


# Les fiches conservées à domicile vers de nouvelles conceptions pratiques

## L'expérience de Madagascar et de l'Ethiopie

JSI

Les fiches conservées à domicile (FCD), notamment la carte de vaccination, outil certes important pour réaliser, suivre et maintenir la couverture vaccinale sont pourtant souvent sous-utilisées dans les programmes nationaux de vaccination. Par le passé, les pays ont eu recours à une présentation traditionnelle – n'étant guère pratique à remplir de manière exacte et lisible pour les agents de santé et difficilement compréhensible pour les aidants ou les parents. Qui plus est, tous les utilisateurs ne comprennent pas ou n'apprécient pas toujours la valeur de tels documents.

Les nouvelles conceptions ou révisions de ces fiches correspondent mieux aux besoins des agents de santé, des familles et du système de santé et facilitent aussi la disponibilité et l'utilisation de ces outils importants (avec pour objectif premier d'augmenter la couverture vaccinale). Ce sont les expériences de Madagascar et de l'Ethiopie - où les carnets de vaccination traditionnels ont été reconçus sous forme d'outil de communication intégré - qui animent les études de cas suivantes. Nous souhaitons partager ces expériences pour informer d'autres pays qui souhaitent adopter leurs propres nouvelles présentations en les éclairant sur les parties prenantes engagées, les étapes du processus et les points essentiels à envisager.

# DONNÉES GÉNÉRALES

Les fiches conservées à domicile (FCD)sont un outil important de collecte et de suivi de données à multiples usages pour la personne qui s'occupe de l'enfant, l'agent de santé et le système de santé. En effet, ces fiches peuvent : a) aider les agents de santé à documenter et à garder trace des vaccinations administrées à l'enfant ; b) soutenir les parents dans le rôle qu'ils assument au niveau de la santé de leurs enfants, les renseignant sur le statut vaccinal de ces derniers et leur indiquant quand ils doivent revenir au service de vaccination et c) servir d'outils de santé publique assurant le suivi de la couverture vaccinale par le biais d'enquêtes auprès des ménages ou autres enquêtes (d'autant plus important qu'il existe à présent un plus grand nombre de vaccins et d'antigènes dans le système).Tel que le notent David Brown et d'autres dans leurs travaux de recherche récents, "le carnet de vaccination de l'enfant est trop souvent sous-utilisé ou mal utilisé par les parents et le personnel de santé et par conséquent, ne répond pas à son intention."[1] Parmi les multiples problèmes notés à cet effet:

1. Insuffisance et ruptures de stocks des FCD, faisant que certains enfants n'en ont jamais reçu;
2. Manque d'information sur la fiche, ou peu d'importance qui lui est accordée, faisant que les mères perdent ou abîment la fiche ou oublient de l'emporter au service de vaccination;
3. Les FCD ne sont pas remplies correctement ou entièrement par les agents de santé;
4. Information insuffisante sur les actions à prendre (par exemple les dates de visite de suivi) ou manque d'espace pour saisir les données

De plus en plus de vaccins entrent dans les programmes nationaux de vaccinations avec de multiples antigènes administrés lors de chaque contact. Aussi, devient-il de plus en plus important de garder tracer des antigènes particuliers que tel enfant a reçus - tant pour le dossier personnel que pour la vérification lors d'enquêtes et autres visites de suivi et d'évaluation (connaissant par ailleurs le rappel souvent problématique des parents). A présent, les FCD prennent une plus grande signification pour leur utilité sur le plan suivi des données et prise de décisions dans l'écosystème plus globale des données vaccinales.

LES FCD ONT DE MULTIPLES OBJECTIFS POUR DIFFÉRENTS UTILISATEURS




[1] "Child Immunization Cards: Essential Yet Underutilized in National Immunization Programmes", David Brown. The Open Vaccine Journal, 2012.

# INTRODUCTION

Dans ce document, nous récapitulons deux activités réussies de révision des FCD, à Madagascar et en Ethiopie, notamment le contexte et les raisons poussant à la nouvelle conception, les étapes suivies pour reconcevoir et distribuer les FCD révisées. Nous présentons également les difficultés rencontrées et l'enseignement retenu des deux pays.



Un animateur sanitaire à Madagascar explique le diplôme de vaccination à une jeune mère.

SSi la démarche a été analogue à Madagascar et en Ethiopie, nos entretiens par ailleurs indiquent que l'usage et l'utilité à long terme des nouvelles FCD divergent grandement : Madagascar continue d'utiliser les FCD révisées avec quelques retouches et adjonctions mineures alors que l'Ethiopie utilise une version analogue de la FCD reconçue mais comme outil de communication pour les animateurs sanitaires (non pas comme un carnet de vaccination à remplir pour l'enfant) - la nouvelle version n'a pas complètement remplacé l'ancienne carte de l'OMS pour la saisie de données. Les deux pays ont introduit les nouvelles FCD dans le cadre d'un paquet d'intervention et d'une stratégie de communication plus vaste. De ce fait, il est difficile de mesurer l'impact des seules FCD révisées bien que les résultats du projet attestent d'un accroissement de la couverture corrélé aux nouvelles FCD.

S'inspirant des expériences de Madagascar et de l'Ethiopie, des fiches analogues ont été conçues et utilisées au Ghana, au Libéria, à Myanmar et ailleurs.

# L'EXPÉRIENCE MALGACHE

A Madagascar, avant que ne soit lancée, en 1997, la nouvelle conception de la fiche conservée à domicile, le programme élargi de vaccination (PEV) utilisait le carnet de vaccination standard de l'OMS. L'idée poussant à la nouvelle conception était d'utiliser davantage la FCD comme outil de communication avec la famille et les agents de santé communautaire et d'avoir une trace écrite des vaccinations reçues et d'autres services de santé infantile. Avec l'appui du projet Jereo Salama Isika financé par l'USAID[2], de multiples cartes conseil sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) ont été mises au point et distribuées aux animateurs sanitaires dans le système de santé malgache. La nouvelle conception des FCD a été finalisée après l'élaboration de ces cartes dans le même paquet d'outils de communication et de suivi des activités et indicateurs clés de santé. Au fur et à mesure que ces divers matériels ont été utilisés, réorganisés et simplifiés, les FCD en sont devenus un des principaux outils.

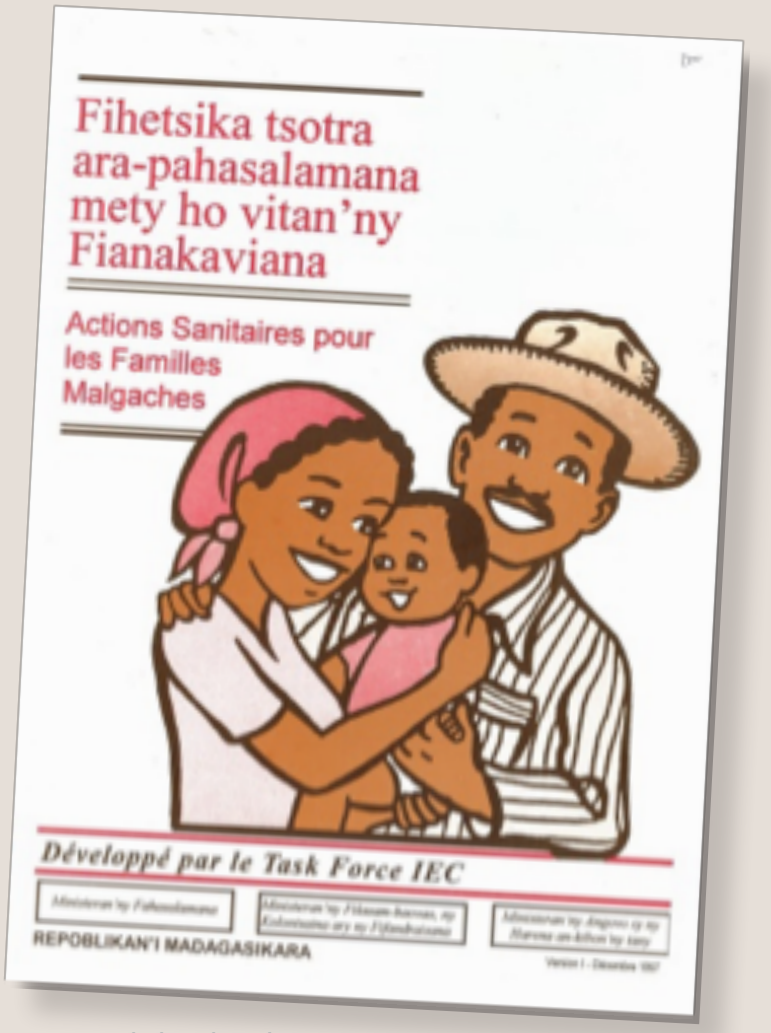



Figure 1. Guide d'IEC de Madagascar.

Le Ministère de la Santé a mis sur pied une équipe spéciale d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour superviser la mise au point du matériel de communication par les partenaires. Cette équipe a commencé par réunir des membres des multiples programmes du Ministère de la Santé (MS), de l'UNICEF, des projets financés par l'USAID et des ONG dans le cadre d'un atelier où les partenaires ont partagé des copies de leur matériel et messages actuels. A partir de cette base, ils se sont mis d'accord sur un paquet final de messages réalisables. Un guide (Figure 1) a également été mis au point comprenant ces messages et actions clés dans lesquels peuvent choisir les ONG et les partenaires pour élaborer leur propre matériel. Par la suite, tout nouveau message ou révision de matériel que les ONG souhaitaient utiliser devait être approuvé au préalable par l'équipe d'IEC, y compris tout changement porté aux FCD.

**L'approche centrée sur l'utilisateur a guidé l'élaboration de la nouvelle FCD.**

Un concepteur local a été recruté par le biais du projet Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS)[3] lors de la révision des FCD. Il a continué ensuite à mettre au point du matériel de communication sanitaire pour de nombreux projets et pour le MS, apportant une plus grande constance et, partant, une meilleure reconnaissance des FCD et d'autre matériel de santé.

Les premières conceptions des FCD ont été partagées avec les agents de santé et les communautés lors de groupes de discussion organisés avec des représentants communautaires et des familles dans le but d'obtenir leur feedback. Ces points de vue ont ensuite été discutés avec l'équipe IEC et le concepteur et des révisons ont été portées aux fiches en fonction de

[2] 1998-2003
[3] USAID, BASICS I 1993-1999, BASICS II 1999-2004

ce feedback. Au moins deux versions différentes d'une conception ont fait l'objet d'un test pour retenir le meilleur modèle (pas juste pour savoir si le prototype était " bon"' ou non mais plutôt pour vérifier si c'est un modèle facile à comprendre par rapport aux autres choix).

**La campagne promotionnelle pour la stratégie d'IEC et la FCD visait essentiellement les familles.**

L'approche centrée sur l'utilisateur a guidé l'élaboration de la nouvelle FCD. Des réunions villageoises se sont tenues pour : 1) encourager la participation communautaire; 2) sensibiliser les communautés aux indicateurs et messages/ actions sanitaires compris dans la FCD et 3) valoriser davantage les programmes de santé maternelle et infantile, y compris les FCD. A Madagascar, on s'est rendu compte qu'il était effectivement possible d'engager les familles et les communautés en évoquant dans les FCD de petites actions réalisables pour la famille et les communautés. A Madagascar, les volontaires communautaires étaient des mobilisateurs et des animateurs faisant figure de familles modèles pour renforcer l'utilisation de ces outils.

Une fois la conception finale choisie et testée, un calendrier de transition a été adopté pour passer de l'ancienne version des FCD à la nouvelle présentation. Cela ne s'est pas fait du jour au lendemain et un temps suffisant a été accordé à cette transition pour huiler tous ses rouages, en sus de l'approbation de la conception, - qu'il s'agisse de la gestion de stock, de

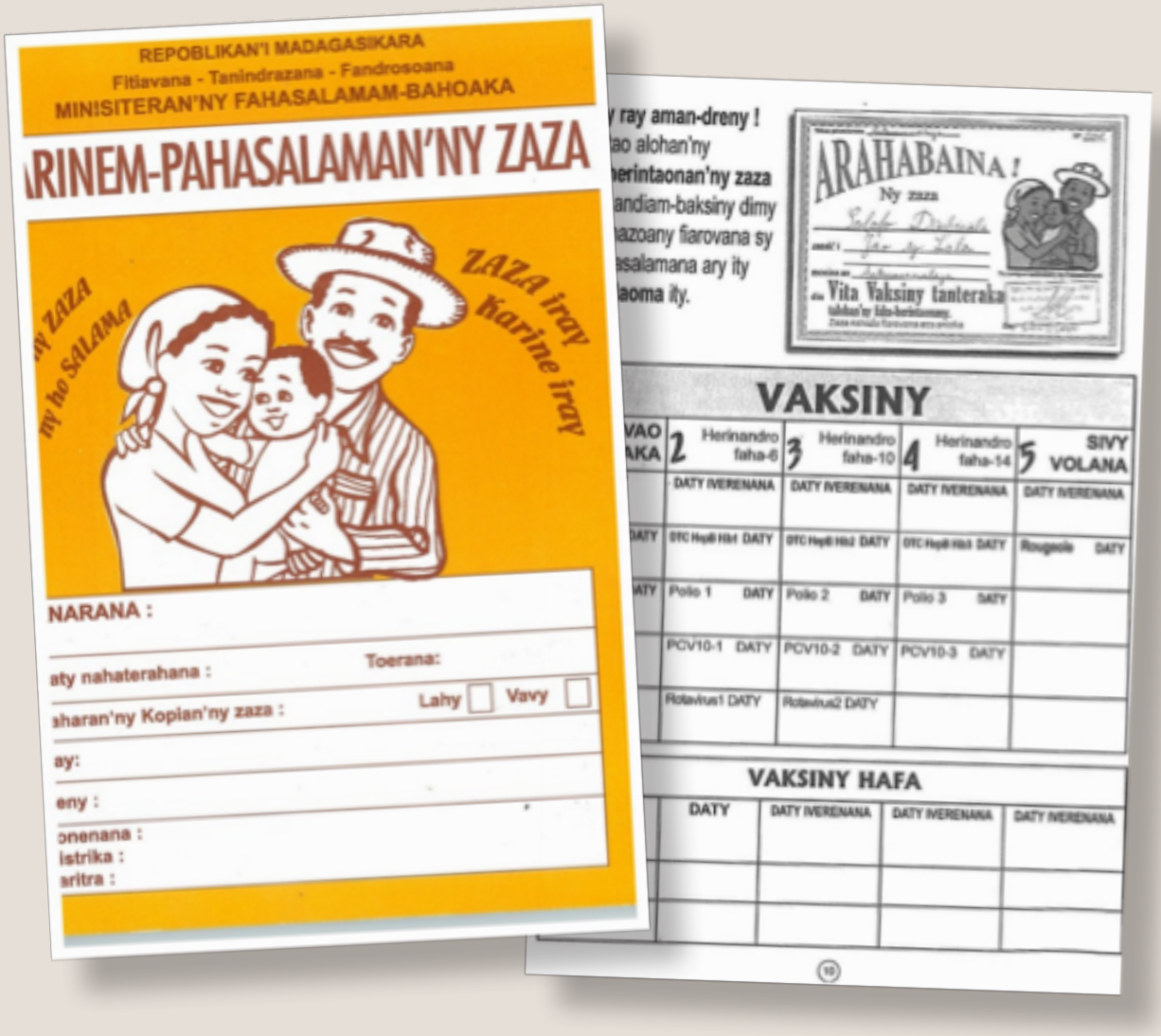



Figure 2. Couverture et page de vaccination de la FCD révisée à Madagascar.

**A Madagascar, on s'est rendu compte qu'il était effectivement possible d'engager les familles et les communautés en évoquant dans les FCD de petites actions réalisables pour la famille et les communautés.**

la disponibilité des fiches ou encore pour familiariser les utilisateurs à la nouvelle version et aux changements. De toute première importance était la coordination bien claire entre les différents services du ministère de la santé (vaccinations, santé infantile, nutrition et planification familiale) pour assurer la disponibilité de la nouvelle FCD. Cette transition, de la fiche de vaccination au livret intégré, a pris entre 2 et 3 ans. Les révisions ultérieures ont été plus rapides, grâce à l'accord initial sur la présentation et la conception, bien qu'il ait fallu maintenir pour cela la communication et le plaidoyer.

Un certain désaccord a entouré la phase de diffusion de la nouvelle FCD. On avait pensé au départ de la commercialiser. Des activités de promotion et de marketing ont été organisées pour informer les communautés mais, par la suite, le MS et les partenaires ont décidé que la FCD devait être gratuite. Autant d'allées et de venues qui ont causé une certaine confusion et des retards. La FCD de Madagascar est donc distribuée gratuitement bien que le manque de financement, ou l'incertitude de ce financement, ait causé des ruptures de stock ces dernières années.

Une fois les nouvelles FCD imprimées et distribuées aux familles et/ou aux mobilisateurs communautaires, il a fallu déployer une campagne publicitaire pour présenter la nouvelle fiche et s'assurer qu'elle était comprise et acceptée par la communauté. La campagne promotionnelle ainsi mise sur pied visait essentiellement les familles. Des messages ont été diffusés pour montrer que la nouvelle FCD était un outil moderne donnant aux familles les moyens de se maintenir au courant de l'état de santé des enfants : c'est un document que les parents peuvent revoir par eux-mêmes (le contenu n'est pas juste pour les agents de santé ou les animateurs sanitaires). Des évaluations rapides du projet ont montré qu'une fois que 20% des familles ont commencé à utiliser la FCD, cela a fait effet boule de neige - ces "familles modèles" ont communiqué à d'autres l'importance de cet outil.



Une mère malgache montre fièrement la FCD de son enfant.

Certes, la FCD (appelée localement la carte "Zaza Salama") est toujours appréciée à sa juste valeur par le MS, les partenaires du développement et les familles mais pourtant le financement annuel pour l'impression et la distribution de la FCD reste irrégulier, avec toutes les répercussions que cela entraîne sur sa disponibilité. A Madagascar, il existe de nombreux matériels différents pour la formation des animateurs de la santé, séparément de la FCD. Il n'est pas possible de maintenir ou de gérer une telle multitude de documents - tant sous l'angle logistique pour assurer la distribution complète des FCD que pour faciliter l'utilisation efficace des animateurs sanitaires. Cette situation amoindrit l'utilité de la FCD intégrée et nous montre que le MS et les partenaires doivent repenser la FCD et la positionner comme un outil essentiel du personnel de santé et des familles.

**C'est ce souhait pour une carte de vaccinations simple à remplir pour le personnel de santé et facile à comprendre pour la famille qui a poussé à réorganiser la fiche, aussi bien en Ethiopie qu'à Madagascar.**

# L'EXPÉRIENCE ETHIOPIENNE

Après quelques années de collaboration (y compris pour la nouvelle conception de la FCD) à Madagascar, plusieurs membres de l'ancienne équipe du projet Jereo Salama Isika sont venus travailler en Ethiopie suivi peu après, par le principal homologue de l'USAID également transféré. En 2002, ce groupe a cherché à reproduire la réussite de la nouvelle conception de la FCD avec le MS et les partenaires en Ethiopie. Au moins 6 versions différentes de cartes étaient utilisées en Ethiopie, et le Projet des services essentiels de santé (ESHE)[4] a donc réuni différents partenaires et a organisé un atelier d'harmonisation. Non seulement s'agissait-il d'intégrer les messages de la PCIME dans la FCD mais il fallait aussi trouver une solution au fait que les personnes s'occupant des enfants ne comprenaient pas toutes les cases en "blanc" et ne savaient pas si un enfant avait terminé sa série de vaccinations. C'est ce souhait pour une carte de vaccinations simple à remplir pour le personnel de santé et facile à comprendre pour la famille qui a poussé à réorganiser la fiche, aussi bien en Ethiopie qu'à Madagascar.

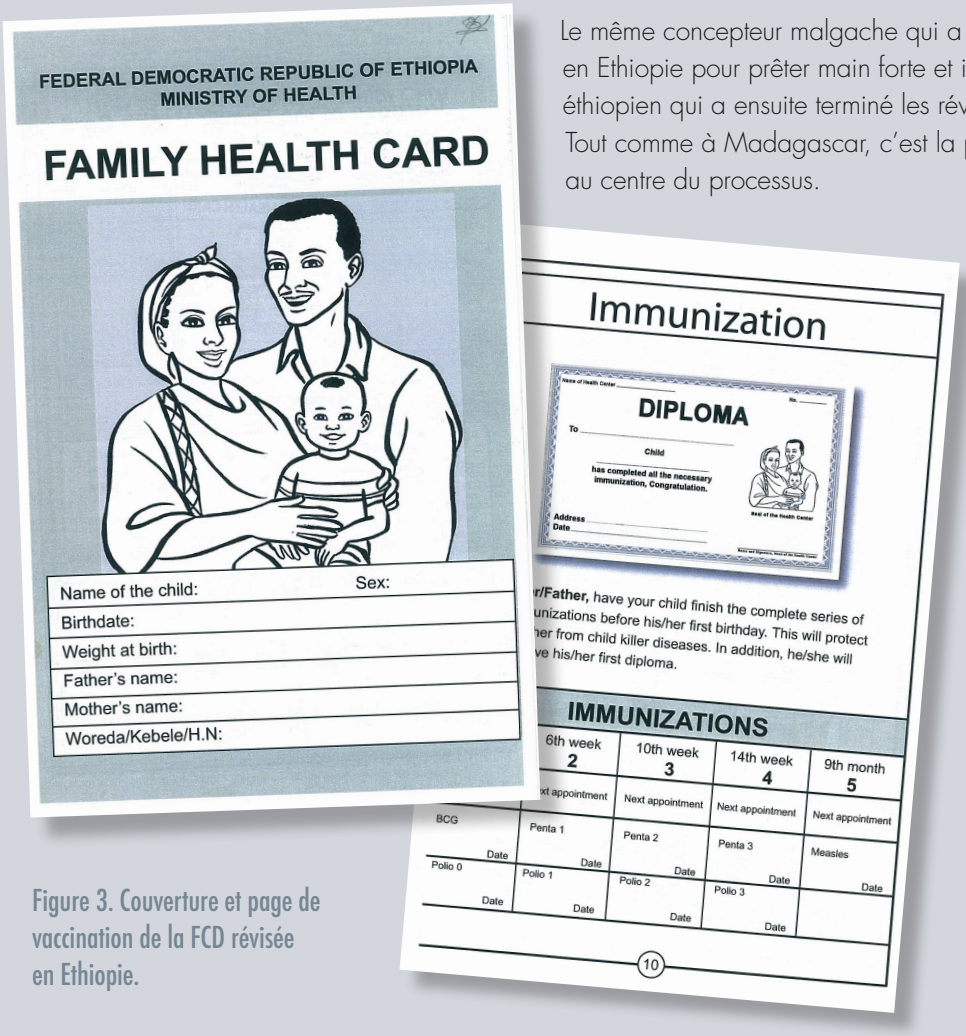



Figure 3. Couverture et page de vaccination de la FCD révisée en Ethiopie.

Le même concepteur malgache qui a mis au point la FCD a été envoyé en Ethiopie pour prêter main forte et il a collaboré avec un concepteur éthiopien qui a ensuite terminé les révisions et mises à jour de la fiche. Tout comme à Madagascar, c'est la participation de l'utilisateur qui était au centre du processus.

En Ethiopie, la nouvelle FCD comporte des images et messages détaillés sur la nutrition et la survie de l'enfant (Figure 3), faisant qu'il est facile pour les animateurs de la santé de capter l'attention et l'intérêt des mères - surtout celles qui ne savent pas lire. Cette FCD a reçu un soutien du projet LINKAGES[5] et ensuite du Programme intégré de santé familiale (IFHP)[6].

L'équipe spéciale de survie de l'enfant a aidé à susciter un sentiment de responsabilité parmi les partenaires et apporte aussi une supervision aux outils, y compris la FCD, sous la direction du Ministère de la Santé. Outre le fait d'ajouter un nouveau vaccin, tout autre changement dans la FCD est difficile à faire et doit être approuvé par le gouvernement. Cela aide à maintenir le contrôle de la version, surtout dans un vaste pays comme l'Ethiopie où de nombreux partenaires souhaitent peut-être faire des changements.

Dans les régions financées par l'USAID, la FCD a été utilisée dans la formation de recyclage du PEV avec des agents de santé pour s'assurer qu'ils savaient comment l'utiliser et comprenait son importance comme outil servant à la communication

[4] USAID ESHE I 1995-2003, ESHE II 2003-2008
[5] USAID, 2003-2006
[6] USAID, 2008-2016

et à consigner les informations. La FCD est le pivot même du programme, utilisée dans toutes les formations pour les agents de santé, les animateurs communautaires et les superviseurs. Les animateurs communautaires étaient également engagés pour susciter l'enthousiasme pour la nouvelle FCD.

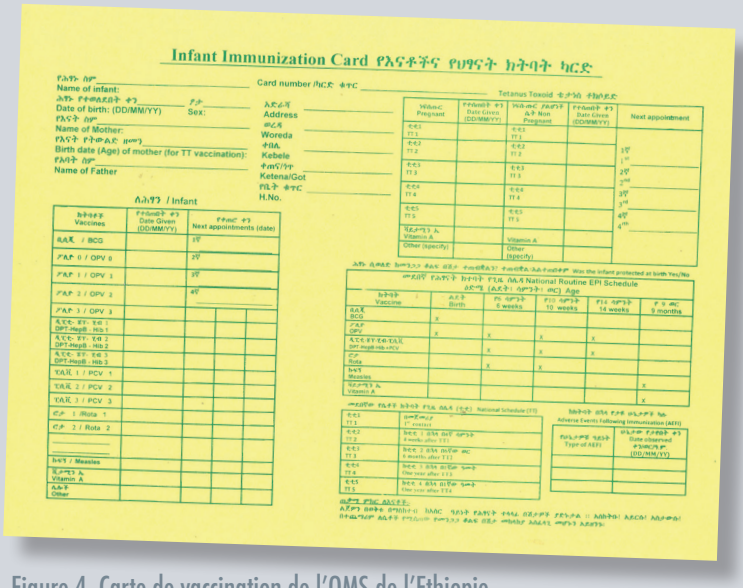



Figure 4. Carte de vaccination de l'OMS de l'Ethiopie.

Bien que la nouvelle FCD ait été introduite, testée et diffusée par les projets financés par l'USAID dans leurs régions, la carte de vaccination de l'OMS (carte jaune, Figure 4) a continué d'être utilisée en plus de la nouvelle FCD (qui fonctionnait davantage comme un outil de communication qu'un carnet de vaccination). En outre, nos informants clés pensaient que la FCD n'était probablement pas utilisée fréquemment par les familles éthiopiennes car celles-ci ne comprenaient pas comment la naviguer. Actuellement, Health Development Army (HDA) commence à distribuer la FCD intégrée aux femmes enceintes en leur expliquant comment l'utiliser, à elles et à leur famille, mais cela n'est pas fait uniformément dans le pays. Les agents d'extension sanitaire et HDA ont besoin d'orientation et de directives supplémentaires pour qu'ils insistent sur l'utilisation de la FCD avec les familles. Les établissements de santé ne demandent pas à voir la FCD ou n'y consignent pas les informations demandées, ce qui diminue la valeur qu'on lui accorde. Sans soutien du niveau régional, notamment formation et application pratique, les agents d'extension sanitaire risquent de ne pas reconnaître l'importance de ce nouvel outil. En plus, un registre familial séparé est en train d'être mis en au point pour les établissements de santé (avec notamment suivi vaccinal), et il risque donc d'avoir une déconnexion entre le carnet de vaccination qui est gardé dans l'établissement de santé et la FCD que les parents gardent avec eux aux fins de référence (surtout pour les éleveurs, les populations mobiles qui se rendent dans différents établissements de santé et pour les enquêtes).

**Utilisée à des fins de communication, la nouvelle version n'a pas remplacé l'ancienne carte de vaccination de l'OMS comme outil de suivi vaccinal.**

La nouvelle fiche n'a pas pu prendre la place de la carte de vaccination traditionnelle de l'OMS car elle manquait de défenseurs à un niveau plus élevé qui auraient plu plaider pour l'adoption de la FCD. La nouvelle "FCD" a été imprimée par des projets comme le Projet Last Ten kilometers (L10K)et le Programme intégré de santé familiale (IFHP) mais comme la carte de vaccination traditionnelle de l'OMS continue également à être utilisée pour le suivi des données, les agents de santé remplissent rarement le calendrier de vaccination dans la FCD et, par conséquent, la nouvelle FCD est utilisée simplement comme un outil de communication pour HDA (Figure 5). Lors de mises à jour récentes de la FCD, le calendrier de vaccination a été remplacé par une liste de l'âge auquel l'enfant doit être vacciné sans mention des antigènes ni espace pour noter les vaccinations.

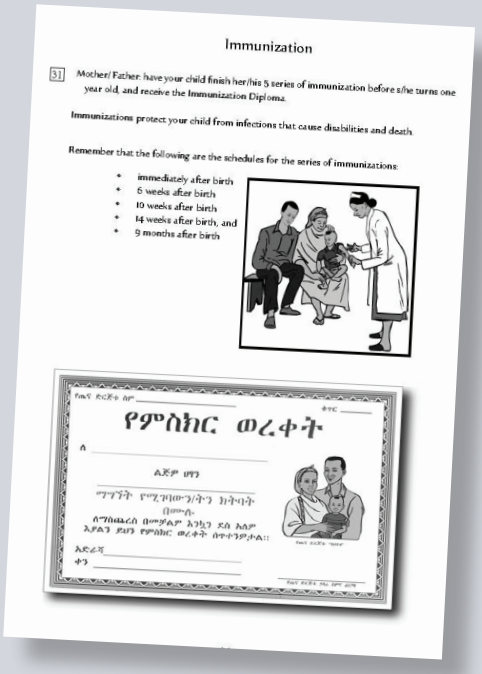



Figure 5. EPage de la FCD de l'Ethiopie montrant le diplôme de vaccination et les messages clés.

Un financement irrégulier et instable a également entravé les chances de succès des FCD révisées en Ethiopie. Les projets financés par les donateurs ont pris en charge les frais d'impression et de distribution de la FCD dans les régions où ils interviennent et l'UNICEF a distribué des cartes dans le restant du pays.

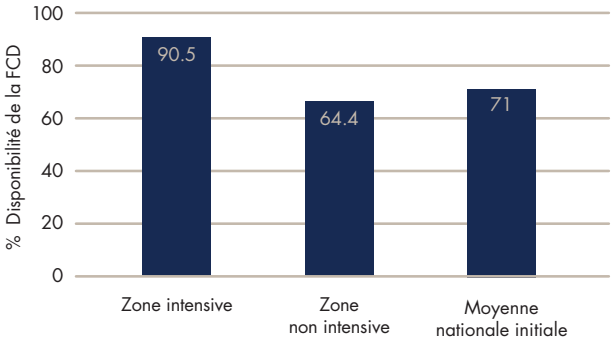
# MESURER L'IMPACT DE LA NOUVELLE CONCEPTION ET DE LA DIFFUSION

La plupart des pays n'ont pas insisté suffisamment sur la connaissance de l'impact de la nouvelle conception de la F CD malgré l'importance des données de ces fiches dans les enquêtes. Les projets qui ont concouru à la nouvelle conception ont comparé la rétention avant et après la nouvelle FCD comme mesure de réussite. Cependant, les nouvelles conceptions s'inscrivaient dans un paquet plus général d'interventions et il s'est donc avéré difficile de mesurer le véritable impact de la nouvelle FCD sur la couverture vaccinale, séparément des autres interventions.

**Tableau 1.**

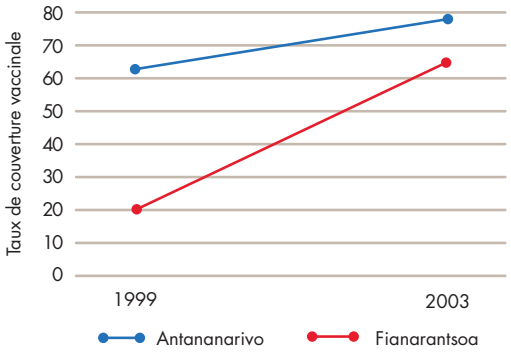
| | Antananarivo | |
|---|---|---|
| | Intervention | Non intervention |
| Plus susceptible d'être entièrement vacciné à l'âge d'un an | 88 | 36 |
| Couverture BCG | 96 | 73 |
| Couverture DTC1 | 96 | 74 |
| Avait une FCD | 56 | 10 |

**Figure 6. Disponibilité de la FCD à Madagascar. BASICS 1998.**




A Madagascar, une enquête dans deux districts de BASICS en 1998[7] a indiqué une disponibilité de la FCD de 90,5% (hautement significatif à p<0,000001) dans la zone intensive alors que les zones non-intensives comptaient une diminution non-significative passant à une couverture de 64,4% par rapport à la moyenne initiale du pays de 71% (Figure 6). D'après les chiffres de ces districts et grâce à la stratégie globale de santé maternelle et infantile mise en œuvre dès 1998 par le projet Jereo Salama Isika de l'USAID, la FCD révisée a probablement été un facteur contribuant à l'accroissement des taux de couverture vaccinale dans les deux provinces[8]. Un manuscrit non publié mettant en exergue les résultats de Jereo Salama Isika atteste également d'un accroissement dans la couverture vaccinale de 1999 à 2003 dans dix districts d'Antananarivo et Fianarantsoa. Tel que l'illustre la Figure 7, les comparaisons dans le temps des taux de vaccination de l'EDS dans chaque province indiquent un changement significatif dans la proportion d'enfants âgés de 12-23 mois qui étaient entièrement vaccinés au moment de l'enquête (de 63% à 76% à Antananarivo et de 19% à 65% à Fianarantsoa)[9].

**Figure 7. Augmentation dans les taux de couverture vaccinale dans dix districts d'Antananarivo et de Fianarantsoa. Jereo Salama Isika de l'USAID.**




Source: EDS (échantillonnage spécifique dans 10 districts)

Concernant spécifiquement la rétention de la carte, la disponibilité de la FCD était plus élevée dans les zones d'intervention que dans les zones de non-intervention dans les deux régions (voir Tableau 1). Parmi les enfants âgés de 12-23 mois enquêtés, 56% de ceux dans la zones d'intervention à Antananarivo avaient une FCD, comparé à juste 10% dans les zones de non-intervention. A Fianarantsoa, 31% avaient une FCD dans les zones d'intervention, comparé à 22% dans les zones de non-intervention.

Dans les deux régions, les données de l'EDS de 2003 ont montré que plus de 90% des enfants âgés de 12-23 mois dans les zones d'interventions avaient reçu les vaccins BCG et DTC1 alors qu'environ 75% des enfants avaient reçu le BCG et que 77% des enfants avaient reçu le DTC1 dans les zones de non-intervention. Si l'on compare aux enfants vivant dans les zones de

[7] Household Survey on Health and Nutritional Status of Children, Antsirabe II & Fianarantsoa II, September 1998.
[8] Note: L'enquête a été réalisée en coordination avec l'EDS pour recouper l'échantillon dans les zones d'intervention mais l'analyse de cette enquête sur la couverture n'a pas tenu compte des différences éventuelles entre les populations qui pourraient interférer/influencer la relation observée et l'impact sur la couverture vaccinale.
[9] Données initiales régionales de l'EDS de 1997 et données finales de l'EDS de 2003, avec des échantillons de zones d'intervention séparées.

**Une étude de 2004 dans le cadre du projet LINKAGES dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa à Madagascar a également montré de nettes avancées dans la couverture vaccinale.**

non-intervention, un plus grand nombre d'enfants avaient également reçu la troisième dose des vaccins DTC et antipoliomyélitique dans les zones d'intervention des deux régions. Tel que le montre la Figure 8, à Antananarivo, la couverture du BCG était plus élevée de 23 points de pourcentage (96% contre 73%) dans la zone d'intervention et le DTC1 était de 22 points de pourcentage (96% contre 74% pour la carte et le rappel) plus élevé que dans les zones de non-intervention. A Fianarantsoa, la couverture du BCG était de 15 points de pourcentage plus élevée que dans la zone d'intervention et pour le DTC1 plus élevée de 11 points de pourcentage.

Une étude de 2004 dans le cadre du projet LINKAGES dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa à Madagascar a également montré de nettes avancées dans la couverture vaccinale. Tel que le montre la Figure 8, le taux initial de nourrissons en 2000 entièrement vaccinés (enfant recevant le BCG, trois doses de DTC et polio et vaccins contre la rougeole) n'était que 55% alors que le taux initial de couverture vaccinale du BCG était de 92%, mais seulement 57% ont été vaccinés contre la rougeole. Les enquêtes annuelles sur les progrès faites par le projet en 2001, 2002 et en 2004 indiquent que la couverture vaccinale complète des enfants de 12 à 23 mois dans les provinces a augmenté chaque année de 87%, 88% à 91%[10], respectivement. Le taux d'abandon (BCG-MCV) à l'enquête initiale était de 40% et les résultats RAP 2004 ont montré que le taux d'abandon a été réduit au pourcentage très faible de 5% (à partir de 10%) en 2002.

**Figure 8. Couverture vaccinale des enfants (12-23 mois).**

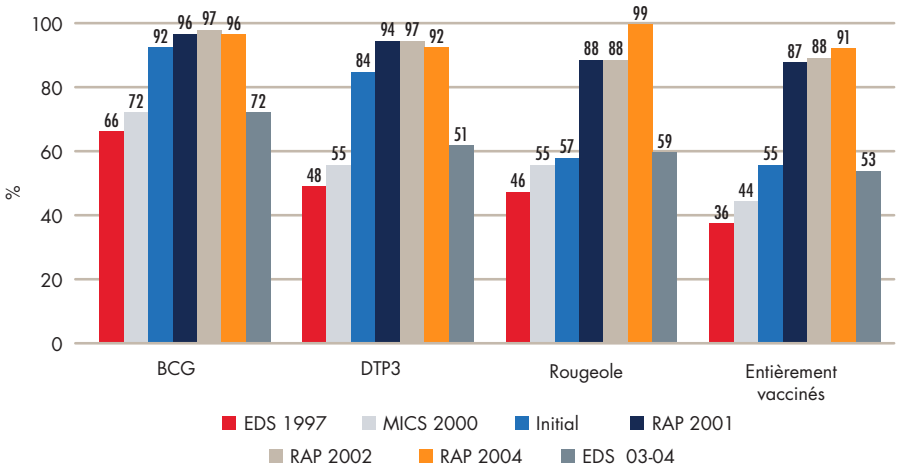
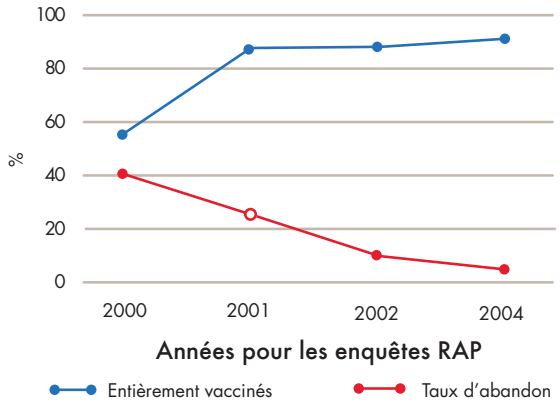



**Figure 9. Améliorations dans la couverture vaccinale à Antananarivo et Fianarantsoa. Etude RAP de LINKAGES.**




En Ethiopie, une évaluation communautaire dans les woredas ciblés par ESHE a constaté que la disponibilité des cartes de vaccination avait augmenté, passant de 31% au moment de l'enquête initiale ESHE (2004) à 54% lors de l'évaluation communautaire de 2006[11]. Dans l'Amhara, l'accès aux services de vaccination défini par le DTC 1, a augmenté de manière signification, passant de 63% à 84% ($p<0,05$). Le taux d'abandon entre le DTC 1 et le DTC 3 a nettement diminué, entre l'enquête initiale et l'évaluation communautaire (22% à 13%). De même, dans la zone SNNP, l'accès aux services de vaccination est passé à 93% comparé à 66% et le pourcentage d'enfants entièrement vaccinés est passé de 38% à 54%. Le taux d'abandon entre le DTC 1 et le DTC3 a également diminué de manière significative par rapport au taux initial, diminuant de 29% à 12% dans les zones du projet.

[10] "Assessing a Behavior Change Strategy for The Essential Nutrition Actions, Immunization and Family Planning — Antananarivo and Fianarantsoa Provinces, Madagascar." RAP 2004 Final Report.
[11] Evaluation communautaire dans des Woredas choisis ESHE dans les régions de l'Amhara, Oromia & SNNP, Ethiopie, Projets USAID, ESHE et LINKAGES, juin 2006.

# LEÇONS RETENUES DE CES EXPÉRIENCES DE NOUVELLES CONCEPTIONS DE FCD

## Engagement des parties concernées

L'une des leçons les plus importantes qui ressort des expériences malgaches et éthiopiennes concerne l'engagement actif des diverses parties prenantes dans le processus de nouvelle conception ou révision. Une équipe IEC sert à coordonner et à diriger le processus et devrait regrouper les nombreuses différentes organisations ainsi que le concepteur. Cette équipe sera chargée de diriger la formulation des messages et la nouvelle présentation des fiches. Si la nouvelle FCD sera intégrée, il est également important d'inclure une personne de chaque domaine programmatique (par exemple, vaccinations, nutrition, santé infantile, etc.) pour obtenir rapidement les approbations. Egalement important de tenir compte dès le départ du point de vue des utilisateurs finals, puis de les consulter tout du long pour s'assurer qu'on tienne compte de leur expérience d'utilisation de la FCD.

Les activités de plaidoyer sont également nécessaires à tous les niveaux du système pour assurer l'utilisation réussie de la FCD révisée et vérifier qu'elle puisse être maintenue grâce à un financement suffisant au-delà de l'impression finale.

### PARTIES PRENANTES CLÉS ENGAGÉES DANS LA NOUVELLE CONCEPTION

- Utilisateurs finals: Agents de santé, parents et aidants, et système de santé
- PEV et autres programmes (SMI) avec des sections dans la FCD
- UNICEF, OMS et autres p artenaires (USAID et autres donateurs)
- Ministère des finances
- Concepteur graphique
- Graphic Designer

## Nouvelle conception - Artistes et éléments à envisager

### ÉLÉMENTS À ENVISAGER DANS LA NOUVELLE CONCEPTION

- Concepteur professionnel
- Conception et format simples
- Uniquement des illustrations significatives pour les utilisateurs
- Uniquement des informations clés qui peuvent être consignées et suivies
- Test de la FCD auprès de divers groupes d'utilisateurs avant la finalisation

Les divers informants clés ont fait savoir qu'un concepteur compétent et professionnel était essentiel pour la nouvelle conception de la FCD. Plusieurs personnes ont noté que cela valait la peine de dépenser un peu plus et de recruter un artiste qui peut créer une conception simple et claire et qui suivra la démarche entière des tests et révisions jusqu'au choix de la conception finale. Un concepteur habile saura également intégrer et organiser visuellement une grande quantité d'information dans une présentation facile à manier.

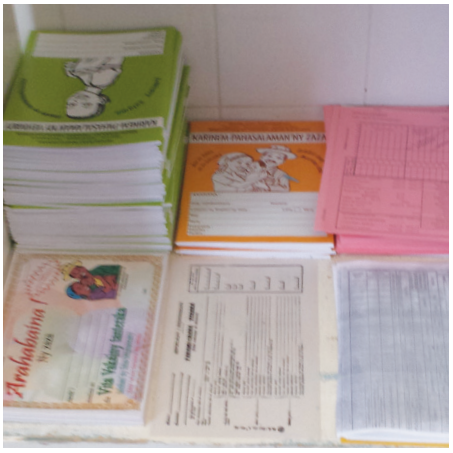
D'un côté, concepteur talentueux et d'un autre côté, garder le plus simple possible la conception en utilisant moins de cases et en supprimant l'information non essentielle (ou encore en plaçant tout autre contenu moins utilisé dans les dernières pages du carnet). Le contenu existant doit être revu pour déterminer s'il est essentiel ou s'il peut être supprimé ou transféré à d'autres matériels de communication pour le changement de comportement (CCC) ou autres outils de compte rendu[12].. La conception doit être adaptée aux besoins des

[12] Par exemple des courbes de croissance séparées pour les garçons et filles figurent à présent dans la FCD de Madagascar mais les couleurs et les pages supplémentaires ont augmenté les frais de production des fiches, et les tableaux des FCD ne sont pas remplis par le personnel de santé. En plus, des ruptures de stock ont été signalées en 2014 et 2015. L'enquête sur la couverture vaccinale de 2013 indique une disponibilité de seulement 55% des fiches à l'échelle nationale (comparée à >70% de l'enquête sur la couverture vaccinale 2008).

divers utilisateurs en voyant comment les agents de santé notent l'information et comment d'autres groupes utilisent la fiche pour prendre des décisions. D'autres informations comprises auparavant ne sont pas probablement pas aussi importantes (ou nécessitent des agents plus formés pour consigner ces données) et il faut rester strict et économe quant à ce qu'on va garder dans la nouvelle FCD, surtout pour contrôler les frais de production. Une bonne conception repose sur une réflexion logique, avec des indices visuels et des aide-mémoire pour rappeler aux mères quand elles doivent revenir pour la prochaine visite. Un bon spécialiste de la communication saura déterminer le contenu essentiel à garder et ce qui peut être omis ou déplacé à une autre section.

Les images sont fort utiles pour communiquer et viser un public moins éduqué avec des messages ciblés. Par ailleurs, elles rendent les FCD plus attrayantes et plus utiles pour toute une gamme d'utilisateurs. A l'instar de la conception, les illustrations doivent rester simples et ne doivent pas surcharger la fiche. Mieux vaut les garder pour la page de couverture et pour stimuler l'action. Les photographies sont une autre possibilité mais probablement auront le même impact que les images qui ont l'avantage d'être plus génériques et plus acceptables pour atteindre un vaste public de cultures diversifiées. Toute image qui sera utilisée doit faire l'objet d'un test avant de finaliser la nouvelle conception pour vérifier que tous les utilisateurs la reconnaissent et la comprennent.

# Importance des cartes dans le cadre d'une stratégie de communication



Plusieurs outils utilisés à Madagascar dont le carnet de santé infantile et maternelle, le diplôme de vaccination, l'échéancier et autres fiches de suivi.

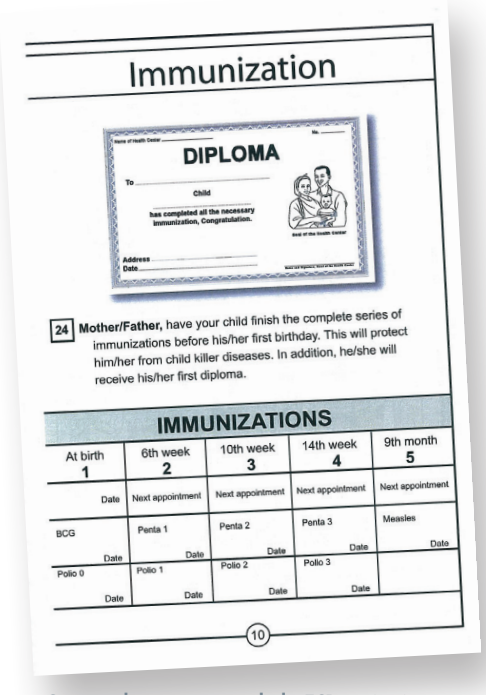
Madagascar et Ethiopie ont insisté sur l'aspect communication de la FCD en concevant une fiche qui peut être utilisée par le système de santé pour le suivi et aussi pour faciliter le travail des animateurs sanitaires ainsi que pour éduquer les parents. Aussi, la FCD non seulement sert-elle d'outil pour le personnel de santé et les familles mais c'est aussi le support de la stratégie de communication intégrale dans le cadre de laquelle la FCD fait partie d'un paquet de matériel de référence destiné aux agents de santé, mobilisateurs communautaires et éducateurs. (voir image qui montre plusieurs outils utilisés à Madagascar : les cartes de santé maternelle et infantile, le diplôme de vaccination, les échéanciers et autres fiches de suivi). Aussi, le rôle de la FCD, conçue au départ pour la vaccination et d'autres services de santé reçus par l'enfant, s'est-il élargi et sert à d'autres objectifs, par exemple comme outil de communication pour le changement de comportement. Dans bien des cas, c'est telle ou telle intervention ou élément d'une stratégie de communication plus générale qui a motivé la nouvelle conception de la FCD. Toutefois, il est également important de se rappeler l'utilisation quotidienne de la FCD pour garder trace des vaccinations et autres services (voir Stratégie d'IEC de Madagascar en Annexe I).

Aussi bien à Madagascar qu'en Ethiopie, la nouvelle FCD a été introduite dans le cadre d'une intervention plus générale prévoyant également un diplôme que reçoivent les familles quand l'enfant est entièrement vacciné. Dans les deux pays, ce diplôme s'est avéré un outil efficace pour encourager les parents à continuer de venir aux services de vaccination et de santé infantile puisqu'ils savaient qu'ils allaient recevoir le diplôme une fois les enfants entièrement vaccinés (lors du contact pour la rougeole) avant l'âge d'un an. ESHE a fait une évaluation communautaire dans ses woredas ciblés dans le SNNP en Ethiopie, en juin 2006, notamment une évaluation de l'impact du diplôme sur les comportements avec des familles modèles. Les comportements dans les familles qui avaient reçu publiquement le diplôme imprimé étaient plus susceptibles d'être maintenus 6 à 12 mois après. Mais, même avec cette mesure de succès, le projet a décidé de ne pas continuer à imprimer le diplôme car il était difficile d'assurer sa disponibilité au niveau du poste de santé. Lors d'une enquête sur la couverture en 2008 à Madagascar, environ 46% des enfants enquêtés avaient un diplôme. Ce diplôme continue à être utilisé dans le pays mais son impression et sa distribution ne sont pas assurées à échelle nationale.

# Pérennisation des cartes

La logistique et l'impression des cartes et matériel de CCC sont toujours un problème, tel qu'en témoignent les exemples des deux pays. En effet, si l'UNICEF ou d'autres bailleurs de fonds arrêtent d'imprimer les cartes ou autre matériel, certaines parties du pays auront des ruptures de stock qui peuvent durer des mois ou même des années (tel que c'est le cas de manière intermittente depuis 2011 dans certaines parties de Madagascar). Le manque d'assurance d'un financement, à plus long terme, pour l'impression et la diffusion est un autre obstacle entravant la réussite. Le financement des FCD est irrégulier et dépend souvent de l'UNICEF, de Gavi ou de projets particuliers (tel que les projets financés par l'USAID dans certaines régions). En outre, c'est bien souvent le service du PEV qui doit prendre les rênes en main et assurer l'impression et la distribution alors que les autres éléments intégrés dans la FCD ont augmenté sa taille et ses coûts, éléments pour lesquels d'autres services du MS devraient également se responsabiliser et cofinancer.

**Un financement irrégulier et instable a également entravé les chances de succès des FCD.**




Section de vaccination de la FCD intégrée en Ethiopie.

Ces dernières années, un grand nombre de pays ont opté pour la carte de santé infantile intégrée plutôt que de multiples cartes pour différents programmes. D'autres documents13 ont documenté les avantages de la carte intégrée. Par ailleurs, nos informants clés ont également partagé certains des défis que présente une carte intégrée. Par exemple, l'immunisation risque de se perdre dans une carte intégrée plus grande et les révisions tardent (pour l'inclusion de nouveaux vaccins ou s'il faut de multiples approbations ou encore l'alignement de domaines de programmes). Tel semblerait bien le cas en Ethiopie où seule une demie page est consacrée à présent à la vaccination et où il n'y pas de place pour les agents de santé pour noter les dates de chaque antigène (PCV, rotavirus, etc.) que l'enfant a reçu.

Si des changements sont portés à une FCD intégrée, chaque programme comptant une section dans la carte devra revoir et approuver ces changements. Cela occasionne souvent de nombreux retards au niveau de l'approbation et de la distribution des nouvelles conceptions, surtout si l'équipe IEC ou de survie de l'enfant (comme nous l'avons souligné auparavant) ne dirige pas ou ne coordonne pas solidement ce processus en envisageant, dans les meilleurs délais, les besoins de chaque programme. Par exemple, les programmes de vaccination nécessitent une FCD pour chaque enfant dans la cohorte de naissances et pour chaque vaccination administré, et tout retard dans la production pose le risque que certains antigènes ne soient pas notés et/ou que les cartes ne soient pas tenues à jour. Les changements dans les courbes de croissante et l'introduction de cartes distinctes pour les garçons et les filles engendrent leurs propres complications (comme nous l'avons noté auparavant pour Madagascar) car cela augmente les coûts (pages et couleurs) et l'utilisation de ces sections n'est pas suivie judicieusement. En outre, si la FCD est intégrée avec de multiples pages et couleurs, alors chaque programme qui prend part dans le contenu doit assumer régulièrement sa part dans les frais de production et de diffusion, et suivre la disponibilité et l'utilisation de la FCD pour éviter les ruptures de stock et garantir qu'elles sont disponibles pour chaque nouvelle cohorte de naissances.

**Une planification préalable et l'obtention d'un financement régulier pour l'impression et la distribution à long terme sont essentiels lors de la révision de la FCD. Sans ces ressources, pas de réussite pour la FCD, aussi bonne que soit sa conception.**

# Récapitulatif des leçons retenues

Plusieurs leçons importantes ressortent des entretiens avec les informants clés qui ont participé à la présente étude de cas concernant la conception de nouvelles FCD à Madagascar, en Ethiopie et dans d'autres pays ces 15 à 20 dernières années. Ce qu'ils ont tous dit, d'un commun accord, c'est qu'une nouvelle conception de la fiche ne suffit pas à assurer sa disponibilité et son utilisation. Moult autres facteurs entrent en ligne de compte dans une conception et diffusion réussie : 1) vérifier que les cartes sont imprimées pour assurer un stock suffisant dans le long terme; 2) prendre les arrangements nécessaires pour la distribution aux districts et ensuite aux établissements de santé et finalement aux animateurs sanitaires et aux familles; 3) dispenser une formation montrant pourquoi les cartes sont un outil important; et 4) organiser des réunions de suivi et déployer une supervision formative pour insister sur l'utilisation des cartes. Autant d'éléments qui demande un engagement ferme et continu du MS et souvent aussi le soutien d'autres partenaires.

### ÉLÉMENTS ESSENTIELS À ENVISAGER LORS DE LA NOUVELLE CONCEPTION DE LA FCD

- Ministère comme champion
- Stratégie de CCC accompagnant la nouvelle conception et diffusion
- Calendrier adopté pour mise à jour, finalisation et pour assurer impression et diffusion - y compris financement à long terme
- Stratégie de logistique pour la diffusion et le suivi de la distribution des fiches et niveaux de stock

Il est tout aussi important de limiter et de simplifier les messages inclus, car les familles risquent d'être submergées par le nombre d'actions sanitaires qu'elles sont supposées prendre et les animateurs sanitaires doivent recevoir des directives sur la manière d'utiliser la FCD. Les meilleures fiches sont celles qui sont arrivées au juste équilibre entre les messages pour le changement de comportement et la consignation des services reçus. Certaines FCD, comme c'est le cas actuellement en Ethiopie, sont utilisées essentiellement pour la communication alors que d'autres servent uniquement à garder trace des services de santé. En combinant ces deux plans, la FCD remet l'information à la famille et permet à l'agent de santé de consigner les services fournis.

### RESSOURCES POUR LA NOUVELLE CONCEPTION D'UNE FICHE CONSERVÉE À DOMICILE

Guide pratique pour la conception, l'utilisation et la promotion des fiches conservées à domicile, Organisation mondiale pour la Santé, juin 2015

Records for Life, Fondation Bill & Melinda Gates, 2014

Qu'avons-nous constaté par rapport aux éléments de conception? D'abord que les parents pourraient naviguer facilement dans la FCD et comprendre aisément son contenu, peut-être à l'aide de code de couleurs pour chaque section et utilisation de graphiques et d'images acceptables. Ensuite, la conception doit aussi être simple pour que les animateurs sanitaires et les agents de santé puissent se référer facilement à la fiche et la remplir sans difficulté. Enfin lorsqu'on conçoit une nouvelle carte ou qu'on ajoute du contenu à une carte existante, il est important de prendre les dispositions pour le financement du suivi et de l'évaluation de la disponibilité et de l'utilisation. C'est une responsabilité qui doit être partagée par tous les programmes du MS qui ont un contenu dans la FCD.

L'information sur laquelle reposent ces études de cas a été recueillie lors d'une série d'entretiens, réalisés par Lora Shimp et Kirstin Krudwig, JSI Research & Training Institute, Inc., avec des contacts clés (figurant sur la liste ci-après avec leurs affiliations). La recherche a également fait une revue des rapports, articles et autres matériels publiés ou produit lors de la période pendant laquelle les FCD ont été révisés. Les auteurs souhaitent remercier ces personnes pour leur temps et accès à leurs fichiers et documents, en faisant une mention spéciale du personnel de Madagascar et des collègues du Ministère de la Santé ainsi que des communautés qui ont collaboré à ces projets.

### LISTE DES ENTREVUES

Mary Carnell, JSI, Jereo Salama Isika Project & ESHE II
Agnes Guyon, JSI, LINKAGES
Peter Gottert, formerly AED, worked on various projects in Madagascar and Ethiopia
Brian Mulligan, JSI, ESHE II
Alban Ramiandrisoa Ratsivalaka, Malagasy graphic designer
Wuleta Betemariam, JSI L10K Project
Kassahun Mitiku, JSI L10K Project
Jaures Rabemanantena, Jereo Salama Isika and IMMUNIZATIONbasics
Josoa Ralaivo, Jereo Salama Isika and SanteNet

# RECOMMANDATIONS ET RÉSULTATS CLÉS

## Conception et processus

- L'engagement de l'utilisateur final fait partie intégrante de la mise au point d'une FCD. L'expérience malgache nous montre notamment que les familles et les communautés peuvent être engagées par le biais de petites actions réalisables qui ont été mentionnées dans la FCD aux fins de référence pour la famille et les agents de santé.
- Lorsqu'on envisage une nouvelle conception de la FCD, il est vivement recommandé de recruter un concepteur graphique professionnel et talentueux qui saura créer une conception simple et claire et appliquer les étapes de test et de révision jusqu'au choix d'une conception finale.
- La FCD doit comporter des illustrations simples et attrayantes que reconnaissent aisément tous les utilisateurs, surtout pour apporter des messages ciblés aux groupes faiblement alphabétisés.
- Il faut prévoir suffisamment de temps pour faire la transition d'une ancienne FCD à la nouvelle version - y compris le temps pour la gestion de stock, la disponibilité et pour que les utilisateurs se familiarisent avec les changements.

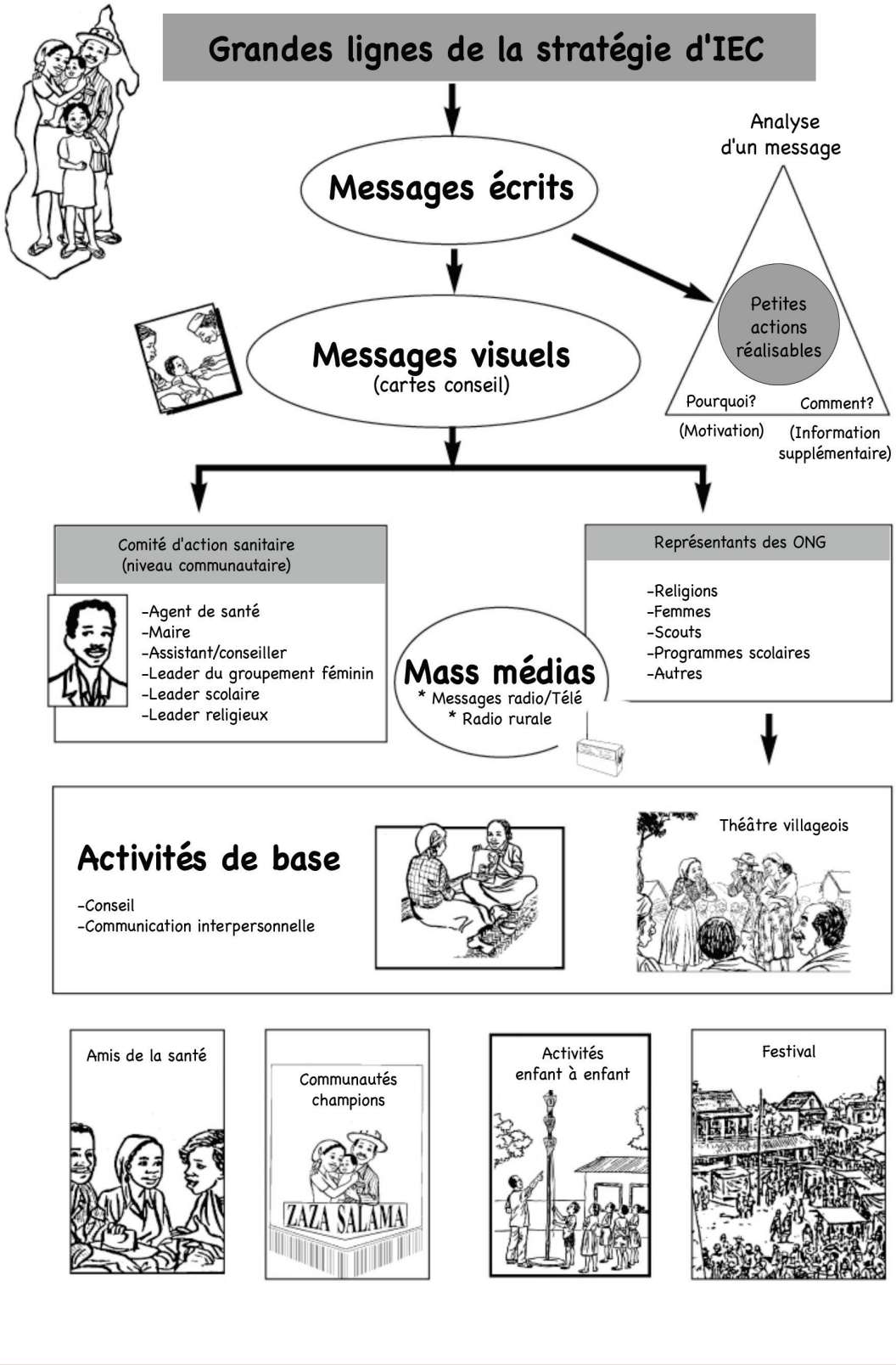
## Financement, disponibilité et utilisation

- Une bonne coordination entre les différents services du MS (vaccination, santé infantile, nutrition et planification familiale) est nécessaire pour assurer la disponibilité des FCD.
- Une source de financement durable est indispensable pour soutenir l'impression et la diffusion des cartes. En plus du PEV, les autres services du MS doivent également être responsables et cofinancer.
- Un plaidoyer s'avère nécessaire à tous les niveaux du système pour assurer la mise à jour continue de la FCD nouvellement conçue.
- Engager les animateurs communautaires pour renforcer l'utilisation de ces outils : Les agents d'extension communautaire en Ethiopie et les animateurs communautaires à Madagascar ont pris le rôle de familles modèles et utilisateurs démontrés au sein de leur communauté.
- Envisager et inclure, le cas échéant, une orientation et des directives supplémentaires (lors de la formation, du suivi et de la supervision) à l'intention des agents de santé pour souligner l'utilisation de la FCD avec les familles et les aider à reconnaître l'importance de de cet outil.

## Enseignement acquis

- En Ethiopie, c'est le souhait d'un carnet de vaccination simple que les agents de santé, les animateurs communautaires et les parents peuvent utiliser et comprendre facilement qui était le moteur des deux nouvelles conceptions.
- En Ethiopie, c'est la responsabilisation de la part du Ministère de la Santé et son appropriation du processus qui a aidé à maintenir le contrôle de la version de la carte.
- A Madagascar, c'est la campagne publicitaire qui a permis d'introduire la nouvelle fiche et qui a assuré l'acceptation et l'utilisation au sein de la communauté.
- A Madagascar et en Ethiopie, le diplôme pour la série achevée de vaccination s'est avéré un outil efficace incitant les parents à continuer à venir aux services de vaccination et de santé infantile.
- Les FCD s'accompagnent de leurs propres exigences que ne connaissent pas seules les cartes de vaccination. En effet, s'il faut porter des changements aux fiches intégrées, cela prend plus longtemps car il faut obtenir l'approbation de multiples programmes. La vaccination risque également d'être perdue dans une fiche intégrée plus large. En plus, tout le contenu de la fiche intégrée n'est pas toujours suivi pour vérifier qu'elle est remplie et utilisée correctement et cela risque d'augmenter les frais d'impression pour l'information qui n'est pas collectée.
- Les FCD à Madagascar et en Ethiopie sont un élément fondamental d'une stratégie de communication intégrée.

# Annex I: Stratégie d'IEC à Madagascar






1616 N. Fort Myer Drive, 16th Floor

Rosslyn, VA 22209-3110

Phone: 1.703.528.7474

Fax: 1.703.528.7480

www.jsi.com/immunization