

**L'ÉQUITÉ DÈS
LA NAISSANCE**
UNE APPROCHE
INTÉGRÉE EN MATIÈRE
DE VACCINATION
ET DE NUTRITION
NOTE DE POLITIQUE

Introduction

Grâce à un effort mondial soutenu et au leadership des pays, la vaccination de routine et l'amélioration de la nutrition ont joué un rôle crucial dans la réduction substantielle de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au cours des 30 dernières années.¹ La pandémie de COVID-19 menace aujourd'hui de réduire à néant ces avancées durement acquises, l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) et leur ambition de ne laisser personne de côté.² La crise a entraîné une perturbation massive des services de santé essentiels, certains pays à faible revenu risquant de voir leur couverture vaccinale se réduire de façon drastique,³ d'être confrontés à une plus grande hésitation à se faire vacciner et à une interruption des services de nutrition essentiels. En outre, elle a eu un impact négatif sur la sécurité alimentaire, les emplois et les moyens de subsistance, tout en exacerbant les inégalités persistantes. Cela risque d'augmenter considérablement le nombre d'enfants souffrant de malnutrition et malades, ainsi que les décès d'enfants évitables.⁴

Avant la pandémie, d'importantes disparités géographiques existaient déjà en matière de survie des enfants, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud affichant les taux de mortalité les plus élevés. Dans le même temps, les inégalités au sein des pays ont continué à entraver l'objectif qui visait à mettre un terme aux décès d'enfants évitables.⁵ La malnutrition demeure une cause sous-jacente de près de la moitié des décès d'enfants (3,1 millions de décès chaque année).⁶ Au cours des toutes premières années de la vie, en particulier au cours des 1 000 premiers jours, la malnutrition a un impact négatif sur le développement physique et cognitif des enfants, avec des effets à vie et souvent irréversibles.⁷ Bien que la vaccination permette actuellement d'éviter chaque année 2 à 3 millions de décès dus à des maladies comme la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la grippe et la rougeole,⁸ 1,5 million de personnes meurent encore chaque année de maladies évitables par la vaccination.⁹ L'étude a également identifié une « surmortalité féminine », particulièrement prédominante en Afrique, les principales causes de décès chez les jeunes filles étant les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections respiratoires et la malnutrition ; une situation susceptible d'être exacerbée par la pandémie de COVID-19¹⁰

La vaccination et une nutrition satisfaisante sont essentielles pour que les enfants se développent pleinement sur le plan physique, intellectuel et humain, et pour qu'ils puissent bénéficier de leur droit à jouir du meilleur état de santé possible.¹¹ Un dollar investi dans la nutrition donne un taux de rendement de 16 US\$,¹² tandis que le retour sur investissement de la vaccination dans les pays soutenus par Gavi est de 21 US\$ pour 1 US\$ dépensé, si l'on considère le modèle du coût de la maladie, qui comprend les coûts de traitement, les coûts de transport, les pertes de salaire des soignants et les pertes de productivité.¹³ Ces services de base sont essentiels à la pleine jouissance du droit à la santé et des autres droits humains. En outre, ils sont fondés sur des données probantes et particulièrement rentables, et font par conséquent partie des « meilleurs achats », en termes d'investissement dans le

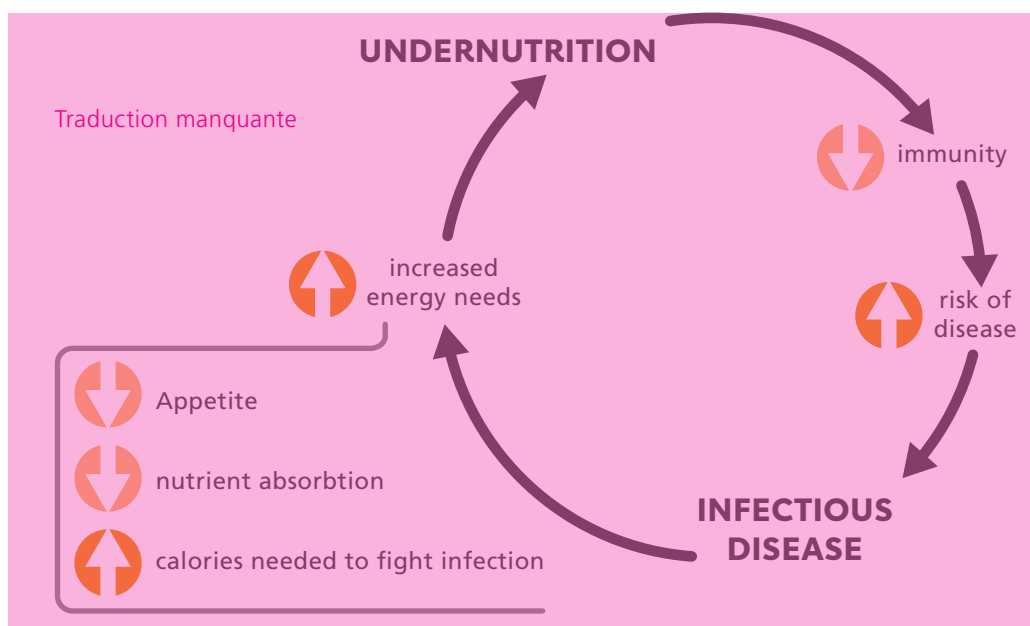
1. La complémentarité entre la vaccination et les interventions relatives à la nutrition

La malnutrition et les maladies infectieuses se renforcent mutuellement. Elles sont à l'origine de millions de décès d'enfants évitables chaque année et contribuent à un cercle vicieux de mauvaise santé, de retard de croissance, de pauvreté et d'exclusion, avec un héritage intergénérationnel.

Une alimentation correcte est la base du bon fonctionnement du système immunitaire ; elle protège contre les maladies et les infections et favorise la guérison. La dénutrition aggrave l'incidence et la durée de la maladie, car elle a un impact négatif sur la capacité des enfants à générer une réponse immunitaire, et augmente par conséquent le risque de nouvelles infections ou de décès.²¹ Par exemple, les enfants souffrant de malnutrition aiguë ont entre 2,5 et 15 fois plus de risques de succomber à une pneumonie que ceux qui sont bien nourris²² et jusqu'à 8 fois plus de risques de mourir de diarrhée.²³ Dans certains endroits, les enfants sous-alimentés ont également moins de chances d'être vaccinés que les enfants bien nourris,²⁴ peut-être en raison d'autres facteurs qui augmentent leur vulnérabilité et réduisent leur accès aux services de

santé. En outre, les enfants sous-alimentés produisent une réponse immunitaire plus faible que celle des enfants bien nourris, ce qui peut compromettre l'efficacité de la vaccination.²⁵

Outre le transfert placentaire des anticorps issus de la vaccination maternelle, des facteurs immunologiques cruciaux, présents dans le lait maternel, exercent un effet protecteur sur l'enfant. L'allaitement maternel exclusif protège les nourrissons de la diarrhée, notamment dans les endroits où l'utilisation de substituts au lait maternel peut être compromise par le manque d'accès à l'eau potable. L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants commencent à être allaités au sein dans l'heure qui suit leur naissance et soient exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de leur vie. Veiller à ce que les femmes enceintes soient correctement alimentées doit aller de pair avec un soutien aux familles, pour leur permettre d'allaiter leurs enfants, ainsi que de poursuivre l'allaitement avec une alimentation complémentaire appropriée, jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà. Cela doit être considéré comme la première étape de la construction du système immunitaire chez un enfant.²⁶



À l'inverse, les enfants qui souffrent de maladies infectieuses, notamment de maladies évitables par la vaccination, courent un risque accru de mauvaise alimentation. À chaque épisode de maladie, une partie de l'énergie et des calories dont l'enfant a besoin pour sa croissance et son développement est détournée pour combattre l'infection. Pour les enfants qui sont déjà sous-alimentés, les maladies infectieuses peuvent aggraver leur état nutritionnel et réduire la capacité de l'enfant à répondre aux interventions nutritionnelles. Par exemple, la vitamine A pendant une épidémie ou un épisode de rougeole est essentielle, et le vaccin contre la rougeole fait partie du traitement systématique fourni à tous les enfants souffrant de malnutrition aiguë admis dans les programmes de soins. Il a été constaté que des épisodes répétés de diarrhée étaient associés à 43 % des cas de retard de croissance. Il est également reconnu que l'impact à vie du retard de croissance (à l'exception de l'obésité centrale) pourrait affecter les femmes plus que les hommes.²⁷

Tout comme la nutrition, les propriétés protectrices de la vaccination commencent avant la naissance. Par exemple, les infections respiratoires pendant la grossesse peuvent exercer des effets indirects sur le fœtus en développement, par le biais de la fonction placentaire et des réponses immunitaires maternelles. Cela peut, à son tour, entraîner des naissances prématurées et une moindre croissance du fœtus. Des études ont démontré que l'administration du vaccin contre la grippe pendant la grossesse ajoute 200 grammes au poids du nouveau-né et que le vaccin antipneumococcique administré aux nourrissons se traduit par une croissance supplémentaire de 500 grammes au cours des six premiers mois de la vie. En outre, le vaccin maternel contre la grippe a entraîné une réduction de 15 % de l'insuffisance

pondérale à la naissance. Cela indique que la vaccination peut améliorer la croissance intra-utérine.²⁸

La vaccination peut également entraîner une baisse des taux de malnutrition infantile dans les populations à haut risque. Une analyse menée dans certaines régions d'Éthiopie comptant une forte proportion de réfugiés a révélé qu'une couverture vaccinale élevée contre la rougeole était liée à des taux plus faibles de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans. Chaque point de pourcentage d'augmentation de la couverture vaccinale contre la rougeole était associé à une diminution de 0,65 % du taux de malnutrition aiguë dans ces régions.²⁹ De nombreuses études, axées sur l'impact de différents vaccins, suggèrent que les enfants des communautés dont le niveau global de vaccination est plus élevé présentent un meilleur état nutritionnel. Au Kenya, les enfants dont la vaccination de routine était à jour présentaient 27 % de risques en moins de souffrir d'un retard de croissance³⁰, et, en Indonésie, les enfants qui vivaient dans des communautés où les niveaux de vaccination étaient plus élevés étaient également moins susceptibles de souffrir de sous-alimentation.³¹

De nombreuses données probantes soulignent que les interventions en matière de vaccination et de nutrition se complètent mutuellement, ce qui plaide en faveur d'une intégration plus solide. Elles indiquent également que les efforts intégrés visant à faire bénéficier les enfants vulnérables et les communautés « oubliées » de ces services essentiels seront indispensables pour mettre un terme au cercle vicieux de la malnutrition et des maladies évitables, une condition impérative pour que les pays puissent « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », conformément à l'ODD 3.

DÉNUTRITION ET MALADIES INFECTIEUSES DANS LES CONTEXTES FRAGILES ET LES SITUATIONS HUMANITAIRES

La mortalité infantile est nettement plus élevée en cas de contextes fragiles, de conflits et d'urgences humanitaires, par rapport aux autres contextes. La proportion de personnes sous-alimentées, vivant dans des zones touchées par des conflits et des crises prolongées, est presque trois fois plus élevée que celle des autres pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.^{32,33} En outre, la couverture de toutes les interventions sanitaires essentielles, y compris la vaccination, tend à être plus faible dans ces situations, en raison de l'insécurité, des ressources limitées et de l'interruption des services de santé.

Bien qu'il soit difficile de trouver des données spécifiques aux situations d'urgence, des études indicatives démontrent que les effets du cercle vicieux de la maladie et de la dénutrition s'aggravent dans les situations d'urgences humanitaires. Lors de la sécheresse de la Corne de l'Afrique en 2011, il a été estimé que les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère étaient neuf fois plus susceptibles que les enfants en bonne santé de succomber à des maladies infectieuses telles que la rougeole, le choléra et le paludisme.³⁴ Ces populations sont souvent particulièrement vulnérables à la malnutrition dans ses formes les plus extrêmes et vivent dans des abris inadéquats et surpeuplés, offrant un terrain propice à de nombreuses maladies et infections.

Les interventions nutritionnelles et la vaccination sont donc particulièrement importantes dans ces situations. Par exemple, il a été constaté que les enfants vivant dans le camp de réfugiés de Yida, au Sud-Soudan, présentaient un taux élevé d'infection par la pneumonie, et des études ont démontré que les campagnes de vaccination, dans un contexte humanitaire, pouvaient réduire de près de 20 % les cas de pneumonie et les décès.³⁵

2. Lutte contre les inégalités en matière de santé grâce à des interventions intégrées en matière de vaccination et de nutrition

La pandémie de COVID-19 a exacerbé les écarts persistants en matière d'équité, touchant de manière disproportionnée les pays et les populations les plus vulnérables. Les inégalités touchent particulièrement les groupes de population confrontés à des privations multiples, notamment les contraintes systématiques en matière d'accès aux services essentiels. Ces groupes de population vivent souvent dans des zones urbaines/périurbaines, rurales éloignées ou dans des zones de conflit et font face à une charge de morbidité disproportionnée. Conformément à ce qui a été indiqué précédemment, ces populations sont confrontées à des privations multiples et sont souvent confrontées à l'extrême pauvreté, les deux tiers des enfants zéro dose vivant sous le seuil de pauvreté international de 1,90 US\$ par jour.³⁶

La malnutrition et la faible couverture vaccinale sont des symptômes de la répartition inéquitable du pouvoir et des ressources au sein de nos sociétés. Afin de remédier à ces inégalités, il est nécessaire de disposer d'un secteur public fort et d'un système de fourniture de services axé sur la communauté, qui soit engagé, compétent, financé de manière adéquate et qui bénéficie de la confiance du public. Plus que des pouvoirs publics renforcés, une gouvernance renforcée est nécessaire, notamment l'ouverture et le soutien de la société civile, un secteur privé engagé et responsable, et des personnes dans toute la société pour convenir des intérêts publics et investir dans la valeur de l'action collective. Dans un monde globalisé, la nécessité d'une gouvernance dédiée à l'équité s'applique également depuis le niveau communautaire jusqu'aux institutions internationales.³⁷

L'investissement au cours des toutes premières années de la vie d'un enfant offre l'une des meilleures possibilités afin de réduire les inégalités en matière de

santé. L'accès aux droits fondamentaux dès la petite enfance, tels que l'accès à la santé et à l'éducation, peut garantir à tous les enfants des chances égales d'être des membres sains et productifs de la société. L'identification de ces communautés et groupes vulnérables, et la mise à leur disposition de services essentiels depuis la période précédant la grossesse, puis au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement, jusqu'aux premiers jours et années de la vie, constituent la base pour mettre un terme au cercle vicieux de la pauvreté et rétablir la confiance du public³⁸

Le système de santé a un rôle clé à jouer pour identifier et atteindre les groupes de population les plus vulnérables. La vaccination atteint plus de 90 % des enfants dans le monde³⁹ et plus de foyers que toute autre intervention sanitaire, et elle met les communautés en contact régulier avec le système de santé. Dans la plupart des pays, les programmes de vaccination comprennent des vaccins au cours de la première et de la deuxième année de la vie de l'enfant et, dans certains cas, tout au long de leur vie. Ces multiples points de contact offrent la possibilité d'atteindre les enfants et les familles avec d'autres services de santé essentiels, notamment des interventions nutritionnelles et en particulier le dépistage de la malnutrition. Pour les populations vivant dans les zones rurales, les services de vaccination sont souvent le premier, et parfois le seul, point de contact avec le système de santé.

Chaque fois qu'un enfant est vacciné par un agent de santé, cela représente une opportunité à ne pas manquer pour s'assurer que lui ou ses parents bénéficient d'autres services de santé essentiels. Le regroupement des services de santé en vue de fournir des soins de santé continus et complets permet de dégager des avantages

considérables en termes de coûts, ce qui permet aux pays à faible revenu d'accomplir beaucoup plus de choses avec leurs ressources limitées. Par exemple, à Madagascar, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe, le suivi de la croissance, l'alimentation complémentaire, l'éducation sanitaire, la supplémentation en vitamines et la vaccination sont assurés en même temps. En conséquence, l'état nutritionnel des enfants concernés s'est amélioré, et d'autres gains ont également été obtenus en matière de santé.⁴⁰

De nombreuses actions essentielles en matière de nutrition⁴¹ sont fournies par le biais du système de SSP. Pourtant, leur couverture tend à être inférieure à celle des autres services de santé ciblant le même groupe. Par exemple, la couverture de la supplémentation en acide folique et en fer chez les femmes enceintes est inférieure à la couverture des soins prénatals, grâce auxquels cette action nutritionnelle essentielle devrait être délivrée.⁴² Moins de 30 % des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère dans le monde ont accès à des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE),⁴³ qui peuvent être fournis comme une intervention autonome par des acteurs extérieurs au système de santé, notamment dans les contextes humanitaires. Même dans les contextes où les actions nutritionnelles essentielles font officiellement partie des soins de santé de routine, elles ne sont pas toujours pleinement intégrées dans les services destinés

aux communautés.

Ce manque d'intégration se traduit par des coûts plus élevés, des synergies perdues et du temps supplémentaire passé par des agents de santé et des bénévoles très occupés. La fourniture de services autonomes signifie que les parents et les soignants doivent consacrer des ressources et du temps supplémentaires, outre leurs responsabilités professionnelles et familiales, payer des frais de transport supplémentaires et accéder à différents services, à différents moments et parfois à différents endroits. Ces obstacles finissent par décourager la recherche de soins et renforcent les inégalités existantes en matière de santé.

Il est important de noter que l'intégration des interventions de vaccination et de nutrition augmente les chances pour les pays d'atteindre les communautés « oubliées » avec une série complète d'interventions en matière de SSP.⁴⁴ Par exemple, lorsque la vitamine A a été administrée pendant les campagnes de vaccination contre la polio en Angola, au Tchad, en Côte d'Ivoire et au Togo, la couverture a dépassé 90 %, à la fois pour la vitamine A et la vaccination contre la polio la deuxième année.⁴⁵ En adoptant une approche intégrée, les pays peuvent gagner en efficacité et multiplier leurs forces pour identifier et atteindre les communautés « oubliées » et les populations vulnérables, ce qui permet aux familles et aux enfants d'accéder plus facilement, et à moindre coût, à ces services.

3. Renforcement de la volonté politique et maximisation des gains en matière d'efficacité pour atteindre davantage de personnes

Pour mettre un terme à la malnutrition et à la mortalité infantile évitable, il ne suffit pas d'ajouter des interventions nutritionnelles aux programmes de vaccination existants. Pour atteindre ces objectifs, un effort sociétal plus large est nécessaire, avec des

actions claires pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la pauvreté et de la discrimination. Alors que les pays réagissent à la crise de la COVID-19 et planifient la reprise, ils devront adapter et étendre des stratégies innovantes et favorisant l'équité pour atteindre les

groupes et les populations vulnérables⁴⁶ conformément à l'ODD 1.B (« Mettre en place aux niveaux national, régional et international des principes de politique générale viables, qui se fondent sur des stratégies de développement favorables aux pauvres et soucieuses de la problématique hommes-femmes, d'accélérer l'investissement dans des mesures d'élimination de la pauvreté »). Cet objectif ne peut être atteint que par le biais d'un engagement politique fort, notamment au plus haut niveau des pouvoirs publics nationaux, d'où la nécessité pour la société civile et ses partenaires de mener des campagnes de plaidoyer dédiées, visant à établir et à maintenir la volonté politique nécessaire.

Il apparaît également clairement qu'un financement accru et plus efficace, permettant la mise en œuvre des stratégies d'amélioration en matière d'équité, est un élément essentiel de leur durabilité et, par conséquent, doit être au centre des activités de plaidoyer. Synthétiser les connaissances à l'appui des stratégies en matière d'équité et la collecte de données actualisées constituent un outil essentiel pour le plaidoyer. Des preuves spécifiques au contexte, présentées sous forme de messages persuasifs, peuvent aider les partenaires à définir les interventions de soins de santé primaires, non pas comme un coût, mais comme un investissement économique et social dans la préparation, la réponse et le rétablissement. Dans un monde incertain, ces investissements sont très rentables et favorisent la résilience des communautés et l'égalité des genres.⁴⁷

Bien qu'il soit essentiel de s'attaquer aux facteurs structurels de l'iniquité, à l'échelle mondiale, nationale et locale, des solutions plus immédiates peuvent également jouer leur rôle. Par exemple, alors que la vaccination et la nutrition sont souvent incluses dans les programmes de services de soins de santé primaires des pouvoirs publics nationaux, de nombreux pays doivent encore améliorer leur couverture en veillant à se renforcer mutuellement. Dans les contextes les plus difficiles, en particulier dans les milieux fragiles et touchés par des conflits, les programmes de vaccination et de nutrition risquent de manquer les enfants les plus vulnérables, s'ils continuent à être mis en œuvre sous forme d'interventions verticales et fournies principalement au niveau des établissements de santé.⁴⁸

Afin d'être un succès, l'intégration entre la vaccination et la nutrition doit aller plus loin que le simple regroupement de fourniture de services. Une véritable intégration implique le partage d'un large éventail

d'objectifs et de fonctions entre les plateformes de fourniture et les solutions communautaires, et de veiller à ce que les pays intègrent et déploient pleinement la nutrition et la vaccination dans leur offre de base des services de santé.

Pour des gains réels en matière d'efficacité et une durabilité à long terme, la vaccination et la nutrition doivent faire partie d'un système intégré de soins de santé primaires. L'intégration doit être spécifique au contexte et intentionnelle afin de maximiser les synergies, d'identifier les communautés « oubliées » et s'assurer qu'elles ne sont pas laissées de côté. Cette approche intégrée implique de changer la façon dont les pays planifient, financent et fournissent des services de santé et de nutrition aux niveaux infranational et de la communauté, ainsi que la façon dont ils les surveillent et les évaluent.

Il convient par ailleurs de mettre à jour les protocoles de traitement et les programmes de formation du personnel de santé, notamment au niveau communautaire, et, entre autres, de rationaliser les chaînes d'approvisionnement. Le personnel de santé communautaire doit être formé pour comprendre la façon dont les interventions nutritionnelles et les vaccins interagissent, et la façon d'intégrer les bons protocoles de traitement dans le cadre de la fourniture de services de routine, au bon moment. Il existe des approches efficaces et éprouvées, telles que la gestion intégrée des cas dans la communauté et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, mais elles doivent être étendues et la qualité de la prestation doit être améliorée.

Le dépistage de la malnutrition aiguë, l'orientation vers un traitement, voire le rapprochement d'un traitement nutritionnel adéquat auprès des communautés sont des domaines qui doivent être explorés pour une intégration appropriée de la nutrition et de la vaccination. En parallèle, la collecte, le suivi et l'évaluation des données de routine du système de santé doivent être étendus afin que les communautés « oubliées » soient identifiées et bénéficient d'un ensemble intégré de services essentiels. De même, l'UNICEF et les pouvoirs publics doivent garantir une approche intégrée de la vaccination et de la nutrition dans leurs politiques afin de soutenir le déploiement du Plan d'action mondial contre la cachexie des enfants.

REMÉDIER AUX DÉSÉQUILIBRES EN MATIÈRE DE POUVOIR AFIN DE PERMETTRE AUX FEMMES ET AUX FILLES DE S'ÉPANOUIR

La lutte contre les inégalités entre les genres et l'autonomisation des femmes et des filles sont fondamentales si nous voulons briser le cycle de la malnutrition, de la mauvaise santé, de la pauvreté et de l'exclusion. Les femmes et les filles représentent 60 % des personnes souffrant de faim chronique dans le monde.⁴⁹ Les femmes représentent 70 % du personnel de santé au niveau mondial, mais occupent uniquement 25 % des postes à responsabilité.⁵⁰ Bien que les agricultrices soient responsables de 60 à 80 % de la production alimentaire dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, leurs droits et leur statut sont rarement égaux à ceux des hommes. Bien qu'elles assument généralement la responsabilité de la préparation des repas familiaux, les femmes et les filles mangent souvent moins, en dernier, et risquent de se retrouver avec des aliments de mauvaise qualité d'un point de vue nutritionnel. Les preuves parlent d'elles-mêmes : des niveaux plus élevés de discrimination fondée sur le genre sont associés à des niveaux plus élevés de dénutrition aiguë et chronique.⁵¹ De plus, les grossesses chez les adolescentes devraient augmenter en raison de la crise de la COVID-19, du fait de l'abandon scolaire et de la fermeture des écoles.⁵² Les impacts économiques de la COVID-19, sur l'année 2020 à elle seule, pourraient avoir exposé jusqu'à un million de jeunes filles supplémentaires au risque de grossesse chez les adolescentes. Les complications liées à la naissance et à la grossesse sont d'ores et déjà la première cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. En raison de la pression supplémentaire exercée sur le corps des jeunes filles pendant la grossesse, l'amélioration de l'accès aux vaccins et à la nutrition sera essentielle pour répondre aux besoins d'une population croissante de mères-enfants et de leurs bébés.⁵³

Lorsque les femmes ont davantage le contrôle sur leurs corps, les décisions qui concernent le foyer et les ressources, les familles sont en meilleure santé, mieux nourries et mieux éduquées. L'amélioration du statut et de l'éducation des femmes explique plus de la moitié de la réduction du nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à l'échelle mondiale.

La malnutrition chez les filles et les femmes a de graves effets intergénérationnels négatifs, car les mères souffrant de malnutrition sont plus susceptibles d'avoir des enfants sous-alimentés. La période de l'adolescence est critique, car l'adolescence est la deuxième période de croissance la plus importante du cycle de vie après la première année de vie. En outre, les mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un retard de croissance et une insuffisance pondérale que les mères adultes.⁵⁴

L'inclusion des adolescents et de leurs besoins dans l'élaboration d'interventions sur mesure offre une occasion unique d'être transformateur en matière de genre, car les normes culturelles et sociétales sont élaborées au cours de ces périodes. Atteindre les adolescents avec le vaccin contre le virus du papillome humain (PVH) et des actions nutritionnelles crée des interactions positives avec le secteur de la santé et un environnement propice à toute une vie de comportements améliorant la santé des adolescentes et de leurs futurs enfants.

Au niveau mondial, il n'y a pas de différences significatives dans la couverture vaccinale entre les sexes. En revanche, des différences existent dans certaines populations marginalisées d'un point de vue socio-économique et géographique au niveau infranational, exacerbées par des obstacles liés au genre qui limitent la demande, l'utilisation, la couverture et l'impact des services de vaccination. Afin d'y remédier, il convient d'adopter des politiques de genre solides et fondées sur des données probantes, par exemple en veillant à ce que la conception et la mise en œuvre des interventions et des services de santé s'appuient sur des analyses des obstacles liés au genre et de leur intersection, compte tenu des besoins des différents groupes de population. Pour ce faire, il est nécessaire d'investir dans la transformation liée au genre, en plus de l'amélioration des politiques d'équité.

La conception et la fourniture des services de soins de santé primaires pour atteindre les communautés « zéro dose », en particulier dans le but de mieux se remettre de la pandémie, doivent tenir compte des besoins sexospécifiques des soignants. Dans certains contextes, les personnes qui s'occupent principalement des enfants, généralement des femmes, peuvent ne pas avoir les connaissances nécessaires pour fréquenter les services de santé primaires en raison d'un accès inégal aux informations, d'un manque d'éducation, de responsabilités dans les travaux ménagers, d'un manque d'autonomie ou de mobilité, entre autres facteurs. La participation des hommes à la prise en charge des enfants et en tant qu'influenceurs dans des réseaux sociétaux plus larges est

également importante pour accroître la demande en services de santé et donner aux femmes les moyens de prendre des décisions.

Il convient par ailleurs d'accorder une attention particulière aux obstacles liés au genre, rencontrés par le personnel de santé. Bien que la plupart des agents de santé de première ligne soient des femmes, seules 25 % d'entre elles occupent des postes de direction, un pourcentage qui est encore plus faible dans de nombreux pays à faible revenu.⁵⁵ La participation inégale des femmes à tous les niveaux de la prise de décision en matière de santé et aux postes de direction, les écarts de rémunération entre hommes et femmes, la ségrégation professionnelle fondée sur le genre et la prévalence du harcèlement sexuel sur le lieu de travail ont un impact négatif sur la qualité des services de santé. En outre, les menaces en matière de sécurité et la violence liée au genre limitent la possibilité pour le personnel de santé féminin d'entreprendre des missions de proximité et de travailler dans des cliniques en toute sécurité.

4. Conclusion et recommandations

La pandémie actuelle pousse les pays et les partenaires à trouver de nouveaux moyens pour atteindre les populations les plus vulnérables avec des services de santé essentiels, tels que la vaccination et la nutrition. Cette note de politique fait valoir que, grâce à une approche plus holistique et intégrée, les pays peuvent redoubler d'efforts pour identifier et atteindre les communautés « oubliées », tout en facilitant l'accès des familles et des enfants à ces services et en le rendant moins coûteux.

Ces efforts requièrent un engagement politique fort, notamment au plus haut niveau des pouvoirs publics nationaux, d'où la nécessité pour la société civile et ses partenaires de mener des campagnes de plaidoyer dédiées, visant à établir et à maintenir la volonté politique nécessaire. Un financement accru et plus efficace pour la mise en œuvre de stratégies de renforcement de l'équité doit être au cœur de ces activités de plaidoyer.

Pour avoir un maximum d'impact, une approche intégrée de la vaccination et de la nutrition nécessite le bon dosage de politiques, la participation des communautés et des personnes influentes au niveau local, ainsi que la manière la plus appropriée d'encourager l'intégration aux niveaux infranational et communautaire. Une attention particulière doit être accordée à l'intégration adéquate des services de vaccination et de nutrition dans les services de soins de santé de routine, là où ils font actuellement défaut.

À moins de dix ans de l'échéance pour l'atteinte des ODD et compte tenu des graves perturbations causées par la pandémie de COVID-19, le moment est venu d'investir mieux et plus intelligemment, alors que les pays trouvent

progressivement les moyens de maintenir, rétablir, et renforcer ces interventions essentielles, et de se relever de la pandémie. Il s'agit d'une condition préalable à l'atteinte de l'ODD 2 (faim zéro), de l'ODD 3 (bonne santé et bien-être) et d'autres objectifs connexes. Nous encourageons les parties prenantes à suivre ces recommandations afin de contribuer à l'atteinte de ces objectifs :

ACTIONS POUR LES POUVOIRS PUBLICS

- Maintenir, restaurer et renforcer les programmes de vaccination de routine et de nutrition, avec l'équité pour objectif central, afin de poser les bases de l'intégration des services de soins de santé primaires et d'une meilleure reconstruction.
- Veiller à ce que les interventions en matière de vaccination et de nutrition soient pleinement intégrées à l'ensemble des services de santé de base, à ce que la possibilité de déployer conjointement des interventions soit mentionnée explicitement et à ce qu'elle soit intégrée dans les programmes d'études pertinents du personnel de santé.
- Identifier les communautés « oubliées » et les enfants à zéro dose, en utilisant la triangulation des données disponibles, ventilées par sexe et par facteurs socioculturels et économiques.
- Donner la priorité à la vaccination, à la nutrition et à d'autres services essentiels pour les enfants n'ayant reçu aucune dose.
- Maintenir et accroître le financement national afin de renforcer les systèmes de soins de santé primaires et

d'intégrer les interventions le cas échéant, notamment pour la fourniture intégrée de services de vaccination et de nutrition en tant que principe fondamental.

- Mettre l'accent sur des interventions au niveau de la communauté, adaptées à des contextes spécifiques pour atteindre les enfants zéro dose et les communautés « oubliées ».
- Rechercher des solutions innovantes, fondées sur des données probantes, afin de combiner les programmes de vaccination et de nutrition (et plus largement de santé de routine), notamment en partageant les infrastructures et les chaînes de valeur, afin de maximiser la couverture des services de nutrition et de vaccination.
- Veiller à l'alignement et à l'intégration entre les stratégies nationales de vaccination, les plans de nutrition multisectoriels, les feuilles de route des soins de santé primaires et des soins de santé universels, les plans de développement nationaux et infranationaux.

ACTIONS POUR LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE DE LA SANTÉ

- Organiser une réunion technique conjointe entre les partenaires internationaux en matière de santé concernés, sur la façon de progresser dans l'intégration de la vaccination et de la nutrition
- Maintenir et accroître le financement des stratégies d'amélioration de l'équité relatives aux services de vaccination et de nutrition dans le cadre d'efforts plus vastes visant à renforcer les systèmes de soins de santé primaires et à parvenir à un système de santé universel.
- Inciter les pays à utiliser les subventions pour le renforcement des systèmes de santé afin d'améliorer l'intégration de la vaccination, de la nutrition et d'autres services essentiels.
- Promouvoir l'alignement et la coordination des parties prenantes internationales en matière de santé, aux niveaux mondial, régional et national afin de garantir que les engagements pris dans le cadre du Plan d'action mondial contre le gaspillage, du Plan d'action mondial en faveur d'une vie saine et du bien-être et dans les pactes nationaux CSU 2030 soient respectés aux niveaux national et infranational.
- Soutenir le pilotage, la réduction des risques et l'intensification des initiatives du secteur privé et des partenariats publics-privés visant à améliorer l'efficacité des services de vaccination et de nutrition.
- Émettre des recommandations techniques à l'intention des pouvoirs publics pour favoriser l'intégration du dépistage de la malnutrition lors des campagnes de vaccination.
- Fournir des recommandations et un soutien technique auprès des pouvoirs publics et des

autres parties prenantes afin de mieux intégrer la vaccination et la nutrition, notamment dans les contextes humanitaires.

ACTIONS POUR LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

- Aider les gouvernements à identifier les communautés « oubliées » et les enfants zéro dose, notamment en contribuant à la triangulation des données sur la portée de la vaccination, de la nutrition et d'autres services essentiels.
- Plaider en faveur de services de vaccination et de nutrition améliorés, bien financés, intégrés et accessibles à tous, notamment en soutenant les efforts déployés par les citoyens pour demander aux pouvoirs publics de rendre des comptes sur la qualité de leurs services.
- Soutenir les pouvoirs publics quant à l'intégration des programmes de vaccination et de nutrition, notamment en mobilisant les organisations communautaires et le personnel de santé, y compris dans la conception, la prise de décision et la mise en œuvre des programmes.
- Soutenir la recherche opérationnelle communautaire quant aux modèles de programmes innovants pour la fourniture intégrée de la vaccination et de la nutrition, afin de poursuivre l'apprentissage et la conception de politiques.

ACTIONS POUR L'ACADÉMIE

- Améliorer la base de données probantes sur la réponse à la vaccination dans le contexte de la dénutrition.
- Contribuer à combler les lacunes en matière de connaissances, par le biais d'études fonctionnelles, de recherches opérationnelles et de recherches formatives sur les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services, afin de contribuer à la promotion et à l'amélioration des politiques.
- Produire des données probantes solides sur les interventions intégrées efficaces et rentables en matière de vaccination et de nutrition pour les enfants, les femmes enceintes et les mères allaitantes, en particulier dans les contextes fragiles, afin d'informer les actions de sensibilisation et d'améliorer les politiques.
- S'engager à traduire les connaissances acquises dans le cadre des études de recherche en plusieurs langues, et en dehors de l'académie, afin de garantir leur accessibilité aux décideurs politiques.
- S'engager à publier les résultats des études en toute transparence, y compris les études avec des résultats négatifs, qui sont tout aussi importants pour la mise en contexte et la compréhension.

ACTIONS POUR LE SECTEUR PRIVÉ ET LES ENTREPRISES

- Contribuer à des solutions intelligentes de la chaîne de valeur pour la fourniture intégrée de services de vaccination et de nutrition.

- Ne pas nuire, notamment en adhérant au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et au Guide de l'OMS pour mettre fin à la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.

RÉFÉRENCES

- 1 Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME). 2020. Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020.
- 2 Osendarp S., Akuoku J., et al. 2020. The potential impacts of the COVID-19 crisis on maternal and child undernutrition in low and middle income countries.
- 3 OMS. 2021. COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows; Fondation Bill & Melinda Gates. 2020. 2020 Goalkeepers Report: COVID-19 A Global Perspective. Page 37.
- 4 Fore H.H., Dongyu Q., et al. 2020. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now.
- 5 UN IGME. 2020. Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020.
- 6 UNICEF. 2021. Malnutrition.
- 7 Black R.E., Victora C.G., et al. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries.
- 8 OMS. 2021. Vaccines and Immunization.
- 9 OMS. 2019. Immunization.
- 10 Anderson S. et Ray D. 2017. Excess Female Mortality in Africa.
- 11 Convention sur les Droits de l'enfant. 1989. The United Nations Convention on the Rights of the Child.
- 12 Rapport sur la nutrition dans le monde. 2017. 2017 Global Nutrition Report: Nourishing the SDGs.
- 13 École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg. 2020. Immunization Programs Yield High "Return on Investment," Saving Hundreds of Billions of Dollars.
- 14 OMS. 2018. Global Conference on Primary Health Care: Declaration of Astana.
- 15 OMS. 2021. Vaccines and Immunization.
- 16 Ibid.
- 17 FAO. 2021. State of Food insecurity 2021.
- 18 Headey D., Heidkamp R., et al. 2020. Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality.
- 19 Pour des raisons opérationnelles, Gavi définit les enfants « zéro dose » comme ceux qui n'ont pas reçu la première dose de vaccin DTC1 (diphtérie-tétanos-coqueluche).
- 20 OMS/UNICEF. 2021. Progress and Challenges Sustaining and Advancing Immunization Coverage During the COVID-19 Pandemic.
- 21 Moore S.R., Lima N.L., et al. 2010. Prolonged episodes of acute diarrhea reduce growth and increased risk of persistent diarrhea in children.
- 22 Chisti M.J., Tebruegge M., et al. 2009. Pneumonia in severely malnourished children in developing countries – mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review.
- 23 Chisti M.J., Pietroni M.A.C., et al. 2011. Predictors of death in under-five children with diarrhoea admitted to a critical care ward in an urban hospital in Bangladesh.
- 24 Ashbaugh H.R., Hoff N.A., et al. 2018. Predictors of measles vaccination coverage among children 6–59 months of age in the Democratic Republic of the Congo.
- 25 Andrew J. Prendergast, 2015. Malnutrition and vaccination in developing countries.
- 26 Dòrea J.G. 2009. Breastfeeding is an essential complement to vaccination. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1651-2227.2009.01345.x>
- 27 Guerrant R.L., DeBoer M.D., et al. 2013. The impoverished gut--a triple burden of diarrhoea, stunting and chronic disease.

- 28 Steinhoff M.C., Omer S.B., et al. 2009. Association of infant pneumococcal immunization with infant growth in Asia.
- 29 Altare C., Delbiso T.D., et al. 2016. Child Wasting in Emergency Pockets: A Meta-Analysis of Small-Scale Surveys from Ethiopia.
- 30 Gewa C.A. and Yandell, N. 2011. Undernutrition among Kenyan children: contribution of child, maternal and household factors.
- 31 Paknawin-Mock J., Jarvis L., et al. 2000. Community-level determinants of child growth in an Indonesian tea plantation.
- 32 FAO. 2019. The State of Food Security and Nutrition in the World: Safeguarding against economic slowdowns and downturns.
- 33 Ibid.
- 34 OMS. 2011. Horn of Africa Crisis: November 2011 Update.
- 35 Gargano L.M., Hajjeh R., et al. 2017. Pneumonia prevention: Cost-effectiveness analyses of two vaccines among refugee children aged under two years, Haemophilus influenzae type b-containing and pneumococcal conjugate vaccines, during a humanitarian emergency, Yida camp, South Sudan.
- 36 Le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. 2020. Protecting the progress for women, children and adolescents in the COVID-19 crisis: more and better financing for improved equity.
- 37 OMS. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health.
- 38 Ibid.
- 39 Gavi. 2019. Immunisation: strengthening primary healthcare for universal health coverage.
- 40 Doherty T., Chopra M., et al. 2010. Moving from vertical to integrated child health programmes: experiences from a multi-country assessment of the Child Health Days approach in Africa.
- 41 OMS. 2019. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course.
- 42 Heidkamp R.A., Wilson E., et al. 2020. How can we realise the full potential of health systems for nutrition?
- 43 Kohlmann K., Callaghan-Gillespie M., et al. 2019. Alternative Ready-To-Use Therapeutic Food Yields Less Recovery Than the Standard for Treating Acute Malnutrition in Children From Ghana.
- 44 Barros A.J.D., Ronsmans C., et al. 2012. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries.
- 45 Chehab E.T., Anya B.M., et al. 2016. Experience of integrating vitamin A supplementation into polio campaigns in the African Region.
- 46 Le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. 2020. Protecting the progress for women, children and adolescents in the COVID-19 crisis: more and better financing for improved equity.
- 47 Le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. 2020. Protecting the progress for women, children and adolescents in the COVID-19 crisis: more and better financing for improved equity.
- 48 Leventhal D., Cochemore-Silva I. et al. 2021. Delivery channels and socioeconomic inequalities in coverage of reproductive, maternal, newborn, and child health interventions: analysis of 36 cross-sectional surveys in low-income and middle-income countries.
- 49 Programme alimentaire mondial. 2015. WFP Gender Policy 2015-2020.
- 50 OMS. 2019. Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce.
- 51 Améliorer la nutrition. 2016. Scaling Up Nutrition: In Practice Issue 6 - Empowering women and Girls to Improve Nutrition: Building a Sisterhood of Success.
- 52 Plan International et UNESCO. 2020. COVID-19 School closures around the world will hit girls hardest.
- 53 Save the Children. 2020. The Global Girlhood Report 2020: How COVID-19 is putting progress in peril.
- 54 Nguyen P., Scott S. et al. 2020. Why Are Adolescent Mothers More Likely to Have Stunted and Underweight Children Than Adult Mothers? A Path Analysis Using Data from 30,000 Bangladeshi Mothers, 1996–2014.
- 55 OMS – Bureau régional pour l'Europe. 2021. Inspiring change: women's leadership in health care is vital during the COVID-19 pandemic and beyond.

