

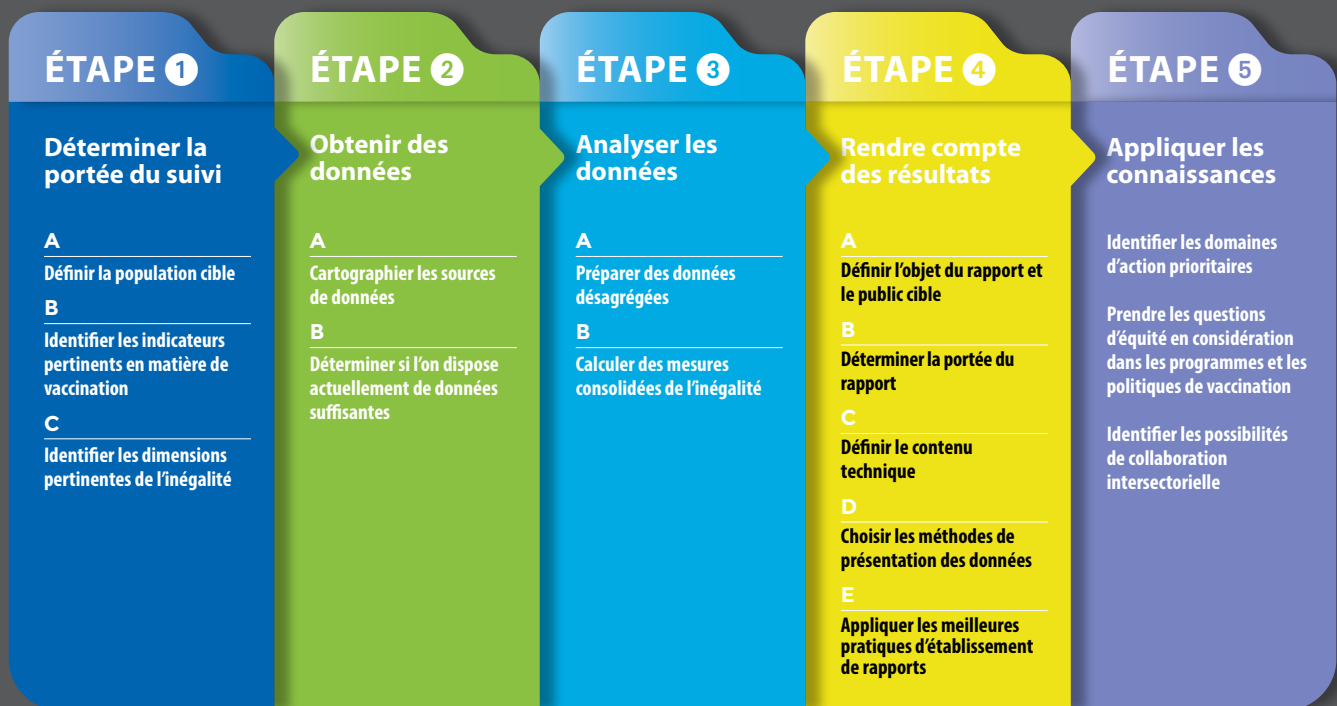
SUIVI DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE VACCINATION

MANUEL PRATIQUE



Organisation
mondiale de la Santé

Logigramme de suivi de l'inégalité en matière de vaccination



SUIVI DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE VACCINATION MANUEL PRATIQUE

Suivi des inégalités en matière de vaccination : manuel pratique [Inequality monitoring in immunization: a step-by-step manual]

ISBN 978-92-4-002231-7 (version électronique)

ISBN 978-92-4-002232-4 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé 2021**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Suivi des inégalités en matière de vaccination : manuel pratique [Inequality monitoring in immunization: a step-by-step manual]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page par L'IV Com Sàrl

Table des matières

Avant-propos	v
Remerciements	vi
Abréviations et acronymes	vii
Introduction	1
À propos de ce manuel	4
Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination	5
ÉTAPE 1 Déterminer la portée du suivi	9
Vue d'ensemble	11
A. Définir la population cible	12
B. Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination	13
C. Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité	15
ÉTAPE 2 Obtenir des données	17
Vue d'ensemble	19
A. Cartographier les sources de données	20
B. Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes	23
ÉTAPE 3 Analyser les données	25
Vue d'ensemble	27
A. Préparer des données désagrégées	28
B. Calculer des mesures consolidées de l'inégalité	31
ÉTAPE 4 Rendre compte des résultats	35
Vue d'ensemble	37
A. Définir l'objet du rapport et le public cible	38
B. Déterminer la portée du rapport	39
C. Définir le contenu technique du rapport	41
D. Choisir les méthodes de présentation des données	42
E. Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports	46
ÉTAPE 5 Appliquer les connaissances	49
Vue d'ensemble	51
Identifier les domaines d'action prioritaires	52
Prendre les questions d'équité en considération dans les programmes et les politiques de vaccination	53
Identifier les possibilités de collaboration intersectorielle	55

Appendice 1. Ressources supplémentaires.	59
Appendice 2. Cadre de suivi, d'évaluation et d'examen	61
Appendice 3. Double désagrégation	62
Appendice 4. Sources de données pour la couverture vaccinale	63
Appendice 5. Faire face au manque d'accessibilité des données	66
Appendice 6. Mesures complexes de l'inégalité	67
Appendice 7. Analyse de régression multiple et vulnérabilité aggravée	69
Appendice 8. Étude de cas : signaler les inégalités en matière de vaccination.	70
Glossaire	71

Avant-propos

Dans le cadre du programme de développement durable à l'horizon 2030, établi par l'Organisation des Nations Unies, en vue de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge (Objectif 3), la vaccination compte parmi les indicateurs traceurs les plus efficaces pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte. L'équité est l'un des principes fondamentaux de la stratégie de vaccination, et la réduction des inégalités fait partie intégrante des cibles et des objectifs fixés. On s'emploie actuellement à réduire les inégalités rapidement et à atteindre les populations les plus difficiles d'accès, notamment les pauvres en milieu urbain, ceux qui vivent dans des zones de conflit et dans des régions rurales reculées, ou ceux qui sont marginalisés. Il devient essentiel de disposer d'un système de surveillance et de suivi rigoureux, expressément axé sur la ventilation des données, afin d'atteindre les objectifs de développement durable de l'ONU en matière de santé ainsi que les cibles du treizième programme général de travail (treizième PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS continue de mettre en évidence et de renforcer les capacités des pays pour suivre les inégalités. Le rapport intitulé *The State of inequality: childhood immunization* (L'état des inégalités : la vaccination des enfants) et publié en 2016, présente une analyse des données d'enquête de 69 pays à revenu faible ou intermédiaire, au moyen de visuels interactifs qui illustrent les inégalités socioéconomiques, démographiques et géographiques. La même année, l'OMS a lancé l'outil d'évaluation de l'équité en santé (Health Equity Assessment Toolkit (HEAT)), qui permet d'analyser les données sur la vaccination (et d'autres questions de santé) et de les comparer à l'interne et entre les pays. En 2017, l'Organisation a publié un manuel intitulé *National health inequality monitoring: a step-by-step manual* (Suivi des inégalités de santé au niveau national : manuel pratique), qui présente à l'intention des autorités nationales les étapes générales à suivre pour observer les inégalités de santé. En appliquant les mesures énoncées dans ce manuel, l'OMS et les parties prenantes indonésiennes ont collaboré à la publication d'un rapport intitulé *The State of health inequality: Indonesia* (L'état des inégalités de santé en Indonésie), qui quantifie les inégalités de santé dans 11 domaines, dont la vaccination. Par la suite, des techniques d'analyse improvisées ont été utilisées afin de déterminer dans un ensemble de 10 pays prioritaires les facteurs associés à la couverture vaccinale, lesquels ont été publiés en 2018 dans le rapport intitulé *Explorations of inequality: childhood immunization* (Analyse des inégalités : vaccination des enfants).

L'ouvrage intitulé *Suivi des inégalités en matière de vaccination : manuel pratique* s'inscrit dans le prolongement du manuel intitulé *National health inequality monitoring: a step-by-step manual* (Suivi des inégalités de santé au niveau national : manuel pratique), publié en 2017. Partant des notions de base évoquées dans le premier manuel, les mesures concrètes ont été revues dans le présent manuel afin que l'application s'en rapporte expressément au suivi des inégalités en matière de vaccination. Les directives, outils et exemples présentés ici montrent comment ces mesures peuvent être mises en œuvre pour accélérer la réalisation des cibles fixées.



Samira Asma

Sous-Directrice générale
Division Données, analyse et résultologie
Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

Ahmad Reza Hosseinpour (Responsable de l'observation de l'équité en matière de santé, Division Données, analyse et résultologie, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse) et Nicole Bergen (Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada) ont conçu et élaboré le manuel.

Les spécialistes suivants ont contribué à l'élaboration des premières versions du manuel :

Cesar Victora (Centre international pour l'équité dans la santé, Université fédérale de Pelotas, Pelotas, Brésil)

Heather Scobie (Centre pour la maîtrise et la prévention des maladies, Atlanta, États-Unis)

Molly Abbruzzese, Tove Ryman (Fondation Bill & Melinda Gates, Seattle, États-Unis)

Laura Craw, Anuradha Gupta (Gavi, l'Alliance du Vaccin, Genève, Suisse)

Nikki Gurley, Jessica Shearer (PATH, Seattle, États-Unis)

Richard Duncan, Mamadou Saliou Diallo, Ahmadu Yakubu (UNICEF, New York, États-Unis)

Niklas Danielsson (UNICEF, Genève, Suisse et Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe, Nairobi, Kenya)

Celina Hanson (Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, Amman, Jordanie)

Gunter Boussey (Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, Sénégal)

Marta Gacic-Dobo, Jan Grevendonk, Katherine Kirkby, Anne Schlotheuber et Samir Sodha (Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse)

Oscar Mujica (Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional des Amériques, Washington, États-Unis)

Roberta Pastore (Bureau régional OMS du Pacifique occidental, Manille, Philippines)

AvisAnne Julien a contribué à l'édition du document et a effectué la relecture de la version originale en anglais de ce document.

Plusieurs personnes ont revu la version française de ce document, dont Laure Dumolard (Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse), Julien Kabore et Saliyou Sanni (Bureau régional OMS de l'Afrique, Brazzaville, Congo).

Le projet a été en partie financé par Gavi, l'Alliance du Vaccin.

Abréviations et acronymes

BCG	Bacille Calmette-Guérin
DTC-HepB	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B
DTC	Vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
DTC1	Première dose de vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
DTC3	Troisième dose de vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
ERG	Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination
ESR	Enquêtes sur la santé reproductive
Gavi	Gavi, l'Alliance du Vaccin
HEAT	Outil d'évaluation de l'équité en santé
MCV	Vaccin à valence rougeole
MCV1	Première dose de vaccin à valence rougeole
MCV2	Deuxième dose de vaccin à valence rougeole
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PPAc	Plan pluriannuel complet de vaccination
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

La vaccination est une mesure sûre, efficace et économique pour prévenir les maladies et s'en préserver. L'accès universel à la vaccination permet d'assurer un meilleur état de santé à la population et d'améliorer les résultats dans divers domaines du développement. Les campagnes de vaccination des enfants ont contribué aux progrès accomplis au titre des objectifs du Millénaire pour le développement (1), et ont un rôle à jouer dans la réalisation des objectifs de développement durable (2).

Malheureusement, les avantages qu'offrent les vaccins sont répartis de manière inégale. Certains groupes de population et certaines régions où bon nombre d'enfants ne sont pas vaccinés sont plus susceptibles d'être touchés par des flambées épidémiques ou par la réapparition de maladies infectieuses. Dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, la couverture vaccinale s'est améliorée ces dernières décennies au niveau national, mais les inégalités socioéconomiques et géographiques demeurent un défi à relever. La couverture vaccinale est plus faible pour les enfants des ménages pauvres et pour ceux dont la mère a peu d'instruction ; dans beaucoup de pays, les milieux ruraux sont encore à la traîne par rapport aux milieux urbains (3). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a ainsi fait état, en 2018, des informations suivantes (4) :

- En Afghanistan, en 2015, l'enfant d'une mère adolescente sans instruction avait trois fois moins de chances de recevoir les trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) qu'un enfant d'une mère de 20 à 49 ans ayant fait des études secondaires ou supérieures ; si l'enfant de la mère adolescente faisait partie des 20 % de la population la plus pauvre, ses chances de recevoir le vaccin DTC3 étaient neuf fois moins élevées que celles de l'enfant d'une mère très instruite, âgée de 20 à 49 ans, faisant partie des 20 % les plus riches.
- Au Tchad, en 2014-2015, l'enfant d'une mère âgée de 20 à 34 ans ayant fait des études secondaires ou supérieures et appartenant à la catégorie des 20 % des ménages les plus riches avait jusqu'à 7,2 fois plus de chances de recevoir le vaccin DTC3 qu'un enfant d'une mère adolescente sans instruction, faisant partie des 20 % les plus pauvres.
- En Éthiopie, en 2016, l'enfant d'une mère âgée de 20 à 49 ans et ayant reçu un enseignement primaire, et vivant dans un foyer dirigé par un homme, avait 6,7 fois plus de chances de recevoir le vaccin DTC3 que l'enfant d'une mère adolescente sans instruction habitant dans un foyer dirigé par une femme.
- En Inde, en 2015-2016, l'enfant d'une mère de 20 à 49 ans ayant un niveau d'instruction très élevé et faisant partie des 20 % des ménages les plus riches avait 5,3 fois plus de chances de recevoir le vaccin DTC3 que l'enfant d'une mère adolescente sans instruction faisant partie des 20 % les plus pauvres.
- Au Nigéria, en 2013, l'enfant d'une mère âgée de 20 à 34 ans, très instruite, vivant dans un ménage riche de la région sud-sud, faisait partie des enfants les plus privilégiés en matière de vaccination : ses chances d'être vacciné étaient 300 fois plus élevées que celles de l'enfant d'une mère adolescente sans instruction, vivant dans un ménage pauvre de la région du Nord-Ouest.

L'équité s'inscrit comme une priorité dans l'action menée à l'échelle mondiale pour promouvoir la vaccination. L'un des principes directeurs du *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020* (PAMV), élaboré dans le cadre de la « Décennie des vaccins » est l'équité, mesurée en termes de pourcentage de districts ayant une couverture DTC3 inférieure à 80 %, et d'écart de couverture entre les quintiles de richesse les plus bas et les plus élevés (5). En 2018, seuls 39 pays ont fait état d'une couverture d'au moins 80 % dans tous les districts (6). Sous-tendu par le PAMV, *l'Agenda de la vaccination 2030 : une stratégie mondiale pour ne laisser personne pour compte* – en cours d'élaboration par l'OMS – prévoit l'avènement « d'un monde dans lequel chacun, où qu'il se trouve et

quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être » (7). Gavi, l'Alliance du Vaccin s'emploie à améliorer l'accès aux vaccins dans les pays les plus pauvres du monde, et mesure les progrès accomplis en surveillant la couverture vaccinale en fonction de la répartition géographique, de la distribution des richesses et du niveau d'instruction des mères (8). Elle a fait de l'équité une priorité de sa stratégie de haut niveau 2021-2025 (Gavi 5.0), qui vise à atteindre les groupes souvent laissés pour compte (9). Le Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination (ERG), un forum de réflexion dirigé par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates, vise expressément à accélérer les progrès en matière d'équité dans la vaccination (10). Il encourage l'amélioration des stratégies de suivi et de contrôle de l'équité en matière de vaccination, en attirant l'attention sur quatre domaines d'activité prioritaires : les zones urbaines pauvres ; les zones reculées/rurales ; les enfants touchés par les conflits ; et les inégalités et les barrières liées au genre.

Le suivi des inégalités en matière de vaccination est un volet important des efforts visant à promouvoir l'équité (Encadré 1). Les inégalités de santé sont en règle générale définies comme des écarts de santé entre des sous-groupes d'une population. À titre d'exemple, un taux de couverture de la vaccination contre la polio plus élevé dans les villes que dans les campagnes constitue une inégalité. On considère les inégalités comme inéquitables si elles sont évitables et peuvent être réduites.

Encadré 1. Promouvoir l'équité en matière de vaccination en suivant les inégalités



Bien des actions majeures menées en faveur de la vaccination défendent la notion « d'équité » – l'idée que tous bénéficient équitablement des avantages de la vaccination, indépendamment de l'endroit où ils vivent, des conditions qui les entourent et des caractéristiques personnelles ou familiales telles que l'âge, le sexe, le statut économique, l'appartenance ethnique, l'éducation ou le handicap. L'accès équitable à la vaccination est considéré comme une composante essentielle du droit à la santé.

Le « suivi des inégalités » en matière de vaccination est une approche systématique qui consiste à recueillir les données ainsi qu'à mesurer et à signaler les écarts observables entre les sous-groupes d'une population. S'agissant de la couverture vaccinale, c'est un moyen de déterminer où les inégalités existent et où les sous-groupes défavorisés se situent quant à l'accès et à l'utilisation des services de santé. Les résultats obtenus au fil du temps peuvent aider à évaluer la mesure dans laquelle une population progresse pour ce qui est de promouvoir l'équité.

Le suivi consiste à mesurer un indicateur de manière répétée afin d'observer les changements qui surviennent dans le temps. En suivant les inégalités en matière de couverture vaccinale, il est possible de vérifier si les écarts de couverture se creusent ou se réduisent, d'évaluer l'impact des programmes et des politiques, et d'identifier les groupes de population défavorisés. Les approches systématiques consistant à mesurer les inégalités en matière de vaccination permettent de recueillir des informations susceptibles d'aider les pays à concevoir des politiques, des programmes, des modèles de prestation de services et des stratégies de promotion de la demande visant à combler les lacunes recensées sur le plan de la vaccination. On trouvera ci-dessous un récapitulatif des cinq étapes générales du suivi des inégalités de santé. Pour de plus amples renseignements sur la théorie qui sous-tend ces étapes, voir la liste des ressources citées à l'appendice 1.

- 1 Déterminer la portée du suivi :** une fois la population cible définie, on recense un large éventail d'indicateurs de santé et de dimensions de l'inégalité (critères sur la base desquels les sous-groupes de population sont définis : richesse, instruction, région, sexe, etc.).
- 2 Obtenir les données :** on recense les sources de données contenant des informations sur les indicateurs de santé et sur les caractéristiques de l'inégalité énoncées à l'Étape 1 ; une fois la portée du suivi déterminée, il s'agit d'obtenir les données nécessaires.

- 3 **Analyser les données** : il s'agit de calculer des estimations sanitaires par sous-groupes de population puis de comparer leurs niveaux de santé.
- 4 **Rendre compte des résultats** : il est important de rendre compte au public cible des résultats du suivi des inégalités de santé en vue d'en promouvoir l'exploitation dans l'élaboration de politiques, de programmes et de pratiques.
- 5 **Appliquer les connaissances** : les résultats du suivi des inégalités de santé peuvent aider les décideurs à déterminer les domaines prioritaires dans lesquels de nouvelles mesures s'imposent pour réduire les inégalités.

Bibliographie

1. Objectifs du Millénaire pour le développement [en ligne]. Santé mondiale et développement. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2018 (<https://www.gavi.org/fr/notre-alliance/sante-mondiale-et-developpement/objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement>, consulté le 6 septembre 2019).
2. Objectifs de développement durable [en ligne]. Santé mondiale et développement. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2018 (<https://www.gavi.org/fr/sante-mondiale-et-developpement/objectifs-de-developpement-durable>, consulté le 6 septembre 2019).
3. State of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
6. Rapport d'évaluation 2018 du Plan d'action mondial pour les vaccins : groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.
7. Agenda de la vaccination 2030 : une stratégie mondiale pour ne laisser personne pour compte, projet n°1 [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_French.pdf, consulté le 6 septembre 2019).
8. Rapport annuel : 2017, Deuxième année de notre stratégie quinquennale [Internet]. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2017 (<https://www.gavi.org/sites/default/files/publications/progress-reports/Gavi%20Rapport%20de%20situation%202017.pdf>, consulté le 8 septembre 2019).
9. La nouvelle stratégie de haut niveau 2021-2025 approuvée par le Conseil d'administration de Gavi [en ligne]. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/la-nouvelle-strategie-de-haut-niveau-2021-2025-approuvee-par-le-conseil/>, consulté le 6 septembre 2019).
10. Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination [en ligne]. 2019 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/home>, consulté le 6 septembre 2019).

À propos de ce manuel

Cet ouvrage, intitulé *Suivi des inégalités en matière de vaccination : manuel pratique*, applique les mesures générales du suivi des inégalités de santé au domaine de la vaccination. Il sert de guide d'introduction pour renforcer les capacités qui permettront d'adopter et d'améliorer les pratiques de suivi des inégalités en matière de vaccination. Nous espérons qu'il incitera les régions, les pays, les districts et autres secteurs à faire régulièrement état d'informations sur les inégalités en matière de vaccination qui, à leur tour, contribueront à orienter les efforts visant à remédier aux situations d'inégalité. Les résultats du suivi des inégalités en matière de vaccination sont particulièrement utiles dans le cadre de l'examen et de la planification des programmes de vaccination, notamment pendant la phase d'étude préliminaire de l'examen du Programme élargi de vaccination (PEV) et des plans pluriannuels complets de vaccination (PPAc).

Le manuel a été principalement conçu et rédigé à l'intention des responsables du suivi et de l'évaluation de la vaccination et d'autres lecteurs intéressés qui ont acquis des connaissances élémentaires et une expérience pratique pour ce qui concerne les données de vaccination. Il présente les informations de manière pratique et directe, et renvoie le lecteur à des sources de renseignements plus détaillées. Bien que le suivi des inégalités soit décrit comme un processus en plusieurs étapes, la mise en œuvre en revêt en fait un caractère itératif, et implique que le contexte dans lequel il s'inscrit soit pris en considération. Tout au long du processus de suivi, les lecteurs peuvent avoir à se reporter à des étapes précédentes ou à prendre certaines questions en considération aux étapes suivantes. Ils peuvent ainsi juger utile de parcourir l'ensemble du manuel avant d'entreprendre des activités de suivi des inégalités.

Le présent manuel comporte cinq sections principales, chacune correspondant à une étape du suivi des inégalités. À chaque section, un aperçu général de l'étape à suivre, situant celle-ci dans le contexte global du processus de suivi, est présenté au lecteur. Celui-ci est ensuite guidé à travers une série de sous-étapes, soulignant les questions clés, les meilleures pratiques, les questions à prendre en considération et les exemples. Les appendices fournissent des informations techniques plus approfondies ainsi que des ressources et des exemples portant sur des sujets précis. À la fin du manuel, un glossaire permet de se référer facilement à la terminologie clé, et un logigramme dépliant sur la couverture résume le contenu des cinq étapes.

Principalement axé sur la vaccination, cet ouvrage donne des explications et des exemples qui reposent en grande partie sur les inégalités de couverture vaccinale, un moyen couramment employé pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de vaccination. Le présent manuel peut être considéré comme un point de départ à partir duquel les pratiques de suivi des inégalités en matière de vaccination peuvent être développées à plus grande échelle. Grâce aux méthodes qui y sont décrites, le suivi des inégalités en matière de vaccination peut (et devrait) couvrir des domaines plus généraux du système de santé, inclure tout sous-groupe de population fragilisé par une situation particulière, et reposer sur des méthodes d'analyse et de notification plus variées et plus élaborées. Le présent manuel s'appuie sur le document *National health inequality monitoring: a step-by-step manual* (Suivi national de l'inégalité en matière de santé : manuel pas-à-pas), publié en 2017 par l'Organisation mondiale de la Santé, qui présentait le logigramme de suivi de l'inégalité en matière de santé reprenant les grandes étapes et les étapes secondaires de ce suivi.

Dans un souci de faisabilité et d'utilité, certains aspects de l'observation ont été traités de manière plus succincte dans le présent manuel. C'est pourquoi l'Étape 3 ne porte que sur les approches élémentaires de l'analyse des données sur les inégalités et renvoie aux appendices 6 et 7 pour des méthodes plus avancées sur le plan technique et d'autres possibilités de ressources. De même, bien que les activités d'application des connaissances soient présentées dans leurs grandes lignes à l'Étape 5, cet ouvrage n'a pas pour objet d'expliquer plus en détail la manière de concevoir des interventions en faveur de l'équité et d'en suivre l'efficacité. En effet, il reste encore à mettre au point des pratiques optimales sur la manière dont les résultats du suivi des inégalités en matière de vaccination sont intégrés dans les programmes et les politiques, et à en recueillir des exemples concrets. Le lecteur est invité à se reporter aux ressources mentionnées tout au long du manuel en fonction de ses intérêts et besoins particuliers..

Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination

Sans négliger l'ampleur des progrès accomplis dans le domaine de la vaccination, le Groupe de référence s'emploie à combler les lacunes qui subsistent dans le domaine de la vaccination, en préconisant une plus grande équité au moyen de politiques et de programmes. Il appelle l'attention, dans ses travaux, sur les défis à relever dans quatre domaines thématiques clés.

1. Obstacles à la vaccination dans les zones rurales reculées

Les populations des zones rurales reculées peuvent ne pas entrer régulièrement en contact avec le système de santé et, partant, avoir moins de possibilités de se faire vacciner et être moins sensibilisées à la question. Une étude de la couverture vaccinale contre la rougeole menée dans 26 pays d'Afrique a ainsi montré que l'isolement géographique (mesuré par rapport au temps de trajet jusqu'au centre urbain le plus proche) était un facteur clé pour déterminer le niveau d'inégalité de la couverture vaccinale (1). Les pays dont la couverture vaccinale dans son ensemble est faible pourraient assurer une plus grande équité en améliorant les taux de couverture dans les régions reculées ; il reste que le coût marginal de pareille expansion est élevé et qu'il est difficile de motiver et de retenir les travailleurs de la santé appelés à l'assurer (2).

Dans certaines régions, les programmes d'agents de santé communautaires se sont avérés être une stratégie efficace pour établir un lien entre les populations isolées et le système de santé, et augmenter la couverture des services de santé de base. Au Pakistan, où près des deux tiers de la population sont concentrés en milieu rural (3), les taux de vaccination complète étaient plus faibles chez les sous-groupes qui vivaient plus loin des centres de vaccination ou qui étaient moins souvent en contact avec le réseau des agents de santé communautaires ; à l'inverse, les proportions d'enfants complètement vaccinés étaient plus élevées dans les zones rurales où les services de vaccination de proximité étaient davantage présents (4). Afin d'améliorer la vaccination dans les zones rurales et éloignées, il est notamment recommandé de trouver les moyens d'intégrer les services de vaccination dans d'autres services de santé et de renforcer les services d'information sanitaire qui permettront de recueillir des données actuelles auprès de ces populations.

2. Obstacles à la vaccination dans les zones de conflit

Les populations des régions touchées par un conflit sont exposées à un risque élevé de flambées de maladies dues à des facteurs tels qu'une mauvaise alimentation, la surpopulation et des conditions de vie insalubres, qui sont évitables par la vaccination. L'éradication des poliovirus sauvages ou dérivés d'une souche vaccinale, par exemple, s'avère particulièrement difficile dans les zones de conflit en Afghanistan, au Nigéria, au Pakistan, en République démocratique du Congo et en Somalie (5,6). Les situations d'instabilité peuvent entraver les efforts déployés pour promouvoir la vaccination, tels que les visites ou campagnes de routine. Parmi les principaux défis à relever figurent notamment les suivants : détérioration des infrastructures et perturbations de la chaîne d'approvisionnement ; violence à l'encontre des travailleurs de la santé ; difficultés à fidéliser les travailleurs de la santé ; interruptions des services de livraison ; méfiance entre les autorités et les communautés ; et déplacements et migrations (7). L'assouplissement des limites d'âge et des critères d'admissibilité est une

stratégie essentielle à l'amélioration de la couverture vaccinale des populations touchées par un conflit. Le Groupe de référence préconise d'autres stratégies visant à améliorer la vaccination dans les situations de conflit, notamment une action coordonnée avec les acteurs humanitaires afin d'assurer des services de vaccination, l'amélioration des mécanismes de rémunération du personnel des établissements de santé et la collaboration avec les dirigeants communautaires (7).

3. Obstacles à la vaccination dans les zones en voie d'urbanisation rapide

Les inégalités de santé au sein des populations urbaines méritent de plus en plus qu'on leur accorde une attention particulière. De tout temps, les populations urbaines ont eu tendance à déclarer une couverture vaccinale plus élevée que les populations rurales ; toutefois, dans bon nombre de régions à urbanisation rapide, cette tendance s'inverse. En Inde, par exemple, les zones urbaines et rurales présentaient, chez les enfants de 1 an, des taux de couverture vaccinale par le DTC3 analogues, et toutes choses étant égales par ailleurs, les nourrissons pauvres des zones urbaines avaient moins de chances d'être vaccinés que ceux tout aussi pauvres des zones rurales (8).

L'examen de la vaccination dans les populations urbaines a mis en évidence la complexité de la situation. Les nouveaux migrants de l'exode rural, les enfants vivant dans des établissements informels et les enfants de familles pauvres font partie des sous-groupes de la population urbaine qui sont souvent défavorisés pour ce qui est de l'accès et de l'utilisation des services de vaccination. Qui plus est, ces populations – qui vivent souvent dans des zones densément peuplées où les conditions de vie et d'environnement laissent à désirer – sont davantage exposées au risque de transmission de maladies et de graves épidémies, et tendent à avoir un accès restreint aux services de santé (9,10). Il est souvent difficile d'identifier et d'atteindre ces populations, qui peuvent, de surcroît, se montrer méfiantes à l'égard des autorités publiques. La mise en place de politiques dérogatoires, l'amplification des réseaux de pairs entre travailleurs de la santé, l'ajustement du calendrier et de l'emplacement des services de vaccination, la création de registres électroniques de vaccination et l'envoi de rappels par téléphone portable sont autant de stratégies visant à renforcer les services de vaccination en milieu urbain (11).

4. Obstacles à la vaccination liés aux inégalités et aux barrières en matière de genre

Dans bon nombre de pays, les caractéristiques liées à la mère d'un enfant (âge, niveau d'instruction, emploi, statut économique et capacité de décision, par exemple) sont souvent des dimensions de l'inégalité qui influent sur le recours à la vaccination et aux services de santé en général. Les mères, ainsi que d'autres femmes, sont responsables au premier chef de la santé des enfants, mais en raison du statut d'infériorité qu'elles tendent à avoir dans la communauté et la famille, elles peuvent avoir des difficultés à agir dans l'intérêt de leurs enfants. Ainsi, même si les services de vaccination sont souvent assurés gratuitement, les femmes peuvent ne pas disposer des ressources nécessaires pour couvrir les dépenses indirectes (frais de transport, garde d'enfants ou congé professionnel). Dans certains contextes, les hommes ou les chefs communautaires peuvent jouer un rôle plus important dans la prise de décision en matière de santé, en contrôlant l'accès aux services de vaccination.

Les agents de santé qui administrent les vaccins ont souvent tendance à être des femmes. Celles-ci peuvent se heurter à des problèmes de sécurité liés aux horaires de prestation des services ou au périmètre de prestations de services. La lutte contre les inégalités de santé liées au genre sous-tend le renforcement du système de santé, et suppose que des efforts soient consentis sur tous les fronts, depuis la communauté jusqu'aux niveaux administratifs supérieurs du système de santé (12)

Bibliographie

1. Metcalf CJE, Tatem A, Bjornstad ON, Lessler J, O'Reilly K, Takahashi S et al. Transport networks and inequities in vaccination: remoteness shapes measles vaccine coverage and prospects for elimination across Africa. *Epidemiol Infect.* 2015 May;143(7):1457–66.
2. Levine O, Lemango ET, Bernson J, Gurley N, Rowley E, McIlvaine B. ERG Discussion paper No. 8. Tackling inequities in immunization outcomes in remote rural contexts [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).
3. Population rurale (pourcentage de la population totale) : Données [en ligne]. Le Groupe de la Banque mondiale ; 2019 (<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS>, consulté le 6 septembre 2019).
4. Khowaja AR, Zaman U, Feroze A, Rizvi A, Zaidi AK. Routine EPI coverage: subdistrict inequalities and reasons for immunization failure in a rural setting in Pakistan. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):NP1050–NP1059.
5. Nnadi C, Etsano A, Uba B, Ohuabunwo C, Melton M, Wa Nganda G et al. Approaches to vaccination among populations in areas of conflict. *J Infect Dis.* 2017 Jul 1;216(Suppl. 1):S368–72.
6. Mbaeyi C, Alleman MM, Ehrhardt D, Wiesen E, Burns CC, Liu H et al. Update on vaccine-derived poliovirus outbreaks: Democratic Republic of the Congo and Horn of Africa, 2017–2018. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(9):225.
7. Okwo-Bele J-M, Conner R, McIlvaine B, Rowley E, Bernson J. ERG Discussion paper No. 6. Tackling inequities in immunization outcomes in conflict contexts [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).
8. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Health and immunization services for the urban poor in East Asia: case studies from seven countries in East Asia on access by the urban poor to health services. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2016.

10. Awoh AB, Plugge E. Immunisation coverage in rural–urban migrant children in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2016 Mar 1;70(3):305–11.
11. Nandy R, Rees H, Bernson J, Digre P, Rowley E, McIlvaine B. ERG Discussion paper No. 7. Tackling inequities in immunization outcomes in urban contexts [Internet]. PATH and Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).
12. Feletto M, Sharkey A, Rowley E, Gurley N, Sinha A, Champions ERG et al. ERG Discussion paper No. 5. A gender lens to advance equity in immunization [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).

ÉTAPE

1

Déterminer la portée
du suivi

**ÉTAPE 1****Déterminer la portée du suivi****A****Définir la population cible**

QUESTION CLÉ :

Quelles sont les caractéristiques démographiques et géographiques de la population cible ?

CHECKLIST

- Examiner les objectifs et les priorités des politiques, programmes et initiatives de vaccination, et évaluer les populations cibles auxquelles ils s'adressent
- Déterminer les groupes d'âge qui figureront dans les calendriers de vaccination nationaux
- Identifier les populations qui sont sous-représentées dans les activités de suivi actuelles

B**Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination**

QUESTION CLÉ :

Quels indicateurs représentent des priorités pertinentes en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Sélectionner les indicateurs de vaccination significatifs dans la population cible

C**Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité**

QUESTION CLÉ :

Quelles dimensions de l'inégalité sont pertinentes en matière de vaccination dans la population cible ?

CHECKLIST

- Tenir compte des dimensions de l'inégalité courantes : statut économique du ménage, niveau d'instruction des parents (en particulier de la mère), lieu de résidence, sexe, âge de la mère et autres facteurs propres au pays ou au contexte (religion, tribu, ethnicité, etc.)
- Déterminer si les dimensions de l'inégalité se recoupent et si une double désagrégation s'imposerait
- Définir les critères de mesure de chaque dimension recensée ci-dessus

Vue d'ensemble

L'ÉTAPE 1 du suivi des inégalités en matière de vaccination consiste à examiner l'objectif et la portée de celui-ci, en commençant par définir pourquoi il est mis en œuvre et comment les résultats seront utilisés. Il s'agit ensuite de répondre, entre autres, aux questions suivantes : sur quelle population les activités de suivi porteront-elles (la population nationale ou seulement celle de provinces ou de districts particuliers) ? Quels indicateurs de vaccination seront utilisés ? Comment les sous-groupes de la population seront-ils définis ? On rappellera que cette étape est essentiellement conceptuelle et qu'elle implique d'examiner et de planifier la façon dont les activités de suivi des inégalités seront, dans l'ensemble, ciblées. Compte tenu du caractère itératif que revêt le processus de suivi, il s'agit, à cette étape, de commencer à s'interroger sur l'impact souhaité, le public cible, la méthode de déclaration des résultats et l'accessibilité des données (Étape 1A). Aux Étapes 1B et 1C, la prise de décision concernant la sélection des indicateurs de vaccination et les dimensions de l'inégalité peut dépendre en partie de l'accessibilité des données.

Il peut être bon d'identifier les objectifs et le public cible de l'activité de suivi, même à titre provisoire. Les principales parties prenantes, les rapports ou autres documents sont des sources utiles d'informations générales susceptibles d'éclairer le choix de la population cible, des indicateurs de vaccination et des dimensions de l'inégalité.

Par souci de simplicité, les indicateurs de vaccination présentés dans cet ouvrage sont calqués sur ceux qui sont le plus couramment utilisés pour le suivi, à savoir les indicateurs de couverture. On trouvera à l'appendice 2 un exposé plus approfondi des autres types d'indicateurs de vaccination énoncés dans le cadre de suivi, d'évaluation et d'examen de l'OMS. Bien que ce manuel mette l'accent sur les dimensions singulières de l'inégalité, on trouvera à l'appendice 3 des considérations complémentaires sur l'intersectionnalité et la multidimensionnalité de l'inégalité, procédure dite de désagrégation double ou multiple.

A. Définir la population cible

ÉTAPE 1

Déterminer la portée du suivi

A

Définir la population cible

B

Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination

C

Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quelles sont les caractéristiques démographiques et géographiques de la population cible ?

CHECKLIST

- Examiner les objectifs et les priorités des politiques, programmes et initiatives de vaccination, et évaluer les populations cibles auxquelles ils s'adressent
- Déterminer les groupes d'âge qui figureront dans les calendriers de vaccination nationaux
- Identifier les populations qui sont sous-représentées dans les activités de suivi actuelles

Étape 1A Pratiques optimales :

- Faire le point sur les politiques, initiatives et programmes actuels en matière de vaccination, ainsi que sur les zones géographiques et les groupes d'âge qui sont prioritaires.
- Contacter les parties prenantes et consulter les documents nécessaires pour définir les questions pertinentes liées à la vaccination.
- Déterminer l'échelon géographique de l'administration qu'intéressent les questions touchant au suivi des inégalités.

La population cible sélectionnée pour le suivi des inégalités devrait comprendre toutes les personnes d'une zone donnée (un pays, une province ou un district, par exemple) qui répondent aux critères d'admissibilité d'un programme de vaccination particulier (définis en règle générale en fonction de l'âge, du sexe, de l'étape de la vie ou du risque d'exposition). La sélection de la population cible implique de bien connaître les calendriers nationaux de vaccination, ainsi que les objectifs et les priorités des activités de vaccination. Déterminer s'il existe des populations cibles qui ne font pas actuellement l'objet d'un suivi, mais qui devraient pour contribuer à améliorer la prise de décision. Il peut être utile de consulter diverses parties prenantes compétentes dans le domaine de la vaccination, et de se familiariser avec les contextes dans lesquels les programmes de vaccination sont mis en œuvre. Parmi les principales parties prenantes figurent notamment le personnel technique des ministères de la santé ou des bureaux de statistiques, les membres des groupes consultatifs techniques sur la vaccination (aux niveaux mondial, régional, national ou infranational), les représentants des organisations internationales œuvrant à la promotion de la vaccination des enfants (telles que Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'UNICEF et l'OMS), les décideurs, les chercheurs, les professionnels de la santé, les groupes de la société civile, les organisations non gouvernementales et les institutions de financement.

B. Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination

ÉTAPE 1

Déterminer la portée du suivi

A

Définir la population cible

B

Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination

C

Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quels indicateurs représentent des priorités pertinentes en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Sélectionner les indicateurs de vaccination significatifs dans la population cible

Étape 1B Pratiques optimales :

- Sur la base des données et des informations examinées à l'Étape 1A, sélectionner des indicateurs de vaccination qui cadrent avec les priorités de vaccination significatives dans la population cible.
- Choisir, de préférence, une série d'indicateurs qui portent sur la couverture vaccinale, l'ampleur du problème ou de la maladie (mesurée en fonction de l'incidence de la maladie ou du nombre de cas notifiés, par exemple) et les questions liées à la distribution et à l'administration des vaccins.

Fournissant une synthèse d'informations importantes en matière de vaccination, les indicateurs normalisés constituent un bon point de départ pour sélectionner les indicateurs de suivi. Bien qu'il existe un large éventail d'indicateurs pour rendre compte de nombreux aspects de la vaccination, les indicateurs de couverture vaccinale sont parmi les plus couramment utilisés dans les activités de suivi. C'est pourquoi ce manuel porte essentiellement sur le suivi des inégalités dans la couverture vaccinale. On trouvera à l'appendice 2 de plus amples informations sur d'autres types d'indicateurs de vaccination figurant dans le Cadre de suivi, d'évaluation et d'examen de l'OMS.

Les indicateurs de couverture mesurent en règle générale le nombre de personnes ayant reçu un nombre défini de doses pour un certain vaccin, sur le nombre total de la population à qui le vaccin était destiné. Les indicateurs peuvent être utilisés de plusieurs façons pour examiner différents aspects de la couverture. Pour ce qui concerne la vaccination des enfants, on emploie la terminologie suivante.

La proportion des enfants complètement non vaccinés – appelés « enfants zéro dose » ou encore « enfants laissés-pour-compte » – représente le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucune dose des vaccins indiqués pour leur âge dans le calendrier national de vaccination. Le nombre d'enfants zéro dose correspond

approximativement au nombre de ceux qui n'ont pas reçu la première dose de vaccin à valence DTC (DTC1). La proportion d'enfants non vaccinés permet souvent d'estimer l'accès aux services de vaccination ; les familles de cette catégorie peuvent en effet ne pas avoir accès aux services de vaccination ou se montrer méfiantes à leur égard. Les données relatives aux « enfants zéro dose » sont en règle générale tirées d'enquêtes réalisées auprès des ménages, mais peuvent être également calculées à partir de rapports administratifs de couverture.

Le taux d'abandon mesure le nombre d'enfants qui ont reçu au moins la première dose d'un vaccin mais pas l'ensemble des vaccins indiqués pour leur âge. Un taux d'abandon élevé est représentatif d'une faible utilisation des services parmi ceux qui y ont accès. Le taux d'abandon correspond à la proportion d'enfants ayant reçu la première dose du DTC (DTC1), mais pas la troisième dose (DTC3) ; il peut également représenter la proportion d'enfants ayant reçu la première dose du vaccin à valence rougeole, mais pas la deuxième dose (MCV).

La couverture des enfants complètement vaccinés fait référence à la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés, en fonction de leur âge et du calendrier national. Elle est en règle générale évaluée dans le cadre d'enquêtes, encore qu'elle soit souvent mesurée de manière approximative par des indicateurs traceurs. À titre d'exemple, le taux de couverture de la première dose de MCV (MCV1) ou celui du DTC3 (le plus faible des deux) sert souvent à donner une indication sur le taux de vaccination complète pendant la première année de vie, tandis que celui de la deuxième dose de MCV (MCV2) permet d'estimer le taux de vaccination complète pendant la deuxième année de vie.

Bien que le choix des indicateurs de suivi dépende de l'accessibilité des données (voir l'Étape 2), les analyses sur les inégalités devraient avoir notamment pour point de départ : un indicateur sur les « enfants zéro dose » ; les taux de couverture DTC3, MCV1 et MCV2 ; et le taux de couverture vaccinale complète chez les enfants de 1 an. Ces données sont souvent tirées d'enquêtes auprès des ménages ou de sources d'information administratives.

C. Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité

ÉTAPE 1

Déterminer la portée du suivi

A

Définir la population cible

B

Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination

C

Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quelles dimensions de l'inégalité sont pertinentes en matière de vaccination dans la population cible ?

CHECKLIST

- Tenir compte des dimensions de l'inégalité courantes : statut économique du ménage, niveau d'instruction des parents (en particulier de la mère), lieu de résidence, sexe, âge de la mère et autres facteurs propres au pays ou au contexte (religion, tribu, ethnicité, etc.)
- Déterminer si les dimensions de l'inégalité se recoupent et si une double désagrégation s'imposerait
- Définir les critères de mesure de chaque dimension recensée ci-dessus

Étape 1C Pratiques optimales :

- Identifier les sources de discrimination ou d'exclusion sociale susceptibles d'avoir une certaine incidence sur la vaccination.
- Sélectionner des dimensions de l'inégalité applicables universellement, et d'autres qui soient propres au contexte.

Les dimensions de l'inégalité représentent des facteurs susceptibles de constituer des sources de discrimination ou d'exclusion sociale ayant une incidence négative sur la vaccination. Dans le cadre du suivi, elles sont les catégories sur la base desquelles sont définis les sous-groupes. Le lieu de résidence (urbain ou rural), le niveau d'instruction des parents et le revenu des ménages sont autant de dimensions de l'inégalité couramment utilisées pour analyser la couverture vaccinale.

Si certaines dimensions de l'inégalité peuvent s'appliquer, dans une large mesure, à la plupart des contextes (bien qu'à des niveaux d'importance variables), d'autres présentent un plus grand intérêt dans des régions ou des pays particuliers. Parmi les dimensions applicables universellement, énoncées au Tableau 1, figurent des caractéristiques liées à l'enfant, aux parents (en particulier la mère), au ménage ou à la situation géographique.

Tableau 1. Dimensions de l'inégalité applicables universellement pour ce qui concerne la vaccination des enfants

Classification	Dimension de l'inégalité
Caractéristiques de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe de l'enfant* • Ordre de naissance
Caractéristiques parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Âge de la mère à la naissance • Instruction de la mère ou du père
Caractéristiques du ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe du chef de famille • Statut économique du ménage
Caractéristiques géographiques	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de résidence (urbain ou rural, par exemple) • Région infranationale

* Bien que dans bon nombre de pays, la couverture vaccinale des enfants ne présente pas d'inégalités entre les sexes, il est bon d'observer cette dimension continuellement de manière à pouvoir détecter toute nouvelle variation.

Les dimensions de l'inégalité définies par pays mettent en évidence d'autres facteurs significatifs pour une population cible donnée. Selon le contexte, il peut s'agir notamment de l'appartenance religieuse, de l'éloignement géographique, de la zone climatique, du statut de migrant, de la zone de conflit, de l'ethnicité, de la profession des parents ou de la langue.

Dans certains cas, la procédure de désagrégation double (ou multiple) peut s'avérer utile pour analyser les corrélations entre au moins deux dimensions de l'inégalité. Dans les villes, par exemple, les pauvres ont en règle générale moins souvent recours aux services de santé que les riches. Afin de déterminer si les enfants pauvres des villes ont moins de chances d'être vaccinés, examiner la couverture au regard de deux dimensions de l'inégalité : le statut économique et le lieu de résidence. Dans certains cas, la comparaison de ces deux sous-groupes (pauvres par rapport aux riches en milieu urbain) peut être plus frappante que des comparaisons fondées sur l'une ou l'autre de ces dimensions analysées séparément. On trouvera à l'appendice 3 des exemples et de plus amples informations sur la procédure de désagrégation double.

ÉTAPE

2

Obtenir des données

ÉTAPE 1

Déterminer la portée du suivi

ÉTAPE 2

Obtenir des données

ÉTAPE 3

Analyser les données

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

ÉTAPE 5

Appliquer les connaissances

ÉTAPE 2

Obtenir des données

A

Cartographier les sources de données

QUESTION CLÉ

Quelles sources contiennent des données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité ?

CHECKLIST

- Répertorier les sources de données accessibles par catégorie (préciser le nom, l'année, etc.)
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux dimensions de l'inégalité
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux indicateurs de vaccination
- Regrouper les informations relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité afin d'évaluer l'accessibilité des données significatives pour le suivi des inégalités

B

Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes

QUESTION CLÉ

Les données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité dont on dispose sont-elles suffisantes pour suivre les inégalités en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Évaluer les résultats de la cartographie des sources de données réalisée à l'Étape 2A
- Déterminer si l'on peut établir un lien entre des données émanant de sources différentes

Vue d'ensemble

L'ÉTAPE 2 fait ressortir la nécessité de disposer de données pour suivre les inégalités. Deux catégories de données sont nécessaires : les indicateurs de vaccination et les dimensions de l'inégalité (définies à l'Étape 1). Il importe dans un premier temps de faire le point sur les sources de données qui couvrent la population cible. L'Étape 2A décrit sommairement la procédure à suivre pour cartographier les sources de données, et cite celles qui sont susceptibles d'être utiles dans le cadre du suivi. À l'Étape 2B, qui consiste à mettre en balance les points forts et les lacunes de chaque source de données, on détermine si les données accessibles permettent d'observer les inégalités comme prévu à l'Étape 1. Ne pas oublier de prendre note des limites de la source de données ; il est important d'en faire état (Étape 4) afin d'aider le public cible à mieux comprendre les résultats et à les situer dans leur contexte.

Pour ce qui concerne les indicateurs de couverture vaccinale, les sources de données utilisées sont notamment les enquêtes auprès des ménages ou les données administratives ; dans certains pays, les registres électroniques de vaccination ou les systèmes d'enregistrement des faits et statistiques d'état civil peuvent servir à calculer les estimations de la population cible (dénominateur). De plus amples informations sur les sources de données relatives à la vaccination sont présentées à l'appendice 4. Il peut être nécessaire de contacter les parties prenantes du ministère de la santé, du bureau national des statistiques ou d'autres instances nationales afin d'obtenir des données qui ne sont pas accessibles au public.

Dans les cas où les données dont on dispose ne suffisent pas à mettre en œuvre les activités prévues, il peut être nécessaire de revenir à l'Étape 1. Au cas où les données ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité, des efforts doivent être envisagés pour améliorer et étoffer les systèmes de données (voir l'appendice 5).

A. Cartographier les sources de données

ÉTAPE 2

ÉTAPE 2

Obtenir des données

A

Cartographier les sources de données

B

Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes

QUESTION CLÉ

Quelles sources contiennent des données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité ?

CHECKLIST

- Répertorier les sources de données accessibles par catégorie (préciser le nom, l'année, etc.)**
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux dimensions de l'inégalité**
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux indicateurs de vaccination**
- Regrouper les informations relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité afin d'évaluer l'accessibilité des données significatives pour le suivi des inégalités**

Étape 2A Pratiques optimales :

- Examiner plusieurs sources potentielles de données et en apprendre le plus possible sur les avantages et les inconvénients qu'elles présentent.
- Cartographier les sources de données afin de déterminer quelles sources contiennent les données nécessaires au suivi des inégalités.

Dans certains secteurs, plusieurs sources de données possibles peuvent servir à suivre les inégalités en matière de vaccination alors que le choix sera plus restreint dans d'autres. La cartographie des sources de données permet de recenser les sources de données possibles et de déterminer de manière systématique si elles peuvent être utiles aux activités de suivi des inégalités. Le processus en quatre étapes détaillé ci-dessous consiste à établir une série de listes et de tableaux interdépendants qui donnent une description de chaque source de données (Tableaux types 1 à 4). Le dernier tableau (Tableau type 4) présente les sources contenant des données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité dont on dispose actuellement pour observer les inégalités.

Il s'agit en premier lieu de répertorier chaque source possible par type, en indiquant notamment le nom et l'année de la collecte des données (Tableau type 1). Dans la colonne des notes, fournir des informations sur les lacunes ou problèmes de qualité significatifs. Pour ce qui concerne les indicateurs de couverture vaccinale, les enquêtes auprès des ménages et les données administratives sont les sources les plus couramment utilisées. Les enquêtes auprès des ménages, qu'il s'agisse notamment des enquêtes démographiques et sanitaires ou des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ont pour objet de recueillir des données sur un échantillon de la population. Elles couvrent souvent un éventail de questions de santé (y compris la vaccination) et renseignent également sur la situation démographique et les conditions de vie ; certains pays procèdent régulièrement à des enquêtes sur la couverture vaccinale (enquête en grappes du Programme élargi de vaccination de l'OMS, par

exemple). Les données administratives, qui sont consignées par les établissements ou le système de santé, sont susceptibles d'inclure tous les membres d'une population. S'il est vrai que ces sources donnent généralement des informations plus rapidement que les enquêtes et permettent d'assurer un suivi à des échelons administratifs moins élevés, la qualité des données administratives de la vaccination n'est souvent pas conforme aux normes en vigueur, et il est difficile d'obtenir des estimations précises du dénominateur. On trouvera à l'appendice 4 un complément d'informations sur les sources de données utilisées pour observer les inégalités en matière de vaccination.

Tableau type 1 – Répertoire des sources de données par type

Type de source de données	Nom de la source de données	Année(s) de collecte des données	Notes
Enquête auprès des ménages			
Données administratives			
Autres sources			

Procéder ensuite à l'élaboration du second tableau (Tableau type 2). Pour chaque source de données possible, il est important de s'interroger sur les dimensions de l'inégalité qu'elle couvre. Les dimensions peuvent faire l'objet de colonnes distinctes ; pour en faciliter la consultation aux étapes suivantes, s'assurer de numéroter les lignes.

Tableau type 2. Répertoire des sources de données et les dimensions de l'inégalité

Numéro	Source de données et année (énumérer toutes les sources applicables)	Dimension de l'inégalité			Notes
		(préciser quelle dimension)	(préciser quelle dimension)	(préciser quelle dimension)	
	Enquête auprès des ménages (année) [préciser et ajouter d'autres années à la liste, le cas échéant]				
	Données administratives (année) [préciser et ajouter d'autres années à la liste, le cas échéant]				
	Autres sources [préciser et ajouter d'autres années à la liste, le cas échéant]				

Puis, dans le troisième tableau (Tableau type 3), énumérer les indicateurs de vaccination qui sont inclus dans chaque source de données (en se référant aux indicateurs sélectionnés à l'Étape 1B). Les indicateurs de couverture vaccinale obtenus à partir de données administratives sont en règle générale définis comme le pourcentage de la population cible estimée qui a été vaccinée avec un certain vaccin et une certaine dose. Les indicateurs de couverture fondés sur les données des enquêtes auprès des ménages représentent

le pourcentage de la population échantillonnée qui a été vaccinée avec un certain vaccin. Répertorier les indicateurs dans les rangées, et indiquer les sources contenant les données correspondantes dans une colonne adjacente, en utilisant les numéros de rangées du tableau précédent. Veiller à déterminer si les indicateurs sont définis de la même manière selon différentes sources de données. La définition de ce qui constitue une *couverture vaccinale complète*, par exemple, peut différer selon les enquêtes et/ou les rapports de données administratives. Si les indicateurs ne sont pas définis de la même manière, les répertorier séparément.

Tableau type 3. Liste des indicateurs de vaccination et des sources de données correspondantes

Indicateur de vaccination <i>[Répertorier tous les indicateurs applicables]</i>	Numéros des sources de données <i>[reprendre les numéros du Tableau 2]</i>	Notes
Indicateur 1		
Indicateur 2		
Indicateur 3		
Indicateur 4		
Indicateur 5		
Indicateur 6		
<i>[la liste peut être élargie, le cas échéant]</i>		

La dernière étape de la cartographie des sources de données consiste à regrouper l'ensemble des informations recueillies préalablement pour ce qui concerne les deux flux de données nécessaires (données relatives à la vaccination et aux dimensions de l'inégalité) afin de démontrer qu'ils sont liés. Créer un quatrième tableau en répertoriant les indicateurs de santé et les dimensions de l'inégalité dans les lignes et les colonnes, respectivement (Tableau type 4). Dans les cellules croisées, indiquer les numéros des sources de données qui sont communes aux deux. Il s'agit des sources que l'on pourra prendre en considération pour le suivi des inégalités.

Tableau type 4. Regrouper les données des Tableaux types 2 et 3

Indicateur de vaccination <i>[Énumérer tous les indicateurs applicables]</i>	Dimension de l'inégalité <i>[développer le cas échéant]</i> <i>[insérer les numéros des sources de données correspondants qui figurent à la fois dans les Tableaux 2 et 3]</i>			
	<i>(Préciser quelle dimension)</i>	<i>(Préciser quelle dimension)</i>	<i>(Préciser quelle dimension)</i>	<i>(Préciser quelle dimension)</i>
Indicateur 1				
Indicateur 2				
Indicateur 3				
Indicateur 4				
Indicateur 5				
Indicateur 6				
<i>[la liste peut être élargie, le cas échéant]</i>				

B. Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes

ÉTAPE 2

Obtenir des données

A

Cartographier les sources de données

B

Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes

QUESTION CLÉ

Les données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité dont on dispose sont-elles suffisantes pour suivre les inégalités en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Évaluer les résultats de la cartographie des sources de données réalisée à l'Étape 2A
- Déterminer si l'on peut établir un lien entre des données émanant de sources différentes

Étape 2B Pratiques optimales :

- Sélectionner les sources les plus accessibles et les plus fiables, qui contiennent des données récentes et comparables sur plusieurs périodes – la couverture vaccinale peut varier d'une année à l'autre.
- Recourir à la méthode de triangulation des données (synthèse critique de données provenant d'au moins deux sources) afin de répondre aux questions touchant à l'inégalité.
- Si l'accessibilité et la qualité des données posent des difficultés, peut-être serait-il bon d'en profiter pour plaider en faveur d'une amélioration ou du développement des systèmes d'information sur la santé.

En s'appuyant sur la cartographie des sources de données évoquée à l'Étape 2A, déterminer celles qui contiennent des données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité recensées aux Étapes 1B et 1C, respectivement. Si l'on dispose de données suffisantes, le suivi des inégalités peut être entrepris. Parmi les sources de données susceptibles d'être utilisées dans le cadre du suivi, s'efforcer de sélectionner celles qui contiennent des données de qualité et qui jouissent d'une forte légitimité auprès des milieux politiques, techniques, universitaires et de la société civile. Toutes les sources de données peuvent présenter des biais et des insuffisances, ce qui n'exclut pas forcément leur utilisation. En prendre note et analyser la mesure dans laquelle ils peuvent influencer sur les conclusions du suivi ; faire état de ces observations dans les rapports publiés à l'intention du public cible (Étape 4).

Si l'un des deux types de données fait défaut, envisager la possibilité de lier les données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité provenant de sources différentes. Les données liées sont fusionnées au moyen d'identifiants individuels ou de codes de localité figurant dans les deux sources (1). C'est ainsi que différentes sources de données, chacune contenant des numéros d'identification personnels peuvent servir à lier les informations concernant la couverture vaccinale d'un individu à celles qui portent sur les dimensions de l'inégalité. De même, des sources de données contenant des codes de localité

(codes postaux, par exemple) peuvent être liées à des données écologiques de même provenance (2). Si les sources contiennent de tels identifiants, les gestionnaires de données ou les experts en la matière peuvent être consultés afin d'aider à les fusionner. Étant entendu que certaines sources de données peuvent ne pas contenir d'identifiants individuels ou de code de localité, il est recommandé de recueillir ce type d'information dans les sources de données à l'avenir de manière à en accroître l'utilité.

Si l'on ne dispose pas de données (c'est-à-dire si elles n'ont pas été recueillies), il n'est pas possible de procéder au suivi des inégalités en matière de vaccination comme prévu. Il est souvent difficile d'obtenir des données concernant les milieux urbains pauvres, les milieux ruraux isolés et les enfants touchés par les conflits ; qui plus est, les informations relatives aux inégalités et aux obstacles liés au genre – le plus souvent mesurés au moyen d'indicateurs de substitution – font parfois défaut. Certains des sous-groupes les plus défavorisés sont alors omis des activités de suivi, ce qui justifierait que l'on s'attache à amplifier et à améliorer la collecte de données. Pour un complément d'informations sur les moyens de faire face au problème de manque de données, voir l'appendice 5. Dans l'intervalle, toutefois, envisager de revenir à l'Étape 1 afin d'identifier d'autres indicateurs de vaccination et dimensions de l'inégalité pour lesquels on dispose actuellement de données.

Bibliographie

1. Hosseinpoor AR, Bergen N. Area-based units of analysis for strengthening health inequality monitoring. *Bull World Health Organ*. 2016 Nov 1;94(1564–0604 [Electronic]):856–8.
2. Hughes A, Mesher D, White J, Soldan K. Coverage of the English national human papillomavirus (HPV) immunisation programme among 12 to 17 year-old females by area-level deprivation score, England, 2008 to 2011. *Eurosurveillance*. 2014 Jan 16;19(2):20677.

ÉTAPE

3

Analyser les
données

ÉTAPE ①

Déterminer la portée du suivi

ÉTAPE ②

Obtenir des données

ÉTAPE ③

Analyser les données

ÉTAPE ④

Rendre compte des résultats

ÉTAPE ⑤

Appliquer les connaissances

ÉTAPE ③

Analyser les données

A

Préparer des données désagrégées

QUESTION CLÉ

Quel est le niveau de l'indicateur de vaccination dans chaque sous-groupe de population ?

CHECKLIST

- Élaborer l'ensemble de données en vue de l'analyse
- Définir comment mesurer l'indicateur de vaccination, y compris le numérateur et le dénominateur
- Définir le nombre de sous-groupes pour chaque dimension de l'inégalité
- Calculer des estimations de données désagrégées

B

Calculer des mesures consolidées de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quels sont les niveaux d'inégalité absolue et relative en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité absolue
- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité relative

Vue d'ensemble

L'ÉTAPE 3 du suivi des inégalités en matière de vaccination consiste à analyser les données et à obtenir des valeurs numériques qui représentent les inégalités. L'Étape 3A consiste en premier lieu à compiler des données relatives à chaque indicateur de vaccination, désagrégées par sous-groupes de population. (On rappellera que les sous-groupes de population sont définis en fonction des dimensions significatives de l'inégalité recensées à l'Étape 1C). Cette procédure permet de produire des estimations désagrégées, qui peuvent être comparées visuellement pour une première évaluation de l'inégalité. À l'Étape 3B, les estimations désagrégées sont prises en compte afin d'établir des mesures consolidées de l'inégalité. Celles-ci fournissent un chiffre unique qui démontre le niveau d'inégalités entre au moins deux sous-groupes. La possibilité de recourir à des formes d'analyse complémentaires est également évoquée à l'Étape 3B.

Bien que cette étape revête un caractère technique, les méthodes d'analyse peuvent être aussi bien simples et intuitives que très avancées. Dans la plupart des cas, il est préférable de recourir aux méthodes simples, qui sont plus faciles à expliquer au public cible ; il n'en reste pas moins que des méthodes plus avancées, pour autant que les ressources et les compétences le permettent, peuvent s'avérer utiles pour obtenir des résultats nuancés. Le présent manuel (d'introduction) est donc principalement axé sur les mesures simples de l'inégalité, et donne un bref aperçu des mesures complexes. Pour des informations et des ressources complémentaires sur les mesures complexes, voir l'appendice 6. D'autres méthodes d'analyse des données, à savoir l'analyse de régression multiple et les évaluations de la vulnérabilité aggravée, sont examinées à l'appendice 7.

Tout au long de l'Étape 3, les lecteurs peuvent envisager la possibilité d'utiliser les logiciels et les outils accessibles en ligne afin de faciliter le processus d'analyse. Ce manuel appelle l'attention sur le logiciel dénommé « Outil d'évaluation de l'équité en santé » (HEAT) élaboré par l'OMS.

A. Préparer des données désagrégées

ÉTAPE 3

Analyser les données

A

Préparer des données désagrégées

B

Calculer des mesures consolidées de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quel est le niveau de l'indicateur de vaccination dans chaque sous-groupe de population ?

CHECKLIST

- Élaborer l'ensemble de données en vue de l'analyse
- Définir comment mesurer l'indicateur de vaccination, y compris le numérateur et le dénominateur
- Définir le nombre de sous-groupes pour chaque dimension de l'inégalité
- Calculer des estimations de données désagrégées

Étape 3A Pratiques optimales :

- Tenir des dossiers détaillés sur les méthodes utilisées pour analyser les données afin que la procédure puisse être reproduite de manière à assurer un suivi continu ; noter les raisons ayant motivé les choix qui ont été faits, ainsi que les éventuels inconvénients.
- S'inspirer, si possible, des définitions établies pour définir le numérateur et le dénominateur de l'indicateur de vaccination.
- Veiller à ce que chaque dimension de l'inégalité soit représentée par au moins deux sous-groupes de population.
- S'agissant de catégoriser les sous-groupes, prendre en compte les caractéristiques des données sources et leur applicabilité relativement aux activités de suivi et à la population cible.
- Calculer les intervalles de confiance ou l'erreur type des estimations de données désagrégées, le cas échéant.

L'analyse des données consiste d'abord à déterminer le niveau de couverture vaccinale dans chaque sous-groupe de population. À la fin de l'Étape 3A, on devrait disposer des estimations des indicateurs de vaccination pour chaque sous-groupe représentatif d'une dimension de l'inégalité. La prise de notes détaillées sur les méthodes utilisées permettra de garantir que le processus d'analyse est transparent et reproductible, et qu'il servira de référence lors de la communication des résultats (Étape 4).

Si l'on utilise un ensemble de données brutes, on commence à l'Étape 3A par procéder à un tri et regrouper les données à analyser. Il s'agit d'expliquer les valeurs atypiques ou manquantes, de supprimer les éléments inutiles des données et de regrouper les données à télécharger dans un logiciel d'analyse. On établit ensuite

les critères relatifs au numérateur et au dénominateur de l'indicateur de vaccination, en respectant autant que faire se peut les définitions établies.

La population cible est ensuite divisée en sous-groupes sur la base des dimensions de l'inégalité recensées à l'Étape 1C. En dépit de son apparente simplicité, la catégorisation des individus de la population cible soulève quelques questions délicates. La définition de sous-groupes sur la base du statut économique, par exemple, peut impliquer un classement par quintiles, déciles ou la configuration de deux groupes (les 40 % les plus pauvres et les 60 % les plus riches). De même, la dimension « lieu de résidence » peut comprendre des sous-groupes ruraux et urbains, ou également d'autres caractéristiques (milieu principalement rural, rural reculé, périurbain ou suburbain). La catégorisation des sous-groupes de population dépend, en partie, des caractéristiques des données (de quelles informations dispose-t-on ?) et, en partie, du contexte dans lequel s'inscrit le suivi (quelles sont les distinctions faites couramment, et s'appliquent-elles à la population cible ?) L'Encadré 2 illustre un exemple de catégorisation de sous-groupes de population en Éthiopie.



Encadré 2. Exemple de catégorisation de sous-groupes de population pour le suivi de la vaccination des enfants éthiopiens

Ce modèle de catégorisation de sous-groupes (Tableau 2), qui s'appuie sur les données de l'EDS menée en Éthiopie en 2016, a servi à examiner les inégalités en matière de vaccination parmi les enfants éthiopiens (1). Les catégories ont été calquées sur la façon dont les sous-groupes ont été classés dans le rapport de l'EDS de l'Éthiopie (2).

Tableau 2. Catégorisation de sous-groupes de population pour le suivi de la vaccination des enfants éthiopiens

Dimension de l'inégalité	Catégorisation de sous-groupes
Sexe de l'enfant	féminin, masculin
Ordre de naissance	Premier, deuxième ou troisième, quatrième ou cinquième, sixième, etc.
Âge de la mère à la naissance	15-19 ans, 20-34 ans, 35-49 ans
Instruction de la mère	Pas d'instruction, école primaire, école secondaire ou plus
Ethnie de la mère	Afar ; Amhara ; Oromo ; Somali ; Tigré ; autre
Sexe du chef de famille	Féminin, masculin
Lieu de résidence	Rural, urbain
Région infranationale	Addis-Abeba ; Affar ; Amhara ; Benishangul-Gumuz ; Dire Dawa ; Gambela ; Harari ; Région des nations, nationalités et peuples du Sud ; Oromia ; Somali ; Tigré

Lorsque l'on utilise des données d'enquêtes sur les ménages, l'échantillonnage peut rendre difficile la catégorisation de sous-groupes. Si la taille de l'échantillon de certains sous-groupes est très petite, il peut être nécessaire de procéder à un nouveau classement afin de constituer des sous-groupes ayant une taille d'échantillon plus importante, de manière à obtenir des estimations plus fiables (bien que moins spécifiques). Ainsi, les intervalles de cinq ans choisis pour catégoriser l'âge de la mère (certains d'entre eux auraient des échantillons de très petite taille) pourraient être étendus à 10 ans. Il importe tout particulièrement de calculer l'erreur type ou les intervalles de confiance pour les estimations de données désagrégées relatives aux

sous-groupes de très petite taille, afin de déterminer ce en quoi celles-ci pourraient être moins fiables (Encadré 3). Pour certaines enquêtes, une estimation ne peut être retenue que si elle est fondée sur une taille d'échantillon minimale recommandée ; pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS), par exemple, le seuil minimal est de 25 cas. L'interprétation et la communication des mesures d'incertitude sont traitées plus en détail à l'Étape 4E.



Encadré 3. Mesures de l'incertitude pour les estimations des enquêtes sur les ménages

Les estimations ponctuelles des enquêtes sur les ménages sont obtenues sur la base d'un échantillon de la population cible. Les intervalles de confiance et l'erreur type sont deux mesures de l'incertitude qui indiquent le degré de certitude des estimations. Par exemple, les intervalles de confiance à 95 % représentent la fourchette de valeurs qui, à 95 % de certitude, contiennent la moyenne de la population. Les valeurs d'erreur type indiquent le degré d'exactitude statistique d'une estimation de la population, tandis qu'une valeur d'erreur type plus faible montre que l'estimation est plus proche de la moyenne de la population.

La taille de l'échantillon est un facteur d'incertitude des estimations ponctuelles. En effet, si la taille de l'échantillon est trop petite, il est impossible d'affirmer avec certitude que l'estimation obtenue est représentative de la population cible ; si le degré d'incertitude des estimations ponctuelles est trop élevé, celles-ci n'ont vraisemblablement pas grande signification.

La préparation de données désagrégées suppose de prendre les caractéristiques de la source de données en considération. S'agissant, par exemple, des enquêtes auprès des ménages, intégrer certains aspects du plan d'échantillonnage de l'enquête (mise en grappes, pondération et stratification, par exemple). Les codes statistiques qui montrent comment prendre en compte un plan d'échantillonnage complexe sont disponibles à l'adresse suivante : https://www.who.int/gho/health_equity/statistical_codes/en/. Pour un exemple de préparation de données désagrégées dans le cadre des analyses d'inégalité, voir le rapport de l'OMS intitulé *Explorations of inequality: childhood immunization* (Rapport sur l'inégalité en matière de vaccination des enfants) (1), ainsi que la note technique et le glossaire qui l'accompagnent (3).

Certains logiciels et outils en ligne proposent des bases de données désagrégées utiles pour le suivi des inégalités. À titre d'exemple, l'édition du logiciel avec base de données intégrée, HEAT, est préinstallée avec la base de données de l'OMS, appelée « Health Equity Monitor » (instrument de suivi de l'équité en santé) (4). Celui-ci contient des données, provenant de plus d'une centaine de pays, sur les indicateurs de la santé reproductive, et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (y compris la vaccination), qui sont désagrégées selon plusieurs dimensions de l'inégalité (5).

B. Calculer des mesures consolidées de l'inégalité

ÉTAPE 3

Analyser les données

A

Préparer des données désagrégées

B

Calculer des mesures consolidées de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quels sont les niveaux d'inégalité absolue et relative en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité absolue
- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité relative

Étape 3B Pratiques optimales :

- Sur la base des caractéristiques des données désagrégées essentielles, sélectionner les mesures consolidées appropriées de l'inégalité. Les mesures consolidées peuvent être simples ou complexes, ordonnées ou non ordonnées, et pondérées ou non pondérées ; certaines mesures peuvent nécessiter la sélection d'un groupe de référence.
- Calculer des mesures consolidées absolues et relatives de l'inégalité, car elles fournissent des renseignements complémentaires sur différents aspects de l'inégalité.

S'appuyant sur les données ventilées à l'Étape 3A, cette étape de l'analyse des données consiste à calculer des mesures consolidées de l'inégalité. Celles-ci permettent d'exprimer avec concision le degré d'inégalité dans plusieurs sous-groupes avec un seul nombre.

Il existe deux grands types de mesures consolidées : celles qui représentent l'inégalité absolue (la différence de couverture entre deux sous-groupes, indiquant l'ampleur de l'inégalité, par exemple) ; et celles qui représentent l'inégalité relative (le ratio de couverture entre deux sous-groupes, indiquant l'inégalité proportionnelle, par exemple). S'agissant d'analyser les données, dans le cadre du suivi des inégalités en matière de vaccination, il convient d'utiliser des mesures absolues et relatives.

Une autre distinction peut être faite entre les mesures simples et les mesures complexes de l'inégalité : alors que les mesures simples s'appuient sur des données provenant de deux sous-groupes, les mesures complexes intègrent des données provenant d'un plus grand nombre de sous-groupes. Il existe des versions absolues et relatives de mesures simples et complexes.

Les mesures simples de l'inégalité comprennent la différence (absolue) et le ratio (relatif) (Encadré 4). Si du fait de leur caractère particulièrement intuitif, les mesures simples permettent de comparer les dimensions de l'inégalité qui ne comprennent que deux sous-groupes (comme le sexe féminin ou masculin), elles peuvent également être appliquées aux dimensions qui comprennent plus de deux sous-groupes (les quintiles de richesse les plus riches et les plus pauvres, par exemple).

Encadré 4. Illustration de la différence et du ratio de couverture vaccinale



Le rapport intitulé *State of inequality: Indonesia* (rapport sur l'état des inégalités de santé en Indonésie) couvre cinq indicateurs de vaccination des enfants, désagrégés par statut économique, éducation, profession, situation professionnelle, sexe, lieu de résidence et région infranationale (6). Les différences et les ratios servent à montrer les inégalités absolues et relatives, respectivement. Le Tableau 3 présente des données sur la couverture vaccinale, désagrégées par quintile de richesse des ménages. Il indique également les valeurs de différence et de ratio, calculées comme suit :

Différence = quintile 5 - quintile 1

Ratio = quintile 5 / quintile 1

Pour le DTC-HepB (vaccin DTC-hépatite B), par exemple, les résultats montrent que la couverture est de 27,3 points de pourcentage plus élevée dans le quintile 5 que dans le quintile 1 ; ce qui signifie que la couverture DTC-HepB est 1,5 fois plus élevée dans le quintile le plus riche que dans le quintile le plus pauvre.

Tableau 3. Couverture vaccinale des enfants de 1 an en Indonésie, désagrégée par statut économique, RISKEDAS 2013 (6)

Indicateur	Quintile 1 (le plus pauvre) (%)	Quintile 2 (%)	Quintile 3 (%)	Quintile 4 (%)	Quintile 5 (le plus riche) (%)	Différence (points de pourcentage)	Ratio
Couverture vaccinale du BCG	73,2	85,6	88,8	91,7	93,3	20,1	1,3
Couverture vaccinale contre la rougeole	68,9	81,7	82,6	86,0	86,7	17,8	1,3
Couverture vaccinale DTC-HepB	56,6	73,4	76,9	80,5	83,9	27,3	1,5
Couverture vaccinale contre la poliomyélite	60,1	76,0	78,4	81,0	83,6	23,5	1,4
Couverture vaccinale de base complète	39,5	55,1	61,1	65,4	67,8	28,3	1,7

Parmi les exemples de mesures complexes montrant une inégalité absolue figurent notamment les suivants : l'indice de pente d'inégalité ; la variance intergroupe ; la différence moyenne par rapport à la moyenne ; et le risque attribuable dans la population. Au nombre des mesures complexes courantes qui rendent compte de l'inégalité relative figurent notamment les suivantes : l'indice de concentration ; l'indice de disparité ; l'indice de Theil ; et la fraction attribuable dans la population. Pour un complément d'information sur les mesures complexes de l'inégalité et sur la façon de les sélectionner, voir l'appendice 6.

Les logiciels HEAT avec base de données intégrée et HEAT Plus, avec base de données à télécharger (cette édition permet aux utilisateurs de télécharger leur propre base de données) facilitent le calcul de certaines mesures simples et complexes de l'inégalité (7). Lorsque l'on utilise une application logicielle, il convient de

se familiariser avec les méthodes et les données techniques essentielles en se référant à la documentation d'appui (manuels d'utilisation, notes techniques et codes sources, par exemple).

Après avoir calculé des estimations désagrégées et des mesures consolidées de l'inégalité, on peut envisager de recourir à d'autres types d'analyse en vue d'approfondir les résultats obtenus. Pour ce faire, commencer par recenser les aspects des résultats qui nécessitent une étude plus poussée et déterminer ce qu'il est possible de faire, compte tenu des données et des capacités techniques dont on dispose. Pour un complément d'informations sur l'analyse de régression multiple et la vulnérabilité aggravée, voir l'appendice 7.

Bibliographie

1. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Agence centrale de la statistique. Enquête démographique et de santé en Éthiopie 2016. Rockville, Maryland, États-Unis : Programme des enquêtes démographiques et de santé ; 2017.
3. Explorations of inequality: childhood immunization. Technical note and glossary [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/gho/health_equity/report_2018_immunization/technical_notes.pdf?ua=1; consulté le 8 septembre 2019).
4. Outil d'évaluation de l'équité en santé : HEAT, édition de la base de données intégrée [en ligne]. Observatoire mondial de la santé. Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html, consulté le 8 septembre 2019).
5. Instrument de suivi de l'équité en santé [Internet]. Observatoire mondial de la santé. Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (http://www.who.int/gho/health_equity/en/, consulté le 8 septembre 2019).
6. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Outil d'évaluation de l'équité en santé : HEAT Plus, édition avec base de données à télécharger [en ligne]. Observatoire mondial de la santé. Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index2.html, consulté le 8 septembre 2019).

ÉTAPE

4

Rendre compte des
résultats



ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

QUESTION CLÉ

Quels paramètres sous-tendent l'approche choisie pour établir un rapport ?

CHECKLIST

- Définir les buts et objectifs majeurs du rapport
- Identifier le public principal auquel s'adresse le rapport
- Déterminer les connaissances préalables du public sur les inégalités en matière de vaccination

B

Déterminer la portée du rapport

QUESTION CLÉ

Quels aspects de l'état des inégalités devrait-on prendre en compte dans le rapport ?

CHECKLIST

- Recenser les données qui rendent compte de l'état actuel des inégalités
- Déterminer s'il convient de rendre compte des tendances dans le temps
- Déterminer s'il convient de rendre compte des analyses comparatives

C

Définir le contenu technique

QUESTION CLÉ

Quels résultats de l'analyse des données seront publiés ?

CHECKLIST

- Procéder à une première évaluation des résultats pour :
 - établir les conclusions les plus importantes
 - identifier des tendances dans les données
- Rendre compte des estimations des données désagrégées
- Déterminer si les mesures simples et les mesures complexes conduisent aux mêmes conclusions

D

Choisir les méthodes de présentation des données

QUESTION CLÉ

Comment les messages clés relatifs aux données seront-ils présentés ?

CHECKLIST

- Recenser les outils de présentation des résultats (texte, tableaux, graphiques et cartes, par exemple)
- Envisager de recourir à la technologie de visualisation interactive

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Que doit savoir le public afin de bien comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les résultats ?

CHECKLIST

- Rendre compte des inégalités absolues et relatives
- Indiquer le niveau moyen de l'indicateur dans la population cible
- Indiquer la part de population que représentent les sous-groupes
- Signaler les résultats obtenus sur la base d'un échantillon de petite taille (s'ils ont été obtenus à partir de données d'enquête)
- Envisager de rendre compte de la signification statistique, le cas échéant
- Décrire les méthodes et les processus – points forts et faiblesses compris – auxquels vous avez eu recours pour parvenir à vos conclusions

Vue d'ensemble

L'ÉTAPE 4 consiste à rendre compte au public cible de l'état des inégalités en matière de vaccination. À cette étape, les décisions prises en ce qui concerne la portée du suivi, ainsi que les sources et l'analyse des données (Étapes 1 à 3) détermineront la forme que prendront les résultats et le public auquel ils s'adresseront. Avant de les faire connaître, il importe de bien comprendre les résultats ainsi que les insuffisances des sources de données et des méthodes d'analyse sur lesquels ils sont fondés.

À cette étape, il est utile de commencer par réexaminer les objectifs initiaux de l'activité de suivi et de rappeler les raisons pour lesquelles celle-ci a été entreprise. Cet exercice permet de préciser l'impact des rapports souhaité (éclairer les décisions relatives aux politiques, aux programmes et aux pratiques, par exemple) et d'identifier le public cible qui a un rôle à jouer s'agissant d'utiliser les résultats pour mettre en œuvre des changements (Étape 4A). Ces considérations influent sur toutes les décisions ultérieures concernant la portée des rapports (Étape 4B), le contenu technique (Étape 4C) et les méthodes de présentation des données (Étape 4D). L'Étape 4E appelle l'attention sur les meilleures pratiques en matière d'établissement de rapports. À l'appendice 8, une étude de cas illustre la façon dont les résultats du suivi des inégalités en matière de vaccination ont été communiqués, en respectant chacune des sous-étapes 4A-E.

La notification des inégalités en matière de vaccination peut prendre bon nombre de formes telles que des rapports écrits, des présentations multimédia, des notes d'orientation ou des plateformes interactives en ligne. On gardera à l'esprit que la même analyse peut être adaptée à différents publics cibles et prendre la forme d'un document de recherche, d'un rapport technique ou d'une note d'information selon qu'elle s'adresse aux universitaires, aux responsables du suivi et de l'évaluation ou aux décideurs cibles. Les considérations générales présentées tout au long de l'Étape 4 valent pour la plupart des types de rapports, étant entendu qu'une connaissance approfondie du format constitue une condition sine qua non de la réussite. Un moyen de s'assurer que le rapport aura l'impact souhaité est de procéder à un essai pilote de l'approche choisie auprès de quelques membres du public cible en vue de recueillir leurs avis et suggestions, puis d'apporter les changements nécessaires.

A. Définir l'objet du rapport et le public cible

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

B

Déterminer la portée du rapport

C

Définir le contenu technique

D

Choisir les méthodes de présentation des données

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Quels paramètres sous-tendent l'approche choisie pour établir un rapport ?

CHECKLIST

- Définir les buts et objectifs majeurs du rapport
- Identifier le public principal auquel s'adresse le rapport
- Déterminer les connaissances préalables du public sur les inégalités en matière de vaccination

Étape 4A Pratiques optimales :

- Déterminer de manière pragmatique l'approche à adopter pour rendre compte des informations : établir des buts et objectifs réalistes au regard des résultats à obtenir, et qui cadrent avec le contexte en question.
- Identifier le public cible qui est le mieux à même de donner suite aux résultats ou d'en tirer parti.

Pour ce qui est de définir l'objet du rapport, on rappellera la raison même du suivi des inégalités en matière de vaccination, à savoir qu'il s'agit de faire en sorte que tous puissent bénéficier en pleine égalité des avantages de la vaccination. Idéalement, la communication d'informations s'inscrit dans cette vision globale, encore que de façon plus restreinte et précisément ciblée.

S'agissant de déterminer l'objet du rapport, il est bon d'établir les buts et objectifs principaux à atteindre en la matière. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de faire mieux comprendre les écarts de vaccination entre les districts d'un pays. Des buts et des objectifs clairement définis contribuent à garantir que tous les aspects couverts par un rapport sous-tendent les résultats escomptés.

La communication des informations peut être orientée vers un ou plusieurs publics cibles. Une bonne connaissance du public visé, notamment de ses capacités, de ses intérêts et de ses besoins, contribuera à rendre la communication des résultats plus efficace. Parmi les publics cibles peuvent notamment figurer : les membres du Groupe consultatif technique national sur la vaccination (GTCV) ; les chercheurs spécialisés dans les questions de vaccination ; les experts techniques chargés d'élaborer des lignes directrices sur les protocoles d'administration des vaccins ; les praticiens de la santé publique impliqués dans la mobilisation de la communauté en faveur de la vaccination ; les politiques ou les décideurs qui allouent des ressources aux programmes de vaccination ; et les groupes consultatifs qui mènent des campagnes de sensibilisation en la matière. Le public cible peut également ne pas faire partie du secteur de la santé.

B. Sélectionner la portée du rapport

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

B

Déterminer la portée du rapport

C

Définir le contenu technique

D

Choisir les méthodes de présentation des données

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Quels aspects de l'état des inégalités devrait-on prendre en compte dans le rapport ?

CHECKLIST

- Recenser les données qui rendent compte de l'état actuel des inégalités
- Déterminer s'il convient de rendre compte des tendances dans le temps
- Déterminer s'il convient de rendre compte des analyses comparatives

Étape 4B Pratiques optimales :

- Rendre compte de l'état actuel des inégalités au moyen des dernières données accessibles.
- Dans la mesure du possible, contextualiser les résultats en indiquant la façon dont les inégalités ont évolué dans le temps, et la mesure dans laquelle la situation dans le secteur observé se compare à celle que présentent des secteurs similaires.

Si bon nombre de résultats ont pu être obtenus à l'Étape 3 (analyse des données), il y a lieu, à l'Étape 4 (élaboration des rapports), d'examiner soigneusement ceux qui présenteront le plus grand intérêt pour le public cible. Il s'agit à tout le moins de rendre compte de l'état actuel des inégalités en matière de vaccination. À titre d'exemple, pour ce qui concerne la couverture vaccinale, on s'emploiera à communiquer au public cible des informations actualisées portant sur les domaines suivants : la couverture actuelle dans la population cible et ses sous-groupes ; le taux de couverture vaccinale de la population cible et de ses sous-groupes par rapport aux objectifs établis ; et les domaines prioritaires dans lesquels il faut agir.

Les rapports peuvent également porter sur les tendances dans le temps ou des analyses comparatives. Compte tenu du fait que la vaccination peut varier d'une année à l'autre, en particulier dans les milieux fragiles, l'information sur les tendances pluriannuelles peut aider à obtenir une vision d'ensemble des résultats obtenus dans le temps. L'intervalle entre les activités de suivi dépend en grande partie de l'accessibilité des données : alors que les enquêtes auprès des ménages sont en règle générale menées tous les 3 à 5 ans, les analyses d'inégalité peuvent être réalisées sur une base annuelle à partir de sources de données administratives régulièrement actualisées.

Pour ce qui est des tendances dans le temps, il peut être utile de mettre en évidence les principales étapes liées à la vaccination – telles que les changements majeurs apportés aux politiques ou aux procédures de vaccination dans le pays – qui aident les lecteurs à contextualiser les résultats. De même, l'analyse comparative, qui a pour objet de comparer des données provenant de domaines similaires, ajoute contexte et profondeur à l'état des inégalités (Encadré 5).



Encadré 5. Meilleures pratiques d'analyse comparative

S'agissant des rapports sur les inégalités, l'analyse comparative permet, à des fins de comparaison, de présenter les résultats obtenus pour la population cible parallèlement à ceux portant sur une ou plusieurs autres cibles ou populations.

L'analyse comparative absolue (atteindre une couverture de 80 % dans tous les groupes, par exemple) est une approche possible. D'autres approches consistent à établir des comparaisons entre les pays, entre les régions infranationales d'un même pays, ou par rapport à la moyenne nationale. Il convient de fournir des renseignements contextuels qui illustreront les similarités et les différences entre les populations. Les populations susceptibles d'être retenues pour une analyse comparative se trouvent dans la même région géographique, appartiennent au même groupe de revenu de pays ou ont la même taille que la population cible. Signaler toutes circonstances exceptionnelles justifiant l'obtention de résultats faibles ou élevés, telles que les différences de financement ou d'autres ressources. S'assurer que les sources de données et les méthodes d'analyse sont comparables entre les populations, ou mettre en évidence les différences.

C. Définir le contenu technique

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

B

Déterminer la portée du rapport

C

Définir le contenu technique

D

Choisir les méthodes de présentation des données

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Quels résultats de l'analyse des données seront publiés ?

CHECKLIST

- Procéder à une première évaluation des résultats pour :
 - établir les conclusions les plus importantes
 - identifier des tendances dans les données
- Rendre compte des estimations des données désagrégées
- Déterminer si les mesures simples et les mesures complexes conduisent aux mêmes conclusions

Étape 4C Pratiques optimales :

- Se familiariser avec les aptitudes et intérêts du public cible sur le plan technique, et s'assurer qu'il en soit tenu compte dans le contenu technique du rapport.
- S'efforcer, dans la mesure du possible, d'utiliser un contenu technique particulièrement simple et facile à comprendre pour étayer les principaux résultats.

S'agissant des rapports sur les inégalités en matière de vaccination, leur contenu technique devrait servir à étayer les conclusions et messages importants. Une première évaluation des résultats peut aider à établir les conclusions et les tendances les plus marquantes en ce qui concerne les données. On gardera à l'esprit que les sources de données ont leurs limites (Étape 2 et appendice 4) et que les méthodes d'analyse (Étape 3) peuvent influencer sur la manière dont les résultats sont interprétés.

Les informations techniques doivent être adaptées au public cible, et cadrer avec l'objet et la portée du rapport (Étapes 4A-B). À titre d'exemple, les articles et les rapports techniques évalués par des pairs revêtent souvent un caractère très pointu, car ils s'adressent principalement à des experts du milieu universitaire. D'autres types de rapports, tels que les notes d'orientation et les documents non techniques, contiendront moins d'informations techniques et seront davantage axés sur la pertinence et l'utilisation des résultats, et leur application dans un contexte déterminé ; ceux-ci peuvent exercer une forte influence auprès des décideurs.

Quel que soit le type de rapport, il faut veiller à ce que son contenu technique soit facile à comprendre et à communiquer. Il est souvent bon de commencer par faire état des dernières estimations désagrégées de la couverture, celles-ci permettant d'étayer d'autres comparaisons. S'agissant de déterminer quelles mesures consolidées de l'inégalité figureront dans les rapports, il est préférable, en règle générale, de privilégier les mesures simples plutôt que complexes, pour autant qu'elles mènent aux mêmes conclusions. Si ce n'est pas le cas, il peut être bon d'utiliser des mesures complexes pour illustrer les résultats de manière plus nuancée – si elles cadrent avec l'intérêt du public cible et l'objet du rapport, et si leur interprétation est expliquée clairement.

D. Choisir les méthodes de présentation des données

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

B

Déterminer la portée du rapport

C

Définir le contenu technique

D

Choisir les méthodes de présentation des données

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Comment les messages clés relatifs aux données seront-ils présentés ?

CHECKLIST

- Recenser les outils de présentation des résultats (texte, tableaux, graphiques et cartes, par exemple)
- Envisager de recourir à la technologie de visualisation interactive

Étape 4D Pratiques optimales :

- Inclure dans les rapports des textes, des tableaux, des graphiques, des cartes ou des visuels interactifs qui suscitent l'intérêt du public cible.
- Consulter des membres du public cible pour s'assurer que les outils d'information sont à la fois bien compris et efficaces.

Ainsi qu'il a été souligné à l'Étape 4A, l'objet du rapport et les besoins du public devraient sous-tendre les décisions concernant les formats de présentation des données. Parmi les principaux modes de présentation des données de vaccination figurent notamment les suivants : texte ; tableaux ; graphiques ; cartes ; et visuels interactifs. Les rapports sont particulièrement convaincants lorsque ces modes de présentation y figurent d'une façon équilibrée et réfléchie qui suscite l'intérêt du public cible. Les tableaux, graphiques et cartes étant parfois présentés en dehors de leur contexte d'origine, faire en sorte qu'ils soient explicites, et assortis de titres descriptifs et de légendes.

- Le texte, composante majeure des rapports écrits, sert à fournir des informations générales et à expliquer les nuances et les tendances des données. Le texte doit être concis, simple et logique, et d'un niveau de lecture approprié pour le public cible.
- Les tableaux servent à donner un aperçu précis et complet de grandes quantités de données ; ils exigent néanmoins du lecteur qu'il fournisse un effort non négligeable pour en tirer des conclusions.
- Les graphiques peuvent être un bon moyen de simplifier les messages complexes en résumant sous forme visuelle de grandes quantités de données, y compris leur évolution dans le temps. L'utilisation de divers graphiques peut aider à afficher des messages de différentes façons, encore qu'il soit en règle

générale préférable de s'en tenir à un ou deux types de graphiques de manière à garantir l'homogénéité du rapport dans son ensemble (Encadré 6).

- Les cartes peuvent servir à montrer des données ayant une composante géographique ; on gardera toutefois à l'esprit que la taille des zones indiquée sur une carte peut ne pas correspondre à la taille ou à la densité de la population.
- La technologie de visualisation interactive offre de nouvelles possibilités pour ce qui est de la recherche numérique des données. Il existe bon nombre de logiciels qui permettent de créer des visuels de données, en allant des logiciels courants, offrant de nombreuses applications, aux logiciels d'analyse statistique et graphique plus spécialisés.

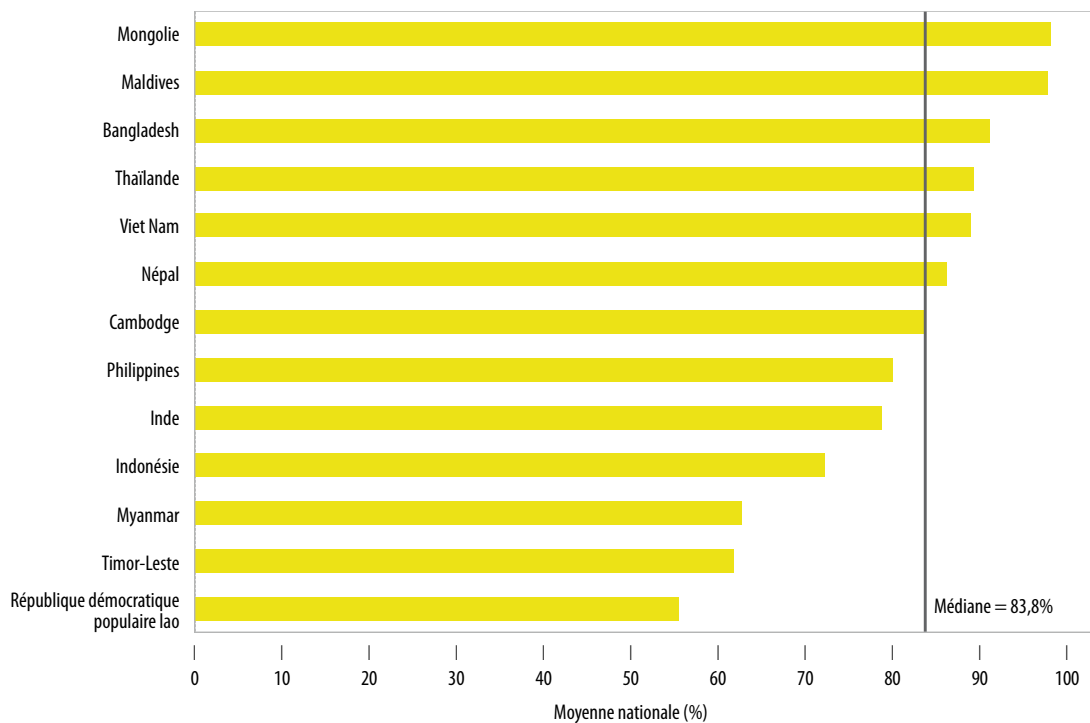


Encadré 6. Présenter les données de vaccination sous forme graphique

Bien des types de diagrammes peuvent servir à illustrer les inégalités en matière de vaccination (1,2). Le choix du graphique devrait correspondre à la quantité et au type d'informations qui doivent être présentées (moyennes nationales, données désagrégées, mesures consolidées ou évolution dans le temps, par exemple). Il devrait également prendre en considération les besoins et les préférences du public cible. On trouvera ci-après des exemples de graphiques couramment utilisés pour rendre compte des inégalités.

- Diagramme à barres horizontales : ces graphiques sont utiles pour présenter les données nationales de plusieurs pays, ou des données désagrégées englobant plusieurs sous-groupes. Une ligne verticale traversant les barres peut servir à indiquer la valeur médiane (point central de toutes les valeurs) ou la moyenne nationale. Les barres peuvent également être tracées verticalement et la ligne indiquant la valeur médiane ou la valeur nationale peut être horizontale (voir Figure 1).

Figure 1. Diagramme à barres horizontales indiquant la moyenne nationale de la couverture vaccinale par le DTC3 dans 13 pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental (EDS, MICS, ESR 2008-2017)

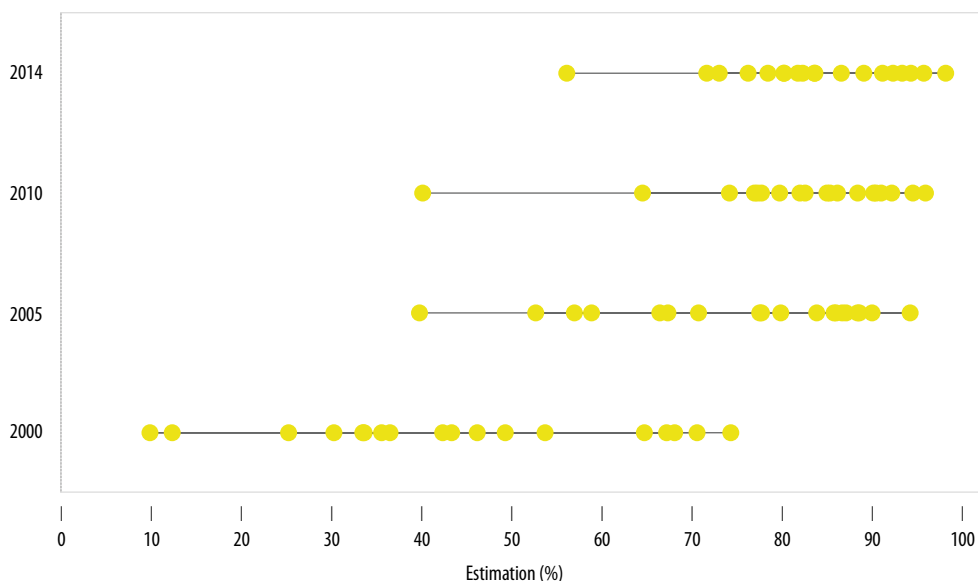




Encadré 6. Présenter les données de vaccination sous forme graphique (suite)

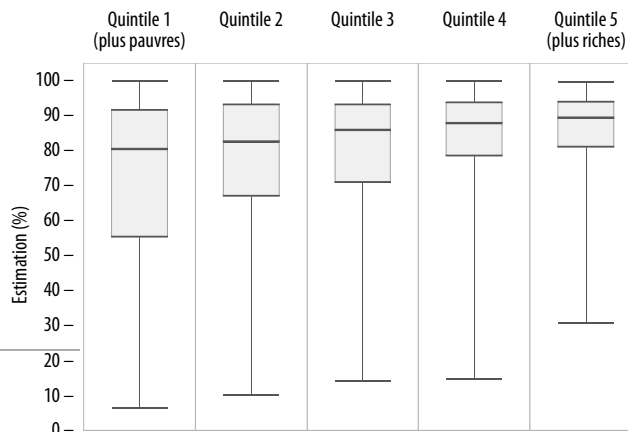
- Diagramme composé de cercles placés sur une ligne horizontale (également appelé « equiplot ») : ce type de diagramme présente des données désagrégées pour plusieurs sous-groupes ou plusieurs points chronologiques. Dans la Figure 2, les lignes horizontales représentent les quatre points chronologiques, et les cercles figurant sur chacune les régions infranationales du Cambodge. La ligne reliant les deux cercles extrêmes indique la différence (inégalité absolue).

Figure 2. Diagramme composé de cercles placés sur une ligne horizontale, indiquant la couverture vaccinale par le DTC3 désagrégée par région sous-nationale au Cambodge (EDS 2000, 2005, 2010, 2014)



- Diagramme de quartiles : ce type de diagramme peut servir à présenter des données désagrégées pour plusieurs pays. Il renseigne sur la distribution d'un ensemble de données (estimations de plusieurs pays pour un sous-groupe, par exemple.) sans montrer tous les points de données. Les valeurs maximales et minimales sont indiquées par les lignes supérieure et inférieure, respectivement, et la valeur médiane est représentée par la ligne centrale. Les cases ombrées indiquent l'écart interquartile (les 50 % du milieu de la distribution). La Figure 3 montre la couverture vaccinale du DTC3 par quintile de richesse dans 87 pays.

Figure 3. Diagramme de quartiles présentant la couverture vaccinale par le DTC3, désagrégée par statut économique, dans 87 pays (EDS, MICS, ESR 2008-2017)

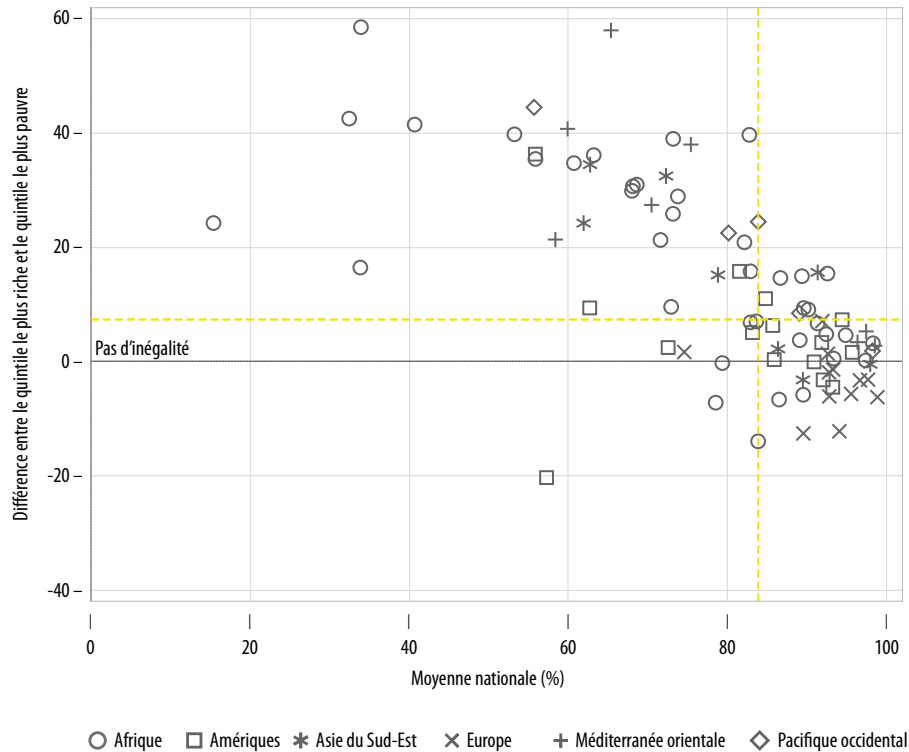




Encadré 6. Présenter les données de vaccination sous forme graphique (suite)

- Diagramme de dispersion à quatre quadrants : dans la Figure 4, la moyenne nationale est indiquée sur l'abscisse et l'inégalité économique absolue (différence) sur l'ordonnée ; une forme représente chacun des 87 pays. Les diagrammes de dispersion peuvent également servir à montrer l'évolution de la moyenne nationale dans le temps (abscisse) et l'évolution de la mesure consolidée dans le temps (évolution de l'écart absolu) (ordonnée).

Figure 4. Diagramme de dispersion à quatre quadrants indiquant la moyenne nationale de la couverture vaccinale par le DTC3 (abscisse) et les inégalités économiques absolues (ordonnée) dans 87 pays (EDS, MICS, ERS 2008-2017)



E. Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

D

Définir l'objet du rapport et le public cible

B

Déterminer la portée du rapport

C

Définir le contenu technique

D

Choisir les méthodes de présentation des données

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Que doit savoir le public afin de bien comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les résultats ?

CHECKLIST

- Rendre compte des inégalités absolues et relatives
- Indiquer le niveau moyen de l'indicateur dans la population cible
- Indiquer la part de population que représentent les sous-groupes
- Signaler les résultats obtenus sur la base d'un échantillon de petite taille (s'ils ont été obtenus à partir de données d'enquête)
- Envisager de rendre compte de la signification statistique, le cas échéant
- Décrire les méthodes et les processus - points forts et faiblesses compris – auxquels vous avez eu recours pour parvenir à vos conclusions

Étape 4E Pratiques optimales :

- veiller à ce que le rapport final donne un aperçu complet des résultats pertinents, tout en décrivant de manière adéquate les méthodes et approches essentielles.
- effectuer un contrôle de qualité pour faire en sorte que les meilleures pratiques d'établissement de rapport soient appliquées.

La mise en œuvre de pratiques exemplaires pour rendre compte des inégalités contribue à assurer au public cible toutes les informations techniques et non techniques sur lesquelles reposent les recommandations, conclusions et messages essentiels. Établir un rapport de manière transparente et rigoureuse aidera à mieux faire valoir la nécessité de mesures correctives et de changements. Parmi les meilleures pratiques à appliquer pour faire rapport sur les inégalités en matière de vaccination, on peut citer les suivantes :

- fournir des informations générales sur les politiques, programmes ou pratiques de vaccination qui concernent la population ciblée dans le cadre du suivi.
- justifier et définir le choix d'indicateurs de vaccination et les dimensions de l'inégalité.
- Indiquer la ou les sources de données utilisées pour le suivi, et toutes lacunes significatives.
- décrire les méthodes et le processus auxquels vous avez eu recours pour parvenir à vos conclusions, en indiquant notamment de façon objective les limites de la démarche suivie ou les biais qu'elle peut induire (ce qui peut, dans certains cas, être fait dans un appendice ou une note technique).
- réaffirmer les objectifs de l'activité de suivi, et la façon dont on peut tirer parti des résultats.

S'agissant de faire rapport sur les résultats de l'analyse des données, s'employer notamment à communiquer les informations suivantes : le niveau moyen de l'indicateur dans la population cible ; les mesures des inégalités absolues et relatives ; et la part de la population des sous-groupes (Encadré 7). Pour ce qui concerne les résultats fondés sur des sources de données telles que des enquêtes auprès des ménages, signaler ceux qui ont été obtenus sur la base d'échantillons de petite taille. Déterminer s'il y a lieu de déclarer la signification statistique (Encadré 8). On trouvera à l'appendice 8 une étude de cas sur la façon dont les meilleures pratiques pour faire rapport sur les inégalités en santé ont été appliquées.



Encadré 7. Part de population : pourquoi elle est importante et comment la signaler

La part de population s'entend du pourcentage de la population concernée que représente un sous-groupe. S'agissant du suivi de la couverture vaccinale des enfants de 1 an, par exemple, la part de population serait le pourcentage de tous les enfants de 1 an de la population que représentent les enfants de 1 an appartenant à un sous-groupe. Le Tableau 4 indique la part de population des enfants de 1 an que représente chacun des six sous-groupes d'enfants indonésiens de 1 an définis par le niveau d'instruction de la mère (3).

Tableau 4. Part de population des enfants indonésiens de 1 an que représente chacun des six sous-groupes définis par le niveau d'instruction de la mère et la couverture vaccinale BCG correspondante (RISKEDAS 2013)

Niveau d'instruction de la mère	Part de population (%)	Couverture vaccinale du BCG (%)
Pas d'instruction	3,0	78,9
Enseignement primaire inachevé	8,6	80,2
Enseignement primaire	30,8	86,1
Premier cycle du secondaire	23,9	90,4
Enseignement secondaire	26,5	93,1
Diplôme universitaire/Enseignement supérieur	7,2	94,5
National	100,0	87,6

Le calcul de la part de population aide à mieux faire comprendre au public la manière dont les inégalités touchent une population. Dans le cas de l'Indonésie, le taux de couverture vaccinale par le bacille Calmette-Guérin (BCG) le plus faible revenait au sous-groupe sans instruction, lequel ne représentait que 3 % des enfants de 1 an ayant fait l'objet de l'enquête. L'information sur la part de population est particulièrement importante si celle-ci évolue dans le temps. Selon la nature du rapport, la part de population pourrait être présentée sous forme tabulaire ou textuelle ; s'agissant des visuels interactifs, on pourrait envisager, si le logiciel le permet, de faire figurer la part de population dans une infobulle.



Encadré 8. Interprétation et communication des mesures d'incertitude

La communication des mesures d'incertitude, telles que les intervalles de confiance à 95 %, peut aider le public à comprendre si les estimations des indicateurs fondées sur les données d'enquête sont sensiblement différentes entre les sous-groupes de population (voir l'Étape 3A). Le calcul mathématique des mesures d'incertitude prend en compte la taille de l'échantillon d'enquête. Des problèmes peuvent en effet se poser lorsque la taille de l'échantillon n'est pas suffisante pour produire une estimation précise. L'instrument de suivi de l'équité en santé de l'OMS, par exemple, ne retient pas les estimations ponctuelles fondées sur des échantillons de sous-groupes de moins de 25 cas, et marque les estimations reposant sur des « échantillons de petite taille », soit 25-49 cas. Dans les cas où les estimations de sous-groupes sont fondées sur des échantillons de petite taille, les résultats peuvent indiquer des différences considérables entre les estimations ponctuelles qui ne sont pas statistiquement significatives (les intervalles de confiance à 95 % sont grands et se chevauchent, par exemple).

Inversement, il peut y avoir des cas où de légères différences sont statistiquement significatives (parce qu'elles sont fondées sur un grand échantillon), mais ne le sont pas du point de vue de la santé publique. Par exemple, selon l'EDS 2015 de l'Inde, la couverture vaccinale par le DTC3 chez les enfants de 1 an était de 80,5 % en milieu urbain et de 78,0 % en milieu rural, avec des intervalles de confiance non chevauchants à 95 % (les intervalles de confiance à 95 % étaient de 79,2-81,8 en milieu urbain et de 77,4-78,6 en milieu rural). Si cette différence de 2,5 points de pourcentage peut être statistiquement significative, elle ne l'est probablement pas pour ce qui est des politiques, des programmes et des pratiques de santé publique.

S'agissant de déterminer s'il convient de faire état des mesures d'incertitude et comment procéder, prendre en considération le niveau de compétence technique du public cible et se demander si les mesures sont susceptibles de donner plus de poids aux résultats, ou de créer une confusion inutile. Dans les deux cas, s'assurer que les résultats ne conduisent pas à des conclusions erronées ou à une politique mal informée.

Bibliographie

1. Asada Y, Abel H, Skedgel C, Warner G. On effective graphic communication of health inequality : considerations for health policy researchers. *Milbank Q.* 2017;95(4):801-35.
2. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.

ÉTAPE

5

Appliquer les
connaissances



ÉTAPE 5

Appliquer les connaissances

Identifier les domaines d'action prioritaires

Prendre les questions d'équité en considération dans les programmes et les politiques de vaccination

Identifier les possibilités de collaboration intersectorielle

Vue d'ensemble

L'ÉTAPE 5, à savoir l'application des connaissances, a pour objet de promouvoir l'exploitation des résultats afin de modifier les politiques, programmes ou pratiques qui ont une incidence sur la vaccination. Cette étape du suivi des inégalités est peut-être la moins simple à réaliser car elle dépend fortement du contexte et revêt un caractère très itératif. L'utilisation des résultats pour apporter des changements passe par une connaissance approfondie de l'ensemble des politiques, pratiques et programmes en vigueur dans le secteur cible, ainsi que des objectifs politiques, des processus décisionnels et des intérêts concurrents. La mise en œuvre de changements durables et à long terme en vue de lutter contre les inégalités exige une action continue et multidimensionnelle, ainsi qu'une collaboration entre les diverses parties prenantes et un engagement politique soutenu.

Compte tenu du caractère non linéaire que revêt le processus d'application des connaissances, cette section présente trois activités connexes visant à lutter contre les conditions d'inégalité dans les domaines de la vaccination : recensement des domaines d'action prioritaires ; prise en considération des questions d'équité dans les activités de vaccination ; recherche de possibilités de collaboration intersectorielle.

Identifier les domaines d'action prioritaires

Les résultats du suivi des inégalités en matière de vaccination peuvent servir à déterminer les domaines prioritaires justifiant une action de suivi. Bien qu'il existe de nombreuses façons de faciliter l'interprétation des résultats du suivi des inégalités dans des domaines prioritaires concrets, on retiendra l'approche simple présentée dans le manuel intitulé *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries* (Manuel sur le suivi des inégalités consacré aux pays à revenu faible ou intermédiaire) selon laquelle un système de notation des résultats du suivi permet d'obtenir un classement global pour les dimensions de l'inégalité et les indicateurs de vaccination. Il s'agit de créer un tableau où seront répertoriés les indicateurs de vaccination dans les rangées et les dimensions des inégalités dans les colonnes, et d'ajouter une colonne pour indiquer la moyenne nationale (Tableau type 5). Sur la base des résultats du suivi, chaque case du tableau – combinant l'indicateur de vaccination et la dimension de l'inégalité – reçoit une note de 1 à 3 : 1 indique qu'aucune action n'est actuellement requise ; 2 qu'une action est justifiée ; et 3 qu'une action urgente est nécessaire. De même, la moyenne nationale pour chaque indicateur de vaccination est également notée de 1 à 3. Les notes moyennes sont calculées pour chaque indicateur et chaque dimension. Elles peuvent ensuite être classées afin de déterminer les domaines d'action prioritaires en la matière.

Tableau type 5. Appliquer un système de notation pour déterminer les domaines d'action prioritaires

Indicateur de vaccination [répertorier les indicateurs de vaccination]	Inégalité par dimension										Note moyenne	Moyenne nationale	
	Richesse		Instruction		Sexe		Lieu de résidence		[insérer les autres]				
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel			

Abs : inégalité absolue ; Rel : inégalité relative.

À titre d'exemple, le Tableau 5 montre la façon dont cette approche a été appliquée au suivi des inégalités dans les domaines de la santé reproductive, et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant aux Philippines (1). La moyenne nationale et la note moyenne de chacune des dimensions de l'inégalité pour la vaccination contre la rougeole donnent à penser que celle-ci pourrait revêtir un rang de priorité plus élevé qu'une consultation prénatale, au moins, mais inférieur à celui qui reviendrait aux naissances assistées par un personnel de santé qualifié.

Tableau 5. Appliquer un système de notation afin de déterminer les domaines d'action prioritaires dans les domaines de la santé reproductive, et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant aux Philippines (1)

Indicateur de vaccination [répertorier les indicateurs de vaccination]	Inégalité par dimension										Note moyenne	Moyenne nationale
	Richesse		Instruction		Sexe		Lieu de résidence		[insérer les autres]			
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel		
Soins prénatals : au moins une consultation	1	1	2	2			1	1	1	1	1.3	1
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié	3	3	3	3			3	2	3	3	2.9	3
Vaccination contre la rougeole chez les enfants de 1 an	2	2	3	3	1	1	1	1	3	2	1.9	2

Abs : inégalité absolue ; Rel : inégalité relative.

Note : 1 indique qu'aucune action n'est nécessaire (cases vertes) 2 qu'une action est nécessaire (cases jaunes) et 3 qu'une action urgente est nécessaire (cases rouges). La note moyenne est la moyenne des valeurs de l'inégalité par dimension.

S'agissant d'identifier les domaines prioritaires, consulter les parties prenantes qui connaissent les résultats de la vaccination, ainsi que ceux du suivi et le contexte dans lequel il s'inscrit, aide à s'assurer que les recommandations sont applicables et pertinentes. Un groupe de conseillers spécialisés dans l'interprétation des statistiques, par exemple, peut se réunir afin d'évaluer la situation et décider de la marche à suivre. Il s'agit d'examiner quels éléments des résultats de l'analyse ont des implications tangibles et pratiques dans le cadre des ressources et du mandat du public cible. Les notes de synthèse sont un outil utile pour résumer la façon dont les activités sont priorisées (y compris la justification sous-jacente), et fournir des conseils concrets et concis aux décideurs. L'Encadré 9 donne un exemple qui illustre la manière dont les résultats du suivi des inégalités en santé en Indonésie ont servi à définir les priorités politiques.



Encadré 9. Évaluer l'état des inégalités de santé en Indonésie

En 2016-2017, avec l'appui de l'OMS, les parties prenantes indonésiennes ont entrepris une évaluation approfondie des inégalités de santé portant sur 11 thèmes de santé (dont la vaccination des enfants), 53 indicateurs de santé et 8 dimensions de l'inégalité. L'objectif était de quantifier l'ampleur des inégalités de santé, puis d'utiliser les résultats obtenus pour cibler les domaines prioritaires en vue de l'élaboration de politiques visant à réduire les inégalités (2).

Les résultats de cette évaluation, résumés dans le rapport intitulé *State of health inequality: Indonesia* (rapport sur l'état des inégalités de santé en Indonésie) (2), ont démontré que les inégalités variaient en fonction des questions de santé, des indicateurs de santé et des dimensions de l'inégalité. Les inégalités en matière de vaccination des enfants, par exemple, étaient très marquées selon le statut économique du ménage, le niveau d'instruction de la mère, le lieu de résidence et la région infranationale. Le rapport a également montré que les inégalités de santé constituaient une mesure distincte de la moyenne nationale. S'agissant des indicateurs relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ceux qui présentaient des moyennes nationales satisfaisantes mettaient en évidence des niveaux d'inégalité élevés ; et certains indicateurs de santé liés au comportement (faible consommation de fruits et légumes, par exemple) faisaient apparaître de mauvais résultats dans l'ensemble de la population.

Les résultats de ces analyses influent sur la définition des orientations prioritaires en Indonésie. Ayant fait apparaître, au niveau des provinces et des districts, des inégalités concernant l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et des installations sanitaires, les travaux d'analyse donnent à penser que les inégalités de développement à l'échelle nationale ont eu des incidences sur l'accès aux services essentiels. Ils soulignent également la nécessité de renforcer les capacités dans les domaines où la situation laisse à désirer (3). Les inégalités en matière de tabagisme chez les adolescents, qui touchent plus les garçons que les filles, et ceux qui vivent dans les ménages les plus pauvres, aident à déterminer quelles populations ont besoin d'un appui et de mesures plus énergiques dans le cadre des programmes de lutte contre le tabagisme (4).

Prendre les questions d'équité en considération dans les programmes et les politiques de vaccination

Les résultats du suivi des inégalités peuvent contribuer de façon majeure à orienter la planification et la mise en œuvre des activités de vaccination. Dans le cadre des programmes de vaccination, ils devraient être pris en considération à divers niveaux stratégiques afin de maximiser l'impact qu'ils peuvent avoir. Ils devraient, tout d'abord, être pris en compte lors de l'examen des programmes. Un examen du PEV, également appelé « Examen du programme national de vaccination », consiste à évaluer l'ensemble des points forts et des faiblesses d'un programme de vaccination aux niveaux national et infranational et de la prestation de services (5). Une étude préliminaire est réalisée au début de l'examen du programme de vaccination élargi, qui devrait notamment prendre en considération le suivi des inégalités en vue d'aider à recenser les sites à visiter et les questions d'équité à examiner. Les résultats du suivi des inégalités peuvent en outre aider à en identifier les causes profondes à l'appui de stratégies visant notamment à réduire des occasions manquées de vaccination (6) et à adapter des programmes de vaccination (7). Tout projet de campagne de vaccination axé sur l'équité devrait être intégré dans les plans pluriannuels complets de vaccination (PPAc) afin d'accroître la possibilité qu'ils soient budgétisés, planifiés et mis en œuvre. Ainsi, l'analyse des résultats du suivi des inégalités, en particulier

pour les examens du Programme élargi de vaccination, devrait être effectuée avant le cycle de planification stratégique du programme de vaccination.

L'Encadré 10 explique comment les questions d'équité peuvent être prises en considération dans les processus de programmation et de planification de Gavi, l'Alliance du Vaccin.



Encadré 10. Prise en considération des questions d'équité dans les évaluations conjointes et les nouvelles demandes de soutien auprès de Gavi, l'Alliance du Vaccin

Pour les pays admissibles au soutien de Gavi, les évaluations conjointes et les demandes de soutien offrent une autre possibilité de prendre les questions d'équité en considération dans les programmes et les plans (8). L'évaluation conjointe, réalisée à l'échelle nationale, est un bilan annuel des progrès de la mise en œuvre, de l'efficacité et des résultats dans l'ensemble du soutien que Gavi accorde au pays en question. Bien qu'elle ne soit pas aussi complète qu'un examen global du PEV, l'évaluation conjointe offre une excellente occasion d'examiner les succès remportés et les obstacles rencontrés, d'établir les priorités des programmes pour la période à venir et, dans certains cas, de réexaminer le soutien accordé par Gavi et éventuellement de le réorienter vers les communautés et les populations qui en ont le plus grand besoin. Vu le besoin de solides analyses relatives aux inégalités souligné dans le *Guide d'analyse (Analyses conjointes)* de Gavi (9), les mesures envisagées dans le présent manuel pourraient ainsi venir à l'appui des activités de préparation et des analyses passées en revue et débattues à l'occasion des évaluations conjointes. De même, les pays admissibles ont la possibilité, tous les trois à cinq ans, de demander un nouveau soutien au renforcement de leur système de santé dans le cadre d'un processus de planification de l'ensemble du portefeuille (10). Ce soutien, ainsi que l'appui relatif aux vaccins et aux équipements de la chaîne du froid, devraient tous viser à améliorer durablement la couverture et l'équité dans les pays. Gavi s'emploie très activement à cibler son soutien et à l'adapter à ceux qui en ont le plus grand besoin, à savoir les communautés mal desservies, les enfants « zéro dose » et les enfants sous-vaccinés. Prendre les dispositions envisagées et tirer le meilleur parti du suivi et de l'analyse des inégalités peut donc constituer un apport décisif à la formulation des demandes de soutien adressées à Gavi.

La méthode consistant à traduire les données en mesures concrètes n'est pas une formule « passe-partout » et s'applique de différentes façons selon les situations. Les pays peuvent, par exemple, utiliser les résultats du suivi des inégalités pour allouer des fonds aux districts en difficulté, ou s'employer expressément à améliorer la couverture dans les populations où la charge des maladies évitables par la vaccination est plus élevée. Il importe de noter que les mesures prises pour lutter contre les inégalités doivent faire l'objet d'un suivi afin de déterminer leur efficacité. Diverses approches ont été mises au point en vue de faciliter la prise en considération des questions d'équité dans les processus de planification et d'élaboration des politiques. Des Organisations telles que l'OMS et l'UNICEF ont mis au point des ressources d'ordre général visant à faciliter l'élaboration de politiques nationales fondées sur l'équité, qui peuvent s'appliquer à la vaccination (Encadré 11) :

- L'approche Innov8 de l'OMS, ayant pour objet de passer en revue les programmes de santé nationaux et de s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté, propose à l'intention d'équipes d'examen pluridisciplinaires, une méthodologie en plusieurs étapes qui vise à renforcer la prise en compte des questions d'équité dans les programmes de santé nationaux (11). Comme son nom l'indique, l'approche Innov8 se compose de huit étapes, et sa mise en œuvre est assurée par une équipe d'examen pluridisciplinaire. Les données factuelles et autres éléments tirés des activités de suivi des inégalités énoncées dans ce guide peuvent contribuer à la mise en œuvre de certains aspects de l'approche Innov8 (en particulier, la première étape consistant à comprendre les grandes lignes du programme grâce à une liste de contrôle diagnostique, la troisième étape à identifier les groupes que le programme laisse de côté, et la huitième étape à renforcer le suivi et l'évaluation).
- La plateforme EQUIST (Outil équitable sensible à l'impact) de l'UNICEF permet aux décideurs et aux responsables de programmes d'accéder en ligne aux meilleurs outils et données factuelles disponibles à l'échelle mondiale en vue de formuler les stratégies et les approches visant à réduire les inégalités dans le

domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (12). Grâce à certaines de ses fonctionnalités, telles que l'analyse de scénarios, il est possible de remédier aux inégalités en recensant des solutions axées sur l'équité (ensembles d'interventions), qui prennent en considération le nombre de décès évités et le rapport coût/efficacité global.

Bien que cette ressource n'ait pas pour objet d'apporter des explications détaillées sur la mise au point d'interventions de vaccination axées sur l'équité, l'Encadré 11 donne des exemples qui illustrent la manière dont les pays ont pris en compte les questions d'équité dans les programmes et les politiques du secteur de la santé. Il serait bon que l'on s'emploie davantage à faire connaître la manière dont les questions d'équité trouvent place dans les programmes et les politiques de vaccination.



Encadré 11. Action menée par les pays afin de promouvoir l'équité

Les efforts déployés afin de promouvoir la mise en œuvre de politiques et de programmes plus axés sur l'équité dans le secteur de la santé ont été renforcés par des outils d'analyse de l'équité en matière de santé, notamment les logiciels HEAT et HEAT Plus, et Innov8. Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, six pays ont joué un rôle décisif dans l'élaboration et l'expérimentation de ces outils. Ils ont ainsi pris des mesures visant à assurer la prise en compte des questions d'équité dans divers domaines de la santé (13).

- Au Bangladesh, des rapports analytiques sur les questions d'équité en santé, ainsi qu'un atelier sur le suivi des inégalités de santé, ont contribué à orienter l'action menée par le Gouvernement en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici à 2032.
- En Inde, une série d'analyses et de publications sur les inégalités de santé ont conduit à la création du Réseau national pour l'équité en santé, et suscité de nouvelles recherches ainsi qu'un suivi dans les principaux domaines prioritaires.
- En Indonésie, les analyses d'équité en santé et l'utilisation du logiciel HEAT Plus ont contribué à la réorientation des plans d'action nationaux pour la santé de la mère et de l'enfant.
- Le Népal s'est servi des outils HEAT Plus et Innov8 pour identifier les sous-populations d'adolescents qui n'ont que peu ou guère bénéficié du programme de santé sexuelle et reproductive conçu à leur intention. Il a depuis lors tenu compte des résultats obtenus dans la version révisée de la stratégie nationale de santé et de développement de l'adolescent.
- Le Sri Lanka a accueilli une manifestation intégrée et multisectorielle consacrée au renforcement des capacités en matière d'équité en santé, et recensé les principaux domaines dans lesquels la recherche et l'action gouvernementale devraient se poursuivre, s'agissant notamment de remédier, à l'échelle des districts, aux inégalités contribuant aux retards de croissance ou aux inégalités de richesse jouant un rôle dans la violence conjugale.
- La Thaïlande a pris en compte avec succès les questions d'équité dans les programmes de routine en vue de promouvoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Elle a mis en place un modèle d'assemblées nationales de la santé ayant pour objet de faciliter la participation du public à la prise de décision et à la définition des priorités dans le secteur de la santé.

Identifier les possibilités de collaboration intersectorielle

D'autres aspects de la santé, du développement et du bien-être peuvent également bénéficier de la lutte contre les inégalités en matière de vaccination. Par exemple, l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants dans les groupes de population mal desservis permet à un plus grand nombre d'enfants d'aller à l'école et à un plus grand nombre de familles d'éviter les charges financières liées aux maladies évitables par la vaccination (14). Il est reconnu qu'en subordonnant le versement d'argent à la vaccination, les programmes de transferts conditionnels en espèces améliorent la couverture vaccinale. Les partenariats avec des secteurs autres que celui de la santé peuvent constituer un fondement solide pour promouvoir une action visant à remédier aux inégalités en matière de vaccination.

La vaccination trouve un écho dans l'ensemble du Programme de développement durable à l'horizon 2030, d'où l'importance d'une action multisectorielle pour promouvoir la santé et d'autres initiatives de développement. Qui plus est, les conditions plus générales qui contribuent aux inégalités nécessitent une action multisectorielle pour y remédier. La Figure 5 montre les liens qui existent entre la vaccination et certains objectifs de développement durable.

Figure 5. Comment la vaccination aide les pays à atteindre les objectifs de développement durable (15)

Figure 5. Comment la vaccination aide les pays à atteindre les objectifs de développement durable (15) (suite)



Bibliographie

1. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Afifah T, Nuryetty MT, Cahyorini, Musadad DA, Schlotheuber A, Bergen N et al. Subnational regional inequality in access to improved drinking water and sanitation in Indonesia: results from the 2015 Indonesian National Socioeconomic Survey (SUSENAS). Glob Health Action. 2018;11(Suppl. 1):31–40.
4. Kusumawardani N, Tarigan I, Suparmi, Schlotheuber A. Socio-economic, demographic and geographic correlates of cigarette smoking among Indonesian adolescents: results from the 2013 Indonesian Basic Health Research (RISKESDAS) survey. Glob Health Action. 2018;11(Suppl. 1):54–62.
5. A guide for conducting an Expanded Programme on Immunization review. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Guide de planification pour réduire les occasions manquées de vaccination. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
7. The guide to tailoring immunization programmes. Geneva: World Health Organization; 2013.

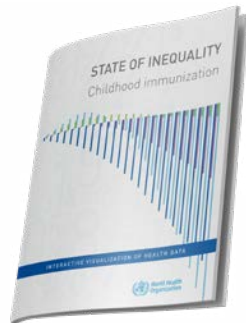

8. Évaluations communes [en ligne]. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/notre-soutien/evaluations-conjointes>, consulté le 8 septembre 2019).
9. Guide d'analyse 2019 (Les évaluations conjointes). Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2019 (https://www.gavi.org/sites/default/files/document/guidelines/Analysis-Guidance-2020_FR.pdf/, consulté le 8 septembre 2019).
10. Demander un soutien au renforcement des systèmes de santé [en ligne]. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/notre-soutien/directives/rss/>, consulté le 9 septembre 2019).
11. Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté : guide technique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
12. EQUIST: des stratégies équitables pour sauver des vies [en ligne]. UNICEF ; 2017 (<https://www.equist.info/fr/pages/home/>, consulté le 8 septembre 2019).
13. Nambiar D, Rajbhandary R, Koller TS, Hosseinpoor AR. Building capacity for health equity analysis in the WHO South-East Asia Region. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2019;8(1):4–9.
14. de Souza Cruz RC, de Moura LBA, Neto JJS. Conditional cash transfers and the creation of equal opportunities of health for children in low- and middle-income countries: a literature review. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):161.
15. Objectifs de développement durable [en ligne]. Gavi, l'Alliance du Vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/sante-mondiale-et-developpement/objectifs-de-developpement-durable/>, consulté le 9 septembre 2019).

Appendice 1. Ressources supplémentaires

Suivi des inégalités de santé (théorie générale et enseignement)

Titre, auteur, année	Brève description	
<i>National health inequality monitoring: a step-by-step manual</i> Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2017	Décrit par étapes la procédure à suivre pour aborder les aspects pratiques du suivi des inégalités de santé, et propose à chaque étape des ressources et des exemples pertinents.	
<i>Handbook for health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries</i> OMS, 2013	Expose en détail les étapes du suivi des inégalités de santé, servant de ressource aux pays désireux d'établir et de renforcer leurs pratiques en la matière.	
<i>Health inequality monitoring: a practical application of population health monitoring</i> Hosseinpoor et Bergen, 2019	Ce chapitre [dans <i>Population health monitoring: climbing the information pyramid</i> ; Verschuuren et van Oers (éditeurs)] montre les procédures suivies pour observer les inégalités de santé à l'échelle tant mondiale que nationale.	

Rapports et ressources relatifs à la vaccination

Titre, auteur, année	Brève description	
<i>State of inequality: childhood immunization</i> OMS, 2016	Donne un aperçu de la situation actuelle et de l'évolution dans le temps de la vaccination des enfants, et présente de façon détaillée l'état des inégalités dans les pays prioritaires.	
<i>Explorations of inequality: childhood immunization</i> OMS, 2018	Contient une étude approfondie des inégalités dans 10 pays prioritaires, montrant notamment comment la probabilité pour un enfant de se faire vacciner dépend de ses conditions de vie, selon qu'elles s'améliorent ou se dégradent.	
<i>Handbook on the use, collection, and improvement of immunization data</i> OMS, en cours d'élaboration	Présente une série de considérations relatives aux données en vue de surveiller l'efficacité des programmes de vaccination.	[en cours d'élaboration]
<i>Equity in immunization: an operational handbook for addressing inequities in immunization</i> OMS/Europe, en cours d'élaboration	Met à disposition des informations et un catalogue d'outils utiles pour mesurer et réduire les inégalités en matière de vaccination et de prestation de services.	[en cours d'élaboration]

Outils et répertoires de données

Titre, auteur	Website
Instrument de suivi de l'équité en santé hébergé par l'Observatoire mondial de la santé OMS	https://www.who.int/gho/health_equity/en/
Outil d'évaluation de l'équité en santé (HEAT) OMS	http://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit
EQUIST (Outil équitable sensible à l'impact) UNICEF	http://equist.info/fr/pages/home

Appendice 2. Cadre de suivi, d'évaluation et d'examen

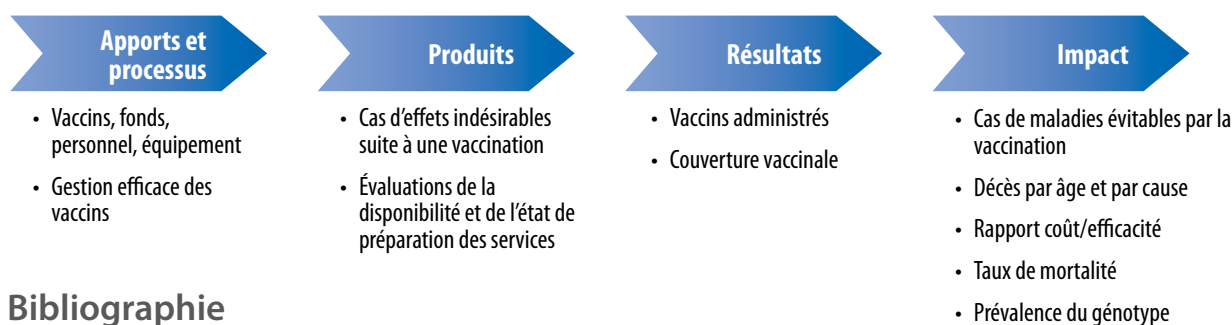
Les méthodes présentées dans ce manuel peuvent être appliquées à des indicateurs autres que ceux qui mesurent la couverture vaccinale. Idéalement, le suivi des inégalités devrait viser à saisir les divers aspects du système de santé. Si un ministère de la santé observe l'indicateur « capacité du personnel de santé pour 100 000 habitants », par exemple, cet indicateur pourrait alors être comparé entre les districts afin de détecter les inégalités géographiques liées au personnel de santé. Dans la mesure où les districts peuvent être classés comme urbains ou ruraux, ou en fonction du revenu et de la pauvreté, les inégalités pourraient également être examinées selon ces dimensions.

Le cadre de suivi, d'évaluation et d'examen comprend quatre catégories d'indicateurs de santé : apports et processus ; produits ; résultats ; et impact (1). Appliqués à la vaccination, les quatre composantes du cadre couvrent les questions suivantes :

- **Apports et processus** : Comment les ressources (vaccins ainsi que ressources humaines et financières) sont-elles réparties entre les différentes régions et communautés ?
- **Produits** : Comment l'accessibilité et la qualité des services de vaccination varient-elles selon les régions et les communautés ?
- **Résultats** : Des services de vaccination de qualité permettent-ils d'obtenir une couverture vaccinale très équitable entre les régions et les communautés ?
- **Impact** : Une couverture vaccinale élevée permet-elle d'assurer une protection égale contre les flambées de maladies dans l'ensemble des zones géographiques et des communautés ?

La Figure A2.1 indique les types d'indicateurs de vaccination qui correspondent à chacune des quatre composantes du cadre. Le suivi des inégalités devrait comprendre un ensemble d'indicateurs couvrant de multiples composantes.

Figure A2.1. Cadre de suivi, d'évaluation et d'examen des programmes de vaccination et exemples de domaines d'indicateurs



Bibliographie

1. Suivi, évaluation et revue des stratégies nationales sanitaires : plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011.

Appendice 3. Double désagrégation

La procédure de désagrégation double (ou multiple) peut apporter de nouvelles informations relatives aux sous-groupes défavorisés, définis sur la base de plusieurs dimensions de l'inégalité. La double désagrégation mérite cependant quelques considérations. Tout d'abord, si l'on utilise des données d'enquêtes sur les ménages, la taille de l'échantillon doit être prise en compte. Lorsque les données sont désagrégées en sous-groupes plus précisément définis, la taille de l'échantillon diminue. Si les estimations relatives aux sous-groupes reposent sur un échantillon trop petit, elles peuvent ne pas être significatives.

La tabulation croisée de deux flux de données peut également poser des difficultés d'ordre méthodologique. Prenons, à titre d'exemple, la définition des sous-groupes de pauvres urbains sur la base d'une analyse des données d'enquêtes auprès des ménages. Une méthode rigoureuse de saisie de la pauvreté urbaine consiste à construire l'indice de richesse séparément pour le milieu urbain, puis à diviser les données obtenues en quintiles, le quintile le plus pauvre correspondant aux pauvres urbains. Cela étant, la pratique couramment suivie dans les grandes enquêtes internationales auprès des ménages [enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS)] est moins rigoureuse. Elle consiste à combiner les indices de richesse, calculés séparément pour les milieux urbain et rural à partir des données brutes accessibles au public, pour obtenir l'indice de richesse national, lequel est ensuite divisé en quintiles de richesse. L'étape suivante consiste souvent en une tabulation croisée des données par lieu de résidence (urbain-rural) et par quintile de richesse. Cette méthode laisse à désirer en ce que les résultats obtenus – qui reposent sur une combinaison de données – ne donnent pas une image fidèle de la pauvreté urbaine.

Appendice 4. Sources de données pour la couverture vaccinale

Les deux principaux types de sources de données utilisés pour mesurer la couverture vaccinale sont les enquêtes auprès des ménages et les données administratives (voir Tableau A4.1).

Les enquêtes auprès des ménages permettent d'obtenir des estimations relatives à la couverture vaccinale, sur la base d'un plan d'échantillonnage d'enquête précis. Elles constituent une approche efficace en la matière lorsque ces estimations font défaut ou sont de mauvaise qualité. En sus des enquêtes récurrentes auprès des ménages [enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS)], des enquêtes de couverture propres à la vaccination sont souvent réalisées afin d'évaluer la couverture obtenue par une campagne de vaccination ou les changements majeurs apportés aux programmes de vaccination (1). Il importe de noter que planifiées dès le départ à l'aide de moyens techniques suffisants, les enquêtes de couverture de routine du Programme élargi de vaccination (PEV) et les enquêtes de couverture post-campagne peuvent servir à recueillir des informations relatives à des indicateurs et à des dimensions supplémentaires de l'inégalité qui faciliteront le suivi des inégalités.

Le manuel 2018 de l'OMS relatif aux enquêtes de couverture vaccinale par sondage en grappes donne des indications méthodologiques concernant la manière d'obtenir des mesures fiables de la couverture vaccinale (2). L'outil « Indicateurs de qualité de la couverture vaccinale » qui l'accompagne est un ensemble de programmes statistiques ayant pour objet de faciliter l'analyse des données d'enquête (3).

Les données administratives sont recueillies de manière continue par le personnel des établissements de santé au cours des activités de vaccination. Elles sont résumées et communiquées régulièrement aux niveaux centralisés du système de santé. Bien qu'elles constituent une source d'information riche sur la vaccination – elles peuvent porter sur tous ceux qui reçoivent des vaccins dans la population cible, plutôt que de s'appuyer sur un échantillon d'enquête – la qualité et la couverture géographique de ces données peuvent varier. L'utilisation de données administratives nécessite à la fois des systèmes de déclaration exacts afin d'établir le numérateur, ainsi que des données de recensement récentes et fiables qui permettront de définir le dénominateur (4). Au nombre des problèmes de qualité que posent les sources de données administratives figurent les suivants : les erreurs d'enregistrement telles que les données manquantes, les erreurs manuelles et les erreurs de traitement ; les erreurs de numérateur, lorsque les données relatives aux vaccinations et aux doses administrées ne sont pas saisies correctement ; les erreurs de dénominateur, dans les cas où la taille de la population cible n'est qu'approximativement connue ; et les définitions de ce qu'il faudrait combattre et mesurer ne concordent pas ou ne sont pas normalisées. On observe souvent des écarts importants entre les estimations de la couverture vaccinale obtenues à partir des données administratives et des données des enquêtes auprès des ménages (5). C'est pourquoi des initiatives ont été entreprises dans bon nombre de pays en vue d'améliorer l'exactitude des données administratives.

Parmi les autres sources pouvant servir à suivre les inégalités en matière de vaccination figurent notamment les données de recensement et les faits et statistiques d'état civil ; bien qu'elles ne soient pas axées sur la vaccination, elles peuvent fournir de précieuses informations relatives à la population cible (dénominateur), ou à la dimension de l'inégalité. Dans certains cas, les registres électroniques de vaccination peuvent être plus actualisés que les systèmes d'enregistrement des faits et statistiques d'état civil.

Tableau A4.1. Données de couverture recueillies au moyen de systèmes administratifs et d'enquêtes auprès des ménages : avantages et inconvénients

	Données administratives	Enquêtes auprès des ménages
Contenu	Le nombre d'indicateurs que l'on peut recueillir dans un système administratif global est insuffisant.	Au-delà du statut vaccinal, les enquêtes peuvent permettre de recueillir des informations susceptibles d'expliquer les différences de couverture en fonction du sexe, de l'âge, du quintile de richesse, des groupes défavorisés, etc.
Actualité et fréquence	Les données administratives sont recueillies par les travailleurs de la santé de première ligne au moment de la prestation des services, puis sont en règle générale transmises au niveau administratif supérieur et finalement rassemblées au niveau national. De nouvelles données sont disponibles mensuellement, avec un décalage de moins d'un mois entre l'établissement de santé et le niveau national.	Les enquêtes sont des exercices périodiques qu'il faudrait idéalement répéter tous les 3 à 5 ans. Elles visent à déterminer le statut vaccinal des enfants de la cohorte de naissance de l'année précédente, et l'analyse prend du temps. S'agissant des enquêtes ciblant des cohortes plus larges, on peut observer un décalage de quelques années entre la vaccination et l'élaboration du rapport.
Granularité des données	Les données sont facilement accessibles à tous les niveaux, y compris pour les établissements de santé et les districts. Elles peuvent porter sur tous ceux qui sont vaccinés.	La taille et le coût de l'échantillon augmentent avec le niveau de granularité. Les enquêtes nationales permettent en règle générale d'obtenir des estimations au premier niveau infranational (provinces ou régions, par exemple).
Coûts	Les systèmes de déclaration administrative ont un coût élevé mais caché en termes de ressources humaines. Par ailleurs, les dépenses régulières comprennent notamment les frais d'impression et les coûts de fonctionnement des systèmes électroniques.	Le coût des enquêtes de qualité peut aller de centaines de milliers de dollars des États-Unis à plusieurs millions, en fonction du degré de précision requis et du besoin d'estimations représentatives pour les niveaux infranationaux.
Exactitude	L'exactitude des données est compromise par plusieurs facteurs, y compris l'utilisation de dénominateurs imprécis, les incitations involontaires à la sur-déclaration et les mauvaises pratiques de gestion des données. Les valeurs de couverture obtenues à partir de données administratives peuvent être supérieures à 100 %, ce qui tient souvent à une sous-estimation des dénominateurs, mais aussi bien à l'inexactitude de certains numérateurs ou à une inadéquation entre numérateurs et dénominateurs.	L'indépendance des enquêtes et le fait qu'elles ne sont pas directement tributaires des dénominateurs ont une incidence favorable sur les résultats obtenus. Les estimations fondées sur des enquêtes sont en règle générale considérées comme étant plus fiables que celles qui reposent sur des données administratives ; cela étant, les enquêtes ne sont pas toutes menées avec le même souci de qualité ou suivant de strictes procédures d'échantillonnage et d'entretien. Les cadres d'échantillonnage ne reposent pas tous sur des informations actualisées, et les groupes minoritaires ou ceux qui se trouvent aux extrémités de la hiérarchie sociale peuvent être omis par inadvertance. À défaut de données consignées dans les carnets de vaccination, bon nombre d'enquêtes reposent sur le souvenir des parents, ce qui conduit souvent à une sous-estimation de la couverture, en particulier pour ce qui concerne les doses ultérieures.

Source : Manuel sur l'utilisation, la collecte et l'amélioration des données de vaccination ; Organisation mondiale de la Santé, en cours de rédaction..

Bibliographie

1. Vaccination coverage surveys: technical resources [Internet]. TechNet-21; 2019 (<https://www.technet-21.org/en/topics/vaccination-coverage-surveys>, consulté le 8 septembre 2019).
2. Vaccination coverage cluster surveys: reference manual [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/immunization/documents/who_ivb_18.09/en/, consulté le 8 septembre 2019).
3. Immunization coverage [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index2.html, consulté le 8 septembre 2019).
4. Victora CG, Ryman TK. ERG Discussion Paper No. 2. Potential approaches to better measure and track equity in immunization using survey and administrative data, and data triangulation [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).
5. Global Vaccine Action Plan: monitoring, evaluation and accountability. Secretariat Annual Report 2015 [Internet]. World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/gvap_secretariat_report_2015.pdf?ua=1, consulté le 8 septembre 2019).

Appendice 5. Faire face au manque d'accessibilité des données

Le manque d'accessibilité des données de vaccination dans les populations vulnérables peut être lié aux facteurs suivants : systèmes d'information sanitaire sous-développés ; déplacements ou migrations ; perte de biens ou d'identification ; et absence de priorisation sur les plans politique et social. L'accessibilité et la qualité des données de dénominateur posent un problème communément rencontré, certains sous-groupes de population n'étant pas adéquatement pris en compte dans la collecte de données de routine effectuée à l'occasion de recensements ou de l'enregistrement de faits et statistiques d'état civil, ce qui a un effet préjudiciable sur la conception de cadres d'échantillonnage rigoureux et représentatifs pour les enquêtes sur les ménages. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié des directives pour évaluer et améliorer la précision des dénominateurs de la population cible définis à partir des données administratives (1).

Le Groupe de référence sur l'équité en matière de vaccination (ERG) a proposé des recommandations pour combler les lacunes en matière de données et d'informations, notamment les suivantes (2,3) :

- établir les capacités nécessaires pour la triangulation des sources de données.
- financer les efforts visant à améliorer la rapidité de la collecte des données et leur niveau de granularité.
- promouvoir l'échange de données entre organisations ou entre secteurs.
- examiner plus en détail les sources de données existantes afin de mieux comprendre la situation des sous-groupes vulnérables.
- dans la mesure du possible, mettre en place des registres électroniques de vaccination en vue d'aider les travailleurs de la santé à identifier les enfants qui ont besoin de bénéficier des services de vaccination, et à améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Bibliographie

1. Assessing and improving the accuracy of target population estimates for immunization coverage, working draft [Internet]. World Health Organization; révisé en novembre 2015 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/Denominator_guide.pdf, consulté le 8 septembre 2019).
2. Immunisation equity data gaps and related recommendations [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2019 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).
3. Victora CG, Ryman TK. ERG Discussion paper No. 2. Potential approaches to better measure and track equity in immunization using survey and administrative data, and data triangulation [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, consulté le 6 septembre 2019).

Appendice 6. Mesures complexes de l'inégalité

Bien qu'elles revêtent un caractère moins intuitif que les mesures simples, telles que la différence et le ratio, les mesures complexes de l'inégalité donnent un aperçu plus nuancé des données essentielles. Elles ne peuvent être calculées que dans les cas où les dimensions de l'inégalité représentent plus de deux sous-groupes. Les caractéristiques de la dimension de l'inégalité et les catégorisations de sous-groupes correspondantes devraient être prises en considération dans la sélection des mesures consolidées de l'inégalité (Tableau A6.1). Parmi les principales considérations figurent les suivantes :

- Les sous-groupes sont-ils ordonnés (ils appartiennent à une catégorie naturelle, telle que le statut économique ou le niveau d'instruction) ou non ordonnés (ils n'appartiennent pas à une catégorie intrinsèque, telle que la région ou l'origine ethnique) ?
 - Pour les sous-groupes ordonnés, envisager des mesures consolidées absolues telles que l'indice de concentration absolue et l'indice de pente d'inégalité ; pour les mesures relatives, envisager l'indice de concentration relative et l'indice d'inégalité relative.
 - Pour les sous-groupes non ordonnés, envisager des mesures consolidées absolues telles que l'écart type intergroupe, la variance intergroupe, le risque attribuable dans la population et la différence moyenne par rapport à la moyenne ; pour les mesures relatives, envisager le coefficient de variation, la fraction attribuable dans la population, l'indice de Theil et l'indice de disparité, par exemple.
- La taille de la population de chaque sous-groupe devrait-elle être ou pas prise en considération (c'est-à-dire, la mesure tient-elle compte de la taille de la population) ? Il convient de noter que la pondération des sous-groupes de population pour l'analyse des données est une question différente de la pondération de l'échantillon de l'enquête.
 - pour les sous-groupes pondérés, envisager des mesures consolidées absolues telles que l'indice de concentration absolue, l'écart-type intergroupe, la variance intergroupe, le risque attribuable dans la population, l'indice de pente d'inégalité et la différence moyenne pondérée par rapport à la moyenne ; pour les mesures relatives, envisager le coefficient de variation, la déviation log moyenne, la fraction attribuable dans la population, l'indice de concentration relative, l'indice d'inégalité relative, l'indice de Theil et l'indice de disparité pondérée.
 - pour les sous-groupes non pondérés, envisager des mesures consolidées absolues telles que la différence moyenne non pondérée par rapport à la moyenne ; pour les mesures relatives, considérer l'indice de disparité non pondérée.

Certaines mesures consolidées exigent l'utilisation d'un groupe de référence, qui servira de point de comparaison. Dans les cas où les sous-groupes ne sont pas ordonnés, le sous-groupe le mieux placé ou le plus favorisé est généralement choisi comme groupe de référence.

Tableau A6.1. Mesures absolues et relatives complexes de l'inégalité correspondant à des considérations ordonnées ou non ordonnées et pondérées ou non pondérées

Nom de la mesure consolidée	Mesure complexe ordonnée/non ordonnée	Mesure pondérée/non pondérée
Mesures absolues de l'inégalité		
Indice de concentration absolue	Ordonnée	Pondérée
Variance intergroupe	Non ordonnée	Pondérée
Différence moyenne par rapport au sous-groupe le plus performant	Non ordonnée	Pondérée/non pondérée
Différence moyenne par rapport à la moyenne	Non ordonnée	Pondérée/non pondérée
Risque attribuable dans la population	Ordonnée/non ordonnée	Pondérée
Indice de pente d'inégalité	Ordonnée	Pondérée
Mesures relatives de l'inégalité		
Déviaton log moyenne	Non ordonnée	Pondérée
Indice de disparité	Non ordonnée	Pondérée/non pondérée
Fraction attribuable dans la population	Ordonnée/non ordonnée	Pondérée
Indice de concentration relative	Ordonnée	Pondérée
Indice d'inégalité relative	Ordonnée	Pondérée
Indice Theil	Non ordonnée	Pondérée

Il existe plusieurs ressources qui donnent des explications techniques sur le calcul des mesures complexes de l'inégalité (1-3), ou qui le facilitent directement (4).

Bibliographie

1. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber A, Grove J. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2018 Sep 1;96(9):654–9.
3. Harper S, Lynch J. Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2005.
4. Health Equity Assessment Toolkit [Internet]. Global Health Observatory. World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/, consulté le 8 septembre 2019).

Appendice 7. Analyse de régression multiple et vulnérabilité aggravée

L'analyse de régression multiple et les calculs de vulnérabilité aggravée sont des types d'analyses dans lesquelles une variable dépendante (couverture vaccinale, par exemple) peut être associée simultanément à plusieurs variables explicatives (dimension de l'inégalité, en l'occurrence). Ces analyses peuvent être également effectuées si les variables explicatives ne sont pas indépendantes.

L'analyse de régression multiple sert à démontrer comment de multiples facteurs sont associés à un indicateur de vaccination, représentant d'autres caractéristiques et des effets d'interaction. Il convient de noter qu'une analyse de régression multiple ne permet pas toujours d'établir une association statistiquement significative entre certains facteurs et l'indicateur de vaccination. Dans le rapport intitulé *Explorations of inequality : childhood immunization*, il est procédé à une analyse de régression multiple pour calculer les associations ajustées entre la couverture vaccinale par le DTC3 et certains facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques choisis (1). Les résultats de l'analyse de régression multiple ont été présentés sous forme de rapports de cotes. À titre d'exemple, le rapport de cotes – obtenu à partir des données de l'EDS 2013 du Nigéria – concernant la couverture vaccinale par le DTC3 dans le sous-groupe des enfants dont la mère avait reçu une instruction supérieure au niveau secondaire, s'élevait à 6,64, ce qui signifiait que ces enfants avaient 6,64 fois plus de chances d'être vaccinés que ceux dont la mère n'avait pas d'instruction, compte tenu d'autres facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques.

La multiplication des rapports de cotes pour plusieurs facteurs démontre l'effet combiné de plusieurs dimensions d'inégalité s'exerçant en même temps - une plus grande vulnérabilité (ou un plus grand avantage). Au Nigéria, par exemple, l'enfant d'une mère âgée de 20 à 34 ans (rapport de cotes : 1,89) ayant un niveau d'enseignement postsecondaire (rapport de cotes : 6,64) avait 12 fois plus de chances d'être vacciné ($1,89 \times 6,64 = 12,55$) que celui d'une mère adolescente sans instruction.

Bibliographie

1. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.

Appendice 8. Étude de cas : signaler les inégalités en matière de vaccination

La série de rapports intitulés *The State of inequality* met en lumière les principales constatations concernant différentes questions et situations sanitaires. Le rapport de 2016 intitulé *State of inequality: childhood immunization* – qui a reçu le premier prix du livre médical décerné par l'Association médicale britannique dans la catégorie « Ressources numériques et en ligne » – sert d'exemple pour illustrer la façon dont les sous-étapes (4A-E), consistant à rendre compte des inégalités, ont été appliquées (Tableau A8.1).

Tableau A8.1. Application des sous-étapes consistant à rendre compte des résultats du suivi des inégalités, évoquées dans le rapport *The State of inequality: childhood immunization* (1,2)

Sous-étape	Application dans le rapport <i>State of inequality: childhood immunization</i>
4A	<ul style="list-style-type: none"> • L'objet du rapport intitulé <i>State of inequality: childhood immunization</i> est de servir de « source de données de qualité pour ceux qui participent à la prise de décisions touchant à la santé ou qui s'emploient à améliorer la couverture vaccinale des enfants ». • Ce rapport s'adresse à des publics aux niveaux d'expérience variés dans le domaine du suivi des inégalités de santé, principalement des personnels techniques, des professionnels de la santé publique et des chercheurs.
4B	<ul style="list-style-type: none"> • Pour ce qui concerne cette sous-étape, le rapport intitulé <i>State of inequality: childhood immunization</i> pose deux questions primordiales : quelles inégalités observe-t-on en matière de couverture vaccinale des enfants ? Comment les inégalités en matière de vaccination des enfants ont-elles évolué ces 10 dernières années ? • Le rapport contient des données provenant de 69 pays et compare les niveaux d'inégalité à l'intérieur des pays (analyses comparatives). Les pays les mieux placés et les pays les plus en difficulté sont recensés, et une analyse approfondie de ceux-ci est réalisée.
4C	<ul style="list-style-type: none"> • Le contenu du rapport intitulé <i>State of inequality: childhood immunization</i> est axé sur quatre dimensions significatives de l'inégalité : le statut économique du ménage, l'instruction de la mère, le lieu de résidence et le sexe. • Le rapport contient des données désagrégées et s'appuie sur deux mesures statistiques - la médiane et l'écart interquartile – afin de décrire les tendances des données désagrégées des pays observés. • En sus des données désagrégées, la situation la plus récente est présentée au moyen de deux mesures simples de l'inégalité (différence et ratio) et d'une mesure complexe de l'inégalité (risque attribuable à la population). L'évolution dans le temps est présentée par l'évolution de l'écart absolu (mesure consolidée).
4D	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport intitulé <i>State of inequality: childhood immunization</i> utilise du texte, des tableaux et des chiffres pour communiquer les messages clés. • Le rapport s'accompagne également de visuels interactifs qui permettent d'analyser plus avant les données : toutes les figures statiques du texte sont également disponibles sous forme de visuels interactifs. Des visuels interactifs supplémentaires contenant des points d'histoire et des tableaux de référence sont disponibles. Les visuels interactifs sont référencés tout au long du rapport en utilisant des codes QR et des URL pour diriger le public vers les visuels en ligne.
4E	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport intitulé <i>State of inequality: childhood immunization</i> respecte les meilleures pratiques de notification des inégalités. Dans les visuels interactifs, des infobulles indiquent les résultats fondés sur des échantillons de petite taille et une faible signification statistique.

Bibliographie

1. State of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Hosseinpoor AR, Bergen N. Health inequality monitoring: a practical application of population health monitoring. In: Verschuuren M, van Oers H, editors. Population Health Monitoring [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 20, consulté le 6 septembre 2019).

Glossaire

L'**analyse comparative** consiste à comparer des données provenant de zones ou de populations similaires afin d'avoir une idée de la façon dont l'une d'entre elles se situe par rapport aux autres. Elle offre un cadre qui permet de mieux comprendre l'état des inégalités.

L'**application des connaissances** désigne le processus de mise en pratique des connaissances, à savoir l'exploitation des résultats du suivi des inégalités en vue de modifier les politiques, programmes et pratiques qui ont une incidence sur la vaccination.

La **cartographie des sources de données** consiste à cataloguer et à décrire systématiquement toutes les données dont on dispose pour suivre les inégalités de santé dans une situation donnée. Le processus comprend quatre étapes séquentielles : 1) énumérer les sources de données accessibles par type ; 2) pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux dimensions de l'inégalité ; 3) pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux indicateurs de santé ; et 4) combiner les listes relatives aux indicateurs de santé et aux dimensions de l'inégalité. Noter qu'il s'agit d'une approche recommandée et que l'une ou l'autre des étapes peut être adaptée aux besoins de l'utilisateur.

La **collaboration intersectorielle** dans le domaine de la vaccination a lieu lorsque des personnes de différents secteurs s'emploient collectivement à lutter contre les facteurs d'inégalité en la matière.

Une **dimension de l'inégalité** est la catégorisation (richesse, instruction, région, sexe, etc.) sur la base de laquelle des sous-groupes sont définis pour le suivi des inégalités de santé. La sélection des dimensions de l'inégalité repose en règle générale sur une catégorisation dont on peut raisonnablement penser qu'elle fasse apparaître des différences indues entre les groupes, auxquelles des changements de politiques, de programmes ou de pratiques pourraient remédier.

Les **dimensions non ordonnées de l'inégalité** ne sont pas fondées sur des critères pouvant être classés de façon logique. Les dimensions régionales, ethniques et religieuses, par exemple, contiennent en règle générale des sous-groupes qui ne sont pas ordonnés.

Les **dimensions ordonnées de l'inégalité** ont un positionnement intrinsèque et peuvent donc être classées de façon logique. La richesse et le niveau d'instruction, par exemple, sont des dimensions qui contiennent en règle générale des sous-groupes pouvant être ordonnés.

Les **données administratives** sont les données de vaccination recueillies par le personnel des établissements de santé à l'occasion de la prestation des services, portant notamment sur le nombre de doses administrées à la population cible.

Les **données liées** sont, pour ce qui concerne le suivi des inégalités de santé, des données relatives aux indicateurs de santé et aux dimensions de l'inégalité qui proviennent de sources différentes et qui sont fusionnées au moyen d'identifiants individuels ou de codes de localité.

La **double désagrégation** consiste à filtrer les données simultanément selon deux dimensions d'inégalité. Elle permet d'analyser l'intersectionnalité.

Les **enfants complètement vaccinés** ont reçu tous les vaccins recommandés, en fonction de leur âge et du calendrier national de vaccination.

Les **enquêtes auprès des ménages** permettent d'obtenir des estimations relatives à la couverture vaccinale sur la base d'un plan d'échantillonnage précis au sein d'une population cible.

Les **estimations désagrégées** sont des données qui sont ventilées par sous-groupe de population (par opposition à la moyenne générale).

L'**examen du programme élargi de vaccination (PEV)** est une évaluation complète des points forts et des faiblesses des différents niveaux administratifs d'un programme de vaccination. Le suivi des inégalités en matière de vaccination sous-tend l'étude préliminaire : il peut orienter la sélection des sites de terrain et influencer sur les questions et les entretiens lors d'un examen du PEV.

Un **groupe de référence** fournit un point de comparaison pour le calcul des inégalités de santé et constitue une caractéristique de certains types de mesures consolidées des inégalités. Les mesures d'impact, telles que le risque attribuable à la population, par exemple, définissent souvent un groupe de référence comme le sous-groupe le mieux placé ou le plus privilégié.

Les **indicateurs de couverture** mesurent le nombre de personnes qui reçoivent tel ou tel vaccin (ou nombre de doses du vaccin), par rapport au nombre total de personnes y ayant droit.

Un **indicateur traceur** est un indicateur de santé choisi expressément pour représenter une question de santé plus large. Il présente l'avantage d'être facile à comprendre et à exposer, mais peut avoir pour effet qu'une plus grande quantité de ressources soit affectée à un secteur du simple fait de l'observation à laquelle celui-ci est soumis.

L'**inégalité absolue** indique l'ampleur de la différence entre les sous-groupes en matière de santé. Les mesures absolues de l'inégalité conservent la même unité de mesure que l'indicateur de santé.

L'**inégalité relative** montre les différences proportionnelles en matière de santé entre sous-groupes. Les mesures relatives de l'inégalité sont sans unité.

Les **inégalités de santé** sont des différences observables entre les sous-groupes d'une population. Elles peuvent être mesurées et faire l'objet d'un suivi.

L'**iniquité en matière de santé** est une notion normative qui décrit, en matière de santé, les différences systématiques entre les sous-groupes d'une population qui sont considérées comme étant indues, inévitables et évitables. L'iniquité en matière de santé est liée à des formes de désavantages produits par la société, tels que la pauvreté, la discrimination et le manque d'accès aux services ou aux biens.

Les **mesures complexes de l'inégalité**, qui reposent sur des données provenant de tous les sous-groupes, permettent d'indiquer le niveau d'inégalité par un chiffre unique. Elles peuvent, par exemple, servir à évaluer le niveau d'inégalité entre tous les quintiles de richesse, ou entre toutes les régions d'un pays.

Les **mesures de l'incertitude** indiquent le degré de certitude d'estimations ponctuelles réalisées à l'occasion d'une enquête auprès des ménages. Les intervalles de confiance à 95 % et l'erreur type sont deux mesures de l'incertitude qui indiquent le degré de certitude des estimations.

Le **suivi** est un processus d'observation répétée d'une situation visant à déceler des changements dans le temps. S'il est vrai que le suivi peut aider à déterminer l'impact des politiques, programmes et pratiques, il ne suffit pas, en règle générale, à expliquer à lui seul la cause des tendances préoccupantes. Il pourrait plutôt être considéré comme un système d'alerte. Les activités de suivi peuvent à la fois informer et orienter la recherche dans un domaine donné. Étant donné que le suivi suit les progrès dans le temps, il peut être décrit comme un cycle continu.

Les **mesures non pondérées** traitent chaque sous-groupe comme étant de taille égale, caractéristique des mesures simples et de certaines mesures complexes de l'inégalité.

Les **mesures pondérées** prennent en compte la taille de la population de chaque sous-groupe. C'est là une caractéristique de certaines mesures complexes de l'inégalité.

Les **mesures simples de l'inégalité** permettent de comparer par paires la santé de deux sous-groupes, par exemple les plus riches et les moins riches. Ce sont les mesures les plus couramment utilisées dans le suivi des inégalités, car elles revêtent un caractère intuitif et se comprennent aisément. Les mesures simples de l'inégalité ne sont généralement pas pondérées.

La **part de population** décrit le pourcentage de la population qui est représentée par un sous-groupe de population donné. Dans les cas où l'indicateur de santé ne concerne pas l'ensemble de la population, la part de population exprime le pourcentage de la population concernée que représente un sous-groupe de population donné. Ainsi, si l'on examine la couverture des services assurés aux femmes enceintes, la part de population exprimerait le pourcentage de femmes enceintes dans un sous-groupe donné par rapport à l'ensemble des femmes enceintes dans la population.

Les **plans pluriannuels complets de vaccination** (PPAc) sont des plans pluriannuels de vaccination chiffrés à l'échelle nationale. Les PPAc devraient être examinés et révisés chaque année de manière à prendre en compte l'évolution de la situation et de nouvelles considérations, telles que les campagnes de vaccination axées sur l'équité.

Les **sous-groupes de population** illustrent, pour ce qui concerne le suivi des inégalités de santé, les façons de regrouper une population en fonction d'une dimension d'inégalité. À titre d'exemple, les sous-groupes de population fondés sur la richesse sont en règle générale regroupés en quintiles, allant des 20 % les plus pauvres aux 20 % les plus riches.

Stratification d'équité : voir *Dimension de l'inégalité*.

Le **taux d'abandon** est une mesure de la proportion d'enfants qui ont reçu au moins une dose initiale d'un vaccin multidoses, mais qui n'ont pas reçu l'ensemble des doses indiquées pour leur âge.

Les **mesures consolidées de l'inégalité** donnent un chiffre unique qui correspond au niveau d'inégalité entre deux ou plusieurs sous-groupes. Les mesures consolidées de l'inégalité peuvent indiquer une inégalité absolue ou relative, et concerner deux sous-groupes (mesures simples par paires) ou plus de deux sous-groupes (mesures complexes). Les mesures consolidées de l'inégalité peuvent être pondérées ou non pondérées.

La **population cible** du suivi s'entend de l'ensemble du groupe de personnes qu'englobe le suivi, et comprend tous les sous-groupes de population. Dans le cadre du suivi de la vaccination, la population cible comprend toutes les personnes d'une zone ou d'un échantillon donné qui, en fonction de l'âge, du sexe, de l'étape de vie ou du risque d'exposition, peuvent recevoir les vaccins inscrits dans un calendrier de vaccination particulier.

Le **public cible** est le groupe de personnes auxquelles les résultats du suivi des inégalités sont destinés à être communiqués. Pour ce qui concerne le suivi des inégalités en matière de vaccination, le public cible peut notamment comprendre les responsables de programmes, les membres du Groupe consultatif technique national sur la vaccination, les chercheurs en vaccination, les experts techniques, les praticiens de la santé publique, les décideurs et les groupes de défense.

Les **enfants zéro dose** (également appelés « enfants laissés-pour-compte ») représentent la proportion d'enfants qui n'ont reçu aucune dose des vaccins indiqués pour leur âge selon le calendrier national de vaccination.

ÉTAPE 1

Déterminer la portée du suivi

A

Définir la population cible

QUESTION CLÉ

Quelles sont les caractéristiques démographiques et géographiques de la population cible ?

CHECKLIST

- Examiner les objectifs et les priorités des politiques, programmes et initiatives de vaccination, et évaluer les populations cibles auxquelles ils s'adressent
- Déterminer les groupes d'âge qui figureront dans les calendriers de vaccination nationaux
- Identifier les populations qui sont sous-représentées dans les activités de suivi actuelles

B

Identifier les indicateurs pertinents en matière de vaccination

QUESTION CLÉ

Quels indicateurs représentent des priorités pertinentes en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Sélectionner les indicateurs de vaccination significatifs dans la population cible

C

Identifier les dimensions pertinentes de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quelles dimensions de l'inégalité sont pertinentes en matière de vaccination dans la population cible ?

CHECKLIST

- Tenir compte des dimensions de l'inégalité courantes : statut économique du ménage, niveau d'instruction des parents (en particulier de la mère), lieu de résidence, sexe, âge de la mère et autres facteurs propres au pays ou au contexte (religion, tribu, ethnicité, etc.)
- Déterminer si les dimensions de l'inégalité se recoupent et si une double désagrégation s'imposerait
- Définir les critères de mesure de chaque dimension recensée ci-dessus

ÉTAPE 2

Obtenir des données

A

Cartographier les sources de données

QUESTION CLÉ

Quelles sources contiennent des données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité ?

CHECKLIST

- Répertorier les sources de données accessibles par catégorie (préciser le nom, l'année, etc.)
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux dimensions de l'inégalité
- Pour chaque source de données, déterminer l'accessibilité des données relatives aux indicateurs de vaccination
- Regrouper les informations relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité afin d'évaluer l'accessibilité des données significatives pour le suivi des inégalités

B

Déterminer si l'on dispose actuellement de données suffisantes

QUESTION CLÉ

Les données relatives aux indicateurs de vaccination et aux dimensions de l'inégalité dont on dispose sont-elles suffisantes pour suivre les inégalités en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Évaluer les résultats de la cartographie des sources de données réalisée à l'Étape 2A
- Déterminer si l'on peut établir un lien entre des données émanant de sources différentes

ÉTAPE 3

Analyser les données

A

Préparer des données désagrégées

QUESTION CLÉ

Quel est le niveau de l'indicateur de vaccination dans chaque sous-groupe de population ?

CHECKLIST

- Élaborer l'ensemble de données en vue de l'analyse
- Définir comment mesurer l'indicateur de vaccination, y compris le numérateur et le dénominateur
- Définir le nombre de sous-groupes pour chaque dimension de l'inégalité
- Calculer des estimations de données désagrégées

B

Calculer des mesures consolidées de l'inégalité

QUESTION CLÉ

Quels sont les niveaux d'inégalité absolue et relative en matière de vaccination ?

CHECKLIST

- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité absolue
- Pour chaque indicateur de vaccination associé à une dimension de l'inégalité, calculer l'inégalité relative

ÉTAPE 4

Rendre compte des résultats

A

Définir l'objet du rapport et le public cible

QUESTION CLÉ

Quels paramètres sous-tendent l'approche choisie pour établir un rapport ?

CHECKLIST

- Définir les buts et objectifs majeurs du rapport
- Identifier le public principal auquel s'adresse le rapport
- Déterminer les connaissances préalables du public sur les inégalités en matière de vaccination

B

Déterminer la portée du rapport

QUESTION CLÉ

Quels aspects de l'état des inégalités devrait-on prendre en compte dans le rapport ?

CHECKLIST

- Recenser les données qui rendent compte de l'état actuel des inégalités
- Déterminer s'il convient de rendre compte des tendances dans le temps
- Déterminer s'il convient de rendre compte des analyses comparatives

C

Définir le contenu technique

QUESTION CLÉ

Quels résultats de l'analyse des données seront publiés ?

CHECKLIST

- Procéder à une première évaluation des résultats pour :
 - établir les conclusions les plus importantes
 - identifier des tendances dans les données
- Rendre compte des estimations des données désagrégées
- Déterminer si les mesures simples et les mesures complexes conduisent aux mêmes conclusions

D

Choisir les méthodes de présentation des données

QUESTION CLÉ

Comment les messages clés relatifs aux données seront-ils présentés ?

CHECKLIST

- Recenser les outils de présentation des résultats (texte, tableaux, graphiques et cartes, par exemple)
- Envisager de recourir à la technologie de visualisation interactive

E

Appliquer les meilleures pratiques d'établissement de rapports

QUESTION CLÉ

Que doit savoir le public afin de bien comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les résultats ?

CHECKLIST

- Rendre compte des inégalités absolues et relatives
- Indiquer le niveau moyen de l'indicateur dans la population cible
- Indiquer la part de population que représentent les sous-groupes
- Signaler les résultats obtenus sur la base d'un échantillon de petite taille (s'ils ont été obtenus à partir de données d'enquête)
- Envisager de rendre compte de la signification statistique, le cas échéant
- Décrire les méthodes et les processus – points forts et faiblesses compris – auxquels vous avez eu recours pour parvenir à vos conclusions

ÉTAPE 5

Appliquer les connaissances

Identifier les domaines d'action prioritaires

Prendre les questions d'équité en considération dans les programmes et les politiques de vaccination

Identifier les possibilités de collaboration intersectorielle

Département Données et analyse
Division Données, analyse et résultologie

Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
1211-Genève 27
Suisse

