

# Service contract to identify obstacles of physical, practical and administrative nature to develop recommendations

Executive Summary

November 2025

verian 

ifok.  
A CADMUS COMPANY

EHMA  
European Health Management Association



**EUROPEAN COMMISSION**

Directorate-General for Health and Food Safety (DG SANTE)

Directorate B: Public health, Cancer and Health security

Unit B2: Health security

[sante-consult-b2@ec.europa.eu](mailto:sante-consult-b2@ec.europa.eu)

**EUROPEAN HEALTH AND DIGITAL EXECUTIVE AGENCY (HADEA)**

Unit A2 EU4Health/SMP Food

[HaDEA-HP-TENDER@ec.europa.eu](mailto:HaDEA-HP-TENDER@ec.europa.eu)

COV2, PLACE CHARLES ROGIER 16

1049 BRUSSELS, BELGIUM

# **Service contract to identify obstacles of physical, practical and administrative nature to develop recommendations**

Executive Summary

Authors:

Verian: Charlotte Birnbaum, Emanuela Carta (Project Leader), Francesca Chessa, Osmo Jarvi, Emile Marchand, Delia Mihali, Marius Mosoreanu, Lucija Mrakuzic, Denise Pelagatti, Cristina Procentese, Francesco Romano.

External Expert: Alex de Figueiredo, Assistant Professor London School of Hygiene&Tropical Medicine (LSHTM)

European Health Management Association (EHMA): Dolores Cviticanin, Zachary Desson, George Valiotis;

Ifok GmbH: Margit Aufterbeck, Anna Schwietering, Julia Wirth;

European Academy of Paediatrics (EAP): Stefano del Torso, Lukasz Dembinski, Stephen Reingold;

Country experts:

Katharina Habimana (Austria), Greet Hendrickx, Sara Valckx (Belgium), Margarita Dimitrova, Momchil Baev (Bulgaria), Licina Kosanovic, Mirjana Lana (Croatia), Marios Kantaris, Elena Gabriel (Cyprus), Olga Angelovska (Czechia), Bjarne Lindemose, Astrid Blom (Denmark), Kaja-Triin Laisaar (Estonia), Pia Vuolanto, Petra Auvinen, Aapo Kuusipalo (Finland), Laura Eid (France, Luxembourg), Aufterbeck-Martin Margit (Germany), Anna Manoudi (Greece), Mate Vincze (Hungary), Charlotte Birnbaum (Ireland), Chiara Cadeddu (Italy), Liubove Murauskiene (Lithuania), Anda Kivite-Urtane (Latvia), Lucija Mrakuzic (Malta), Madelon Kroneman, Liset van Dijk (Netherlands), Agata Zadrozna (Poland), Alexandra Lopes (Portugal), Silvia Gabriela Scintee (Romania), Jarmila Pekarcikova (Slovakia), Bojana Lobe (Slovenia), Jaime Fons-Martinez, Miriam Escrig (Spain), Nora Karlton, Lovisa Brunnber, Manfred Lowgren (Sweden).

Manuscript completed in November 2025

First edition

This report was produced under the EU4HEALTH Programme under a service contract with the European Health and Digital Executive Agency acting under the mandate from the European Commission. The information and views set out in this report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the official opinion of the Commission/ Executive Agency. The Commission/Executive Agency do not guarantee the accuracy of the data included in this study. Neither the Commission/Executive Agency nor any person acting on the Commission's / Executive Agency's behalf may be held responsible for the use which may be made of the information contained therein.

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2026

© European Union, 2026



The reuse policy of European Commission documents is implemented by Commission Decision 2011/833/EU of 12 December 2011 on the reuse of Commission documents (OJ L 330, 14.12.2011, p. 39). Unless otherwise noted, the reuse of this document is authorised under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). This means that reuse is allowed provided appropriate credit is given and any changes are indicated.

Manuscrit achevé en Novembre 2025

Première édition

Ce rapport a été réalisé dans le cadre du programme EU4HEALTH, au titre d'un contrat de service conclu avec l'Agence exécutive européenne pour la santé et le numérique, agissant sur mandat de la Commission européenne. Les informations et points de vue qui y sont exprimés sont ceux de l'auteur (ou des auteurs) et ne reflètent pas nécessairement l'opinion officielle de la Commission/l'Agence exécutive. La Commission/l'Agence exécutive ne garantit pas l'exactitude des données figurant dans cette étude. Ni la Commission/l'Agence exécutive, ni aucune personne agissant au nom de la Commission/l'Agence exécutive ne peuvent être tenues responsables de l'utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans le présent document.

Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2026

© Union européenne, 2026



La politique de la Commission européenne en matière de réutilisation de l'information est mise en œuvre par la décision 2011/833/UE de la Commission du 12 décembre 2011 relative à la réutilisation des documents de la Commission (JO L 330 du 14.12.2011, p. 39). Sauf mention contraire, la réutilisation du présent document est autorisée dans le cadre d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Cela signifie que la réutilisation est autorisée moyennant citation appropriée de la source et indication de toute modification.

## Contents

<b>Acronyms</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>1. Introduction: context and purpose of the study</b> .....	9
1.1. Methodology .....	9
1.2. Mapping of vaccination services .....	11
1.3. Physical, practical and administrative barriers to vaccination across Member States .....	11
1.4. Determinants of vaccines uptake .....	12
1.5. Interesting practices across EU Member States , mutual learning activities and pilots.....	13
1.6. Effectiveness of pilots .....	15
1.7. Added value, sustainability and transferability of piloted activities .....	16
1.8. Recommendations.....	16

## Acronyms

Acronym	Description
BART	Bayesian Additive Regression Trees
BeSD	Behavioural and Social Drivers
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DG SANTE	Directorate-General for Health and Food Safety
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis
EAP	European Academy of Paediatrics
EHMA	European Health Management Association
EU	European Union
EU MS	European Union Member States
sEUREGHA	European Regional and Local Health Authorities
GP	General Practitioner
HaDEA	European Health and Digital Executive Agency
HCP(s)	Healthcare Professional(s)
HPV	Human Papillomaviruses
IT	Information Technology
KPI(s)	Key Performance Indicator(s)
MenC/MenACWY	Meningococcal C / Meningococcal ACWY
MMR	Measles, Mumps and Rubella
SMS	Short Message Service

## Abstract

The '[Obstacles to vaccination](#)' project looked at obstacles to vaccination of a practical, physical, and administrative nature. The project mapped vaccination services and barriers in all EU Member States; identified country-level determinants of vaccination through large-scale surveys of citizens and health professionals in the EU27 Member States; identified innovative practices in Europe and implemented mutual learning visits to showcase five practices; and implemented nine pilots transferring and adapting innovative practices in different contexts.

Designing effective vaccination programmes requires a multifaceted approach that addresses multiple barriers to vaccination. Reminder schemes, mobile units, and school vaccination programmes can improve vaccination coverage and protect public health. Reminder schemes are crucial in addressing outreach and information barriers that hinder vaccination uptake. Effective reminder systems can significantly increase vaccination rates by ensuring that individuals are aware of their vaccination schedules and the importance of timely vaccination. Mobile vaccination units address geographical and convenience barriers by bringing vaccination services closer to underserved populations. These units have the potential to improve vaccination coverage in hard-to-reach areas or for hard-to-reach groups. School vaccination programmes leverage the school environment to streamline access to vaccination for children and adolescents. These programmes can notably reduce logistical and proximity barriers and improve vaccination rates.

# 1. Introduction: context and purpose of the study

The European Health and Digital Executive Agency (hereinafter “HaDEA”) appointed [Verian](#), in collaboration with the [European Health Management Association](#) (EHMA), ifok GmbH, [European Academy of Paediatrics](#) (EAP) and the [European Regional and Local Health Authorities](#) (EUREGHA), to carry out a Service Contract to identify obstacles to vaccination of a practical, physical, and administrative nature and develop recommendations (HaDEA/2021/OP/0010).

This document is the Executive Summary of the Final Report which presents the work completed throughout the project.

As part of this project, vaccination journeys were mapped to identify physical, practical and administrative obstacles to vaccination in all Member States. The following vaccination journeys were considered:

- Parents and legal guardians taking their child to get vaccinated against Measles, Mumps and Rubella (MMR), Poliomyelitis, Meningococcal C (MenC/MenACWY);
- Adolescents receiving their Human Papillomaviruses (HPV) vaccine; and
- Adults getting a tetanus booster and being vaccinated against seasonal influenza and COVID-19.

The project comprises six tasks:

- Task 1 - Mapping vaccination services in the EU27 Member States to identify obstacles to vaccination of a physical, practical and administrative nature;
- Task 2 – Assessment of obstacles to vaccination through large-scale surveys of citizens and health professionals in the EU27 Member States;
- Task 3 – Identification of best practices in EU Member States to tackle obstacles to vaccination;
- Task 4 – On-site mutual learning visits to showcase five practices;
- Task 5 – Piloting three practices in nine EU Member States; and
- Task 6 - Developing recommendations on how to overcome ‘convenience’ obstacles to vaccination.

## 1.1. Methodology

A rigorous, multi-stage methodology integrated mapping, assessment, mutual learning, and piloting to address vaccination barriers across the EU. By combining qualitative and quantitative research, stakeholder engagement, and

iterative evaluation, the project delivered actionable insights and recommendations for improving vaccination uptake and overcoming systemic obstacles. The approach was structured around three main building blocks:

- Problem definition – Tasks 1 and 2, based on the mapping of vaccination services and survey research to identify practical barriers to vaccination;
- Identification of problem solution – Tasks 3 and 4 where existing good practices were identified and collected (Task 3), and knowledge sharing among health authorities during on-site visits (Task 4).
- Testing the solutions – Task 5 where good practices were piloted, with forward-looking recommendations as a result (Task 6).

Under Task 1 vaccination services and vaccination journeys were mapped in all Member States with the aim of identifying obstacles to vaccination across the EU27 countries. The methodology used involved primary and secondary data collection through literature review and in-depth interviews with health authorities. Under Task 2, two large surveys were conducted, one targeting the general population (25,889 respondents) and another targeting healthcare professionals (HCPs) (2,510 respondents), to capture both individual and system-level determinants of vaccine uptake. Multilevel logistic regression and Bayesian Additive Regression Trees (BART) were used to identify predictive country-level variables, supported by data from sources like the World Bank and Eurostat.

Under Task 3, good practices were collected from different Member States and assessed by an expert panel. Under Task 4, five on-site visits were organised to showcase selected practices and facilitate knowledge exchange among health authorities. Task 5 focused on piloting and evaluating selected practices in eight Member States, under three clusters of practices: reminder schemes, mobile vaccination units, and school vaccination programmes. Pilots followed a three-phase methodology: pre-implementation (situation analysis, stakeholder engagement), implementation (execution and monitoring), and post-implementation (evaluation and recommendations). The evaluation was embedded in the design of the pilots using evidence from administrative data, interviews, and surveys, with key performance indicators (KPIs) measured before and after pilot implementation.

Under Task 6, a set of recommendations was developed based on data collected during Tasks 1 and 2, and during the implementation and evaluation of the projects piloting the three clusters of practices (Task 5) selected under Task 4 by nine health authorities across eight EU Member States. These recommendations take into account the specific experiences of each pilot and their cross-evaluation at the cluster level, highlighting practices that addressed multiple barriers, such as lack of information on vaccination schedules, physical and logistical obstacles, and inconvenient locations and operating hours.

## 1.2. Mapping of vaccination services

The mapping of vaccination services across EU Member States showed both commonalities and significant differences in outreach, administration, booking, location, and financing. Addressing barriers in these areas can enhance vaccination coverage and public health outcomes.

The mapping identified key steps undertaken by citizens across the EU27 Member States during their vaccination journeys. These steps include: outreach methods used by healthcare services and notifications to inform citizens about vaccination; pre-administration requirements; booking procedures; travel distance; and costs. Vaccination programmes generally follow similar guidelines across countries and regions but differ in implementation due to governance structures and epidemiological contexts.

Outreach methods are critical for informing and reminding citizens about vaccination schedules. Six main outreach categories were identified, namely: the role of HCPs as communicators and sources of information on vaccination, local services (e.g. well-baby clinics), digital channels, paper channels (e.g. invitation letters), national communication (e.g. national awareness campaigns), and information from health institutions. Booking systems are diverse and evolving. Although the pandemic accelerated the digitalisation of the booking systems (e.g. with mobile apps), phone calls are still the most common booking method in 25 Member States. Electronic systems are widespread in 16 Member States, with varying designs and regional/national implementation.

The presence and diversity of vaccination locations influence accessibility: the main vaccination locations across EU are GP practices, healthcare centres, pharmacies and schools. In addition, municipal health services and regional governments play significant roles in some countries, affecting the diversity and accessibility of locations.

## 1.3. Physical, practical and administrative barriers to vaccination across Member States

A comprehensive analysis identified several main barriers to vaccination in the EU27: outreach of vaccination services, administrative or practical steps, geographical proximity, convenience, availability of HCPs, supply of vaccines, and financial requirements. These barriers are widespread and interconnected, often requiring coordinated policy action, digital infrastructure investment, and targeted strategies for vulnerable groups.

Administrative and practical barriers, such as complex booking systems, lengthy procedures, parental consent requirements, fragmented monitoring, and lack of centralised registers are the most common and were found in 25 Member States.

Outreach barriers (in 24 Member States) include lack of information, insufficient large-scale outreach, infrequent reminders, and inadequate staff training. Many citizens are unaware of vaccination schedules or locations, especially for adult vaccines.

Shortages of HCPs (in 24 Member States) lead to longer waits and reduced access, particularly in rural areas.

Convenience issues (e.g., limited opening hours) affect 23 Member States, while geographical challenges, like long travel distances and costs, affect 21 Member States, especially among vulnerable groups.

## 1.4. Determinants of vaccine uptake

System-level factors influencing vaccine uptake across EU Member States, focusing on practical, physical, and administrative determinants, were analysed at country level. The analysis identified three broad categories of barriers that have a measurable impact on vaccination rates: outreach and information barriers, geographical and convenience barriers, and administrative and systemic barriers.

Outreach and information barriers: insufficient public awareness, lack of reminders, and weak involvement of local healthcare providers are key obstacles. When people are not proactively informed or reminded, even those willing to be vaccinated may miss opportunities. The presence of large-scale outreach programmes and reminder systems is associated with significantly higher vaccine coverage. For example, countries with robust outreach activities (19 Member States) record adult DTP vaccination rates about 5 percentage points higher than those without such programmes (the remaining eight Member States). Reminders (via mail, SMS, etc.) also increase uptake, especially among older adults.

Geographical and convenience barriers: physical accessibility - such as the number and location of vaccination sites, opening hours, and travel requirements - strongly affects uptake.

Survey and country-level analysis reveal significant disparities in system design and accessibility across the EU. While expanding convenient locations and flexible hours can increase uptake by 4–7 percentage points, 14 Member States still rely primarily on health centers with limited opening times, and only nine offer systematic after-hours or weekend sessions. School-based vaccination programmes are absent in 12 countries, leaving adolescent coverage dependent

on parental initiative. Administrative hurdles remain widespread: written parental consent is required for HPV vaccination in nine countries, and prescriptions in eight, adding extra steps that discourage uptake. Record-keeping systems are uneven—13 countries lack a national immunisation registry, and six still rely on paper booklets, hindering reminders and follow-up. In contrast, countries with integrated systems—such as Denmark and Ireland—combine school-based delivery and digital registries, achieving consistently higher coverage rates. These gaps underscore the need for streamlined, accessible, and well-coordinated approaches to improve vaccination uptake across the EU.

Active engagement and recommendations from general practitioners and paediatricians are strong determinants of vaccine uptake. Where doctors regularly advise patients to vaccinate, uptake is significantly higher - by 10/15 percentage points for adults and about nine points for children when paediatricians are involved.

## 1.5. Interesting practices across EU Member States, mutual learning activities and pilots

The study team collected practices from across the EU designed to overcome administrative, physical and practical obstacles to vaccination. A total of 24 practices were received from 16 health authorities via the [European Commission Best Practice Portal](#). Of these, 11 practices, were selected by a panel of experts and presented in a validation workshop organised with all the health authorities who had submitted practices. During the workshop five good practices were selected to take forward to the next stage: a school vaccination programme in Murcia region (Spain); mobile vaccination units to increase COVID-19 vaccination uptake (Netherlands); administering the flu vaccine to children in primary schools (Ireland); the Su.Pr.Eme project for undeclared and seasonal workers (Italy); communication initiatives including reminder schemes to support childhood immunisation (Denmark).

Five on-site visits were organised in Murcia, Denmark, the Netherlands, Italy, and Ireland to showcase the exemplary practices, facilitate in-depth exchange of knowledge, and promote the transfer of effective strategies at both national and regional levels.

During and after the onsite visits, health authorities expressed interest in testing the observed good practices. They engaged in dedicated one-on-one discussions during the visits and continued these conversations in online meetings with the project team afterwards. As a result of these interactions, nine pilot programmes were selected, organised into three key clusters: reminder schemes, mobile vaccination units, and school vaccination programmes. These pilots were inspired by the exemplary practices witnessed during the visits, aiming to enhance and expand vaccination efforts.

Under the reminder schemes cluster, pilots addressed outreach and communication barriers, notably the absence of reminders to be vaccinated and insufficient public knowledge about vaccination schedules.

- Pilots in Murcia and Catalonia addressed low coverage of the second dose of MMR by sending SMS reminders and testing which message was more likely to prompt action.
- Lithuania's pilot addressed low HPV coverage among teenagers by sending SMS to parents containing an information package.
- Slovenia's pilot also aimed at increased HPV coverage among teenagers through printed reminder letters disseminated via the digital school platform.
- Croatia's pilot sought to increase tetanus and diphtheria vaccination rates among adults aged 60 by sending data-driven reminders to GPs prompting them to engage with their patients.

Mobile unit pilots were used to address barriers faced by hard-to-reach groups, such as geographical distance to vaccination sites, limited opening hours and/or opportunities to book a GP appointment, and the lack of accessible information about vaccines.

- In Upper Austria, mobile vaccination teams implemented 'vaccination info days' in vocational schools, which included awareness-raising activities and on-site vaccination opportunities for young people against MMR and DTP-pertussis combination vaccine.
- In Sweden, mobile units were stationed in the central public square of a diverse neighbourhood, while 'health informers' raised awareness in different languages on the opportunity for older people to be vaccinated against the flu and COVID-19.

Pilots implementing school vaccination programmes leveraged schools as a trusted and accessible venue to simplify parents' vaccination journeys, while promoting equity in access to health services.

- Estonia's pilot sought to increase vaccination uptake by strengthening awareness of the HPV vaccine offered in schools to 14 year-olds through dedicated information materials.
- The Dutch pilot sought to increase MMR, DTP and HPV vaccines by bringing vaccination close to schools, thereby increasing the convenience of childhood/adolescent vaccination services.

## 1.6. Effectiveness of pilots

Reminder schemes, mobile units and school vaccination programmes have the potential to contribute to higher vaccine uptake by increasing population awareness, improving user experience, engaging effectively with underserved groups, and making vaccination journeys easier and accessible for all.

Pilot reminder schemes proved effective in contributing to increased vaccination coverage. In Catalonia, Murcia, and Croatia, statistical analyses conducted as a part of the pilot evaluation show that reminders had a positive impact on vaccination uptake. The five pilots were also an effective tool for finetuning the IT infrastructure, improving and updating administrative databases, and learning about the legal and practical obstacles to the implementation of effective vaccination reminder campaigns. The pilots will facilitate the design of impactful reminder schemes in the future.

Pilot mobile units offer an effective alternative to standard vaccination booking systems, particularly in engaging hard-to-reach populations. The outcomes of these pilots demonstrate that integrated approaches addressing logistical and information barriers can significantly improve vaccination uptake among underserved segments of the population. Additionally, investing in personalised, dialogue-based communication with target groups, addressing language barriers throughout the design process, and actively partnering with community leaders and other influential figures, such as teachers, are essential strategies for maximising outreach within these communities.

The results of pilot school vaccination programmes suggest that school vaccination has the potential to improve the convenience of vaccination services for families and to encourage uptake. In Estonia, the direct involvement of schools was key for the implementation of the pilot, which developed an innovative information tool (a video) and experimented with effective ways to improve communication between families and school nurses.

In the Netherlands, the relocation of vaccination sites to premises near schools and investment in improving user experience (making vaccination sites easier to access and creating a more welcoming and familiar environment) was accompanied by increased family satisfaction. The outcome of both pilots highlights the need for systematic outreach and effective information dissemination strategies to maximise the impact of school vaccination programmes.

## 1.7. Added value, sustainability and transferability of piloted activities

Across all pilots, mutual learning and capacity-building were key to the implementation of activities. Stakeholders interviewed during the evaluations consistently emphasised that these initiatives would not have been designed or implemented in their current form without the resources and inspiration provided by this project. The implementation of the pilots fostered cross-country learning and closer collaboration between regional/national actors (e.g. health, education, and community actors).

The pilots also stimulated institutional change, strengthening institutional learning and improving relationships among institutions. Several countries reported that participation reinforced the need for stronger data systems, created new cross-sector working structures, or initiated discussions on proposing legal adaptations and legislative changes that might not have occurred otherwise.

The pilots generated practices with potential for continuation and broader application. These initiatives built on existing infrastructure to ensure sustainability, such as digital infrastructure already in use or under expansion; integration into school health routines and education partnerships; or maintaining mobile units as flexible tools within public health systems.

Transferability depends on national and local contexts, but the pilots showed that certain approaches can be adapted beyond their original settings. The key lesson is that the underlying principles (bringing vaccination closer to people, working through trusted intermediaries and using systematic reminders) can be replicated, rather than the exact venues or delivery models.

## 1.8. Recommendations

All the activities implemented throughout the project resulted in a set of recommendations that provide a framework for developing and refining vaccination strategies and enhancing their potential for success and sustainability.

The experiences of pilot clusters provide blueprints for success. Introducing reminders, expanding vaccination sites, bringing vaccines into communities via a mobile offering, and integrating vaccines into routine settings like schools can all address multiple barriers such as lack of information on vaccination schedules, physical and logistical barriers, and inconvenient locations and hours:

- Reminder schemes are crucial in improving awareness of recommended vaccination schedules, reducing forgetfulness, and addressing the information barriers that hinder vaccination uptake.

- Mobile vaccination units address geographical and convenience barriers by bringing vaccination services closer to underserved populations.
- School vaccination programmes leverage the school environment to streamline access to vaccinations for children and adolescents. These programmes can significantly reduce logistical and proximity barriers and improve vaccination rates.

Ensuring the success of vaccination programmes requires a comprehensive approach that addresses the unique needs and concerns of diverse populations. By conducting thorough needs assessments, engaging communities through culturally sensitive strategies, and fostering strong cooperation among stakeholders, health authorities can build trust at early stages. Collaborative efforts, such as organising community-based events, partnering with local organisations, and establishing Local Implementation Working Groups (LIWGs), are essential for tailoring strategies, overcoming barriers, and achieving high vaccination coverage.

# **Contrat de service visant à identifier les obstacles de nature physique, pratique et administrative pour formuler des recommandations**

## **Résumé**

### **COMMISSION EUROPÉENNE**

Direction générale de Health and Food Safety (DG SANTE)

Direction B : Santé publique, cancer et sécurité sanitaire

Unité B2 : Sécurité sanitaire

[sante-consult-b2@ec.europa.eu](mailto:sante-consult-b2@ec.europa.eu)

### **AGENCE EXÉCUTIVE EUROPÉENNE POUR LA SANTÉ ET LE NUMÉRIQUE (HADEA)**

Unité A2 EU4Health/SMP alimentation

[HaDEA-HP-TENDER@ec.europa.eu](mailto:HaDEA-HP-TENDER@ec.europa.eu)

COV2, PLACE CHARLES ROGIER 16

1049 BRUXELLES, BELGIQUE

Auteurs :

Verian : Charlotte Birnbaum, Emanuela Carta (chef de projet), Francesca Chessa, Osmo Jarvi, Emile Marchand, Delia Mihali, Marius Mosoreanu, Lucija Mrakuzic, Denise Pelagatti, Cristina Procentese, Francesco Romano ;

Expert externe : Alex de Figueiredo, maître de conférences à la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) ;

EHMA : Dolores Cvitanin, Zachary Desson, George Valiotis ;

Ifok GmbH : Margit Aufferbeck, Anna Schwietering, Julia Wirth ;

Académie européenne de pédiatrie : Stefano del Torso, Lukasz Dembinski, Stephen Reingold ;

Experts pays :

Katharina Habimana (Autriche), Greet Hendrickx, Sara Valckx (Belgique), Margarita Dimitrova, Momchil Baev (Bulgarie), Licina Kosanovic, Mirjana Lana (Croatie), Marios Kantaris, Elena Gabriel (Chypre), Olga Angelovska (Tchéquie), Bjarne Lindemose, Astrid Blom (Danemark), Kaja-Triin Laisaar (Estonie), Pia Vuolanto, Petra Auvinen, Aapo Kuusipalo (Finlande), Laura Eid (France, Luxembourg), Aufferbeck-Martin Margit (Allemagne), Anna Manoudi (Grèce), Mate Vincze (Hongrie), Charlotte Birnbaum (Irlande), Chiara Cadeddu (Italie), Liubove Murauskiene (Lituanie), Anda Kivite-Urtane (Lettonie), Lucija Mrakuzic (Malte), Madelon Kroneman, Liset van Dijk (Pays-Bas), Agata Zadrozna (Pologne), Alexandra Lopes (Portugal), Silvia Gabriela Scintee (Roumanie), Jarmila Pekarcikova (Slovaquie), Bojana Lobe (Slovénie), Jaime Fons-Martinez, Miriam Escrig (Espagne), Nora Karlton, Lovisa Brunnber, Manfred Lowgren (Suède).

## Contents

<b>Acronymes.....</b>	<b>21</b>
<b>Extrait .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Introduction : contexte et finalité de l'étude.....</b>	<b>23</b>
1.1. Méthodologie .....	24
1.2. Cartographie des services de vaccination .....	25
1.3. Obstacles physiques, pratiques et administratifs à la vaccination dans les États membres.....	26
1.4. Déterminants de l'adhésion vaccinale .....	27
1.5. Pratiques intéressantes dans les États membres de l'UE, activités d'apprentissage mutuel et projets pilotes.....	28
1.6. Efficacité des projets pilotes .....	30
1.7. Valeur ajoutée, viabilité et transférabilité des activités testées dans le cadre des projets pilotes.....	31
1.8. Recommandations.....	31

## Acronymes

Acronyme	Description
BART	Arbres de régression additifs bayésiens
BeSD	Facteurs comportementaux et sociaux
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DG SANTE	Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire
DTC	Diphtérie, tétanos, coqueluche
EAP	Académie européenne de pédiatrie
EHMA	Association européenne de gestion de la santé
UE	Union européenne
EM UE	États membres de l'Union européenne
sEUREGHA	Autorités sanitaires régionales et locales européennes
MG	Médecin généraliste
HaDEA	Agence exécutive européenne pour la santé et le numérique
HCP	Professionnel(s) de santé
HPV	Papillomavirus humains
IT	Technologies de l'information
ICP	Indicateur(s) clé(s) de performance
MenC/MenACWY	Méningocoque C / méningocoque ACWY
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
SMS	Short Message Service

## Extrait

Le [projet « Obstacles à la vaccination »](#) a examiné les obstacles de nature pratique, physique et administrative à la vaccination. Le projet a cartographié les services de vaccination et les obstacles à la vaccination dans l'ensemble des États membres de l'UE, identifié les déterminants de la vaccination au moyen d'enquêtes à grande échelle auprès des citoyens et des professionnels de santé dans les 27 États membres de l'UE, identifié les pratiques innovantes en Europe et mis en œuvre des visites d'apprentissage mutuel pour présenter cinq pratiques, et mis en œuvre neuf projets pilotes pour transférer et adapter les pratiques innovantes dans différents contextes.

La conception de programmes de vaccination efficaces implique une approche multidimensionnelle qui tient compte des multiples obstacles à la vaccination. Les systèmes de rappel, les unités mobiles et les programmes de vaccination en milieu scolaire peuvent renforcer la couverture vaccinale et protéger la santé publique. Les systèmes de rappel sont essentiels pour éliminer les obstacles liés à la sensibilisation et à l'information qui entravent l'adhésion vaccinale. Des systèmes de rappel efficaces peuvent significativement augmenter les taux de vaccination en veillant à ce que les personnes aient connaissance de leurs calendriers vaccinaux et de l'importance de se faire vacciner à temps. Les unités mobiles de vaccination répondent aux obstacles géographiques et de commodité en rapprochant les services de vaccination des populations mal desservies. Ces unités ont le potentiel de renforcer la couverture vaccinale dans les zones difficiles d'accès ou pour les groupes difficiles à atteindre. Les programmes de vaccination en milieu scolaire s'appuient sur l'environnement scolaire pour faciliter l'accès à la vaccination des enfants et des adolescents. Ces programmes peuvent considérablement réduire les obstacles d'ordre logistique et liés à la distance géographique et améliorer les taux de vaccination.

## 1. Introduction : contexte et finalité de l'étude

L'Agence exécutive européenne pour la santé et le numérique (ci-après « HaDEA ») a mandaté [Verian](#), en collaboration avec [l'Association européenne pour la gestion de la santé](#) (EHMA), ifok GmbH, [l'Académie européenne de pédiatrie](#) (EAP) et les [autorités sanitaires régionales et locales européennes](#) (EUREGHA), pour exécuter un contrat de service visant à identifier les obstacles à la vaccination de nature pratique, physique et administrative et à formuler des recommandations (HaDEA/2021/OP/0010).

Ce document est le résumé du rapport final présentant les travaux réalisés tout au long du projet.

Dans le cadre de ce projet, les parcours de vaccination ont été cartographiés afin d'identifier les obstacles physiques, pratiques et administratifs à la vaccination dans tous les États membres. Les parcours de vaccination suivants ont été pris en compte :

- Les parents et tuteurs légaux qui emmènent leur enfant se faire vacciner contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), la poliomyélite, le méningocoque C (MenC/MenACWY) ;
- Les adolescents qui reçoivent leur vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) ;
- Les adultes qui reçoivent un rappel antitétanique et qui se font vacciner contre la grippe saisonnière et le COVID-19.

Le projet est composé de six tâches :

- Tâche 1 – Cartographie des services de vaccination dans les 27 États membres de l'UE afin d'identifier les obstacles physiques, pratiques et administratifs à la vaccination ;
- Tâche 2 – Évaluation des obstacles à la vaccination au moyen d'enquêtes à grande échelle menées auprès des citoyens et des professionnels de santé dans les 27 États membres de l'UE ;
- Tâche 3 – Identification des bonnes pratiques dans les États membres de l'UE pour surmonter les obstacles à la vaccination ;
- Tâche 4 – Visites d'apprentissage mutuel sur site pour présenter cinq pratiques ;
- Tâche 5 – Mise en œuvre pilote de trois pratiques dans neuf États membres de l'UE ; et
- Tâche 6 – Élaboration de recommandations pour surmonter les obstacles à la vaccination liés à la « commodité ».

## 1.1. Méthodologie

Une méthodologie rigoureuse, structurée en plusieurs phases, a combiné la cartographie, l'évaluation, l'apprentissage mutuel et des projets pilotes afin d'éliminer les obstacles à la vaccination à travers l'UE. En associant des recherches qualitatives et quantitatives, la mobilisation des parties prenantes et une évaluation itérative, le projet a produit des informations exploitables et des recommandations pour améliorer l'adhésion vaccinale et surmonter les obstacles systémiques. L'approche était articulée autour de trois composantes principales :

- Définition du problème – Tâches 1 et 2, fondées sur la cartographie des services de vaccination et sur une enquête destinée à identifier les obstacles pratiques à la vaccination ;
- Identification des solutions au problème – Tâches 3 et 4, au cours desquelles les bonnes pratiques existantes ont été identifiées et collectées (Tâche 3), puis partagées entre autorités de santé lors de visites sur site (Tâche 4).
- Test des solutions – Tâche 5, au cours de laquelle les bonnes pratiques ont été testées dans le cadre de projets pilotes, donnant lieu à des recommandations prospectives (Tâche 6).

Dans le cadre de la Tâche 1, les services de vaccination et les parcours de vaccination ont été cartographiés dans l'ensemble des États membres afin d'identifier les obstacles à la vaccination au sein des 27 pays de l'UE. La méthodologie utilisée reposait sur la collecte de données primaires et secondaires, via une revue de littérature et des entretiens approfondis avec les autorités de santé. Dans le cadre de la Tâche 2, deux grandes enquêtes ont été menées : l'une auprès de la population générale (25 889 répondants) et l'autre auprès des professionnels de santé (2 510 répondants), afin d'identifier les déterminants individuels et systémiques de l'adhésion vaccinale. Des modèles de régression logistique multiniveaux et des arbres de régression additifs bayésiens (BART) ont été utilisés pour identifier les variables prédictives au niveau des pays, s'appuyant sur des données provenant notamment de la Banque mondiale et d'Eurostat.

Dans le cadre de la Tâche 3, les bonnes pratiques provenant de différents États membres ont été collectées et évaluées par un panel d'experts. Dans le cadre de la Tâche 4, cinq visites sur site ont été organisées pour présenter les pratiques sélectionnées et faciliter les échanges de connaissances entre les autorités de santé. La Tâche 5 portait sur la mise en œuvre pilote et l'évaluation de pratiques sélectionnées dans huit États membres, regroupées en trois groupes : systèmes de rappel, unités mobiles de vaccination et programmes de vaccination en milieu scolaire. Les projets pilotes ont suivi une méthodologie en trois phases : pré-mise en œuvre (analyse de la situation, mobilisation des parties prenantes), mise en œuvre (exécution et suivi) et post-mise en œuvre (évaluation et

recommandations). L'évaluation était intégrée dès la conception des pilotes, en utilisant des données administratives, des entretiens et des enquêtes, avec mesure d'indicateurs clés de performance (ICP) avant et après la mise en œuvre.

Dans le cadre de la Tâche 6, un ensemble de recommandations ont été formulées à partir des données recueillies durant les Tâches 1 et 2 et durant la mise en œuvre et l'évaluation des projets pilotes portant sur les trois groupes de pratiques (Tâche 5) sélectionnés dans la Tâche 4 par neuf autorités de santé de huit États membres de l'UE. Ces recommandations tiennent compte des expériences propres à chaque pilote et de leur évaluation transversale au niveau des groupes, mettant en lumière des pratiques ayant permis d'éliminer plusieurs obstacles, tels que le manque d'information sur les calendriers vaccinaux, les obstacles physiques et logistiques, ainsi que le caractère peu pratique des lieux et horaires de vaccination.

## 1.2. Cartographie des services de vaccination

La cartographie des services de vaccination dans les États membres a révélé des points communs et des différences significatives en termes de sensibilisation, d'administration, de prise de rendez-vous, de situation géographique et de financement. En éliminant les obstacles dans ces domaines, il est possible de renforcer la couverture vaccinale et d'améliorer les résultats en matière de santé publique.

La cartographie a identifié les étapes essentielles par lesquelles les citoyens des 27 États membres de l'UE doivent passer au cours de leurs parcours vaccinaux. Ces étapes sont les suivantes : méthodes de sensibilisation utilisées par les services de santé et notifications pour informer les citoyens sur la vaccination, exigences préalables à l'administration, procédures de prise de rendez-vous, distance à parcourir, et coûts. Les programmes de vaccination suivent en général des lignes directrices similaires d'un pays et d'une région à l'autre, mais leur mise en œuvre diffère en fonction des structures de gouvernance et des contextes épidémiologiques.

Les méthodes de sensibilisation sont cruciales pour informer les citoyens et leur rappeler leurs calendriers vaccinaux. Six catégories principales de sensibilisation ont été identifiées, à savoir : le rôle des professionnels de santé en tant qu'acteurs de la communication et sources d'information sur la vaccination, les services locaux (p. ex. les cabinets de puériculture), les canaux numériques, les canaux papier (p. ex. les courriers d'invitation), la communication nationale (p. ex. les campagnes de sensibilisation nationales) et les informations provenant des établissements de santé. Les systèmes de prise de rendez-vous sont variés et en constante évolution. Bien que la pandémie ait accéléré la numérisation des systèmes de prise de rendez-vous (p. ex. avec des applications mobiles), la prise

de rendez-vous par téléphone reste la méthode la plus courante dans 25 États membres. Les systèmes électroniques sont répandus dans 16 États membres, avec des conceptions et des mises en œuvre régionale/nationale variables.

La présence et la diversité des lieux de vaccination influencent l'accessibilité : les principaux lieux de vaccination dans l'UE sont les cabinets des médecins généralistes, les centres de santé, les pharmacies et les établissements scolaires. En outre, les services de santé municipaux et les gouvernements régionaux jouent un rôle significatif dans certains pays, affectant la diversité et l'accessibilité des lieux.

### 1.3. Obstacles physiques, pratiques et administratifs à la vaccination dans les États membres

Une analyse complète a identifié plusieurs obstacles principaux à la vaccination dans l'UE27 : les actions de sensibilisation des services de vaccination, les étapes administratives ou pratiques, la proximité géographique, la commodité, la disponibilité des professionnels de santé, l'offre de vaccins et les exigences financières. Ces obstacles sont répandus et interconnectés, et nécessitent souvent une action politique coordonnée, un investissement dans les infrastructures numériques et des stratégies ciblées pour les groupes vulnérables.

Les obstacles administratifs et pratiques, comme la complexité des systèmes de prise de rendez-vous, la longueur des procédures, les exigences de consentement parental, la fragmentation du suivi et le manque de registres centralisés, sont les plus courants et ont été observés dans 25 États membres.

Parmi les obstacles liés à la sensibilisation (dans 24 États membres) figurent un manque d'information, des actions de sensibilisation à grande échelle insuffisantes, des rappels peu fréquents et une formation inadéquate du personnel. De nombreux citoyens n'ont pas connaissance des calendriers ou des lieux de vaccination, en particulier pour les vaccins adultes.

La pénurie de professionnels de santé (dans 24 États membres) entraîne des délais d'attente plus longs et un accès réduit, en particulier dans les zones rurales.

Les problèmes de commodité (p. ex. heures d'ouverture restreintes) affectent 23 États membres, tandis que les difficultés d'ordre géographique, comme les longues distances à parcourir et les coûts, concernent 21 États membres, en particulier chez les groupes vulnérables.

## 1.4. Déterminants de l'adhésion vaccinale

Les facteurs systémiques qui influencent l'adhésion vaccinale dans les États membres de l'UE ont été analysés au niveau des pays, en se concentrant sur les déterminants pratiques, physiques et administratifs. Cette analyse a identifié trois grandes catégories d'obstacles qui ont un impact mesurable sur les taux de vaccination : obstacles liés à la sensibilisation et à l'information, obstacles géographiques et de commodité, et obstacles administratifs et systémiques.

Obstacles liés à la sensibilisation et à l'information : la sensibilisation insuffisante du public, le manque de rappels et la faible implication des professionnels de santé locaux sont les obstacles principaux. Lorsqu'elles ne sont pas informées de manière proactive ou ne font pas l'objet de rappels, même les personnes disposées à se faire vacciner risquent de manquer des occasions de le faire. La présence de programmes de sensibilisation et de systèmes de rappel à grande échelle est associée à une couverture vaccinale significativement plus élevée. Ainsi, les pays dans lesquels des activités de sensibilisation solides sont menées (19 États membres) enregistrent des taux de vaccination DTC adultes supérieurs d'environ 5 points à ceux des pays qui ne disposent pas de tels programmes (les huit autres États membres). Les rappels (par e-mail, SMS, etc.) augmentent également l'adhésion, en particulier chez les adultes âgés.

Obstacles géographiques et de commodité : l'accessibilité physique, comme le nombre et la situation géographique des sites de vaccination, les heures d'ouverture et les exigences pour parcourir la distance, affecte fortement l'adhésion.

L'enquête et l'analyse au niveau des pays révèlent des disparités significatives dans la conception des systèmes et l'accessibilité à travers l'UE. Bien que la multiplication des lieux pratiques d'un point de vue géographique et la flexibilité des heures d'ouverture puissent accroître l'adhésion de 4 à 7 points, 14 États membres s'appuient encore principalement sur des centres de santé aux horaires restreints, et seuls neuf proposent des créneaux systématiques en dehors des heures normales ou le week-end. Les programmes de vaccination en milieu scolaire sont absents dans 12 pays, ce qui laisse la couverture vaccinale des adolescents dépendante de l'initiative de leurs parents. Les obstacles administratifs restent courants : un consentement parental écrit est exigé pour la vaccination HPV dans neuf pays, et des ordonnances dans huit, ce qui ajoute des étapes qui découragent l'adhésion. Les systèmes de suivi restent inégaux : 13 pays n'ont pas de registre national de vaccination, et six s'appuient encore sur des carnets papier, ce qui complique les rappels et le suivi. A contrario, les pays dotés de systèmes intégrés, comme le Danemark et l'Irlande, conjuguent administration en milieu scolaire et registres numériques, permettant d'atteindre des taux de couverture systématiquement plus élevés. Ces disparités soulignent la nécessité d'adopter des approches simplifiées, accessibles et bien coordonnées pour améliorer l'adhésion vaccinale dans l'UE.

La mobilisation active et les recommandations des médecins généralistes et des pédiatres sont des déterminants importants de l'adhésion vaccinale. Lorsque les médecins recommandent régulièrement à leurs patients de se faire vacciner, l'adhésion est significativement plus élevée, de 10/15 points pour les adultes et d'environ neuf points pour les enfants lorsque les pédiatres sont impliqués.

## 1.5. Pratiques intéressantes dans les États membres de l'UE, activités d'apprentissage mutuel et projets pilotes

L'équipe de l'étude a recueilli dans l'UE des pratiques conçues pour surmonter les obstacles administratifs, physiques et pratiques à la vaccination. 24 pratiques ont été reçues au total de la part de 16 autorités de santé par le biais du [Portail des bonnes pratiques de la Commission européenne](#). Parmi elles, 11 pratiques ont été sélectionnées par un panel d'experts et présentées lors d'un atelier de validation organisé en présence de toutes les autorités de santé qui avaient soumis des pratiques. Au cours de l'atelier, cinq bonnes pratiques ont été sélectionnées pour la phase suivante : un programme de vaccination en milieu scolaire dans la région de Murcie (Espagne) ; des unités mobiles de vaccination pour renforcer l'adhésion à la vaccination contre le COVID-19 (Pays-Bas) ; l'administration du vaccin contre la grippe aux enfants dans les écoles primaires (Irlande) ; le projet Su.Pr.Eme pour les travailleurs saisonniers et non déclarés (Italie) ; des initiatives de communication comprenant des systèmes de rappel pour soutenir la vaccination des enfants (Danemark).

Cinq visites sur site ont été organisées en Murcie, au Danemark, aux Pays-Bas, en Italie et en Irlande pour présenter les pratiques exemplaires, faciliter les échanges approfondis de connaissances et promouvoir le transfert de stratégies efficaces aux niveaux national et régional.

Pendant et après les visites, les autorités de santé ont exprimé un intérêt pour tester les bonnes pratiques observées. Elles ont pris part à des échanges individualisés lors des visites et ont ensuite poursuivi ces discussions au cours de réunions en ligne avec l'équipe du projet. Suite à ces interactions, neuf programmes pilotes ont été sélectionnés, organisés en trois groupes clés : systèmes de rappel, unités mobiles de vaccination et programmes de vaccination en milieu scolaire. Ces pilotes s'inspiraient des pratiques exemplaires observées lors des visites, dans l'objectif de renforcer et étendre les efforts de vaccination.

Dans le cadre du groupe des systèmes de rappel, les projets pilotes abordaient les obstacles liés à la sensibilisation et la communication, notamment l'absence de rappels pour se faire vacciner et la connaissance insuffisante des calendriers de vaccination par le public.

- Les pilotes en Murcie et en Catalogne entendaient remédier à la faible couverture de la deuxième dose du vaccin ROR en envoyant des SMS de rappel et en testant quel message était plus susceptible d'inciter à agir.
- Le pilote en Lituanie ciblait la faible couverture du vaccin HPV chez les adolescents en envoyant des SMS contenant des informations aux parents.
- Le pilote en Slovénie visait également une couverture HPV plus élevée chez les adolescents au moyen de courriers de rappel imprimés, diffusés par le biais de la plateforme numérique des établissements scolaires.
- Le pilote en Croatie cherchait à accroître les taux de vaccination contre le tétanos et la diphtérie chez les adultes de 60 ans en envoyant des rappels fondés sur les données aux médecins généralistes pour les inciter à sensibiliser leurs patients.

Les pilotes impliquant des unités mobiles ont été utilisés pour éliminer les obstacles auxquels les groupes difficiles à atteindre étaient confrontés, comme la distance géographique des sites de vaccination, les heures d'ouverture restreintes et/ou les occasions limitées de prendre un rendez-vous chez un médecin généraliste, ainsi que le manque d'informations accessibles sur les vaccins.

- En Haute-Autriche, les équipes mobiles de vaccination ont instauré des « journées d'information sur la vaccination » dans les établissements d'enseignement professionnel. Ces journées comprenaient des activités de sensibilisation et la possibilité pour les jeunes de recevoir sur place le vaccin ROR et le vaccin combiné DTC-coqueluche.
- En Suède, les unités mobiles étaient stationnées sur la place centrale d'un quartier aux populations diverses, tandis que des médiateurs spécialisés dans le domaine de la santé informaient les personnes âgées en plusieurs langues sur la possibilité de se faire vacciner contre la grippe et le COVID-19.

Les pilotes mettant en œuvre des programmes de vaccination en milieu scolaire tiraient parti des établissements scolaires en tant que lieux de confiance et accessibles pour simplifier les parcours vaccinaux des parents, tout en promouvant l'équité dans l'accès aux services de santé.

- Le pilote en Estonie cherchait à accroître l'adhésion vaccinale en renforçant les connaissances sur le vaccin HPV proposé dans les établissements scolaires aux jeunes de 14 ans, au moyen de supports d'information dédiés.
- Le pilote néerlandais cherchait à renforcer la couverture des vaccins ROR, DTC et HPV en rapprochant la vaccination des établissements scolaires, augmentant ainsi la commodité des services de vaccination pour les enfants/adolescents.

## 1.6. Efficacité des projets pilotes

Les systèmes de rappel, les unités mobiles et les programmes de vaccination en milieu scolaire ont le potentiel de contribuer à améliorer l'adhésion vaccinale en renforçant la sensibilisation de la population, en améliorant l'expérience des usagers, en communiquant efficacement avec les groupes mal desservis et en rendant les parcours vaccinaux plus faciles et accessibles pour tous.

Les systèmes de rappel pilotes se sont révélés efficaces pour accroître la couverture vaccinale. En Catalogne, Murcie et Croatie, les analyses statistiques menées dans le cadre de l'évaluation des pilotes mettent en évidence que les rappels ont eu un impact positif sur l'adhésion vaccinale. Les cinq pilotes ont également constitué un outil efficace pour ajuster l'infrastructure informatique, améliorer et mettre à jour les bases de données administratives et mieux comprendre les obstacles juridiques et pratiques à la mise en œuvre de campagnes de rappel vaccinal efficaces. Les projets pilotes faciliteront la conception de systèmes de rappel efficaces à l'avenir.

Les unités mobiles pilotes représentent une alternative efficace aux systèmes classiques de prise de rendez-vous vaccinaux, en particulier pour mobiliser les populations difficiles à atteindre. Les résultats de ces pilotes démontrent que des approches intégrées ciblant les obstacles liés à la logistique et à l'information peuvent considérablement améliorer l'adhésion vaccinale au sein des segments de population mal desservis. Par ailleurs, l'investissement dans une communication personnalisée, fondée sur le dialogue avec les groupes cibles, la prise en compte des barrières linguistiques tout au long du processus de conception et la collaboration active avec les responsables locaux et d'autres personnalités influentes, telles que les enseignants, sont des stratégies essentielles pour maximiser la sensibilisation dans ces communautés.

Les résultats des programmes de vaccination pilotes en milieu scolaire suggèrent que la vaccination en milieu scolaire a le potentiel d'améliorer la commodité des services de vaccination pour les familles et d'encourager l'adhésion. En Estonie, l'implication directe des établissements scolaires a été cruciale pour la mise en œuvre du pilote, qui a développé un outil d'information innovant (une vidéo) et testé des moyens efficaces d'améliorer la communication entre les familles et les infirmiers scolaires.

Aux Pays-Bas, le déplacement des sites de vaccination vers des lieux proches des établissements scolaires et l'investissement dans l'amélioration de l'expérience des usagers (en facilitant l'accès aux sites de vaccination et en créant un environnement plus accueillant et familial) se sont traduits par une hausse de la satisfaction des familles. Le résultat des deux projets pilotes souligne la nécessité d'une sensibilisation systématique et de stratégies efficaces de diffusion de l'information afin de maximiser l'impact des programmes de vaccination en milieu scolaire.

## 1.7. Valeur ajoutée, viabilité et transférabilité des activités testées dans le cadre des projets pilotes

Dans l'ensemble des pilotes, l'apprentissage mutuel et le renforcement des capacités ont joué un rôle clé dans la mise en œuvre des activités. Les parties prenantes interrogées lors des évaluations ont systématiquement mis l'accent sur le fait que ces initiatives n'auraient pas été conçues ou mises en œuvre sous leur forme actuelle sans les ressources et l'inspiration fournies par ce projet. La mise en œuvre des pilotes a favorisé l'apprentissage entre les pays et une collaboration plus étroite entre les acteurs régionaux/nationaux (p. ex. acteurs de la santé, de l'éducation et de la communauté).

Les projets pilotes ont également stimulé le changement institutionnel, renforcé l'apprentissage institutionnel et amélioré les relations entre les institutions. Plusieurs pays ont indiqué que leur participation a renforcé la nécessité de disposer de systèmes de données plus robustes, créé de nouvelles structures de travail intersectorielles ou suscité des discussions sur d'éventuelles adaptations juridiques et de modifications législatives qui n'auraient peut-être pas vu le jour autrement.

Les projets pilotes ont généré des pratiques susceptibles de se poursuivre et de faire l'objet d'une application plus large. Ces initiatives se sont appuyées sur des infrastructures existantes pour assurer leur viabilité, comme les infrastructures numériques déjà en service ou en cours d'extension, l'intégration dans les pratiques de santé en milieu scolaire et dans les partenariats éducatifs, ou encore le maintien d'unités mobiles comme outils flexibles au sein des systèmes de santé publique.

La transférabilité dépend des contextes nationaux et locaux, mais les projets pilotes ont montré que certaines approches peuvent être adaptées au-delà de leurs environnements initiaux. Le principal enseignement est que ce sont les principes sous-jacents (rapprocher la vaccination des populations, travailler par le biais d'intermédiaires de confiance et utiliser des rappels systématiques) qui peuvent être reproduits, plutôt que les lieux ou les modèles de mise en œuvre précis.

## 1.8. Recommandations

Toutes les activités mises en œuvre tout au long du processus ont donné lieu à un ensemble de recommandations qui proposent un cadre pour élaborer et affiner les stratégies de vaccination et améliorer leurs chances de réussite et leur viabilité.

Les expériences des groupes pilotes fournissent des modèles de réussite. La mise en place de rappels, la multiplication des sites de vaccination, le

déploiement de services mobiles pour faciliter l'accès aux vaccins dans les communautés ou l'intégration des vaccins dans des structures courantes telles que les établissements scolaires sont autant de mesures qui permettent de lever plusieurs obstacles, notamment le manque d'informations sur les calendriers de vaccination, les obstacles physiques et logistiques, ou encore le caractère peu pratique des lieux et des horaires :

- Les systèmes de rappel sont essentiels pour mieux faire connaître les calendriers de vaccination recommandés, réduire les oublis et lever les obstacles liés à l'information qui entravent la vaccination.
- Les unités mobiles de vaccination répondent aux obstacles géographiques et de commodité en rapprochant les services de vaccination des populations mal desservies.
- Les programmes de vaccination en milieu scolaire s'appuient sur l'environnement scolaire pour faciliter l'accès à la vaccination des enfants et des adolescents. Ces programmes peuvent considérablement réduire les obstacles logistiques et liés à la distance géographique et améliorer les taux de vaccination.

La réussite des programmes de vaccination passe par une approche complète qui tient compte des besoins et des préoccupations spécifiques des différentes populations. En procédant à des évaluations approfondies des besoins, en impliquant les communautés grâce à des stratégies adaptées à leur culture et en favorisant une coopération étroite entre les parties prenantes, les autorités de santé peuvent instaurer la confiance dès les premières étapes. Les efforts collaboratifs, tels que l'organisation d'événements communautaires, la mise en place de partenariats avec des organisations locales et la création de groupes de travail locaux chargés de la mise en œuvre (LIWG), sont essentiels pour adapter les stratégies, surmonter les obstacles et atteindre une couverture vaccinale élevée.



Publications Office  
of the European Union