# INNOVATIONS POUR L'AMELIORATION DE LA PORTÉE DES CAMPAGNES DE PROMOTION DE LA SANTE

Grand Challenges Explorations, Session 25
Février 2020

## NOTRE OPPORTUNITÉ

Les pays comptent à la fois sur les systèmes de soins de santé de routine et sur les prestations basées sur des campagnes sanitaires pour étendre la portée de la distribution de produits de santé importants. De nombreux programmes concernant, par exemple, les vaccinations, les maladies tropicales négligées, la nutrition, le paludisme et la polio s'appuient régulièrement sur de telles campagnes pour accélérer le contrôle de ces maladies, faire avancer les objectifs de neutralisation et d'éradication, et avoir des répercussions sur le plan de la santé à grande échelle.

Les interventions sanitaires basées sur des campagnes sont généralement limitées dans le temps, intermittentes et mises en œuvre à l'échelle. Tous les pays mettent sur pied des campagnes de promotion de la santé à un titre ou à un autre (par exemple pour une intervention en cas d'épidémie) et ces campagnes se sont révélées efficaces pour améliorer la santé publique. Par exemple, on estime que les apports de suppléments en vitamine A réduisent de 12 % le risque de mortalité infantile, toutes causes confondues.[1] On estime que les campagnes de vaccination contre la rougeole touchent 66 % des enfants « zéro dose » (non immunisés) qui ne sont pas par ailleurs vaccinés dans le cadre des systèmes sanitaires de routine.[2]

Pourtant, le rendement des campagnes est variable et, souvent, les campagnes ne réalisent pas tout leur potentiel. Par exemple, seulement 47 % des campagnes contre la rougeole et 38 % des campagnes d'administration de vitamine A ont atteint leurs objectifs de couverture prévus.[3] **En évaluant les campagnes, on peut également démontrer qu'elles négligent systématiquement certains segments de la population (le plus souvent, les plus vulnérables), ce qui réduit l'équité de l'intervention sanitaire**. Bien que de nombreuses campagnes testent ou mettent en œuvre des innovations pour accroître leur efficacité, ces innovations sont rarement évaluées, répétées et diffusées de manière systématique.

**Une planification de qualité est un élément clé pour la mise en œuvre de campagnes efficaces et est essentielle pour assurer le succès des campagnes.** Plus précisément, la microplanification, qui porte spécifiquement sur la planification détaillée, au niveau de la prestation, qui est nécessaire pour atteindre les populations visées par l'intervention sanitaire, est reconnue comme un moteur essentiel de la réussite d'une campagne. La planification et la microplanification peuvent être utilisées en tant qu'outils pour identifier et atteindre les populations les plus vulnérables (par exemple, les populations à haut risque et les populations non contactées).

Nous pensons qu'il existe une réelle opportunité **d'améliorer considérablement la manière dont les campagnes de santé qui fournissent des produits ou des services de santé produisent des résultats**, notamment grâce à une meilleure planification et microplanification. Ces campagnes permettront d'atteindre une plus grande couverture des populations cibles, de mieux identifier et toucher les populations à haut risque ou non contactées, et d'utiliser de manière efficace les ressources de la campagne.

## LE DÉFI

**Nous recherchons des solutions innovantes qui permettent d'accélérer l'amélioration de la couverture, de la portée, de la productivité et de l'efficacité des campagnes de santé de masse, campagnes qui assurent la fourniture de produits ou de services de santé dans les pays à revenus faibles et moyens, en particulier grâce à une meilleure planification et microplanification et en se concentrant sur les populations non contactées.**

Plus précisément, nous recherchons des innovations dans les approches, les pratiques ou les outils qui améliorent considérablement la **planification et la microplanification** des campagnes, et qui permettront d'en améliorer l'efficacité. Nous sommes également à la recherche **d'outils novateurs et de technologies novatrices pour identifier et atteindre plus efficacement les populations les plus vulnérables** lorsque leur pays conçoit et met en œuvre des campagnes de masse.

Afin de contribuer au développement et à la diffusion des « meilleures pratiques » concernant ces campagnes, une solution doit être applicable dans des campagnes qui sortent du contexte dans lequel elle a été initialement testée (par exemple, applicable dans *différents* pays à revenus faibles ou moyens et/ou applicable *à plusieurs types de campagnes de promotion de la santé* comme les campagnes de vaccination, ou les campagnes concernant les maladies tropicales négligées, le paludisme ou la nutrition).

Ce qui nous intéresse tout particulièrement, ce sont les approches novatrices qui font appel à des innovations provenant de modèles de prestation à grande échelle à l'extérieur du secteur de la santé, ce qui peut comprendre des interventions pratiquées dans le secteur privé.

**Pour être retenue, une proposition doit tenir compte des éléments ci-dessous :**

**Planification et microplanification :** cela comprend les processus de planification (pilotés par les gouvernements et souvent soutenus par des partenaires) qui sont menés à différents niveaux : national, infranational, au niveau des installations ou des communautés. La planification générale concourt à la mobilisation de l'information et des ressources nécessaires pour mener la campagne, et la microplanification (document en anglais) porte spécifiquement sur la planification détaillée au niveau de la prestation, nécessaire pour atteindre les populations visées par l'intervention sanitaire. Les innovations peuvent inclure/prendre en considération :

- une microplanification interactive ou adaptative qui intègre mieux les données antérieures ou en temps réel (p. ex. en fonction du rendement ou des données de contrôle opérationnel des campagnes précédentes) pour guider la planification et la mise en œuvre ;
- une automatisation accrue de la microplanification (p. ex. mise à jour, adaptation des microplans à d'autres plateformes) ;
- une modélisation et une analyse pour tester, identifier et recommander des approches pour une mise en œuvre plus efficace (p. ex., modélisation pour identifier l'emplacement optimal des sites fixes et des antennes de sensibilisation lors des campagnes afin d'améliorer l'accès pour les communautés) ;
- des sources d'information ou de données originales ou non traditionnelles pour améliorer l'exactitude de la planification (p. ex., données géospatiales pour améliorer les estimations des niveaux de population ou leur localisation et mieux planifier et cibler la diffusion et l'impact des campagnes) ;
- des technologies d'élaboration et d'utilisation de cartographie des communautés ou des populations susceptibles de permettre aux campagnes de mieux atteindre les tranches d'âge ou les segments de la population visés ;

- des approches novatrices pour comprendre l'efficacité de la planification et de la mise en œuvre des campagnes en cours ou lors des évaluations post-campagne.

**Identification et action auprès des populations à haut risque ou non contactées :** cela inclut des approches innovantes pour mieux comprendre, identifier et atteindre les communautés non desservies ou mal desservies et les enfants non contactés ou « zéro dose » (non immunisés). Cela comprendra probablement de nouveaux outils, technologies et méthodologies pour identifier et atteindre plus efficacement les populations à haut risque ou non contactées au niveau infranational (par exemple, des approches pour exploiter les données, la cartographie ou d'autres informations afin de soutenir la planification des campagnes, l'utilisation appropriée des campagnes ciblées ou infranationales, et les évaluations après la campagne).

**Les critères pour le succès incluent des solutions qui :**

- ont un effet transformateur, sont nouvelles ou sont innovatrices. Ces interventions changeront de manière significative la façon dont les campagnes sont planifiées, menées ou évaluées en proposant de nouvelles méthodes de travail, en tirant parti des enseignements tirés d'autres secteurs ou en améliorant la transparence et l'efficacité ;
- peuvent être utilisées par diverses campagnes de promotion de la santé au-delà de la campagne dans le cadre de laquelle l'innovation est initialement conceptualisée ou testée, comme pour les campagnes de vaccination (rougeole, fièvre jaune, méningite, etc.), de traitement de maladies tropicales négligées (trachome, onchocercose, schistosomiase, etc.), des programmes nutritionnels (vitamine A, traitements antiparasitaires), contre le paludisme (distribution de moustiquaire, chimioprophylaxie antipaludique saisonnière) et action anti-poliomyélite, par exemple ;
- peuvent être utilisées dans divers pays à revenus faibles ou moyens en dehors du pays dans lequel l'innovation a été initialement conceptualisée ou testée ;
- peuvent être conçues, examinées et mesurées en tant que « meilleures pratiques » ;
- peuvent être appliquées dans des pays à revenus faibles ou moyens ;
- offrent un bon retour sur investissement au niveau du financement.

**Nous n'envisagerons pas de financer :**

- les propositions qui **ne sont pas innovantes** ; les propositions qui n'offrent que des améliorations **progressives ou de petites améliorations non transformatrices** (p. ex. l'utilisation de la collecte mobile de données au lieu de la collecte sur papier) sans lien évident avec une amélioration spectaculaire de l'efficacité de la campagne ; les propositions qui reprennent des approches **conventionnelles** sans application nouvelle ;
- les propositions portant sur un besoin de santé ou une plateforme de campagne spécifique, plutôt que de représenter une innovation qui améliorerait les campagnes de santé en général ;
- les propositions axées sur des campagnes d'éducation ou **qui ne sont pas spécifiquement axées sur des campagnes de distribution de biens et de services de santé** ; les interventions qui sont plutôt considérées comme de l'assistance technique ou la mise en œuvre d'une campagne (p. ex., axées sur l'exécution ou l'amélioration d'une seule campagne) ;
- les propositions visant à améliorer l'accès à des outils ou des technologies qui existent déjà ou les propositions visant à appliquer des outils existants d'une manière qui ne transforme pas les pratiques actuelles utilisées pour l'exécution des campagnes ;
- les propositions où la solution consiste à tirer parti d'une campagne de promotion de la santé pour la distribution conjointe d'autres biens ou services (par exemple, en utilisant une campagne concernant les maladies tropicales négligées pour distribuer des rappels concernant la vaccination) ;
- les approches qui ne sont pas directement pertinentes pour les **milieux à faibles revenus** et qui ne tiennent pas clairement compte du contexte local concernant les systèmes financiers et les infrastructures disponibles pour les milieux de santé à faibles ressources (par exemple, utiliser des appareils coûteux,

exiger des cartes d'identité délivrées par le gouvernement alors que peu de personnes en disposent, exiger des accouchements à l'hôpital dans des milieux où ce n'est pas la norme ;

- l'analyse secondaire d'études existantes ou d'examens systématiques, à moins qu'il n'y ait un moyen clair de faire passer l'analyse à l'échelle supérieure et de modifier fondamentalement la pratique ;
- les approches qui évitent complètement le **secteur public** ;
- les approches qui exigent une aide financière à long terme de la part d'un donateur **pour rester viables** ;
- les approches qui sont basées sur la disponibilité de cliniques.

---

[1] Imdad et al. *Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age.* (Supplémentation en vitamine A pour la prévention de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de six mois à cinq ans.) Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017.

[2] Portnoy et al. *Impact of measles supplementary immunization activities on reaching children missed by routine programs*. (Impact des programmes supplémentaires de vaccination contre la rougeole sur le nombre d'enfants non vaccinés lors de programmes de routine.) Vaccine, 2018. Dans ce contexte, le terme « zéro dose » (non immunisés) désigne les enfants qui n'ont jamais reçu de dose de vaccin contre la rougeole.[-1] "Le terme « zéro dose » (non immunisés) peut également faire référence aux enfants qui n'ont pas reçu la première dose dans le cadre de l'administration d'autres vaccins clés.

[3] Analyse interne des données de la banque de données du PCT de l'OMS et des données de l'Observatoire de la santé mondiale (consultée en septembre 2019).