Améliorer le taux de vaccination grâce à une présence régulière du personnel de santé et à des incitations, en Inde

Researchers:

Abhijit Banerjee

Esther Duflo

Rachel Glennerster

Dhruva Kothari

Sector(s): Santé

Location: Udaipur, India

Sample: 134 villages, 2000 enfants

Target group: Children under five

Outcome of interest: Immunization

Intervention type: Health care delivery Non-monetary incentives

AEA RCT registration number: AEARCTR-0001434

Données: Download from Dataverse

Partner organization(s): Seva Mandir

Policy issue

La vaccination est un moyen bon marché et efficace d'améliorer la survie infantile, pourtant, on estime que 2 à 3 millions de personnes meurent chaque année d'une maladie évitable par la vaccination. Le faible taux de vaccination observé dans de nombreux pays en développement peut résulter du taux élevé d'absentéisme des personnels de santé et du peu de fiabilité des produits de vaccination. Cette situation peut s'expliquer par un manque de compréhension des avantages de la vaccination ou même une suspicion envers les services publics de santé. Les allocations conditionnelles sont efficaces pour augmenter le taux de vaccination mais ces programmes sont très chers et ont été principalement testés dans des zones où les services de santé fonctionnent relativement bien. Les petites incitations ont-elles un effet sur le taux de vaccination ou – quand celui-ci est très faible – les réticences sont-elles trop profondément ancrées pour être impactées par ces incitations ? Quelle part du problème vient uniquement du manque de confiance dans le matériel ?

Context of the evaluation

En Inde, la vaccination est gratuite dans les centres médicaux publics mais le taux de vaccination reste faible. Selon l'enquête du National Family Health, seuls 44 % des enfants de 1 à 2 ans ont reçu l'ensemble des vaccinations de base. Le taux chute à 22 % dans le Rajasthan rural, et ces données ont tendance à surévaluer le taux de vaccination. Dans les villages du district plutôt rural d'Udaipur, une enquête minutieuse a montré que seuls 2 % des enfants ont reçu l'ensemble complet des vaccins. Les centres de santé publique desservant ces zones sont caractérisés par un fort taux d'absentéisme. 45 % du personnel médical préposé aux vaccinations (accoucheuse auxiliaire) est absent des centres de santé des villages (et ne peut être trouvé nulle part ailleurs dans le

village) quelque soit le jour et sans aucun motif prévisible d'absence. Pour recevoir l'ensemble complet des vaccinations il est nécessaire d'effectuer au moins 5 visites à un centre de santé. Le manque de fiabilité du personnel augmente le coût d'opportunité de ces démarches et peut dissuader les familles.



A parent receives a kilogram of lentils at a vaccination clinic in Rajasthan, India. Photo: J-PAL/IPA

Details of the intervention

L'étude évalue l'efficacité et la rentabilité d'une amélioration des services et de l'offre d'infrastructures pour la vaccination, ainsi que celles de l'accroissement de la demande grâce à de modestes incitations non financières. Deux interventions ont été évaluées en Udaipur rural, et un troisième ensemble de villages a servi de groupe témoin.

- *Intervention A :* Seva Mandir (une ONG locale) a engagé une équipe mobile de vaccination comprenant une accoucheuse auxiliaire et un assistant pour mener une campagne mensuelle de vaccination dans les villages. Le personnel était disponible de 11h à 14h, un jour fixe dans le mois. La présence de l'accoucheuse auxiliaire était contrôlée grâce à des photographies horodatées et une surveillance régulière. Les compte-rendus indiquent que 95 % des sessions prévues ont eu lieu et n'ont pas été perturbées par l'absence des professionnels. Un travailleur social de Seva Mandir vivant dans le village prévenait les mères de la tenue de la session et les informait des bénéfices de la vaccination. Les vaccins administrés étaient le WHO/UNICEF Extended Package of Immunization (EPI), fournis par le gouvernement indien. À la première injection, chaque enfant recevait une carte officielle de vaccination indiquant son prénom, le nom de ses parents, la date et le type de vaccin reçu. Quand un enfant arrivait au camp sans carte de vaccination et si on ne pouvait être sûr qu'il avait déjà été vacciné, on le traitait entièrement.

- *Intervention B :* En utilisant la même infrastructure que celle de l'intervention A, l'intervention B prévoyait que soient offerts aux parents 1 kg de lentilles par injection administrée ainsi qu'un ensemble de thalis (assiettes en métal) une fois que l'enfant avait achevé le programme entier de vaccinations. La valeur du kilo de lentilles était d'environ 40 roupies (moins d'un dollar), équivalent au trois-quarts d'une journée de travail. Les incitations étaient fournies pour compenser le coût d'opportunité engendré par le fait d'emmener l'enfant se faire vacciner. La carte de vaccination permettait de vérifier si l'enfant avait bien reçu l'ensemble du programme.

Results and policy lessons

Résultats pour la vaccination complète (enfants ayant reçu au moins les 5 vaccins de base) parmi les enfants de 1 à 3 ans :

- 38,3 % ont été entièrement vaccinés dans les villages de l'intervention B,
- 16,6 % dans les villages de l'intervention A,
- 6,2 % dans les villages témoins.

Un enfant avait 6,19 fois plus de chance d'être totalement vacciné dans les villages de l'intervention B que dans les villages témoins, et 2,69 plus de chance dans les villages de l'intervention A que dans les villages témoins. Les enfants dans les zones voisines des villages de l'intervention B avaient également plus de chance d'être entièrement vaccinés en comparaison avec les zones voisines des villages de l'intervention A (20 % vs 10 %). Cela semble indiquer que des sessions régulières couplées à des incitations encouragent les parents venant de plus loin à emmener leurs enfants se faire vacciner. Les résultats de l'étude indiquent que de petites incitations non financières à destination des familles ayant de faibles ressources, cumulées à des services et des informations fiables, sont plus efficaces que les services et les informations seuls. C'est aussi plus rentable – beaucoup d'enfants utilisent les mêmes installations de vaccination, ce qui fait baisser le coût par enfant vacciné, même en prenant en compte le montant des dépenses dues aux incitations. Le coût moyen par enfant entièrement vacciné était de 27,94 $ dans les villages de l'intervention B, et de 55,83 $ pour l'intervention A.

Banerjee, Abhijit, Angus Deaton, and Esther Duflo. 2004. "Health Care Delivery in Rural Rajasthan." Economic and Political Weekly: 944-99. Banerjee, Abhijit Vinayak, Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Dhruva Kothari. 2010. "Improving Immunisation Coverage in Rural India: Clustered Randomised Controlled Evaluation of Immunisation Campaigns with and without Incentives." BMJ 340 :c222.