

Le Cameroun augmente la portée jusqu'à zéro dose chez les enfants grâce à la microplanification et à la communication

LEÇONS TIRÉES DU TRAVAIL
EN INSÉCURITÉ

LEÇON CLÉ APPRISE

L'intensification périodique des activités de vaccination de routine a aidé le Cameroun à atteindre une large population d'enfants zéro dose vivant dans des zones politiquement instables.

1. JUSTIFICATION, CONTEXTE ET MÉTHODES

LE CAMEROUN DEVAIT VACCINER LES ENFANTS ZÉRO DOSE DANS LES ZONES REÇULÉES ET POLITIQUEMENT INSTABLES



GAVI/2021/CHRISTOPHE DA SILVA

En raison de l'insécurité le long de certaines de ses frontières et des bouleversements sociopolitiques internes dans les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, le Cameroun connaît des perturbations dans les services de santé depuis 2016. (Gavi, Joint appraisal report 2019, 2020). Malgré une diminution des taux de vaccination dans les zones urbaines en raison de la pandémie de COVID-19, le taux global d'immunisation du pays pour la première dose de diphtérie, d'anatoxines tétaniques et de coqueluche (DTP) est resté stable à hauteur de 75 % entre 2019 et 2022, tout comme son taux de couverture par le DTP3 (troisième dose), qui était estimé à 67 % en 2019 et 68 % en 2022 selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance sur la couverture vaccinale nationale (*WHO/UNICEF joint Estimates of National Immunization Coverage*, WUENIC) (WHO/UNICEF, n.d.). Cette étude de cas expliquera comment les activités de vaccination du Cameroun ont pu maintenir les taux de vaccination malgré la pandémie en utilisant la microplanification et une communication accrue au sein des communautés manquées.

MÉTHODES

Pour savoir quelles activités ont contribué au maintien des efforts du Programme élargi de vaccination (PEV), des entretiens qualitatifs ont été menés avec des informateurs clés qui travaillent pour le PEV et ses partenaires internationaux au Cameroun. Les informateurs ont travaillé dans la capitale, Yaoundé, et la région Nord-Ouest et avaient des connaissances des activités régionales et nationales.

Ces informateurs clés ont discuté de leurs expériences avec les efforts de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 et des activités qui avaient permis au Cameroun de maintenir, et dans certains cas, d'augmenter, les taux de vaccination de routine et de réduire le nombre d'enfants zéro dose. Cette étude de cas utilise des points de vue qualitatifs informatifs clés, ainsi que des rapports publiés, pour identifier les interventions clés pour atteindre des enfants à zéro dose au Cameroun. Les stratégies ont augmenté l'identification des enfants zéro dose, la portée aux enfants et aux communautés manqués, et le suivi des efforts de vaccination, en s'alignant sur le [cadre IRMMA](#) de Gavi pour augmenter l'équité dans les programmes de vaccination de routine (Gavi, n.d.).

CONTEXTE

Au Cameroun, le programme PEV est confronté à plusieurs défis, notamment les conflits dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest qui ont entraîné le déplacement interne d'environ 1 million de personnes, le pillage de plusieurs établissements de santé, des violences sur des travailleurs de la santé et dès lors des perturbations dans les services de santé, ainsi que le manque d'équipement de la chaîne du froid dans de nombreuses zones isolées (UNHCR, 2023). Environ 477 000 réfugiés et demandeurs d'asile vivaient au Cameroun depuis juin 2023 (UNHCR, 2023). Le Cameroun compte 10 régions, avec environ 16 % de la population totale vivant dans le Nord-Ouest et 7 % dans le Sud-Ouest, régions qui connaissent la plus grande instabilité.

Le pays a rapporté 149 133 enfants à zéro dose en 2021, la zéro dose étant définie comme des enfants zéro dose de vaccin Penta. Les taux les plus élevés d'enfants zéro dose étaient dans le Sud-Ouest (31 % des enfants) et dans le Nord-Ouest (24 %).

Le pays dispose de trois méthodes principales d'immunisation de routine : la prestation de services de routine dans des sites de santé fixes pour ceux qui vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement ; et des activités de sensibilisation le même jour et des activités mobiles sur plusieurs jours pour ceux qui vivent à plus de 5 kilomètres. En outre, l'intensification périodique de la

vaccination de routine (*Periodic Intensification of Routine Immunization*, PIRI), qui comprend les Journées de la santé des enfants, les Semaines de la santé des enfants et les Semaines nationales de vaccination, est un effort court mais intense utilisé pour administrer les vaccinations de routine au Cameroun, en particulier les doses de rattrapage. Cette étude de cas se concentrera sur le PIRI, car cette méthode a été identifiée comme étant la plus pertinente pour maintenir la couverture vaccinale chez les personnes vivant dans des zones d'instabilité.

DÉFIS ABORDÉS

Les experts travaillant sur les efforts de vaccination au Cameroun ont identifié trois causes principales d'enfants zéro dose : (1) l'instabilité qui force les familles à déménager et complique leur accès aux services de santé ; (2) la couverture géographique inadéquate des services de santé pour la population ; et (3) le manque d'infrastructures de chaîne du froid et d'électricité, ce qui rend difficile pour les établissements de santé, ou même impossible, d'assurer un stockage approprié des vaccins.

Lorsque les familles sont déracinées à cause de la violence, les enfants peuvent ne pas être enregistrés dans un autre établissement de santé après le déménagement. Les postes de santé se sont fermés en raison de la violence envers les agents de santé, et les forces de sécurité quittent souvent les routes plus tard dans la journée. Ils rendent les voyages moins sûrs, mais cela pourrait être le seul moment où les parents sont en mesure d'amener leurs enfants à un centre de santé, expliquent les informateurs.

Certaines zones du Cameroun n'ont pas accès aux sites de santé ; par conséquent, atteindre des enfants zéro dose dans ces zones nécessite une planification et un financement supplémentaires.

Certains établissements de santé manquent d'infrastructure de chaîne du froid et d'électricité depuis des années. Parfois, les installations disposent de générateurs, mais dans d'autres, les travailleurs d'un établissement de santé ne disposant pas d'infrastructure la chaîne du froid se déplacent vers les installations voisines pour rassembler les fournitures, puis utilisent des blocs réfrigérants pendant les quelques jours d'activités de sensibilisation. Il est peu probable que ces établissements fournissent régulièrement des vaccins, et les familles qui arrivent pour se faire vacciner peuvent être refoulées si l'équipement n'est pas disponible le jour même de leur arrivée.

La pandémie de COVID-19 a ajouté un défi supplémentaire aux efforts de vaccination. Le Cameroun a enregistré son premier cas de COVID-19 en mars 2020 à Yaoundé, la capitale. Le gouvernement a restreint les déplacements et les rassemblements pour prévenir la propagation de la maladie. Ce faisant, il a aussi interdit les activités de vaccination de masse. La région du Centre comptait l'un des plus grands nombres de cas de COVID-19, et une analyse a indiqué que cette région avait enregistré une diminution de l'accès et de l'utilisation de la vaccination (Saidu, et al., 2023).

LEÇONS CLÉS APPRISSES

La microplanification au niveau du district a permis de relever les trois principaux défis de la vaccination de routine au Cameroun : l'instabilité socio-politique qui réduit l'accès aux soins de santé, une couverture géographique inadéquate par les services de santé et un manque d'infrastructure de la chaîne du froid.

2. INTERVENTION

DES ENFANTS À ZÉRO DOSE ONT ÉTÉ ATTEINTS GRACE AU PIRI AVEC UNE MICROPLANIFICATION ET UNE COMMUNICATION AMÉLIORÉES

Pour que le PEV puisse toucher des enfants zéro dose et vivant dans des milieux instables, le meilleur moyen est le PIRI (Njoh, et al., 2022). Cette intervention intermittente implique que chaque équipe de district sanitaire, généralement un responsable régional du programme PEV et des agents médicaux de district, développe un microplan, recrute des agents de santé communautaires et du personnel des établissements de santé pour qu'ils se rendent dans les communautés afin de fournir des doses de rattrapage aux enfants et aux adultes, et assure la liaison avec les leaders communautaires qui peuvent plaider auprès des familles pour participer aux services. Les agents de santé communautaires et les vaccinateurs résidant au sein de la communauté où la stratégie est mise en œuvre fournissent des doses au porte à porte, généralement sur trois jours. Ils enregistrent les données sur les doses administrées et les activités menées, et ces données sont soumises au service de santé du district à chaque fin de journée. Parfois, les activités du PIRI sont prolongées le temps d'un quatrième ou d'un cinquième jour si un grand nombre de résidents ont encore besoin de services. À l'issue de chaque session du PIRI, les districts sanitaires organisent une réunion d'évaluation avec le chef des secteurs de santé et le responsable principal de la communication. Une fois cette évaluation terminée, les résultats de chaque domaine de santé sont partagés avec l'équipe PEV régionale.

Le rôle des préparations à la COVID-19 dans la facilitation des vaccinations devrait également être reconnu, car le financement de ces activités a bénéficié aux efforts de vaccination de routine en augmentant la disponibilité des infrastructures de chaîne du froid et du transport pour les travailleurs de la santé.

LEÇONS CLÉS APPRISSES

- La microplanification a aidé le PEV à allouer le financement en fonction des besoins de chaque localité.
- Le fait que les agents de santé communautaires communiquent sur les vaccins a aidé les vaccinateurs à surmonter la méfiance au sein de communautés peu sécurisées.

3. MISE EN ŒUVRE

LA MICROPLANIFICATION PIRI A UTILISÉ UNE COMMUNICATION FORTE AUX NIVEAUX NATIONAL ET LOCAL

La microplanification, qui visait à garantir un financement et des fournitures adéquats et à maximiser la portée des enfants zéro dose, ainsi qu'une communication solide du niveau national jusqu'aux dirigeants locaux pour garantir que les familles connaissent les bénéfices de la vaccination, étaient des éléments essentiels des activités du PIRI. Le cadre IRMMA de Gavi, qui décrit les étapes d'augmentation de l'équité dans les efforts de vaccination, comprend l'identification des enfants zéro dose et la résolution des obstacles du côté offre et demande pour augmenter la portée des enfants identifiés, tous rendus possibles grâce à la microplanification et à la communication intensive autour de l'intervention PIRI du Cameroun.

MICROPLANIFICATION

Les informateurs ont identifié la microplanification comme le composant le plus essentiel de l'intervention PIRI, ce qui a permis de relever les trois principaux défis de la vaccination de routine : l'instabilité socio-politique qui a réduit l'accès aux soins de santé, la couverture géographique inadéquate par les services de santé et le manque d'infrastructure de la chaîne du froid.

L'UNICEF définit la microplanification comme un processus multidimensionnel utilisé pour établir ou mettre à jour les cartes des installations et/ou des régions, identifier les communautés prioritaires, identifier les obstacles à l'utilisation des services et développer des plans de travail avec des solutions axées sur la résolution de ces obstacles (UNICEF, n.d.). La microplanification combine l'utilisation de la couverture et d'autres données opérationnelles avec la répartition de la population et la géographie : elle utilise souvent des techniques de cartographie et des contributions communautaires pour guider l'action (WHO, 2009). Un résumé récent des preuves de Gavi a identifié la microplanification comme une intervention prometteuse pour améliorer l'identification des enfants zéro dose et les atteindre (FHI 360, 2023).

Dans le cadre des efforts de microplanification au Cameroun, la Clinton Health Access Initiative (CHAI) a soutenu la triangulation des données démographiques, géographiques et de vaccination afin d'identifier les zones présentant une forte probabilité d'avoir de nombreux enfants zéro dose (Athiyaman, et al., 2023). Pour ce projet, un tableau de bord basé sur Excel/Power BI combinant les données a permis d'identifier les districts ayant le plus de chances d'avoir besoin de vaccinations de rattrapage. Il s'agissait de zones présentant une instabilité socio-politique et un accès limité aux services de santé.

Les informateurs clés ont décrit comment la microplanification a été mise en œuvre au niveau de la région, chaque district de santé identifié développant un microplan qui a estimé les vaccins et les consommables nécessaires, cartographié les emplacements des personnes déplacées en interne, et estimé les besoins en ressources humaines et en finances pour l'effort. Le financement a été alloué proportionnellement au besoin, avec plus d'argent envoyé aux régions éloignées et politiquement non sécurisées. Bien que les informateurs n'aient pas discuté de la question de savoir si la résolution des problèmes de chaîne du froid faisait partie du processus de microplanification, la gestion des problèmes logistiques peut être incluse dans celle-ci. Les professionnels de santé locaux ont également été impliqués dans la sélection des meilleurs jours pour mettre en œuvre l'intervention PIRI, en évitant les vacances, les événements gouvernementaux tels que les élections et les jours où la violence était considérée comme plus susceptible de se produire. Les informateurs n'ont pas fourni d'informations sur la raison pour laquelle la microplanification a eu lieu au niveau de la région, par opposition au niveau de l'établissement, mais compte tenu de l'accent mis sur la compréhension des conditions locales, les efforts de microplanification doivent s'efforcer de s'engager avec le personnel de l'établissement.

« Vous ne pouvez pas prendre une décision centralisée et croire que tout fonctionnera si les acteurs de terrain ne sont pas impliqués. »

— Informateur clé

Un informateur clé a expliqué l'importance de la microplanification par les équipes locales.

« Vous ne pouvez pas prendre une décision centralisée et croire que tout fonctionnera si les acteurs de terrain ne sont pas impliqués. De plus en plus, pour que ça marche, on comprend qu'il faut impliquer les populations locales et les ONG locales qui sont là et qui travaillent à la mise en œuvre des activités dans les zones d'insécurité. »

Lorsque les districts en difficulté sont associés à des districts similaires et plus performants pour le renforcement des capacités, les résultats des districts en difficulté s'améliorent.

COMMUNICATION

L'intervention PIRI s'appuie sur la disponibilité des familles vis-à-vis des équipes de vaccination et la volonté de faire vacciner leurs enfants, et ainsi, à chaque session PIRI, une sensibilisation et une communication ont été effectuées en amont de l'effort de vaccination de trois jours (Njoh, et al., 2022). Les agents de santé communautaires et le personnel des établissements de santé se sont rendus dans les communautés avant la vaccination pour susciter l'adhésion des dirigeants locaux, en indiquant les dates prévues pour l'intervention et les vaccinations qui seraient administrées. D'autres efforts de communication comprenaient des annonces auprès des services religieux, sur les marchés, ainsi que des messages radio pour fournir des informations sur le type et le lieu des activités de vaccination à venir. Ces messages ont été intensifiés trois jours avant le début de la session PIRI. Un informateur a remarqué que le PEV était devenu de plus en plus dépendant des agents de santé communautaires pour établir des relations avec les leaders communautaires afin de surmonter la méfiance envers les communautés vivant en insécurité.

En outre, la COVID-19 a conduit le PEV à utiliser davantage les méthodes de communication de masse, notamment WhatsApp, Facebook et d'autres réseaux sociaux, car les désinformations sur les vaccinations anti-COVID-19 ont vite commencé à affecter les points de vue du public sur les vaccinations de routine. Un informateur a expliqué : *Les gens ont commencé à se méfier de tout. Ils se sont mis à soupçonner tous les vaccins, ils ne voulaient même pas en entendre parler.* » Par conséquent, les communicateurs de santé ont réorienté leurs supports de communication pour différencier la vaccination de routine de la vaccination contre la COVID-19. Un informateur clé a décrit son encadrement de l'importance des vaccinations de routine : *« Il y a d'autres maladies qui étaient là avant le Covid, des maladies que vous connaissez et qui sont là dans nos communautés. Si vous ne vaccinez pas vos enfants, ils contracteront des maladies comme la rougeole, qui les tuent. Vous ne pouvez pas l'ignorer. »*

FACTEURS DE RÉUSSITE ET OBSTACLES À LA RÉUSSITE

Le leadership de la qualité a été un facteur de réussite des vaccinations de routine au Cameroun. Davantage d'efforts doivent être déployés dans ce domaine. Un informateur explique que *« le problème, ce n'est pas le refus de vaccination ou la réticence à se faire vacciner ; c'est l'approche qui, peut-être, n'était pas la bonne (pour le contexte). Dans plusieurs districts, on a vu qu'en changeant la personne responsable, les performances changent aussi. »*

L'évolution des leaders n'est pas toujours possible compte tenu du manque de personnel de santé dans certains contextes. Les défis auxquels les leaders sont confrontés, par ex. le manque de ressources structurelles, peuvent être indépendants de leur contrôle. Outre le changement de dirigeants, le renforcement des capacités horizontales, dans lequel les travailleurs de la santé des districts prospères partagent des connaissances avec ceux qui occupent des postes similaires dans les districts peu performants, a été identifié comme un moyen d'améliorer la performance des dirigeants et du personnel. Les districts sanitaires locaux peuvent se montrer réticents à accepter les conseils de la direction nationale et à admettre les erreurs. Pourtant, comme un informateur l'a dit, lorsque les districts en difficulté sont associés à des districts similaires et plus performants, les résultats des districts en difficulté s'améliorent.

Le financement des efforts de vaccination contre la COVID-19 s'est aussi avéré être un catalyseur des vaccinations de routine. Certains financements de la COVID ont été utilisés pour acheter des équipements de chaîne du froid, que l'on peut désormais utiliser pour stocker les vaccinations de routine, ce qui permet de conserver les doses dans une zone géographique plus large.

Le financement de la COVID-19 a permis de surmonter un obstacle supplémentaire aux communautés zéro dose : le manque de transport pour les travailleurs de la santé. Bien que les vaccinations soient fournies gratuitement, le coût du transport pour atteindre les établissements de santé constitue un obstacle pour les familles. Il est essentiel de sensibiliser les familles qui ne sont pas en mesure de visiter les installations, mais cela nécessite un soutien financier pour que les professionnels de la santé puissent se déplacer. Une partie de l'argent lié à la COVID-19 a été consacrée à l'achat de motocyclettes, ce qui a permis aux agents de santé de voyager plus facilement d'une communauté à l'autre dans les zones rurales et les zones d'insécurité. Cependant, les informateurs ont noté qu'un transit plus important était nécessaire et que le transport fourni devait être adapté au contexte. Dans certaines régions, les motos attirent une attention indésirable sur les agents de santé, et ceux-ci ont donc indiqué qu'ils préféreraient circuler en vélo. Les informateurs n'ont pas discuté de la manière dont les efforts de vaccination contre la COVID-19 et des enfants auraient pu se coordonner autrement pour empêcher toute concurrence pour les ressources.

Plusieurs informateurs ont noté que l'élaboration par le pays d'une politique nationale de vaccination de rattrapage des enfants et des adolescents, publiée en 2021, était essentielle pour faire face à la réduction des vaccinations de routine survenues pendant la pandémie. Le document fournit des informations

sur les étapes impliquées pour identifier les domaines où les vaccinations de rattrapage sont les plus nécessaires et pour mettre en œuvre des campagnes pour atteindre des enfants zéro dose et ceux ayant manqué des doses.

En s'impliquant dans l'identification des communautés manquées, CHAI a rendu les campagnes PIRI plus efficaces en améliorant l'accessibilité des données de santé au niveau de la région où elles pourraient être utilisées pour la microplanification. CHAI a également soutenu les activités de mentorat pour aider le PEV à améliorer l'exhaustivité, la ponctualité et la qualité des données. Les informateurs ont souligné que les efforts devaient se poursuivre pour garantir que tous les vaccins administrés soient enregistrés dans les systèmes d'information de gestion sanitaire de routine, tels que DHIS2, et que ces données soient disponibles à tous les niveaux du système de santé.

LEÇON CLÉ APPRISSE

Globalement, la couverture DTP1 a augmenté de 51 % à 66 % dans les régions faisant l'objet de PIRI (Nord-Ouest et Sud-Ouest) de 2019 à 2020.

4. RÉSULTATS

LE CAMEROUN A AMÉLIORÉ LA COUVERTURE DTP3 DANS LES DISTRICTS OU L'INTERVENTION PIRI A EU LIEU

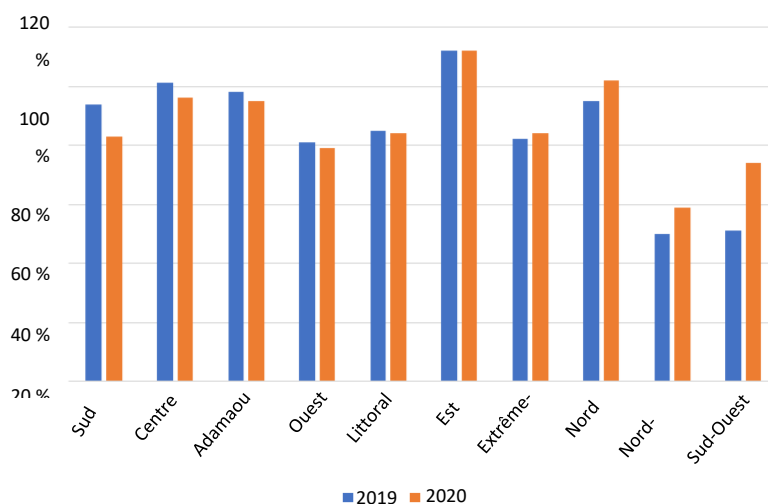
Alors que l'intervention PIRI était mise en œuvre dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest, les seules données disponibles concernaient exclusivement le Sud-Ouest. Au total, 54 242 personnes ont reçu au moins une dose de rattrapage lors des activités du PIRI, et 37 407 enfants de la région ont été vaccinés avec le DTP3 en 2020, contre 24 751 en 2019 (Njoh, et al., 2022). Amélioration des performances sur les 18 districts sanitaires couverts en 2020 par rapport à 2019 (Tableau 1).

Tableau 1. Couverture du DTP3 par district dans la région sud-ouest du Cameroun, 2019-2020

Pourcentage de couverture	< 20 %	20 à 40 %	40 à 60 %	60 à 80 %	> 80 %
2019	3 (16 %)	9 (47 %)	3 (16 %)	4 (21 %)	0 (0 %)
2020	2 (11 %)	2 (11 %)	4 (21 %)	2 (11 %)	6 (33 %)

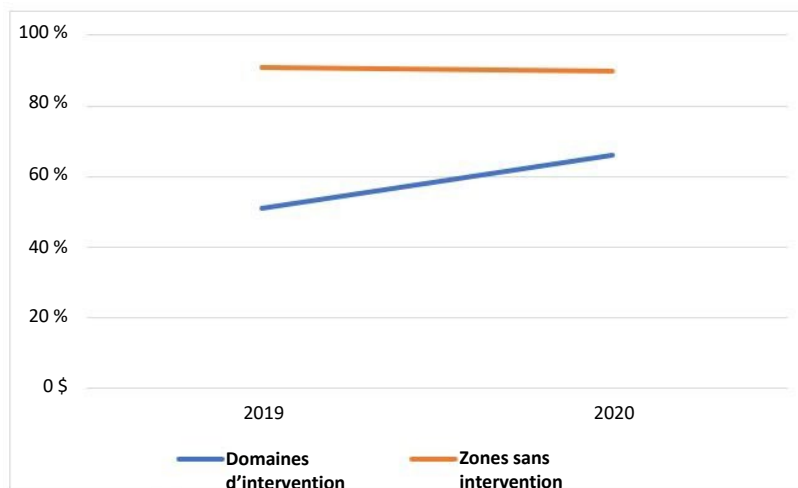
Les données administratives sous-nationales issues du formulaire de rapport conjoint (*Joint Reporting Form*, JRF) ont montré de légères diminutions ou des taux stables de vaccination par DTP1 dans les régions du Cameroun qui n'étaient pas affectées par le conflit, mais des augmentations de la couverture dans les zones touchées par le conflit qui ont reçu le PIRI (Figure 1). Ces données ont montré que la couverture DTP1 augmentait de 9 % dans le Nord-Ouest et de 24 % dans le Sud-Ouest. Globalement, la couverture DTP1 a augmenté de 51 % à 66 % dans les régions faisant l'objet de l'intervention PIRI, à savoir le Nord-Ouest et le Sud-Ouest (Figure 2).

Figure 1. Couverture DTP1 au Cameroun par région, 2019-2020



* Source : Données administratives sous-nationales (JRF)

Figure 2. Changement de couverture DTP1 selon l'intervention PIRI, 2019-2020



* Source : Données administratives sous-nationales (JRF)

Les limites des données sous-nationales comprennent : les erreurs de numération possibles introduites lorsque les données des établissements de santé et des districts ont été résumées et rapportées ; le potentiel de

dénominateurs inexacts, car les estimations de la population peuvent ne pas suivre les changements au fil du temps ; et les inadéquations entre les numérateurs et les dénominateurs dues à la mobilité de la population.

LEÇONS CLÉS APPRISSES

- La plupart des études qui ont été menées sur l'efficacité de la microplanification ont eu lieu dans des zones rurales du Nigeria, ce qui limite la possibilité de généraliser.
- Une enquête est nécessaire sur le caractère durable de la microplanification en tant qu'intervention et sur sa valeur dans les contextes de conflit.

5. LEÇONS APPRISSES ET ÉTAPES SUIVANTES



GAVI/2021/CHRISTOPHE DA SILVA

PLUS DE PREUVES SONT NÉCESSAIRES SUR L'EFFICACITÉ ET LA DURABILITÉ DE LA MICROPLANIFICATION

La microplanification et l'augmentation de la communication ont permis de relever deux des plus grands défis liés aux enfants zéro dose : l'instabilité politique qui provoque des difficultés pour les familles et peut rendre les services de santé inaccessibles, et un manque de couverture géographique par des centres de santé fixes dans les régions éloignées. La microplanification fait partie de la vaccination de routine recommandée au Cameroun depuis plusieurs années, et le PEV a amélioré son utilisation de la microplanification dans le

cadre de la vaccination de routine après l'apparition de la COVID-19. Des informateurs clés ont fourni des détails limités sur la mise en œuvre de la microplanification au cours des efforts de vaccination de routine, et aucune donnée relative à la microplanification avec la vaccination de routine n'était disponible. En outre, les informateurs n'ont pas indiqué quand le PEV a commencé à utiliser la microplanification avec PIRI, mais des données récentes ont été recueillies sur cette association d'interventions. Ainsi, l'une des limites de cette étude de cas réside dans l'impossibilité de montrer la valeur que la microplanification a fait gagner au PIRI et la vaccination de routine pour atteindre des enfants du Cameroun zéro dose.

Il est important de noter que l'intervention PIRI est destinée à servir de mesure d'arrêt et ne doit pas remplacer les efforts visant à renforcer les services de vaccination de routine via des centres fixes et mobiles. L'intervention PIRI doit être évaluée et comparée à d'autres méthodes de vaccination dans les contextes de conflit pour déterminer laquelle est la plus efficace et peut être mieux maintenue au fil du temps. Les études futures devraient déterminer si l'intervention PIRI peut être l'une des meilleures méthodes de vaccination dans les endroits où l'instabilité empêche le renforcement du système de santé de routine.

Les facilitateurs à long terme de l'immunisation de routine qui méritent une enquête plus approfondie comprennent une mise à l'échelle de la microplanification, un renforcement des capacités pour les professionnels de la santé et la promotion d'un leadership de haute qualité. Selon nos données probantes qualitatives et les données de microplanification, celle-ci a été efficace parce qu'elle rassemble des informations au niveau local et tient compte du contexte local, peut être réalisée rapidement et inclut généralement une participation élevée parmi les principales parties prenantes de la communauté (FHI 360, 2023). Pourtant, d'autres études restent à réaliser sur sa rentabilité, son adaptabilité et son caractère durable. La plupart des études qui ont été menées sur l'efficacité de la microplanification ont eu lieu au Nigeria dans des zones rurales éloignées ; dès lors, une enquête plus approfondie reste nécessaire pour déterminer la généralisation de cette approche et sa valeur dans des contextes de conflit (FHI 360, 2023). Les principaux obstacles à la microplanification identifiés lors d'études antérieures comprennent le manque d'estimations exactes de la population de référence et les défis logistiques dans les zones où le terrain est difficile ou les situations de sécurité complexes (FHI 360, 2023). Le soutien de la CHAI, qui a assuré la triangulation des données, a

aidé le Cameroun à recueillir des estimations exactes des emplacements des enfants zéro dose, mais ce soutien devrait être pris en compte dans la microplanification future qui pourrait ne pas avoir les mêmes ressources. Davantage de preuves restent nécessaires sur la façon dont les activités de microplanification doivent protéger la sécurité des travailleurs de la santé et des membres de la communauté dans les zones non sécurisées.

Bien que la microplanification ait été liée à une communication accrue au sein des communautés, une étude plus approfondie est nécessaire sur la meilleure façon de mener cette communication à la lumière de la pandémie de COVID-19 et des futures épidémies. Un informateur a noté comment les vaccinateurs administrant des injections de routine avaient souligné leur séparation de la vaccination contre la COVID-19 en raison de l'hésitation vis-à-vis de la COVID-19. Pourtant, cet accent mis sur la séparation peut avoir fait comprendre aux communautés que la COVID-19 était quelque chose à craindre et pouvait avoir porté préjudice à des efforts importants pour vacciner les personnes contre ce virus. Il existe certaines preuves selon lesquelles le fait d'inclure les voix des chefs traditionnels locaux, des chefs, des chefs religieux et d'autres membres de la communauté peut contribuer à discréditer les fausses informations et à accroître leur adoption en favorisant un sentiment d'appropriation communautaire (Afolabi & Ilesanmi, 2021). De plus, célébrer les réalisations des leaders communautaires qui contribuent au succès des activités de vaccination peut renforcer la collaboration future (Afolabi & Ilesanmi, 2021). Il reste nécessaire d'approfondir plus en profondeur les types de messages qui devraient être transmis pour encourager la vaccination ainsi que la formation à fournir aux agents de santé et aux membres de la communauté qui transmettent ces messages.

Dans cette même veine, une étude est nécessaire sur la durabilité de la microplanification et la manière dont la durabilité peut être facilitée. Au cours des processus de microplanification, le Cameroun a identifié des leaders communautaires disposés à faire don de leur temps et de leurs voix pour la création de la demande avant la prestation de services de vaccinations, et l'implication de ces parties prenantes a été essentielle pour la réussite. Une enquête est nécessaire pour déterminer comment ces volontaires ont été engagés, s'ils sont disposés à fournir un soutien à long terme et s'ils doivent être rémunérés pour leur travail précieux. La seule [étude](#) qui a été menée pour évaluer la durabilité a montré que la microplanification pouvait être maintenue lorsque menée régulièrement, mais a également noté que le roulement du personnel et la nécessité d'une formation restaient des défis (Bhatewara, Sangtam, & Khan).

RÉFÉRENCES

- Afolabi, A., & Ilesanmi, O. (2021). Dealing with vaccine hesitancy in Africa: the prospective COVID-19 vaccine context. *Pan Afr Med J*.
- Athiyaman, A., Ajayi, T., Mutuku, F., Luwaga, F., Bryer, S., Giwa, O., & al., e. (2023). Recovering from the unprecedented backsliding in mmmunization coverage: Learnings from country programming in five countries through the past two years of COVID-19 pandemic disruptions. *Vaccines*, 375.
- Bhatewara, I., Sangtam, L., & Khan, S. (s.d.). *Role of youth in micro planning: A case study of impact and effective strategies for sustainability*.
- FHI 360. (2023). *Microplanning: Evidence on pro-equity interventions to improve immunization coverage for zero-dose children and missed communities*. Durham (NC): FHI 360.
- Gavi. (2020). *Joint appraisal report 2019*. Geneva: Gavi.
- Gavi. (n.d.). *Reaching zero-dose children*. Available from: <https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025/equity-goal/zero-dose-children-missed-communities>
- Njoh, Saidu, Y., Bachir, H., Ndoula, S., Mboke, E., Nembot, R., & al., e. (2022). Impact of periodic intensification of routine immunization within an armed conflict setting and COVID-19 outbreak in Cameroon in 2020. *Conflict and Health*.
- Saidu, D. M., Nchinjoh, S., Edwige, N., et al. (2023). The Hidden Impact of the COVID-19 Pandemic on Routine Childhood Immunization Coverage in Cameroon. *Vaccines*, 645.
- UNHCR. (2023). *UNHCR Cameroon response*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. (n.d.). *Microplanning for immunization: How to strenghten every step of your process*. Available from: <https://agora.unicef.org/course/info.php?id=6730>

WHO. (2009). *Microplanning for immunization service delivery using the Reaching Every District (RED) strategy*. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNICEF. (n.d.). *Immunization dashboard*. Available from: <https://immunizationdata.who.int/>