

Collaboration avec des groupes de femmes : une approche prometteuse pour identifier et atteindre les enfants zéro dose dans les zones urbaines du Mali

ÉTUDE DE CAS

1. AU MALI, UNE STRATÉGIE CONSISTE À S'APPUYER SUR LES GROUPES DE FEMMES AFIN DE RÉPONDRE AU PROBLÈME DU NOMBRE ÉLEVÉ PERSISTANT D'ENFANTS ZÉRO DOSE DANS LES ZONES URBAINES

Bien que les régions rurales du Mali présentent une prévalence d'enfants zéro dose (ZD) supérieure aux zones urbaines, c'est dans les zones urbaines qu'on trouve les chiffres absolus les plus élevés d'enfants ZD, notamment à Sikasso, la troisième région la plus peuplée du Mali. Ceci a incité le Mali à entreprendre des stratégies pro-égalité innovantes, telles qu'une collaboration avec des groupes de femmes, en vue de surmonter les obstacles liés au genre et de contribuer à identifier et atteindre les enfants ZD.

Malgré une brève chute à 70 % en 2020 de la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche en troisième dose (DTP3) à cause de la pandémie de COVID-19, le Mali a maintenu une couverture élevée, à 77 %, entre 2017 et 2022 selon les estimations de l'OMS/UNICEF concernant la couverture nationale de vaccination (WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage, WUENIC) (Organisation mondiale de la Santé). Cela se traduit également par une réduction significative de la mortalité des moins de cinq ans causée par la diphtérie, la rougeole et le tétanos au cours des deux dernières décennies (Gavi Zero-Dose Learning Hub, 2023). Cependant, moins de 50 % des enfants au Mali reçoivent toutes les vaccinations infantiles essentielles, et les taux de sous-immunisation ainsi que d'enfants ZD varient considérablement à travers le pays, la moitié des enfants ZD étant concentrés dans 21 % des districts du pays, notamment ceux de la région de Sikasso (Gavi Zero-Dose Learning Hub, 2023). La présente étude de cas évaluera comment le Mali est parvenu à identifier et atteindre les enfants ZD dans les zones urbaines, en particulier à Sikasso, en utilisant des groupes de femmes en vue de favoriser l'égalité. Les stratégies communautaires telles que la collaboration avec des groupes de femmes ont permis de contribuer à relever les défis de la vaccination

en milieu urbain au Mali, tels que l'incitation des professionnels de santé, l'incitation des parents à faire vacciner leurs enfants, la pérennisation des activités menées lors des campagnes ou la réponse aux épidémies de maladies pouvant être évitées grâce à la vaccination, telles que la rougeole.

CONTEXTE

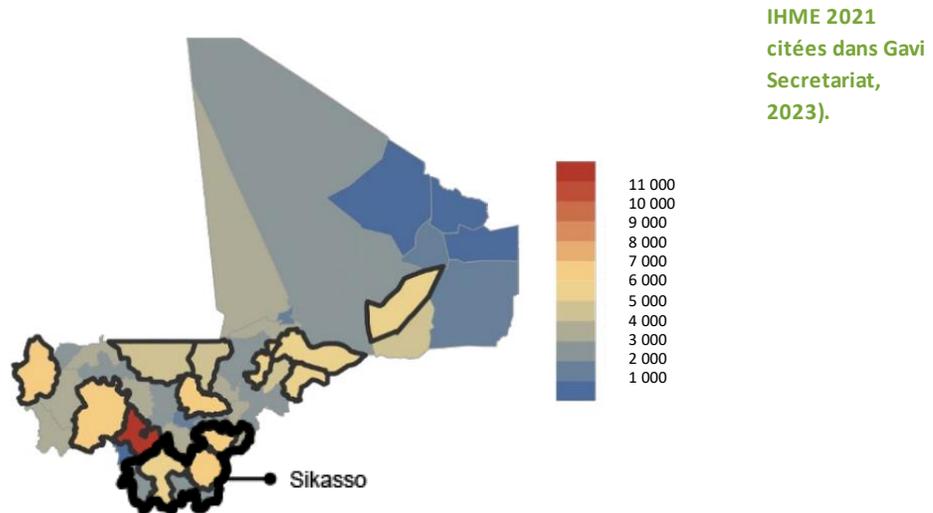
La population du Mali est relativement jeune, et malgré de récents progrès, le taux de mortalité des moins de cinq ans reste élevé. Comme d'autres pays du monde, le Mali a rencontré des difficultés pour maintenir la prestation des services de santé durant la pandémie de COVID-19. Le pays a également subi un coup d'état militaire en 2020 ayant accru les problèmes de sécurité, en plus des conflits régionaux et des troubles civils courants. Il existe aussi au Mali de fortes inégalités entre les hommes et les femmes ; on le constate au taux de mortalité maternelle qui est l'un des plus élevés au monde, à la violence généralisée à l'encontre des femmes, ainsi qu'au niveau d'éducation significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes (Tucker, 2023). Dans ce contexte, une amélioration des programmes de vaccination, favorisant l'égalité ainsi que l'évolution du rapport entre les sexes, peut avoir un fort impact mais s'avère difficile à mettre en œuvre.

La population du Mali présente un âge médian de 15,3 ans et un taux de fertilité total de 5,79 enfants par femme. En 2023, le taux de mortalité chez les moins de cinq ans s'élevait à 86,2 décès pour 1 000 naissances d'enfants vivants, contre 188,6 en 2000 (ONU, 2022). Le Mali se classe au 155^e rang des 170 pays composant l'indice d'inégalité entre les sexes du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (Tucker, 2023).

Sikasso est la troisième plus grande région administrative du Mali en termes de population et comprend 10 districts sanitaires (figure 1). De nombreux enfants zéro dose et sous-vaccinés vivent à Sikasso, en particulier dans les zones de desserte de 11 centres de santé communautaires (CSC) urbains. Sikasso a été identifiée comme une région au Mali attirant les populations déplacées en interne, de même que d'autres migrants, à la recherche d'opportunités économiques (Banque mondiale, 2022). Ces populations rencontrent des difficultés supplémentaires dans l'accès aux services de santé, notamment les vaccins, ce qui peut expliquer pourquoi les zones urbaines de Sikasso présentent un nombre élevé d'enfants ZD. Une récente évaluation de la répartition des enfants ZD au Mali a notamment permis de constater que les enfants des régions rurales sont au moins deux fois plus susceptibles d'être ZD que les enfants des zones urbaines (Gavi Zero-Dose Learning Hub, 2023), bien

que les taux de Sikasso démontrent qu'il reste des poches urbaines critiques d'enfants ZD.

Figure 1. Nombre d'enfants ZD par district du Mali (Gavi Zero-Dose Learning Hub, 2023 ; données



LEÇONS CLÉS APPRISSES

- Les groupes de femmes dans les zones urbaines du Mali peuvent participer à la lutte contre les défis de la vaccination des enfants et contribuer à l'augmentation de la demande et de la sensibilisation à la vaccination infantile.
- Des informateurs clés ont identifié des groupes de femmes prêts à collaborer dans le cadre d'une stratégie clé visant à identifier et atteindre les enfants ZD.

DÉFIS ABORDÉS PAR L'INTERVENTION

La vaccination des enfants dans les zones urbaines du Mali pose des difficultés particulières que les groupes de femmes peuvent contribuer à surmonter. Tout d'abord, l'hésitation et la réticence des parents à faire vacciner leurs enfants, liées en partie à une désinformation et des rumeurs, ont entraîné une faible demande et un faible recours aux services de vaccination (Abdoulaye, 2022). La collaboration avec des groupes de femmes peut permettre de relever ce défi puisque des études ont révélé que globalement, les communautés acceptent que les femmes communiquent des informations sur les questions relatives à la santé maternelle et infantile (FHI 360, 2023). En outre, la pandémie de COVID-19 a posé de nouveaux obstacles à la vaccination et à la recherche de soins dans la mesure où les rassemblements et les déplacements étaient restreints, ce qui a perturbé l'offre habituelle des services de vaccination ainsi que le recours à ces derniers (USAID, 2020). L'implication des groupes de femmes peut s'avérer utile ici car leurs membres peuvent se rendre proactivement au sein des communautés afin de les mobiliser et de leur expliquer les bénéfices de la vaccination, tandis que les stratégies cliniques reposent uniquement sur une

recherche proactive de soins. Troisièmement, comme indiqué ci-dessus, les inégalités entre les sexes sont importantes au Mali. La collaboration avec des groupes de femmes peut aider à lutter contre les barrières liées au genre en offrant un forum où des femmes peuvent apprendre d'autres femmes, ce qui peut modifier les normes de genre en vigueur et accroître l'autonomisation et l'initiative des femmes.

MÉTHODES

Afin de comprendre le recours aux groupes de femmes aux fins des activités de vaccination en milieu urbain au Mali et la mesure dans laquelle ils ont pu affecter les taux de vaccination, des entretiens qualitatifs ont été menés avec des informateurs clés au Mali, complétés par des informations issues de la littérature publiée et grise. Ces informateurs clés travaillaient pour le Programme élargi de vaccination (PEV), l'UNICEF, le Centre national de vaccination ou encore un centre de santé communautaire. Les entretiens ont été menés entre avril et octobre 2023. Les informateurs ont partagé leurs points de vue sur les interventions visant établir un partenariat avec des groupes de femmes pour améliorer la vaccination chez les enfants sous-immunisés et ZD en zone urbaine. Ces informations ont permis de mieux comprendre la valeur et les défis de la collaboration avec des groupes de femmes comme mesure en faveur de l'égalité pour identifier et atteindre les enfants ZD et sous-immunisés. Il est à noter que les groupes de femmes ne constituaient qu'un élément de la stratégie de vaccination en milieu urbain et il n'a pas été possible d'évaluer de manière formelle et quantitative l'impact direct des seuls groupes de femmes sur les taux de vaccination, ceci ne constituant pas non plus l'objectif principal de l'étude de cas. L'objectif de cette enquête était de comprendre comment étaient mobilisés les groupes de femmes pour identifier et atteindre les enfants ZD, en évaluant les facteurs et les obstacles et en synthétisant les leçons apprises en vue d'une utilisation potentielle et d'un élargissement à d'autres contextes.

2. QUOI : COLLABORATION AVEC DES GROUPES DE FEMMES EN VUE D'IDENTIFIER ET D'ATTEINDRE LES ENFANTS N'AYANT JAMAIS ÉTÉ VACCINÉS AU MALI

Des groupes de femmes participent à la stratégie Reach Every District (RED), intégrée au programme de vaccination du Mali.

Une stratégie de vaccination en milieu urbain a été élaborée par divers partenaires internationaux et locaux en vue d'atteindre les enfants sous-vaccinés, en mettant l'accent sur le changement de comportement et l'augmentation de la demande ainsi que de la sensibilisation aux vaccins chez les parents. La [boîte à outils de vaccination en milieu urbain](#) a été utilisée pour améliorer la vaccination dans le contexte urbain. Les groupes de femmes ont été identifiés par le service de développement social local et les associations communautaires de santé pour soutenir l'opérationnalisation de cette stratégie dans la région de Sikasso au Mali en 2019. Cette collaboration n'a cependant commencé qu'à la fin de l'année 2022 en raison de retards.

« L'implication de plateformes pour les femmes au niveau communautaire dans la recherche des quelques cas d'enfants zéro dose s'est avérée une intervention réussie »

— Informateur clé au PEV

La collaboration avec les groupes de femmes à Sikasso a été décidée, en partie, sur la base du succès passé de cette stratégie dans d'autres zones urbaines du Mali, notamment à Bamako. Des organisations telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou l'UNICEF se sont appuyées sur des groupes de femmes pour identifier les enfants ZD à Bamako depuis 2018, ce qui est devenu « le modèle de Bamako ». Le modèle de Bamako a été adapté pour être mis en œuvre dans le cadre de la stratégie de vaccination en milieu urbain à Sikasso, en particulier dans les zones de desserte de 11 centres de santé urbains sélectionnés pour maximiser la portée dans les régions comportant un grand nombre d'enfants ZD. Il est à noter que certains groupes de femmes existaient à Sikasso avant la création de cette stratégie, ce qui a facilité sa mise en œuvre mais a ajouté des étapes concernant la sélection des membres des groupes. Le profil de chaque membre du groupe a été examiné dans ces cas pour voir si plus de la moitié des femmes pouvaient soutenir cet effort, puis les membres du groupe ont été sélectionnés. D'autres groupes ont été créés spécifiquement à cette fin, à l'aide de la boîte à outils de vaccination.

Au total, 330 membres de groupes de femmes ont été formés à Sikasso comme volontaires pour identifier les enfants sous-vaccinés et ZD, avec une formation spécifique à la communication (soutenue par l'UNICEF), aux visites à domicile et au suivi des cas de sous-vaccination et de ZD.

Le rôle principal des groupes de femmes dans la mise en œuvre de cette stratégie consistait à sensibiliser à l'importance de la vaccination et à communiquer des informations sur les sessions de vaccination ou indiquer le moment et le lieu où il est possible de se faire vacciner. La stratégie comprenait trois visites à domicile par mois effectuées par chaque membre du groupe de femmes participant, avec trois objectifs principaux : rechercher activement les enfants perdus de vue lors du suivi de la vaccination, sensibiliser à la vaccination et identifier les enfants malnutris. Il est également possible que ces visites aient permis d'identifier des enfants à qui on n'avait jamais proposé de vaccin. L'identification des enfants malnutris est pertinente, car elle porte sur des vulnérabilités communes et sur le potentiel d'intégration des services de santé connexes par le biais de l'engagement communautaire. Les communautés manquées et les enfants ZD sont souvent confrontés à de multiples vulnérabilités, notamment la malnutrition, ce qui peut amener à repérer la sous-vaccination. Bien que non explicitement mentionné par les acteurs, il est probable que le lien avec la nutrition résulte des activités en cours des groupes de femmes, déjà menées avant l'ajout de leurs activités liées à la vaccination.

3. COMMENT : ASSISTANCE TECHNIQUE, PRIMES ET IMPLICATION DES ENTITÉS LOCALES

La collaboration entre les entités locales s'est avérée essentielle pour les collaborations avec les groupes de femmes, en particulier les autorités administratives et sanitaires, le service de développement social local et les plateformes communautaires locales telles que les relais et les membres des associations communautaires de santé. L'UNICEF a également fourni une assistance technique via des spécialistes en communication, bien que les informateurs clés aient souligné qu'il s'agissait d'une initiative largement locale.

« Les groupes de femmes ont été formés à la recherche de cas d'enfants non entièrement vaccinés ou jamais vaccinés. »

— Informateur clé

ACTIVITÉS DES GROUPES DE FEMMES LIÉES À LA RECHERCHE DES ENFANTS NON VACCINÉS

Pour soutenir les efforts d'identification et d'atteinte des enfants sous-vaccinés, les groupes de femmes ont mené diverses activités. Les membres ont reçu une liste d'enfants sous-vaccinés (générée à partir des dossiers de vaccination) en fonction de leur proximité avec la communauté ou de leur lien avec les familles. Cette liste a été dressée par les membres de l'équipe de gestion du district lors du recueil des données de référence pour la stratégie urbaine en examinant les registres de vaccination. Les vaccinateurs ont fourni, chaque semaine, la liste des enfants manqués aux membres des groupes, puis ont assuré un suivi mensuel. Elles ont également reçu le numéro de téléphone des parents ainsi que des bons de vaccination à remettre aux parents des enfants à qui il manquait des vaccins. Bien que cela n'ait pas été explicitement mentionné par les informateurs clés, les visites à domicile et des quartiers où se trouvaient des enfants perdus de vue ont également permis d'identifier des enfants ZD ou à qui on n'avait jamais proposé de vaccin.

Les membres du groupe ont ensuite fait du porte-à-porte en binômes pour identifier et enregistrer les enfants sous-vaccinés, et transmettre aux familles des informations sur la vaccination. Les femmes ont également organisé des sessions de sensibilisation aux événements liés à la vaccination, par exemple lors de « réunions de femmes » ou sur les marchés. Bien que non explicitement indiqué par les intervenants, il est probable que ces sessions aient aidé les femmes à atteindre des enfants sous-immunisés et ZD, jamais identifiés au préalable sur les listes fournies par l'équipe de gestion sanitaire du district.

LES GROUPES DE FEMMES ONT CONTRIBUÉ A SURMONTER LES DÉFIS DE LA VACCINATION

Les informateurs clés ont rapporté que les groupes de femmes étaient essentiels pour surmonter les défis de la vaccination dans les zones urbaines du Mali. Ils ont noté qu'il était important de proposer des services de vaccination le week-end afin que les parents qui travaillent pendant la semaine puissent tout de même faire vacciner leurs enfants. Des groupes de femmes ont participé à ces activités du week-end, en contribuant à susciter une demande et en favorisant l'offre de services de vaccination. Il est à noter que la faible motivation des professionnels de la santé

représente un défi au Mali, et le fait de disposer de groupes de femmes pour soutenir la mise en œuvre des activités de vaccination peut contribuer à y faire face.

Dans certaines familles, les femmes étaient réticentes à rencontrer les membres des groupes de femmes, déclarant qu'il ne s'agissait pas de professionnels de santé et qu'elles ne faisaient pas confiance aux messages transmis. Le programme prévoit de résoudre ce problème de confiance et de visibilité en fournissant à toutes les membres de groupes une veste distinctive.

PRÉSENTATION DES PRIMES ET DIFFICULTÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE

Proposer des primes aux membres des groupes de femmes a été difficile et cette approche mérite un examen et une évaluation plus approfondis. Un paiement sous forme de primes a été introduit, suivant le modèle de Bamako, dans lequel 2 000 CFA (environ 3 USD) seraient payés par femme par visite à domicile. Comme le modèle comprenait trois visites à domicile chaque mois pour rechercher activement les enfants perdus de vue, sensibiliser et identifier les enfants malnutris, il était prévu de payer chaque femme 6 000 CFA par mois. Cependant, un manque de ressources financières a créé des difficultés dans le paiement des membres. Le nombre de visites à domicile effectuées était proche de ce qui était prévu, mais après examen budgétaire, chaque femme a reçu la prime correspondant à une seule visite à domicile (2 000 CFA), quel que soit le nombre de visites effectuées.

Cette expérience soulève des préoccupations fondamentales concernant la mise à disposition de primes et leur impact potentiel sur la possibilité ou non pour une intervention de transformer le rapport entre les genres. Si les primes avaient été accordées comme prévu, leur mise à disposition aurait pu contribuer à améliorer la situation économique des femmes au sein de la communauté, améliorant ainsi potentiellement leur capacité d'action et changeant les normes de genre. Le versement de primes aurait également pu contribuer à compenser les coûts de renoncement encourus par les femmes lors de la conduite de leurs activités liées à la vaccination, rendant ainsi leur décision de s'impliquer plus viable sur le plan financier. Cependant, sans le versement des primes prévues, l'intervention a pu incidemment nuire aux femmes qui auraient pu attendre les primes et s'endetter en conséquence. Les femmes n'ont pas forcément eu la possibilité de soulever ces problèmes auprès des responsables de la mise en œuvre des programmes, ce qui a pu entraîner un préjudice potentiel.

LEÇONS CLÉS APPRISSES

- Les principaux facteurs d'implication des groupes de femmes comprenaient la sélection et la formation délibérée de membres des groupes ainsi que la mise à disposition de ressources essentielles telles que des listes d'enfants sous-vaccinés et des vestes.
- Les principaux obstacles comprenaient un manque de ressources financières, de vastes zones de couverture et un manque de confiance de la part des membres de la communauté.

FACTEURS DE RÉUSSITE ET OBSTACLES

Les informateurs clés, de même que la stratégie de vaccination en milieu urbain, ont présenté différents facilitateurs et obstacles à la collaboration avec les groupes de femmes aux fins de la vaccination en milieu urbain au Mali. Un soulevé à la fois comme facilitateur et obstacle portait sur les contraintes de lieu et la mesure dans laquelle les femmes pouvaient s'engager au sein des groupes de femmes. Par exemple, les groupes religieux (Sunni et « pieds nus ») présents dans les régions du centre et du nord du Mali limitent la fréquentation des lieux publics pour les femmes, ce qui peut les empêcher de s'engager au sein des groupes de femmes. Cette contrainte limite les personnes susceptibles de participer aux groupes de femmes, ce qui constitue un obstacle à l'existence de groupes de femmes pleinement représentatifs et limite leur impact potentiel, tout en renforçant les normes de genre inéquitables existantes. À l'inverse, les informateurs clés ont noté que les groupes de femmes pouvaient s'efforcer de démanteler les obstacles liés au genre, en particulier ceux liés au genre des vaccinateurs et des personnes en charge de la sensibilisation. Ainsi, l'existence des groupes de femmes et leur travail sur la vaccination ont également été perçus comme facteur porteur de bénéfices susceptibles de transformer les rapports entre les sexes à long terme.

De plus, la sélection des femmes dans les groupes en vue de mener des activités de vaccination et la sélection des groupes de femmes eux-mêmes étaient essentielles. À Sikasso, les membres des groupes ont été sélectionnés en fonction de leur proximité avec la communauté ou de leur lien avec les familles. Les groupes ont été sélectionnés selon qu'ils étaient déjà impliqués dans des activités de promotion de la santé/avaient été formés, et si aucun groupe ne répondait à ces critères, les membres des groupes étaient sélectionnés en collaboration avec le comité sanitaire communautaire. Ce processus de sélection a permis de maximiser les bénéfices potentiels du programme en sélectionnant des femmes ayant une bonne connaissance des familles dans les zones prioritaires, et a également permis de maintenir des coûts bas en travaillant avec des groupes pré-formés et pré-existants lorsque cela était possible. Parallèlement, une formation adéquate des membres des groupes de femmes quant à leur rôle dans le soutien de la stratégie de vaccination en milieu urbain, ou la sélection de groupes formés, a facilité la mise en œuvre du programme. À l'inverse, il a existé des obstacles au processus de sélection, notamment le fait que les zones couvertes par les groupes de femmes pouvaient être trop vastes, rendant ainsi logistiquement difficile l'atteinte de tous les foyers dans le besoin.

En ce qui concerne les tâches menées par les membres des groupes de femmes, la remise de listes d'enfants sous-vaccinés aux femmes leur a permis d'atteindre ceux dont on savait qu'ils avaient besoin des services de vaccination. Les listes ont toutefois trouvé certaines limites car les membres des groupes ont parfois constaté que les enfants et leurs parents avaient déménagé depuis la création de la liste et certains numéros de téléphone inexacts sur les listes ont créé des obstacles logistiques dans l'atteinte des familles.

De plus, des intervenants ont signalé que certains membres de la communauté étaient réticents à l'idée de rencontrer les groupes de femmes, citant un manque de confiance dans les messages et l'autorité perçue des membres des groupes de femmes pour délivrer ces messages liés à la santé. Fournir des vestes aux femmes, connues sous le nom de « kits de visibilité », a permis d'accroître la confiance et la visibilité de ces groupes au sein des communautés.

Enfin, comme décrit ci-dessus, le manque de ressources financières pour rémunérer les membres participants des groupes de femmes a également constitué un obstacle, d'autant plus que les femmes n'ont pas reçu le montant total des primes promises, ce qui a pu contribuer à en démotiver certaines, voire causer des préjudices.

4. RÉSULTATS

Cette intervention ayant été mise en œuvre il y a relativement peu de temps, on ne dispose pas encore des résultats finaux. Cependant, les premiers résultats indiquent que l'utilisation des groupes de femmes à Sikasso semble bien permettre d'identifier et d'atteindre les enfants sous-vaccinés ou n'ayant jamais reçu aucune dose de vaccin, par exemple en communiquant des informations aux familles sur la vaccination et les possibilités de faire vacciner leurs enfants, ainsi qu'en travaillant avec les représentants de district et les systèmes de santé en vue d'identifier et d'enregistrer les enfants sous-vaccinés et ZD au sein de ces communautés urbaines afin qu'ils puissent bénéficier de la vaccination.

Selon les informateurs clés, après avoir reçu une formation pour retrouver les enfants sous-vaccinés, les groupes de femmes ont contribué à identifier environ 36 % des enfants perdus de vue entre janvier et septembre 2022 dans les zones urbaines. Il est à noter que ce chiffre reflète toutes les zones urbaines et inclut donc des réductions à Bamako, où œuvraient des groupes de femmes avant qu'elles ne soient utilisées à Sikasso.

LEÇONS CLÉS APPRISSES

- Pour que les programmes de vaccination puissent mobiliser avec succès les groupes de femmes au niveau national, ils doivent s'assurer du maintien et du soutien des groupes au niveau local, complétés par une assistance technique et une formation.
- Avant que cette collaboration avec les groupes de femmes ne soit réitérée dans d'autres contextes, de nombreux sujets doivent être pris en compte, tels que le coût et les ressources disponibles, la présence actuelle des groupes ou l'appropriation communautaire et la confiance dans les groupes.

Un intervenant travaillant sur l'initiative a constaté que 652 enfants sous-vaccinés et six enfants ZD ont été retrouvés par les groupes de femmes après une mission de suivi, soutenue par l'UNICEF et l'OMS, ce qui a permis la comptabilisation de ces enfants sur les registres (rapport ZDLH X, 2023).

Il a également été prouvé que les femmes étaient plus impliquées et motivées lorsqu'elles recevaient des primes pour mener des activités liées à la vaccination. Par exemple, lorsque les femmes recevaient des primes, beaucoup plus de visites à domicile ont été effectuées.

De plus, le fait d'avoir des communautés plus engagées via la collaboration avec des groupes de femmes a apporté des résultats positifs inattendus, tels qu'une meilleure réponse aux épidémies. Les groupes de femmes se sont révélés essentiels pour répondre à une récente épidémie de rougeole car elles ont pu travailler avec les dirigeants de la communauté pour souligner l'importance de la vaccination et encourager les membres de la communauté à respecter les calendriers vaccinaux.

5. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS EN VUE D'UNE ÉVOLUTION

Au Mali, la collaboration avec les groupes de femmes est fondamentalement une stratégie locale, faisant appel aux femmes des communautés au sein desquelles elles se portent volontaires. Le maintien de cette nature locale, complété par une formation adéquate, une assistance technique et un financement provenant de sources externes, est essentiel à sa réussite. Par ailleurs, renforcer la confiance dans les groupes de femmes au sein des communautés améliorera l'efficacité de leurs activités et de leurs messages. La mise en œuvre de ces interventions au sein d'environnements favorables et la clarification des rôles ainsi que des relations au sein des systèmes de santé constituent également des leçons à tirer de cette expérience.

La sélection des membres des groupes a un impact important sur la performance et doit tenir compte de la taille de la zone à couvrir ainsi que des besoins en matière de formation. En outre, les programmes doivent examiner attentivement si le versement de primes permettrait d'améliorer la motivation et la capacité des groupes de femmes à atteindre les enfants ZD et sous-vaccinés, et si leur

approche est conforme aux directives de l’OMS sur les droits des professionnels de santé communautaires, notamment en ce qui concerne la rémunération. Si des incitations financières sont envisagées pour soutenir les membres des groupes de femmes dans leur rôle dans les activités liées à la vaccination, les mécanismes de paiement doivent être clairs, planifiés à l’avance, avec des ressources adéquates, et avec un suivi/une responsabilité renforcé(e) pour garantir le suivi des plans prévus. Il est impératif que le versement de primes, s’il est convenu, soit effectué comme prévu afin d’éviter qu’une intervention potentiellement porteuse de transformation du rapport entre les genres soit source de préjudices liés au genre.

PROCHAINES ÉTAPES

Les groupes de femmes restent engagés à Sikasso pour atteindre les enfants vaccinés. De nouvelles caractéristiques sont ajoutées afin de répondre à certaines difficultés, telles que la remise de vestes, appelées « kits de visibilité », aux membres des groupes en vue d’appuyer leur légitimité au sein de la communauté.

Depuis la Déclaration Alma-Ata, qui a reconnu l’importance de la participation aux soins de santé de toutes les personnes, y compris celles se trouvant en dehors du système de santé, (FHI 360, 2023), il y a eu une augmentation de l’engagement des groupes de femmes à l’échelle mondiale dans les initiatives communautaires en matière de santé, notamment la vaccination. Les groupes de femmes constituent un exemple de groupes communautaires permettant souvent à leur membres d’obtenir des ressources, des connaissances, des compétences et des opportunités sociales et de réseautage (Kumar et al., 2018). Au fur et à mesure qu’un plus grand nombre de programmes envisageront de recourir à des groupes de femmes afin de poursuivre leurs objectifs sanitaires tels que la vaccination infantile, il sera essentiel de tenir compte des leçons tirées des cas tels que celui des groupes de femmes de Sikasso. La littérature existante manque de preuves sur les groupes de femmes dans des milieux fragiles ou conflictuels et les milieux urbains pauvres, ainsi que de preuves liées à l’impact des groupes de femmes sur la vaccination et les enfants sous-vaccinés. L’exemple de Sikasso commence à combler cette lacune.

De plus, comme les groupes de femmes constituent principalement un programme local et à petite échelle, les bailleurs de fonds externes, le gouvernement local et les gestionnaires de programme doivent s’assurer que les membres sont correctement formés et réellement engagés dans la définition des priorités stratégiques, la conception du programme, la mise en œuvre des

activités, le suivi des résultats de même que les mécanismes de responsabilité. Ceci contribuera à améliorer l'appropriation et la durabilité du programme et permettra probablement d'optimiser son impact. Cela contribuera également à surmonter d'importants obstacles liés au genre tout en favorisant l'autonomie des femmes. Pour s'assurer que les programmes ne soient pas source de préjudices liés au genre, les responsables doivent se montrer particulièrement vigilants et répondre rapidement au risque d'instrumentalisation des groupes à des fins programmatiques. Si ces risques ne sont pas traités de manière adéquate, ces pratiques sont susceptibles de nuire à l'autonomie et à la capacité d'action des femmes au sein d'une communauté, et l'une des priorités programmatiques doit être d'éviter de telles situations. Ceci concerne à la fois les groupes existants utilisés pour une intervention et les groupes établis à cette fin.

COMMENT LES COLLABORATIONS AVEC LES GROUPES DE FEMMES PERMETTENT-ELLES D'IDENTIFIER ET D'ATTEINDRE LES ENFANTS ZD ?

Dans cette étude de cas, les collaborations avec les groupes de femmes se concentraient principalement sur l'identification et l'accès aux enfants sous-vaccinés, non aux enfants ZD. Cependant, certaines activités des groupes de femmes décrites par les informateurs clés ont pu toucher des enfants ZD, telles que la tenue de réunions générales de sensibilisation au bénéfice de la communauté ou la communication en porte-à-porte d'informations sur la vaccination. À l'avenir, il pourrait être important pour les programmes ayant recours à des groupes de femmes d'essayer de comprendre si et comment les activités des groupes ont atteint les enfants ZD et de documenter ces cas lorsque cela sera possible. Les programmes pourraient également ajouter des objectifs ZD et inclure une formation sur la manière d'identifier et d'atteindre les enfants ZD. De plus, comme pour toute intervention s'appuyant sur les groupes de femmes, la prise de certaines mesures pourrait permettre de s'assurer que les groupes de femmes sont bien positionnés pour atteindre les enfants ZD, notamment en assurant une participation équitable des femmes appartenant aux groupes marginalisés et en favorisant l'engagement significatif des membres des groupes de femmes dans la conception et la mise en œuvre des activités d'intervention afin de s'assurer que les activités sont adaptées au contexte local et reflètent les valeurs communautaires.

ÉVOLUTIVITÉ

Plusieurs points essentiels sont à prendre en compte pour faire évoluer les interventions en s'appuyant sur les groupes de femmes au niveau communautaire. Tout d'abord, comme évoqué plus haut, les décisions relatives

au versement de primes aux groupes de femmes pour les tâches réalisées en lien avec la vaccination doivent être soigneusement prises en compte. Si des primes sont prévues, il est impératif que les programmes prennent en compte le coût et la capacité à verser des primes aux membres des groupes de femmes, en plus de créer des mécanismes de surveillance et de responsabilité adéquats. Ces étapes sont nécessaires pour s'assurer que l'offre de primes (ou son absence) n'entraîne pas de préjudice.

Deuxièmement, les programmes doivent prendre en compte la mesure dans laquelle les groupes de femmes existent déjà dans les zones prioritaires (qui, en fonction des objectifs, peuvent inclure les zones comportant le plus grand nombre d'enfants ZD) de même que leurs objectifs et leurs priorités, afin de comprendre s'il sera facile de s'appuyer sur les groupes existants pour intégrer des activités axées sur la vaccination. Par exemple, si des groupes existent et œuvrent déjà à résoudre des problèmes de santé, tels que la nutrition, l'ajout d'activités de vaccination pourrait avoir des impacts synergiques. Parallèlement, il est important que les programmes comprennent s'il existe des efforts régionaux ou nationaux (ou non) pour mobiliser les groupes de femmes et à quels programmes ces efforts de mobilisation donnent la priorité.

Troisièmement, l'évolution des collaborations avec les groupes de femmes nécessite des systèmes de santé qui valorisent et accueillent les contributions des groupes de femmes et possèdent des structures en place, ou sont disposés à en construire, pour assurer le suivi et la responsabilité. La clarté quant aux contributions et aux rôles des groupes de femmes au sein des systèmes de santé permettra d'assurer des partenariats mutuellement bénéfiques, de responsabiliser les acteurs et d'assurer une communication claire. À Sikasso, le défaut de compréhension claire du rôle des groupes de femmes en tant que partenaires du système de santé a affecté la confiance dans la capacité des groupes de femmes à délivrer des messages de santé par l'intermédiaire de certains membres de la communauté. Pour être efficaces, il est essentiel que les programmes garantissent que les groupes de femmes reçoivent une formation appropriée et soient valorisés et respectés par les systèmes de santé, ainsi que par les communautés.

RÉFÉRENCES

- Abdoulaye, B. (2022). Stone by stone, vaccination is gaining ground with reluctant parents. Disponible sur : <https://www.unicef.org/mali/en/stories/stone-stone-vaccination-gaining-ground-reluctant-parents>.
- FHI 360. (2023). Leveraging Women's Groups: Evidence on pro-equity interventions to improve immunization coverage for zero-dose children and missed communities.
- Gavi Zero-Dose Learning Hub. (2023). Mali Zero-Dose Landscape. Disponible sur : <https://zdlh.gavi.org/>.
- IHME 2021 data cited in Gavi Secretariat. (2023). Mali Zero Dose Analysis.
- Kumar, N., Scott, S., Menon, P., Kannan, S., Cunningham, K., Tyagi, P., Wable, G., Raghunathan, K., & Quisumbing, A. (2018, 2018/06//). Pathways from women's group-based programs to nutrition change in South Asia: A conceptual framework and literature review. *Global food security*, 17, 172-185. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2017.11.002>.
- Tucker, Luc. (2023). Fragility, Demographics, Gender Inequality. IMF Selected Issues Paper (SIP/2023/054). Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- United Nations, D. o. E. a. S. A., Population Division. (2022). World Population Prospects 2022, Online Edition.
- USAID. (2020). Supporting the Future of Malian Children by Bringing Essential Vaccines to Rural Communities. Disponible sur : <https://www.usaid.gov/actingonthecall/stories/malian-children-vaccines-rural-communities>.
- World Bank. (2022). Sahel Urban Link: Leveraging Cities and Towns in Sahel: Moving from analytics to operations. Disponible sur : <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099750406292231519/pdf/P1756840200edb0f0a0640e7edeb63b29f.pdf>.
- World Health Organization. *Immunization dashboard*. Disponible sur : <https://immunizationdata.who.int/>.