallastegi	Gavi
Kaitlyn Moberly	USAID
Amanda Paust	USAID
Abdul Wali Ghayur	USAID
Jodi Charles	USAID

## ANNEXE D. COMITÉS D'EXAMEN ÉTHIQUE

Pays	CEI/Comité d'examen éthique
Éthiopie	College of Health Science - Institutional Review Board Zambia street CHS building #710 Addis Ababa University Addis-Abeba, Éthiopie E-mail : <a href="mailto:chs.irb@aau.edu.et">chs.irb@aau.edu.et</a> Tél. : +251 11896 1396
Inde	Sigma IRB C 23, South Extension I, First Floor New Delhi-110049 Téléphone : (+ 91 11) 41063450 E-mail : <a href="mailto:irb.sigma@sigma-india.in">irb.sigma@sigma-india.in</a>
Mozambique	Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) Ministerio da Saude -22 andar dto Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende Maputo, Moçambique C.Postal: 264 Téléphone : +258 82 406 6350 E-mail : <a href="mailto:cnbsmocambique@gmail.com">cnbsmocambique@gmail.com</a>
Ghana	Ghana Health Service Ethics Review Committee P.O Box MB 190 Accra, Ghana Téléphone : +233-50-3539896 E-mail : <a href="mailto:ethics.research@ghs.gov.gh">ethics.research@ghs.gov.gh</a>
Bénin	COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ (CNERS) Adresse postale : 08 BP 882 Tél. : +229 21 33 2178/ 21 33 21 63 E-mail : <a href="mailto:sante.infos@gouv.bj">sante.infos@gouv.bj</a>
Nigéria	Health Research Ethics Committee (HREC) Federal Ministry of Health 11th floor, Federal Secretariat Complex Phase III Ahmadou Bello Way, Abuja Tél. : +234-09-523-8367 E-mail : <a href="mailto:deskoffice@nhrec.net">deskoffice@nhrec.net</a>

Libéria	ACRE Institutional Review Board University of Liberia Capitol Hill, Monrovia, Libéria Mobile : +231 77 749 8386   +231 88 658 3774   +231 88 654 1706 E-mail : <a href="mailto:ulpireirb@gmail.com">ulpireirb@gmail.com</a>
---------	---

# ANNEXE E. QUESTIONNAIRE SUR LES DONNÉES DE COUVERTURE

Instructions : Veuillez remplir le tableau ci-dessous, en tenant compte des éléments suivants –

- Les catégories de populations ciblées peuvent varier d’un pays à l’autre. Veuillez donc passer en revue les catégories, le cas échéant, pour qu’elles correspondent à ce qui est inclus dans le système de notification de votre pays pour la couverture COVID-19.
- Si une désagrégation supplémentaire est disponible (p. ex., par sexe), veuillez réviser le tableau et l’inclure.

COVID-19 Vaccination Coverage (%)	Introduction through End of 2022		Cumulative coverage through latest available 2023 (specify month)	
	One dose of COVID-19 vaccine**	Completed primary series***	One dose of COVID-19 vaccine**	Completed primary series***
Total population*				
Elderly (ask for the age threshold for “older” for the country)				
Health workers				
Pregnant women				
Immunocompromised people				
Younger adults (specify age group used by country)				
Other priority groups (e.g. adults with other comorbidities; teachers or military; other first responders; refugees or others - please specify)				

\*Note : pour la « pop. totale », veuillez confirmer quel dénominateur est utilisé pour toutes les données rapportées – soit % de la population totale, soit % de la population ciblée/admissible (p. ex., les personnes âgées de 12 ans et plus)

\*\*Définition : couverture pour les personnes qui ont reçu une dose, mais qui n’ont pas terminé une série primaire

\*\*\*Définition : couverture pour les personnes qui ont terminé la série primaire ou le cycle de vaccination (qui peut nécessiter une ou plusieurs doses en fonction du vaccin spécifique administré)

# RÉFÉRENCES

- 1 Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Increasing COVID-19 Vaccination Uptake: An update on messaging, delivery strategies, and policy recommendations*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/agenda-sage/information-note---increasing-covid-19-vaccination.pdf?sfvrsn=6ce03e0c\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/agenda-sage/information-note---increasing-covid-19-vaccination.pdf?sfvrsn=6ce03e0c_2&download=true)
- 2 Organisation mondiale de la Santé. (2023). *WHO SAGE roadmap on uses of COVID-19 vaccines in the context ofOMICRON and high population immunity*. Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB), Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2023.1>
- 3 Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. (2023). *Considerations for integrating COVID-19 vaccination into immunization programmes and primary health care for 2022 and beyond*. Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064454>
- 4 Kiarie, J., Oladele, E., De Silva, G., Nybro, E. et Yacobson, I. (2024). Integration of COVID-19 vaccination into primary health care as an opportunity to leverage investments and build a more resilient health system. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300420. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00420>
- 5 Mirza, I., Ameda, I. M., Ba A. E., Traore, C., Hagos, M. T., Gbaya, A. A., & Schreiber, B. (2024). COVID-19 vaccination integration: efforts in 11 African countries to strengthen the primary health care system. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300251. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00251>
- 6 Tibbels, N., Ksaeghe, R., Chisambi, A. B., Ndovi, V., Mang'ando, A., & Figueroa, M. E. (2024). Perceptions of the COVID-19 vaccine and other adult vaccinations in Malawi: a qualitative assessment. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300146. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00146>
- 7 Kisanga, A., Stamidis, K. V., Rumba, S., Lamunu, D., Ben, A., Thomas, G. R., & Berchmans, J. (2024). Leveraging the CORE Group Partners Project polio infrastructure to integrate COVID-19 vaccination and routine immunization in South Sudan. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300178. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00178>
- 8 Mokaya, E. N., Atem, N. A., Awzenio, G., Mukombo, L., Sesay, T., Kangbai, D. M., Nyandemoh, H., & Musanhu, P. (2024). Lessons from the COVID-19 pandemic response implementation: a case study of South Sudan and Sierra Leone. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300180. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00180>
- 9 Tella-Lah, T., Akinleye, D., Aliyu, A. S., Falodun, T., Okpere, S., Akpan, D., Orefunwa, O., Metiboba, L., Owoicho, J., Okposen, B., & Nwabufu, A. (2024). Achieving COVID-19 and routine immunization data systems integration on the Electronic Management of Immunization Data system in Nigeria. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300149. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00149>
- 10 Hagos, A. A., Sahile, Z., Ahmed, W., & Phanouvong, S. (2024). Leveraging COVID-19 vaccine safety monitoring in Ethiopia and Pakistan to enhance system-wide safety surveillance. *Glob Health Sci Pract*, 12(Suppl 1):e2300161. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00161>