

En Afrique subsaharienne¹, la couverture vaccinale (exprimée sous forme de pourcentage des enfants qui ont reçu la troisième dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche, aussi appelé DTC3) s'est accrue de façon considérable au cours de la dernière décennie : elle est passée de 55% en 2000 à 77% en 2010.² Et pourtant, les améliorations de la couverture varient selon les régions et il existe toujours des poches de faibles niveaux de couverture vaccinale au sein des pays, tant au niveau rural qu'au niveau urbain. Le fondement d'un programme national efficace d'immunisation se trouve dans la vaccination de routine (VR), c'est-à-dire la mise à disposition pour tous les enfants d'une protection consistante et ponctuelle contre les maladies infantiles communes par le biais de la vaccination. L'existence de systèmes de VR efficaces permet de maintenir les progrès réalisés grâce aux campagnes de vaccination, et ces systèmes offrent une structure qui contribue à l'introduction de nouveaux vaccins. Le projet *Africa Routine Immunization System Essentials* (ARISE)³ a été créé fin 2009 dans le but de tirer des leçons auprès des pays dont les systèmes de vaccination fonctionnent bien. Le projet visait à consolider les expériences et à étudier ce qui conduit à une amélioration de la couverture par VR en Afrique ; de même, il espérait pouvoir établir de nouvelles preuves en ce qui concerne la manière d'étendre et d'intensifier des stratégies efficaces, et ce dans le but d'améliorer la couverture par VR.

Au cours de sa première phase en 2010, le projet ARISE a procédé à l'entrevue de responsables ainsi que de partenaires techniques et du développement ; il a également effectué une analyse systématique des publications spécialisées et de



la littérature grise en matière de moteurs de performance du système de vaccination de routine en Afrique (dans le cadre de la présente étude, la performance est définie comme la couverture vaccinale par DTC3/ pentavalent 3).⁴ Un ensemble préliminaire de politiques, de procédures et d'investissements qui régissent la performance d'un système de VR a émergé.⁵ Dans le but d'analyser en profondeur ces derniers ainsi que d'autres moteurs possibles d'amélioration de la couverture vaccinale, et afin de mieux comprendre comment ils fonctionnent en pratique, le projet ARISE a réalisé une étude sur les moteurs de performance de la VR dans quatre districts du Cameroun. La recherche menée au Cameroun fait partie d'une étude plus étendue qui comprend également l'Éthiopie et le Ghana. Le présent rapport de recherche présente les résultats de l'étude de cas menée au Cameroun.⁶

CONTEXTE

Près de 20 millions de personnes vivent au Cameroun. La moitié de la population vit en milieu urbain et une importante minorité vit en terrain montagneux ou dans d'autres régions assez isolées pendant certaines périodes de l'année. Selon l'Indice du développement humain en 2011 du Programme des Nations Unies pour le développement, le Cameroun se classe 150e sur 187 pays mais il présente un indice de développement humain (0,482) légèrement supérieur à la moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne (0,463).⁷ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que l'espérance de vie moyenne est de 51 ans. Depuis 1990, les estimations du taux de mortalité infantile ont fluctué entre 84 et 91 décès pour 1.000 naissances, et les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans variaient entre 130 et 150. Des taux élevés de mortalité maternelle, un faible recours à la planification familiale et un taux de prévalence du VIH de 5% dans la population adulte sont des éléments qui permettent de démontrer les défis considérables qui existent en matière de santé.⁸ La tendance historique en ce qui concerne la couverture vaccinale a été modelée par d'importants événements sociaux, politiques et économiques, ainsi que par les politiques en matière de vaccination (voir la figure 1). Les principaux faits sont présentés en détail dans la chronologie des différentes politiques (voir l'encadré 1 à la page suivante). La croissance rapide du Programme élargi de vaccination (PEV) dans les années 1980 s'est accompagnée d'un engagement national envers les soins de santé primaires ainsi que d'un système administratif décentralisé. Une crise économique dévastatrice vers la fin des années 1980 ainsi que le programme d'adaptation structurelle qui a suivi ont eu un effet immédiat entraînant la diminution de la couverture vaccinale.

Les initiatives mises en œuvre vers la fin des années 1990 ont permis au pays de retrouver le niveau de couverture vaccinale qu'il avait atteint durant la deuxième moitié des années 1980. D'autres augmentations des niveaux de couverture ont été associées à l'accroissement des effectifs en matière de personnel de santé, à un renforcement progressif de la gestion de la santé au niveau du district et à une prestation de services améliorée par le biais de l'adoption de la stratégie « Atteindre chaque district » (ACD). Les personnes interrogées au niveau national ont indiqué que la performance améliorée du PEV était le résultat d'un engagement politique et gouvernemental ; celui-ci incluait, entre autres, la fourniture gratuite de vaccins et la mise à disposition d'un soutien financier et technique de la part de partenaires internationaux (par exemple la GAVI, l'OMS et l'UNICEF) et d'organisations non gouvernementales. D'autres facteurs qui ont contribué à l'amélioration de la performance comprennent la mise en application constante par le Cameroun de stratégies comprenant des composantes opérationnelles telles que la gestion de la qualité des données, la planification à tous les niveaux du système de vaccination, une supervision de soutien, la coordination, le renforcement et le maintien de l'infrastructure, des équipements et des flux d'intrants et, enfin, un engagement significatif de la communauté.

Plus récemment, la proportion des fonds publics alloués au PEV est passée de 1,5% en 2006 à 3,3% en 2010. Au cours de cette même période, les partenaires du développement ont contribué à 78% du budget total du PEV. Les fonds GAVI de soutien aux services de vaccination

ENCADRÉ I. CHRONOLOGIE DES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ DE 1983 À 2010

1983:	Politique nationale sur les soins de santé primaires
1985:	La vaccination universelle des enfants commence
1987:	Initiative de Bamako
1987:	La politique sur les soins de santé primaires met l'accent sur les infrastructures
1990:	La vaccination universelle des enfants se termine
1995:	Décret relatif à la création des districts de santé
1998:	Création de structures de gestion de la communauté
2000:	Entrée dans l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ)
2001:	Audit sur la qualité des données
2001:	Stratégie du secteur de la santé (2001–2010)
2001:	Plan pluriannuel complet (PPAc) pour 2001–2005
2002:	Création du Groupe technique central du PEV
2002:	Révision des normes et des standards du PEV
2002:	Introduction de l'approche pilote « Atteindre chaque district » (ACD)
2002:	Ressources supplémentaires allouées par la GAVI, l'OMS et l'UNICEF
2002:	Inventaire du matériel du PEV
2003:	Élargissement de l'approche « ACD » à 14 districts de santé
2003:	Évaluation externe de la surveillance épidémiologique des maladies du PEV
2004:	Audit sur la qualité des données
2004:	Planification de la réhabilitation du matériel du PEV (2004–2013)
2004:	Introduction du vaccin contre la fièvre jaune
2004:	Réhabilitation du matériel du PEV (2004–2013)
2005:	Introduction du vaccin contre l'hépatite B
2005:	L'approche « ACD » est étendue à tous les districts
2005:	Mise à jour des normes et des standards du PEV
2005:	Évaluation externe du PEV
2006:	Le gouvernement encourage les membres de la communauté à présider les comités de gestion
2007:	PPAc (2007–2011)
2007:	Premiers cours de formation en gestion de niveau intermédiaire
2007:	Lancement de la Semaine d'actions de santé et de nutrition infantile et maternelle (SASNIM)
2008:	Introduction du vaccin Hib
2008:	Suspension des fonds GAVI pour le SSV
2008:	Fonds pour le PEV provenant de l'OMS et de l'UNICEF
2010:	Lancement du Fonds national pour la vaccination

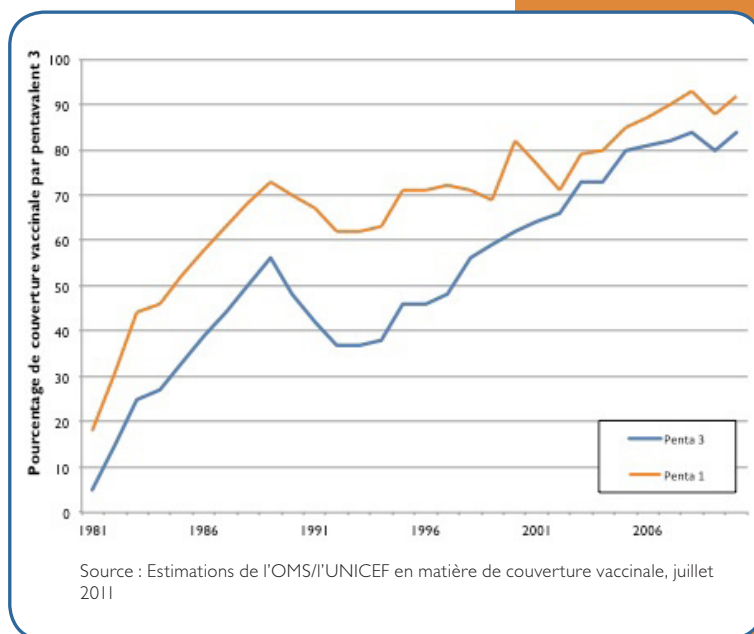
(SSV), initialement utilisés pour récompenser la performance vaccinale des districts de santé, ont été suspendus de 2008 à 2010 ; ceci dit, de nouveaux fonds ont été alloués pour 2011. L'équipe chargée de l'étude a remarqué que la plupart des facteurs nationaux liés à la performance avaient en fait été mis en place avant 2007. Malgré le bref déclin de la couverture qui a suivi la suspension des fonds GAVI de soutien aux services de vaccination, l'amélioration continue laisse à penser que les contributions nationales ont une incidence cumulative et de longue durée.

Le PEV du Cameroun est dirigé par le ministère de la Santé publique via un Groupe technique central établi en 2002 ainsi que des équipes dédiées réparties dans chacune des 10 régions semi-autonomes du pays. Au niveau opérationnel, les services de VR sont gérés et offerts aux districts de santé par un personnel qui intègre le PEV avec d'autres tâches. Les districts sont divisés en aires de santé qui disposent d'un ou de plusieurs centres de santé (également appelés Centres de santé intégrés) qui possèdent leurs propres secteurs d'assistance ainsi qu'une équipe d'infirmiers(ères) et d'aides-soignants. Le district et les aires de santé sont dotés de Comités de santé du district et de Comités de santé des aires de santé composés de fonctionnaires administratifs de la santé et du district ainsi que de représentants de la communauté. Les systèmes de santé de district constituent le lien essentiel entre les initiatives nationales et l'amélioration de la performance. L'étude approfondie menée par le projet ARISE s'est concentrée sur la manière dont les systèmes de VR de district arrivent à un niveau élevé de performance dans le contexte national.

MÉTHODES

La recherche menée au Cameroun a utilisé un modèle d'étude combinant des méthodes de recherche mixtes pour des études de cas multiples,^{9 10} permettant ainsi aux enquêteurs d'identifier et d'analyser les points suivants : 1) quels sont les moteurs indispensables pour l'amélioration

Figure 1. Tendances de la couverture vaccinale par pentavalent 1 et pentavalent 3 entre 1981 et 2010



de la performance du système de VR au niveau du district ; 2) comment ces moteurs influencent-ils la performance ; 3) quels sont les facteurs conceptuels qui entravent ou qui accroissent l'efficacité d'un moteur ; et 4) quels sont les liens qui existent entre les différents moteurs. La sélection des cas s'est effectuée sur base de rapports sur la couverture vaccinale (par pentavalent 3) au niveau national ainsi que sur d'autres critères. Les chercheurs ont sélectionné trois districts de santé montrant une amélioration récente de la couverture vaccinale (de 2007 à 2010) ainsi qu'un district présentant une couverture stable et défini comme un district manifestant peu de changement dans la couverture vaccinale au cours de la même période.

Les districts qui ont été sélectionnés pour l'étude sont présentés dans la figure 2 et ils sont énumérés ci-dessous :

Districts qui présentent une amélioration de la couverture

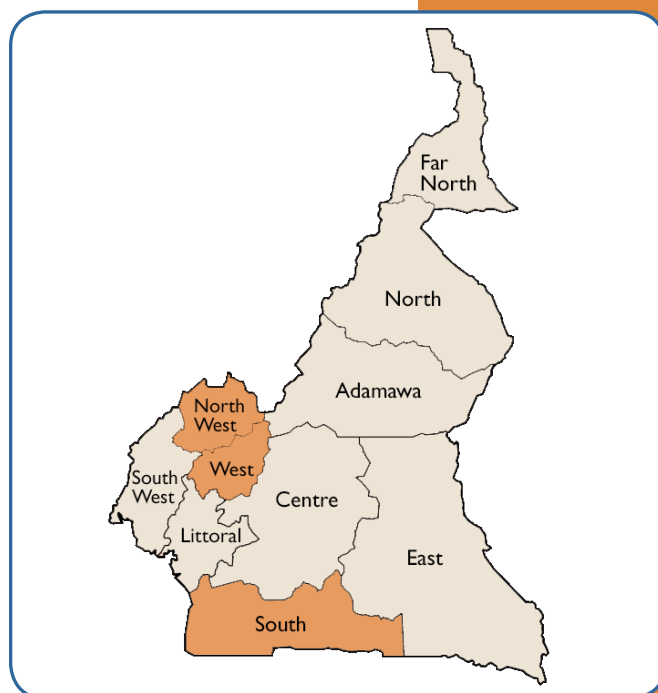
- Kribi, région du Sud
- Ndop, région du Nord-ouest
- Bali, région du Nord-ouest

District ayant une couverture faible et stable

- Bafang, région de l'Ouest

L'étude a été lancée en mai 2011 par un groupe de seize chercheurs camerounais et d'autres nationalités ayant de l'expérience dans le domaine de la méthodologie des études de cas, une expertise en matière de recherche qualitative et de programmes de VR, ainsi qu'une connaissance du contexte local. Le travail sur le terrain dans les districts d'étude a commencé par des séances de travail avec les responsables des districts de santé ; elles étaient généralement complétées par des séances avec les autorités administratives. L'équipe chargée de l'étude a passé du temps dans la capitale du district ainsi que dans trois ou quatre aires du sous-district (ou aires de santé) par district. Les aires de santé ont été sélectionnées de sorte à représenter la diversité culturelle, l'accessibilité aux services, la présence d'infrastructures et la performance de la VR. L'équipe responsable de l'étude a examiné et consigné les données administratives relatives à la vaccination tant au niveau du district qu'au niveau de l'aire de santé.

Figure 2. Localisation des districts d'étude du projet ARISE



L'équipe a également eu recours à des sondages structurés et des listes d'observations afin de documenter les procédés et l'infrastructure de la VR. La collecte de données qualitatives a impliqué plus de cent entretiens non structurés et semi-structurés avec des travailleurs et des gestionnaires de la santé, des bénéficiaires des services de santé ainsi que des représentants des institutions politiques et administratives clés dans chacun des districts d'étude. Des discussions en groupes ont été organisées avec des mères de famille et d'autres membres de la communauté. Les parties prenantes et les experts qui collaborent à l'élaboration ou la mise en œuvre des politiques au niveau national ont également participé à des entrevues. Une des caractéristiques de la collecte des données est que les enquêteurs ont demandé à chacune des personnes interrogées quel était l'élément le plus important qui, selon elles, a permis d'améliorer ou de maintenir à un niveau élevé la couverture vaccinale dans leur aire de santé ou leur établissement.

Comme c'est souvent le cas dans la recherche sur le terrain, ce qui a été constaté dans la communauté n'était pas forcément la même chose que ce qui était décrit par les données nationales. Alors que le travail sur le terrain progressait, l'équipe a remarqué que les données administratives au niveau du district révélaient des estimations sur la couverture vaccinale différentes de celles provenant du niveau national. Dans tous les cas, les tendances de la couverture étaient semblables. La couverture s'est améliorée, ainsi que cela avait été rapporté, mais les niveaux de couverture étaient légèrement différents. L'équipe a également pu constater que les rapports sur la couverture provenant de Bali n'étaient pas cohérents par rapport à l'expérience de son programme de vaccination. Il est alors apparu évident que le système de VR de Bali, sélectionné au départ comme un district présentant une couverture « stable », avait, bien au contraire, atteint un très bon niveau de performance pendant de nombreuses années. Ce district a été reclassé dans la catégorie des districts connaissant un niveau de performance élevé, et un nouveau district (celui de Bafang) connaissant une couverture stable a été ajouté comme le quatrième district d'étude.

L'analyse des données qualitatives et quantitatives s'est effectuée en plusieurs étapes afin d'identifier, de préciser et de valider les résultats. Les chercheurs ont commencé par établir un classement libre des raisons invoquées par les répondants concernant les raisons de l'amélioration de la performance de la VR afin de quantifier la perspective " émique " des moteurs qui conduisent au changement.¹¹ Ensuite, ils ont réalisé une analyse textuelle détaillée des données qualitatives provenant de chacun des districts afin d'identifier et de spécifier encore mieux les moteurs en question. Au cours de la troisième étape, ils ont élaboré des modèles qui expliquent les éléments essentiels des différents moteurs ainsi que

les processus par lesquels ils ont influencé la performance de la VR ; les chercheurs ont aussi comparé l'expérience des districts qui ont connu une amélioration de la couverture vaccinale avec celui considéré comme stable. Ces modèles ont été testés par un retour aux données qualitatives afin de déterminer la présence et la force de chacun des moteurs de performance dans chacun des districts. Enfin, l'équipe d'étude a confirmé le lien qui existe entre les moteurs de performance du système de VR et l'amélioration de la couverture vaccinale en cherchant une corroboration des données sur la couverture vaccinale et une évaluation standard des intrants de la prestation de services de VR.

RÉSULTATS

Le tableau I présenté ci-dessous montre une comparaison entre les districts à partir de caractéristiques contextuelles de base, de la couverture vaccinale, des taux d'abandon ainsi que de certains indicateurs de la capacité du système de vaccination de routine. La taille de la population des districts va de 73.000 personnes à Bali à presque 200.000 personnes à Ndop. Deux des districts sont principalement ruraux et les deux autres sont composés à la fois de zones urbaines et de régions agricoles. Tous les districts se retrouvent face au même problème d'accès à certaines populations pendant la saison des pluies. Une révision des données administratives au niveau national a révélé que le district de Kribi dans la région du Sud et le district de Ndop dans la région du Nord-ouest ont tous les deux atteint des taux de couverture vaccinale par pentavalent 3 de plus de 80% des enfants vaccinables en 2010, avec les récentes augmentations entre 2008 et 2009 (voir la figure 3).

L'incertitude en ce qui concerne le dénominateur¹² population fait qu'il est difficile d'avoir confiance dans l'estimation de la couverture vaccinale du district rural de Bali dans la région Nord-ouest. Il semble que la divergence qui existe dans les estimations de la couverture vaccinale soit le résultat de l'utilisation des chiffres sur la population de 2003 à 2010 qui reflétaient une population à Bali beaucoup plus grande qu'elle ne l'était en réalité.

Figure 3. Tendances de la couverture vaccinale par DTC dans les quatre districts de santé, de 2002 à 2010

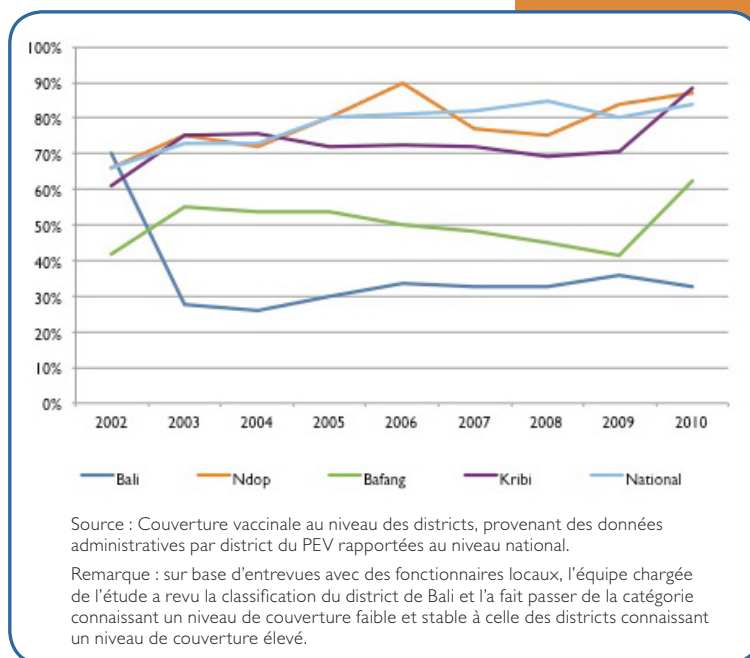


Tableau I. Caractéristiques du contexte et de la couverture vaccinale dans les quatre districts d'étude

	KRIBI	NDOP	BALI	BAFANG
Région	Sud	Nord-ouest	Nord-ouest	Ouest
Population totale (en 2010)	114.952	197.215	73.614	135.646
Population cible (enfants de moins d'un an en 2010)	4.598	7.889	2.945	5.426
Caractéristiques de la zone géographique	8.325 km ² Zone rurale avec un centre urbain important ; la saison des pluies a un impact notable sur l'accès à cette région.	1.115 km ² Zone rurale présentant des problèmes d'accès pendant la saison des pluies.	240 km ² Zone rurale ; régions montagneuses et riches terres agricoles ; forte identité culturelle.	958 km ² Zone semi-urbaine ; quelques zones rurales isolées.
Taux de couverture vaccinale par pentavalent 3 en 2007 et en 2010	72% ; 88%	77% ; 90%	34% ; 33%	48% ; 63%
Taux d'abandon entre le pentavalent 1 et le pentavalent 3 en 2007 et en 2010	14% ; 18%	3% ; 3%	11% ; 3%	2% ; 5%
Ratio population cible/ personnes qui administrent les vaccins, 2010	121/1	91/1	Pas disponible	226/1
Établissements de santé dotés de services de vaccination avant 2000 par rapport à l'an 2010	40 contre 55	16 contre 35	3 contre 7	27 contre 38
Pourcentage estimé de vaccinations administrées par des services fixes	70	70	70	94
Nombre de réfrigérateurs en bon état de fonctionnement	11	41	7	Pas disponible
Ruptures de stocks au cours des 12 derniers mois	Aucune	Aucune	Aucune	Oui, mais très peu
Nombre de motocyclettes en bon état de fonctionnement	5	7	7	11

Source : Couverture vaccinale provenant des données administratives du niveau national.

Remarque : les données sur la couverture vaccinale à Bali qui sont présentées ici sont basées sur les rapports administratifs officiels. L'équipe responsable de l'étude a réévalué les données sur la couverture vaccinale à Bali en se basant sur les entretiens avec des gestionnaires de programmes locaux ; les membres de l'équipe ont fini par déterminer que la couverture vaccinale à Bali s'était améliorée antérieurement et qu'elle était demeurée à un niveau élevé pendant plusieurs années. Ces estimations revues et informelles situent le taux de couverture vaccinale par pentavalent 3 à Bali à environ 75% en 2010.

Les personnes interrogées ont confirmé qu'un recensement local effectué au cours des cinq dernières années à des fins de planification de la santé a estimé que la population totale de Bali tournait aux environs de 20.000 personnes en comparaison au chiffre officiel qui tourne autour de 70.000. De plus, le district est largement connu comme offrant un très bon accès aux services de santé. Le district stable (Bafang, dans la région de l'Ouest), quant à lui, présentait des taux de couverture vaccinale qui fluctuaient entre 40% et 55% entre 2002 et 2009, avec une augmentation à 63% en 2010. Les districts d'étude du projet ARISE ne faisaient pas partie de ceux ayant la performance la plus élevée du pays. Les districts de Kribi et de Ndop ont vu leur rang s'améliorer, passant ainsi de la moitié inférieure en 2007 à la moitié supérieure des districts en 2010. Bafang, le district stable, faisait partie des districts qui présentaient la couverture la plus faible au cours de ces deux années. Dans le tableau, Bali apparaît pour les deux années au bas et près du bas du classement à cause des estimations inexactes du dénominateur qui ont été mentionnées précédemment.

Au cours des 10 dernières années, tous les districts ont connu une augmentation du nombre d'établissements qui assurent des services de vaccination. Cependant, en 2010, les districts de Kribi et Ndop présentaient un ratio entre le nombre de personnes qui administrent les vaccins et la population cible plus élevé que le district stable. Les trois districts qui présentent une amélioration de la couverture fournissent un plus grand pourcentage de services via les campagnes de sensibilisation que le district stable. En ce qui concerne les autres aspects de la capacité du système, les districts semblent se trouver au même niveau. Par exemple, la disponibilité des vaccins était fiable dans tous les districts et l'on n'a enregistré qu'une seule rupture de stocks de trois mois dans le district de Bafang en 2010. En outre, le nombre de motocyclettes disponibles pour les campagnes de sensibilisation ne semble pas expliquer les différents résultats en matière de performance. Le district de Bafang était doté du plus grand nombre de motocyclettes (11), y compris six qui se trouvaient dans la capitale du district et cinq au niveau du sous-district.

CADRAGE DES MOTEURS DE PERFORMANCE DE LA VR

L'analyse approfondie de la performance de la VR a révélé 23 mécanismes par le biais desquels la performance s'est améliorée au niveau du district. Ces exemples d'actions précises, de politiques ou encore de ressources qui ont eu une influence sur la performance ont été regroupés en neuf moteurs de performance d'ensemble ; ceux-ci étaient communs aux districts ayant connu une amélioration de la couverture vaccinale et ils étaient absents ou plus faibles dans le district stable. L'équipe en charge de

l'étude a mis en place un cadre d'organisation des moteurs de performance de la VR au Cameroun (voir la figure 4) dans le but d'expliquer plus en détails de quelle façon ces moteurs se déploient dans l'ensemble du système de santé. Ce cadre classe les moteurs en trois grandes catégories : les *bases du système*, la *prestation de services* et *l'engagement de la communauté* ; il introduit également une catégorie de forces catalytiques considérée comme les *facteurs humains* qui se chevauchent et interagissent avec les moteurs afin d'accroître leur influence. Les catégories et les catalyseurs peuvent être décrits comme suit :

- Les *bases du système* : il s'agit essentiellement des principes, des stratégies et des ressources du système de santé ainsi que des mécanismes qui soutiennent la prestation des services de vaccination.
- La *prestation de services* : cette catégorie comprend tant les mécanismes relatifs aux types et à la qualité des services et des équipements (y compris le transport) que les fournitures nécessaires à la prestation des services.
- *L'engagement de la communauté* : sont inclus ici non seulement les mécanismes formels qui visent à informer et impliquer les communautés, mais aussi l'adaptation de ces mécanismes aux milieux culturels et sociaux.

Ces trois catégories forment un cadre cohérent pour améliorer la performance.

- Les forces catalytiques considérées comme *facteurs humains* sont en fait tissées dans les autres catégories. Elles se rapportent au comportement humain ou aux caractéristiques qui forment chacune des catégories et elles permettent aux moteurs de performance qu'elles ont en elles de fonctionner efficacement.

Les influences externes agissant sur les moteurs et sur les résultats de la performance sont également représentées dans la figure 4 ; elles comprennent des facteurs tels que les stratégies et les politiques nationales et internationales, les cadres juridiques, les flux de financement et les partenariats internationaux.

Le tableau 2 présente un résumé des moteurs de performance de la VR et des mécanismes, tous classés selon les catégories définies dans le cadre d'organisation.

Figure 4. Cadre d'organisation des moteurs de performance de la VR au Cameroun

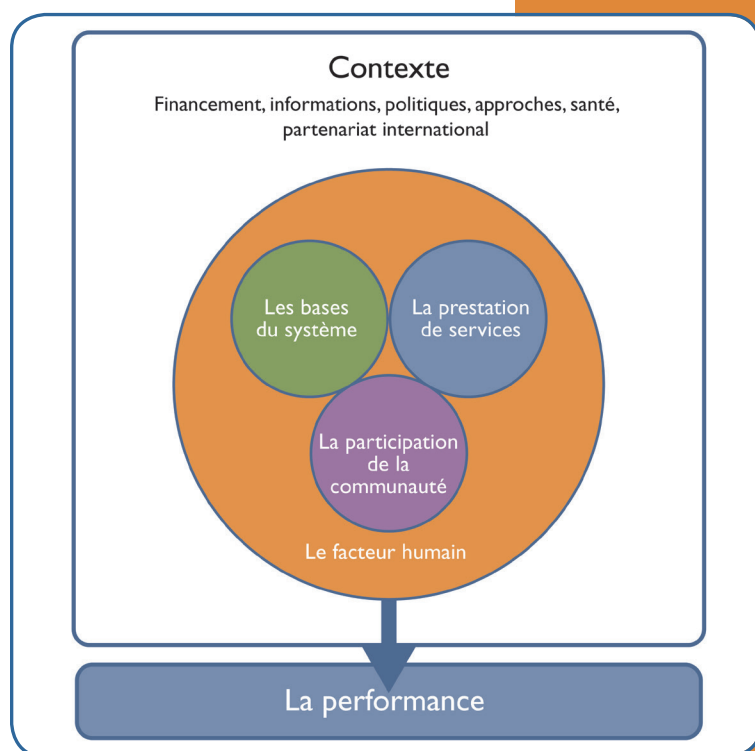


Tableau 2. Résumé des moteurs communs aux districts ayant connu une amélioration de la couverture vaccinale

CATÉGORIE	MOTEUR	MÉCANISME
Les bases du système	Approche stratégique	Engagement des parties prenantes
		Planification stratégique
		Connaissance de la situation locale
	Ressources pour la mise en œuvre	Disponibilité des ressources humaines
	Systèmes de gestion	Réunions pour évaluer la performance
Gestion des données		
La prestation de services	Stratégie de prestation de services	Stratégies adaptées dans les sites fixes
		Stratégies adaptées pour la sensibilisation
		Stratégies de suivi et de soutien
	Qualité des services	Réception dans les établissements
		Services concomitants
	Infrastructure	Établissements
		Matériel frigorifique
		Approvisionnement en vaccins
	Transport	
L'engagement de la communauté	Communication	Mise en œuvre de stratégies de communication
		Communication de routine
		Moyens de communication supplémentaires
	Engagement des parties prenantes	Structures sanitaires et communautaires liées
		Participation des autorités locales
		Participation des organisations communautaires
	Responsabilité de la communauté en matière de vaccination	Acceptation sociale de la vaccination
Intégration de la vaccination dans la culture locale		
Les facteurs humains	Compétences des effectifs d'agents de santé	Compétences techniques des agents de santé et des agents communautaires
		Comportement des agents de santé
		Capital social ¹
	Inclusion sociale	Approche basée sur le sexe des personnes (axée sur les femmes)
		Approche participative
	Motivation	Reconnaissance

¹ Le capital social se rapporte à la valeur des réseaux sociaux qui forment des liens entre des personnes semblables et rapprochent des populations diverses, et qui incluent des normes de réciprocité (voir les définitions [en anglais] sur le site suivant : <http://www.socialcapitalresearch.com/definition.html>).

Les bases du système

Dans la catégorie des bases du système, une analyse des données du district a révélé trois moteurs essentiels de performance de la VR : l'engagement des parties prenantes, les ressources pour la mise en œuvre et les systèmes de gestion. Le chemin vers la performance qui commence avec l'engagement des parties prenantes et qui se termine par une couverture vaccinale accrue passe par des processus tels que l'établissement de budgets, la mobilisation de ressources ainsi qu'une mobilisation focalisée de la part d'autres acteurs tels que les partenaires du développement, le gouvernement local et les communautés. L'engagement national envers les programmes de santé et le soutien des donateurs sont à la base de nombreux éléments de cette première catégorie, représentés par l'affectation de ressources pour les activités de vaccination de routine et le soutien politique. Les trois districts qui ont connu une amélioration de leur couverture vaccinale attribuent aussi leur succès au fait que les dirigeants du district et de la province ont donné la priorité aux services de vaccination.

Ici, à Kribi, la première activité est la vaccination. Il s'agit d'une action qui ne peut pas être négligée. Il se peut que certaines données relatives à la santé soient ignorées au cours de nos réunions de coordination, mais jamais les données sur le PEV.

Consultant en chef, district sanitaire de Kribi

Comme indiqué plus haut, la disponibilité des ressources parmi les quatre districts était fiable et elle a constitué une base solide pour l'amélioration de la couverture vaccinale ; la disponibilité des ressources était semblable entre les districts. Ce qui a essentiellement varié est la proportion de personnel de santé disponible pour la population. Les agents de santé de Bafang ont aussi indiqué qu'ils ne disposaient pas des ressources suffisantes pour pouvoir offrir des services de sensibilisation et des services mobiles aux populations peu accessibles ou réticentes à la vaccination ; par conséquent, ces populations ne bénéficiaient généralement pas de services.

Enfin, les entrevues avec le personnel de la santé et des membres de la communauté à Kribi en particulier ont mis en évidence de solides pratiques

Les bases du système



de gestion qui ont contribué à l'amélioration de la couverture vaccinale. Les personnes interrogées ont indiqué que le fait d'avoir des réunions régulières d'évaluation de la performance s'avérait être une pratique de gestion efficace dans tous les districts qui ont connu une amélioration de la couverture vaccinale. Dans le district de Kribi, les investissements réalisés dans les formations en gestion de données lui ont permis d'évaluer son rendement de façon plus efficace et de mieux cibler les services pour les régions qui en ont le plus besoin.

La prestation de services

Dans la catégorie de la prestation de services, trois moteurs de performance ont contribué à l'amélioration de la couverture vaccinale : les stratégies de prestation de services, la qualité des services et l'infrastructure. En plus d'avoir accordé la priorité à la vaccination, les gestionnaires de la santé des trois districts connaissant une amélioration ont également déterminé leurs stratégies sur base d'une compréhension approfondie du contexte local et des besoins de la communauté. Les stratégies spécifiques variaient selon les districts. Cependant, les équipes des districts de Kribi, Ndop et Bali ont régulièrement adapté leurs stratégies aux besoins locaux, ce qui s'est avéré déterminant pour l'amélioration de la couverture vaccinale. Le succès au niveau du district reposait sur différents éléments : une compréhension détaillée des calendriers préférés des communautés pour la vaccination proposée par le biais de services fixes et de sensibilisation, une communication efficace avec les clients, l'identification des communautés qui présentent un faible niveau de couverture vaccinale et un plan d'action visant à cibler les régions dans lesquelles la couverture est faible.

Nous organisons les sessions de vaccination le dernier vendredi du mois et le premier lundi du mois suivant ; ainsi, si une femme manque la session du vendredi, elle peut toujours se présenter le lundi. Nous tenons aussi compte des jours de marché et nous ajustons l'agenda de prestation de vaccination en conséquence.

Un répondant de Bali

Par ailleurs, dans les districts de Ndop et Bali, les stratégies de prestation de services ont donné la priorité à l'inscription des femmes enceintes et des enfants pour le suivi des vaccins et pour terminer le schéma de vaccination. De surcroît, les équipes des trois districts connaissant une amélioration ont étroitement collaboré avec les prestataires confessionnels de services de santé. En revanche, dans certaines aires de santé du district de Bafang, des membres de la communauté se sont plaints d'une mauvaise communication

avec la communauté en ce qui concerne le jour et l'endroit où les services de sensibilisation seront proposés et aussi de la mauvaise qualité des services fournis.

On ne sait jamais quand l'infirmière va venir (avec les vaccins) pour pouvoir nous préparer.

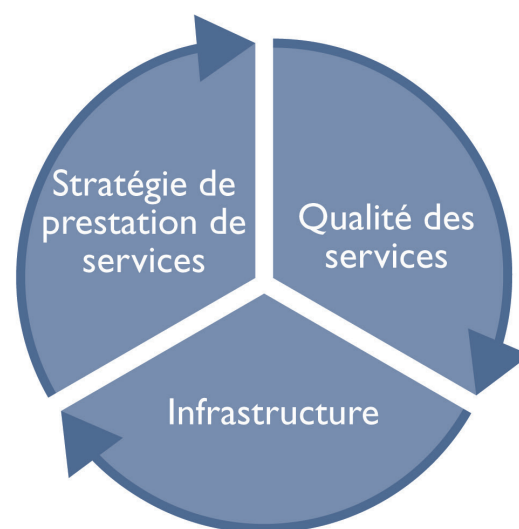
Une personne interrogée de Bafang

Enfin, dans les districts de Ndop et Kribi, les équipes de soins de santé ont mis en œuvre une stratégie dans laquelle les agents de santé sont assignés à des aires ou des zones spécifiques pour la sensibilisation à la vaccination, et ils retourneraient de façon routinière dans ces zones au sein des mêmes communautés plutôt que de circuler entre différents sites de travail. Grâce aux visites répétées, ils ont pu établir des liens étroits avec la communauté. Les agents de santé ont appris les détails qui entourent les besoins et les jours préférés pour les services d'une communauté donnée, et ils ont travaillé de pair avec la communauté pour développer un sens partagé de la responsabilité d'atteindre tous les enfants et d'arriver à ce qu'ils soient tous vaccinés.

Offrir des services de haute qualité constituait également un facteur important dans la catégorie de la prestation de services. L'équipe chargée de l'étude a constaté que certains établissements de santé du district stable n'étaient pas aussi bien entretenus et n'étaient pas dotés d'installations aussi attrayantes que les établissements des autres districts. Les membres des communautés du district stable avaient plus tendance à se plaindre des attitudes des agents de santé ou du manque de services supplémentaires tels que la pesée des enfants lors de leur visite au centre de santé. Le district stable (Bafang) dépendait aussi essentiellement des services fixes ; toutefois, les informateurs ont signalé que les agents de santé refusaient parfois de vacciner un enfant sous le prétexte qu'il n'y avait pas assez de demande pour justifier l'ouverture d'une fiole contenant le vaccin.

En revanche, deux points communs en ce qui concerne la qualité du service ont été liés à l'amélioration de la couverture vaccinale dans les districts de Kribi, Ndop et Bali : la façon d'accueillir les femmes dans les établissements de santé et la disponibilité simultanée d'autres services en plus de la vaccination. Les agents de santé de ces trois districts ont réalisé des efforts particuliers pour rendre les services attrayants, comme par exemple en

La prestation de services



ayant recours à des chansons ou à des messages qui démontraient du respect pour les besoins des femmes et pour le temps qu'elles consacrent à la santé de leur enfant. Les services fournis par le gouvernement ont senti une certaine concurrence avec les services prestés par des organisations confessionnelles, et les gestionnaires ont insisté sur le besoin de respecter les clients et de ne pas refuser de servir les retardataires en fin de journée. Dans le district de Bali, des clients qui faisaient partie des groupes de discussion ont témoigné que l'agent de santé leur avait donné l'impression qu'il les avait attendus afin de pouvoir s'occuper d'eux et de leurs enfants. En outre, des clients ont signalé que l'existence d'autres services de santé pour les enfants offerts en plus de la vaccination avait également poussé les femmes à revenir au centre de santé de façon régulière.

L'engagement de la communauté

Les moteurs de performance clés qui figurent dans la catégorie de l'engagement de la communauté comprennent la communication, l'engagement des parties prenantes et la part de responsabilité de la communauté en matière de vaccination. Les équipes de santé de district ont redoublé leurs efforts pour impliquer les communautés dans la prise de décisions des programmes et dans la prestation de services de VR. Le Cameroun est doté de « structures de dialogue » formelles par le biais desquelles la communauté participe dans les organes gouvernementaux, depuis le niveau du gouvernement central jusqu'au niveau des aires de santé. Bien que dans certaines parties du pays les comités de santé ne fonctionnent pas pleinement, ils étaient toutefois actifs dans les trois districts d'étude connaissant une amélioration. Outre cet engagement formel de la part des parties prenantes, les districts présentant une performance élevée ont coopéré étroitement avec les autorités locales politiques, religieuses et traditionnelles, les associations de femmes et les ONG locales.

À la mosquée, nous accueillons les infirmiers(ères) et le personnel qui administre les vaccins pendant les campagnes de vaccination. Parfois, ils passent simplement nous demander de communiquer des messages à nos membres. Nous disposons d'une commission de la santé. Ismala, l'un des adeptes de la mosquée, est le président de cette commission.

Informateur clé, Ndop

La communication constitue un autre élément essentiel de la catégorie de l'engagement de la communauté. La communication va des campagnes d'information à la dissémination de matériel de promotion de la vaccination par les dirigeants locaux, en passant par la livraison de messages personnels

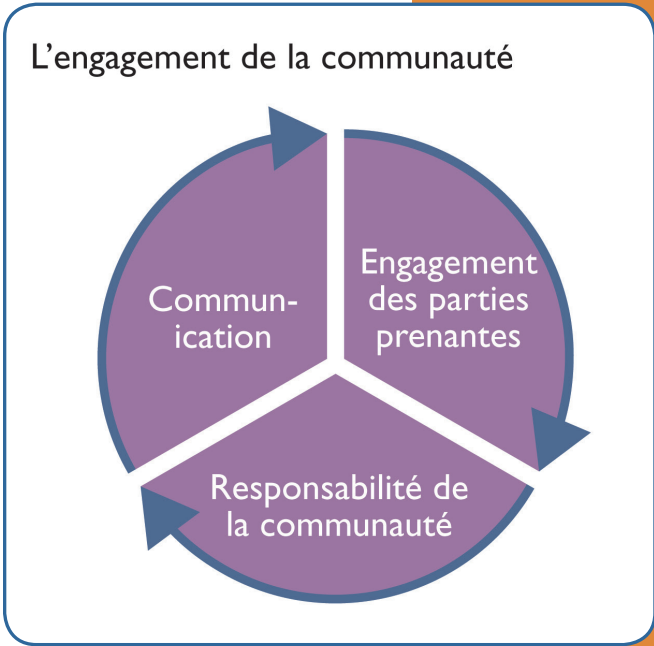
concernant la vaccination par les agents de santé aux mères et parmi les femmes de la communauté. Une telle communication personnelle directe est probablement la manière la plus efficace, et elle est encore plus manifeste lorsqu'existe une forte part de responsabilité sociale et culturelle du programme de VR. L'équipe chargée de l'étude a remarqué que la pression sociale exercée sur les femmes pour qu'elles fassent vacciner leur enfant était très forte dans les districts présentant un niveau de performance élevé. Les messages concernant la vaccination ont également eu une profonde influence sur la culture locale. Les femmes de Bali chantaient des chansons sur des bébés en bonne santé, sur la vaccination et qui suppliaient l'infirmière de venir les voir rapidement. Ces chansons ont aidé à associer la vaccination avec le fait d'être une bonne mère de famille. Bien que le district stable fût composé essentiellement de membres d'un groupe partageant la même langue, on n'y a cependant pas trouvé de chansons sur la vaccination.

Un engagement authentique de la communauté et un engagement réciproque sont également essentiels à l'amélioration de la performance de la VR.

Dans les districts connaissant une amélioration, le secteur de la santé a pu établir des partenariats avec les organisations de femmes ainsi qu'avec les dirigeants religieux et traditionnels afin de promouvoir la vaccination. À Bali, les dirigeants du district qui venaient de l'extérieur du secteur de la santé ont mobilisé le soutien des résidents qui avaient émigré à l'étranger. Leurs dons ont considérablement amélioré les services de santé. Ndop constitue un exemple de profond engagement dans la mobilisation communautaire édifée sur base d'organisations communautaires renforcées qui se sont stabilisées par le biais de formations. Le district a également intégré efficacement les organisateurs de la mobilisation sociale dans un ensemble d'activités d'éducation à la santé et de processus de prise de décisions.

Les facteurs humains catalytiques

Le dernier aspect du cadre d'organisation capture l'utilisation de stratégies qui visent à gérer les relations interpersonnelles, à éveiller l'intérêt de groupes qui n'ont pas de pouvoir formel et à récompenser l'initiative dont font preuve les agents de santé : en bref, les facteurs humains. Chacun de ces éléments a été déterminant pour la mobilisation de nouvelles ressources et pour l'accès aux communautés mal desservies ou résistantes



à la vaccination. Dans de nombreux cas, ce sont précisément ces facteurs catalytiques de la performance du système de VR qui ont fait la différence entre les districts présentant un niveau élevé de couverture vaccinale et ceux ayant un niveau de performance inférieur ou stable.

Le premier élément est la compétence des effectifs. La catégorie des bases du système présentée précédemment comprenait la notion de garantie d'un nombre suffisant d'agents de santé. La compétence des effectifs a trait aux efforts fournis afin d'améliorer la qualité du personnel ; ces efforts passent par le recrutement de personnes qui offrent de nouvelles compétences et par des formations spécialisées. Dans le district de Kribi, le responsable du district a recruté du personnel pour améliorer la gestion des données et, dans le district de Bali, l'infirmier en chef a intégré des agents communautaires dans les mécanismes de prestation de services afin d'accroître sa capacité d'offrir à la fois des services fixes et des services de sensibilisation. Ces investissements en capital humain se sont étendus au-delà du personnel de la santé afin de resserrer les liens de respect mutuel entre les parties prenantes locales et le secteur de la santé. Ce type d'établissement de relations stratégiques est essentiel pour arriver à améliorer la performance du système de VR car il permet aux districts d'avoir accès à de nouvelles ressources financières et à de nouvelles voies pour la prestation de services.

Une deuxième stratégie pour le renforcement de la performance de la VR présente dans les districts ayant une couverture vaccinale améliorée est la motivation du personnel et des communautés par le biais de la reconnaissance de leur contribution aux activités de vaccination. La reconnaissance peut se traduire de différentes manières et elle peut impliquer, entre autres, une lettre de la part du niveau national aux agents de santé ou à une communauté, ou encore des rétributions financières ; cela a été le cas dans le district de Ndop où le chef de la santé du district travaillait en partenariat avec des ONG locales, ce qui lui a permis de remettre un « petit quelque chose » aux agents communautaires pour les remercier de leurs efforts. La reconnaissance peut également se faire sous forme de contributions en nature, comme par exemple un logement approprié ou l'accès à des outils de travail essentiels tels qu'une

Les facteurs humains



motocyclette, un téléphone portable ou un ordinateur. L'expression de la gratitude en public et les remerciements pour les services fournis ont motivé les agents de santé et les membres de la communauté à continuer à faire des sacrifices personnels afin de fournir des soins.

La dernière dimension de ces facteurs humains catalytiques est l'inclusion sociale. L'équipe en charge de l'étude a recensé de nombreuses initiatives fructueuses dans les districts plus performants qui visaient à impliquer les femmes et à faire mieux accepter la vaccination au sein de groupes isolés tels que les nomades Baka (pygmées). Dans le district de Ndop, le chef de la santé du district de la santé a encouragé la nomination de femmes dans les niveaux les plus hauts de prise de décisions dans les structures de la communauté. Dans le district de Bali, le chef de la santé du district a établi un lien direct avec les puissantes organisations de femmes, qui sont essentielles à la mobilisation de la communauté. Les gestionnaires de la santé des districts de Kribi, Ndop et Bali ont également développé de bonnes relations avec les dirigeants locaux, ce qui a stimulé la demande locale de vaccination et diminué la résistance au sein de certains groupes.

IMPLICATIONS

Depuis que le Cameroun a acquis son indépendance, le taux de couverture vaccinale à l'échelle nationale s'est amélioré continuellement. Les rares phases de stagnation ou de léger déclin semblent être liées à des périodes passagères de crise économique ou de carence temporaire du soutien financier international. Au niveau central, les répondants ont indiqué que l'amélioration de la performance au Cameroun au fil des années reposait sur une volonté politique continue ainsi que l'engagement du gouvernement envers la vaccination et la santé des enfants, la disponibilité d'un soutien financier et technique provenant de partenaires internationaux (p. Ex. La GAVI, l'OMS, l'UNICEF ou encore des ONG internationales), ainsi que la mise en application continue par le Cameroun de stratégies pertinentes axées sur l'amélioration de la performance (p. Ex., « ACD » et autres). Ces stratégies ont renforcé la prestation de services au niveau infranational via l'utilisation de données de meilleure qualité, la planification, la supervision de soutien, la coordination, le renforcement et le maintien des infrastructures et équipements et, enfin, un engagement solide de la part des communautés.

Dans le cadre d'un tel contexte de soutien national, l'enquête approfondie menée par ARISE sur les systèmes de vaccination de routine a pu identifier neuf moteurs de performance qui ont influencé les améliorations récentes en matière de couverture vaccinale par DTC3/pentavalent 3. Les neuf

moteurs de performance étaient tous présents dans les trois districts ayant connu une amélioration de la couverture vaccinale, et ils étaient faibles ou inexistantes dans le district « stable » de comparaison. Dans ces différentes catégories de moteurs de performance, l'enquête a découvert différents mécanismes utilisés par les districts afin d'améliorer la prestation de services de vaccination et son acceptation par la communauté.

D'autres études ont également signalé de multiples facteurs qui influencent de façon positive les changements dans la performance de la couverture vaccinale.¹³ Toutefois, l'étude ARISE menée au Cameroun va plus loin pour ériger un cadre unificateur visant à guider la conceptualisation de l'amélioration de la performance des systèmes de vaccination de routine. Ce cadre fait ressortir trois catégories importantes qui se renforcent mutuellement, et qui sont essentielles à la compréhension des voies qui conduisent à l'amélioration de la performance de la vaccination de routine : les *bases du système*, la *prestation de services* et l'*engagement de la communauté*. En outre, les stratégies catalytiques « axées sur les personnes » motivent tout autant les agents de santé que les personnes en charge du bien-être des enfants, et elles leur permet de contribuer fructueusement à l'atteinte des objectifs du programme.

Les résultats de l'étude sur les moteurs de performance de la vaccination de routine dans quatre districts du Cameroun pourraient avoir plusieurs répercussions sur la politique pratique d'autres districts subsahariens.

Pour commencer, tous les districts dans lesquels la couverture vaccinale s'est améliorée avaient en commun un fondement solide provenant de la **disponibilité régulière des composantes essentielles du système de vaccination** : un personnel qualifié, des vaccins et une chaîne du froid, des moyens de transport et des sites en nombre suffisant dans lesquels fournir les services de vaccination. Sans cette base, nombreux seraient les mécanismes des moteurs de performance qui ne pourraient pas fonctionner efficacement ni faciliter l'amélioration de la couverture.

Deuxièmement, les agents de santé et les gestionnaires des districts dans lesquels le niveau de couverture s'est amélioré ont mis l'accent sur le fait qu'**atteindre la communauté** doit être la cible des stratégies de prestation de services. Dans le district de santé de Kribi, la performance a été alimentée par l'accent mis sur la sensibilisation. Les gestionnaires ont également assigné le même agent de santé à des sites spécifiques de sensibilisation afin d'ancrer une relation continue entre l'agent de santé en question et la communauté ; cette relation permet aussi d'établir un engagement partagé envers la vaccination de tous les enfants. Dans le district de Ndop, les gestionnaires et les agents de santé ont mis l'accent

sur la qualité des services, la propreté des points de prestation de services et le respect montré par les agents de santé envers les personnes en charge du bien-être des enfants. Ainsi, les agents de Ndop ont forgé une réputation pour les services de santé qui arrivaient à faire revenir les gens pour des soins de façon régulière. Ils se sont aussi adressés à la communauté afin de trouver ceux qui ont abandonné la vaccination et les encourager à terminer le schéma de vaccination de leur enfant. Les interlocuteurs de Bali ont insisté sur l'importance de la cohésion communautaire ainsi que de services de vaccination qui soient réguliers, fiables, de qualité, et fournis par des agents de santé qualifiés. Tant dans le district de Ndop que celui de Bali, les agents de santé ont eu recours à des méthodes participatives dans le cadre de leur travail avec les groupes communautaires et les clients individuels pour de nombreux aspects de la programmation. Des méthodes de travail comprenant de solides références à la culture locale ou encore l'écoute des suggestions ont créé un climat de confiance dans lequel les agents de santé et aussi les membres de la communauté ont pu travailler efficacement. En revanche, les personnes interrogées dans le district de Bafang, c'est-à-dire celui où il n'y a pas eu d'amélioration de la couverture vaccinale, ont indiqué que le manque de ressources pour la sensibilisation à la vaccination ajouté à un engagement limité de la part de la communauté ont fait que des poches de population n'ont pas reçu de services.

Troisièmement, l'expérience vécue par les districts en matière d'amélioration de la couverture vaccinale porte à croire que les **moteurs ne fonctionnent pas de façon isolée mais, au contraire, qu'ils se nourrissent et se soutiennent les uns les autres de diverses manières**. Par exemple, la suspension de fonds extérieurs a été mentionnée dans plusieurs entrevues comme ayant porté préjudice à la coordination, la supervision et la motivation du personnel. Et pourtant, les intervenants du niveau national et du niveau du district ont trouvé des moyens de concilier ce changement dans la disponibilité des ressources en canalisant les sources de financement alternatives et en redoublant d'efforts pour fournir les services de vaccination. La diminution du taux de couverture et la récupération qui ont suivi la suspension des fonds ont résulté à la fois de la capacité du système de compenser les changements qui surviennent dans les flux de financement extérieurs (par le biais de ressources de l'État et du secteur privé) et de la capacité du système de vaccination de s'adapter aux changements de circonstances, selon les besoins. Cette flexibilité a incité à l'introduction de nouvelles stratégies liées à l'intégration des services, la réorganisation des stratégies pour les campagnes et, finalement, au renforcement de la coopération avec les partenaires internationaux.

Quatrièmement, dans les districts connaissant une amélioration de la couverture vaccinale, les **équipes de district ont adapté les stratégies aux conditions et besoins locaux**. Leur connaissance du contexte local et la mise en application de cette connaissance ont permis à ces équipes de district de travailler dans cette situation de ressources limitées et d'atteindre malgré tout les communautés avec les services de vaccination. Ainsi, pour pouvoir comprendre les changements qui surviennent dans la performance, il est essentiel de se rendre compte que ce n'est pas seulement la présence des moteurs qui garantit l'amélioration de la performance, mais également la manière dont ces éléments sont introduits et mis en œuvre, et la priorité qui leur est accordée dans un contexte spécifique. Par exemple, dans le district de Ndop, les agents de santé et les gestionnaires de district ont accru les stratégies standard de sensibilisation en impliquant des comités communautaires de santé ainsi que des groupes communautaires influents afin de stimuler l'engagement de la part du gouvernement local et des personnes en charge des enfants envers la vaccination. D'autres gestionnaires ont pris comme point de départ la stratégie standard ACD afin de se concentrer sur « Atteindre chaque enfant », adaptant ainsi une approche globale à un contexte local et incitant à un sens de la responsabilité et à l'engagement. Cette mise en application créative des ressources et idées à la résolution des problèmes ou à la réalisation des objectifs a exigé une capacité locale parmi les dirigeants et gestionnaires afin de comprendre les concepts stratégiques, de les repenser et de les adapter efficacement.

NOTES DE FIN

- 1 Dans le présent rapport, le terme « Afrique » fait référence aux 46 pays qui font partie de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé.
- 2 Estimations de l'Organisation mondiale de la Santé/le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (OMS/UNICEF) en matière de couverture vaccinale de 1980 à 2010, à compter de juillet 2010. Disponible en anglais sur le site suivant : http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country_profileselect.cfm.
- 3 Le projet ARISE est géré par le *JSI Research & Training Institute, Inc.* (JSI) et il est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. Les partenaires de JSI dans le cadre du projet ARISE sont : (1) en Ouganda, l'école de santé publique de la *Makerere University* et (2), aux États-Unis, le *Dartmouth Institute du Dartmouth College* ainsi que l'école de santé publique de la *George Washington University*.
- 4 Le DTC3 et le pentavalent 3 sont admis comme indicateurs qui permettent de mesurer la performance d'un système de vaccination de routine.
- 5 *Landscape Analysis Synopsis: An Initial Investigation of the Drivers of Routine Immunization System Performance in Africa* (May 2011). Arlington, VA: John Snow, Inc./ Projet ARISE pour la Fondation Bill et Melinda Gates. Disponible en anglais sur le site suivant : <http://arise.jsi.com/landscape-analysis-2/>.
- 6 Le rapport complet sur l'étude de cas menée en Éthiopie, les rapports et documents connexes sur la recherche menée par ARISE au Cameroun et au Ghana, ainsi que les résultats synthétisés des recherches menées par le projet ARISE sont disponibles (certains en anglais et d'autres en français) sur le site suivant : <http://arise.jsi.com/>.
- 7 Rapport mondial sur le développement humain 2011. <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/CMR.html> (en français).
- 8 Les statistiques sur la santé au Cameroun sont disponibles via le Portail des données et statistiques de l'OMS (ces informations ne sont disponibles qu'en anglais). <http://apps.who.int/ghodata/?vid=5800&theme=country#>.
- 9 Lin R. K. (2009). *Case Study Research Design and Methods*, 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 10 La recherche en matière de services de santé fait souvent l'objet de critiques parce qu'elle se concentre sur des limitations qui ne sont pas pertinentes aux yeux des gestionnaires qui souhaitent élaborer des stratégies fondées sur des données probantes et qui fonctionnent (Bosch-Capblanch, Kelly & Garner, 2011). La conception du projet ARISE s'est inspirée d'approches méthodologiques telles que l'évaluation réaliste et la déviation positive qui offrent une compréhension plus nuancée du fonctionnement des systèmes de santé et qui fournissent des conseils plus pratiques aux gestionnaires (B Marchal, M Dedzo & G Kagels, 2010a; B Marchal, M Dedzo & G Kagels, 2010b; Pawson, 2002; Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walshe, 2005).
- 11 Pour obtenir des informations concernant l'inscription gratuite ainsi que sur d'autres techniques d'analyses qualitatives, veuillez consulter le manuel et les informations connexes du programme ANTHROPAC sur le site suivant (en anglais) : <http://www.analytictech.com/anthropac/apacdesc.htm>
- 12 Le district de santé de Bali a été initialement sélectionné comme district de comparaison étant donné que son taux de couverture vaccinale était resté stable de 2007 à 2010. Toutefois, dès l'arrivée à Bali, les premières enquêtes et discussions ont rapidement révélé des divergences considérables entre les estimations officielles sur la couverture vaccinale et la performance réelle du programme. Afin de vérifier la sélection du district, l'équipe de recherche a commencé par revoir les données sur la couverture au niveau du district dans des rapports locaux, et elle a procédé à des contrôles informels concernant le statut de vaccination des enfants par le biais de visites à domicile. Ces investigations, de même que les

résultats des observations et entrevues approfondies, ont décrit Bali comme un district de santé présentant un niveau de couverture vaccinale stable mais élevé ainsi que des activités au sein du programme qui fonctionnaient très bien. Le graphique montre les données qui utilisent le dénominateur officiel et reflète donc le faible niveau de couverture qui a été rapporté. Les problèmes graves du dénominateur qui ont été découverts à Bali montrent bien à quel point les inexactitudes dans le dénominateur continue de créer d'importants défis au PEV dans de nombreux pays. Sur base de ces résultats, la classification du district de Bali est passée de district présentant une couverture « stable » (c'est-à-dire ne reflétant aucune amélioration de la performance) à district présentant une amélioration de la couverture vaccinale. Bali semble représenter un district doté de hauts niveaux de couverture ; la couverture vaccinale à Bali se serait apparemment améliorée antérieurement à la période de l'étude et elle serait demeurée à un niveau élevé depuis lors.

- 13 Naimoli, J. F., Challa, S., Schneidman, M., & Kostermans, K. (2008). *Toward a grounded theory of why some immunization programmes in sub-Saharan Africa are more successful than others: a descriptive and exploratory assessment in six countries*. *Health Policy and Planning*, 1–11, doi:10.1093/heapol/czn028.



AFRICA ROUTINE IMMUNIZATION SYSTEM ESSENTIALS

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le ministère de la Santé publique de la République du Cameroun et son Programme élargi de vaccination, les représentants d'organisations internationales – en particulier l'Organisation mondiale de la santé / Cameroun - et les nombreux responsables gouvernementaux (régionaux, locaux et les agents de santé), en plus de personnel des établissements de santé et des membres de la communauté dans les districts de Bafang, Bali, Kribi, Mbanga et Ndop, qui ont pris le temps de fournir des réponses réfléchies aux questions posées lors des entretiens.

Nous adressons des remerciements particuliers à la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien au Projet ARISE ; au Dr François Gasse pour avoir prêté son expertise internationale en matière de vaccination dans l'étude menée au Cameroun ; la directrice du PEV, Dr Marie Kobela et son adjoint, Dr Jean Thomas Bikoï ; Dr Blanche Anya de l'OMS / Cameroun ; et notre partenaire-pays du *High Center for Health Sciences* de l'Université catholique d'Afrique centrale (<http://www.apdhac.org/index.html>) et son équipe de recherche (dirigée par Julienne Louise Ngo Likeng sous la direction du Dr. Benjamin Alexandre Nkoum; Christophe Ate, Thomas Alain Nougla II, Awoh Innocentia Ankungha, Edmond Mballa Elanga VII, Bertrand Ignace Bertrand, Elisabeth Noulagheu, Yvette Molo, Magloire Banga, Stéphanie Mounda, Annie Ngobo Ngwala et Mbono Frederic) pour leur enthousiasme et leur flexibilité au cours de longues journées de travail.

Nous tenons également à remercier le responsable de l'équipe de recherche au Cameroun, Cheikh Niang, Amanda Makulec et Ryan Macabasco pour leur expertise, leur travail acharné et leur dévouement dans la réalisation de ce rapport.

CITATION RECOMMANDÉE :

LaFond, A.K, & Sequeira, J.M (2012). *Les moteurs de performance du système de vaccination de routine au niveau du district : Étude de cas sur le Cameroun*, Rapport de recherche n° 4 du Projet ARISE, Arlington VA : JSI Research and Training Institute, Inc, le Projet ARISE pour la Fondation Bill & Melinda Gates.



JSI Research & Training Institute, Inc.

CONTACT

Projet ARISE

John Snow, Inc./
Bureau du D.C.
1616 Fort Myer Drive,
Suite 1600
Arlington, VA 22209
Tél: +1.703.528.7474
Fax: +1.703.528.7480

Courriel: arise@jsi.com
Site: www.arise.jsi.com