

Évaluation de la Facilité COVAX, du mécanisme AMC et des efforts de distribution du pilier COVAX

Rapport final de l'étude de cas du Cameroun

Avril 2025

Préparé pour
Gavi, OMS, UNICEF, CEPI

Préparé par
RTI International

3040 E. Cornwallis Road, PO Box 12194
Research Triangle Park, NC 27709 USA
www.rti.org

Avec Itad Ltd. (Royaume-Uni) et Genesis Analytics (Afrique du Sud)



CONTENU

RESUME EXECUTIF	I
HISTORIQUE ET CONTEXTE NATIONAL	1
CARACTERISTIQUES DE COVID-19 ET COVAX	1
APERÇU DE L'ENGAGEMENT DE COVAX AU CAMEROUN	4
QE 3: Le cadre de mise en œuvre du pilier de distribution du COVAX était-il approprié pour atteindre les objectifs globaux?	8
QE 4: Dans quelle mesure le pilier de la distribution du COVAX a-t-il été mis en œuvre et adapté selon les besoins, conformément aux objectifs généraux?	12
QE 6 : Dans quelle mesure les résultats escomptés dans le cadre du pilier "distribution" ont-ils été atteints?	17
REFERENCES	25
ANNEXE	A-1
Annexe A : Méthodes.....	A-2
Annexe B : Adaptation de la théorie du changement par pays	A-4
Annexe C : Calendrier par pays.....	A-6

FIGURES

Figure 1. Chronologie des pays	5
Figure 2. Partenaires de distribution de COVAX soutenant le PEV du Cameroun.....	9

TABLEAUX

Tableau1. Équipement de la chaîne du froid acheté et installé à l'aide des fonds COVAX initiaux	6
Tableau 2. Détails du budget approuvé du CDS-3 pour le Cameroun	11
Tableau 3. Couverture vaccinale COVID-19 dans les groupes prioritaires au Cameroun.....	18

LISTE DES ACRONYMES

AVAT	Fonds africain d'acquisition de vaccins
BDEAC	Banque de Développement des États de l'Afrique Centrale
CDC	Centre de contrôle et de prévention des maladies
CDS	Le financement de la distribution du vaccin COVID-19
CDS-AP	Le financement de la distribution du vaccin COVID-19 par accès anticipé
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
CHAI	Initiative Clinton pour l'accès à la santé
COVAX	COVID-19 Initiative pour l'accès mondial aux vaccins
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CoVDP	Partenariat pour la distribution de vaccins Covid-19
DTCoq	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche
ECF	Équipement de la chaîne du froid
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI, l'Alliance du vaccin)
GTCV	Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination
MAPI	Manifestations adverses post-vaccinales indésirables
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PNDV	Plan national de déploiement et de vaccination pour la COVID-19
PROVARESSC	Plateforme des Organisations de la Société Civile pour la Promotion de la Vaccination et le Renforcement du Système de Santé au Cameroun
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

RESUME EXECUTIF

Informations générales sur le Cameroun et COVAX

La République du Cameroun, un pays d'Afrique centrale à revenu moyen inférieur, a bénéficié de COVAX de mars 2021 à décembre 2023. En plus de faciliter l'approvisionnement du vaccin COVID-19, COVAX a soutenu les aspects logistiques, techniques et opérationnels de l'administration du vaccin COVID-19.

La mise en œuvre de COVAX au Cameroun était un effort multipartite auquel ont participé GAVI, l'Alliance du Vaccin, ses partenaires dans le pays et d'autres acteurs principaux tels que la Clinton Health Access Initiative (CHAI). Les efforts se sont concentrés sur le soutien du Programme élargi de vaccination (PEV) du pays par le biais d'un soutien financier direct pour les aspects opérationnels de la vaccination COVID-19 et d'une assistance technique, fournie par les partenaires de GAVI - l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et la CHAI.

Le soutien de COVAX qui a été reçu au Cameroun

Les principaux éléments de l'aide COVAX étaient les suivants :

- Une première subvention de 660 000 USD pour l'achat d'équipements de la chaîne du froid (ECF).
- Le financement de la distribution du vaccin COVID-19 par accès anticipé (CDS-AP) d'une valeur de 5,5 millions de dollars US, qui a permis le lancement de la vaccination COVID-19 et l'engagement précoce des communautés.
- Le soutien de base de COVAX par le biais du soutien au développement du vaccin COVID-19 3 (CDS-3), d'un montant de 19,5 millions de dollars US, qui a été reçu plus tard dans la pandémie pour consolider les activités de vaccination COVID-19 et les intégrer dans les soins de santé primaires.
- Un montant supplémentaire de 5 millions de dollars US fourni par partenariat pour la distribution de vaccins Covid-19 (CoVDP), afin d'augmenter la couverture vaccinale qui était encore inférieure à 10 % au Cameroun après plus d'un an d'activités COVAX.

Résultats et défis de l'administration de COVAX au Cameroun

Les succès principaux du soutien de COVAX au Cameroun comprennent l'amélioration de l'accès aux vaccins COVID-19 et leur fourniture à la population locale. Le PEV du pays a été durablement renforcé par l'achat de nouveaux ECF et l'ajout de personnel spécialisé par des partenaires de GAVI. Le PEV a reçu plus de 100 nouveaux réfrigérateurs et congélateurs, y compris des congélateurs ultra-froids. Deux spécialistes de la communication en matière de santé ont rejoint l'équipe pour suivre et contrer les rumeurs sur les vaccins dans le pays. En outre, des plateformes de données ont été créées pendant l'implémentation de COVAX afin d'enregistrer l'utilisation des vaccins au niveau des établissements de santé. La mise en œuvre a rassemblé plusieurs entités gouvernementales et non gouvernementales qui ont collaboré efficacement pour entreprendre la vaccination COVID-19.

C'était la première initiative nationale de vaccination des adultes et elle a servi d'occasion d'apprentissage pour le PEV.

Le plus grand défi rencontré lors du déploiement du vaccin COVID-19 a été l'hésitation vaccinale. Celle-ci était évidente même parmi les personnels de santé, dont la moitié ne s'est pas fait vacciner. La désinformation sur le vaccin a largement circulé, et les changements de discours sur l'efficacité des vaccins COVID-19 dans la prévention de l'infection ont exacerbé la méfiance. Les théories du complot sur l'origine des vaccins importés et les intentions qui les sous-tendent ont dissuadé de nombreuses personnes de se faire vacciner.

Au cours de la pandémie de COVID-19 au Cameroun, les activités du PEV de routine ont été perturbées dans deux points chauds, les régions du Centre et du Littoral, où 71,4 % des districts sanitaires ont signalé une baisse des taux de vaccination des enfants, mesurée par la prise du vaccin contre la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche (DTCoq). Même les nouveaux vaccins contre le paludisme et le papillomavirus n'ont pas atteint la couverture souhaitée, bien qu'il ne soit pas certain que cela soit uniquement dû à l'hésitation vaccinale générée par la pandémie de COVID-19.

Leçons ou perspectives plus larges

Malgré des efforts considérables, la prise de vaccin COVID-19 au Cameroun est restée sous-optimale, principalement en raison de l'hésitation vaccinale. À la fin de l'initiative COVAX, en décembre 2023, seuls 13,5 % de la population totale du pays avaient reçu au moins une dose de vaccin COVID-19, tandis que 11,5 % avaient achevé la série primaire. Cependant, la participation à la vaccination était plus élevée dans les groupes à haut risque qui étaient prioritaires et parmi lesquels la couverture vaccinale complète était la suivante : personnels de santé - 52,7 %, personnes souffrant de comorbidités - 16,0 % et personnes âgées de 50 ans et plus - 29,9 %.

L'expérience de COVAX au Cameroun suggère que le pays bénéficierait de la conduite de revue après action, comme c'est habituellement le cas après les réponses aux épidémies, et de la capitalisation des ressources locales - acteurs communautaires, chercheurs, institutions et organisations - pour la préparation et la réponse futures aux pandémies.

HISTORIQUE ET CONTEXTE NATIONAL

Cette étude de cas nationale est l'une des six études contribuant à *Évaluation de la Facilité COVAX, du mécanisme AMC et des efforts de distribution du pilier COVAX*, dans le but de fournir des exemples illustratifs de la mise en œuvre de COVAX dans le contexte et de démontrer comment sa mise en œuvre a atteint des résultats dans des facteurs contextuels mondiaux et locaux en évolution.^a

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale à revenu moyen inférieur, avec une population d'environ 28 millions d'habitants. Il comprend 10 régions, dont huit sont francophones et deux anglophones. La pauvreté est un défi majeur et les tensions sociopolitiques dans les régions anglophones ont débouché sur des violences depuis 2016. Le pays connaît une croissance régulière du produit intérieur brut (PIB) d'au moins 3 % par an depuis 2021.¹

Le Cameroun a été plus sévèrement touché par le COVID-19 que tout autre pays de la sous-région d'Afrique centrale. Le premier cas a été enregistré en mars 2020 et, en décembre 2020, le pays comptait un total de 26 277 infections et 448 décès, soit un taux de létalité de 1,7 %.² En mars 2021, le nombre quotidien de nouveaux cas a atteint un pic de près de 8 700.³ Toutefois, en raison des capacités de dépistage limitées à l'époque, les infections et les décès liés au COVID-19 signalés étaient probablement nettement inférieurs à l'incidence réelle. Des enquêtes sérologiques menées entre octobre et décembre 2020 suggèrent que plus de 2 millions d'infections par COVID-19 se sont produites dans les 10 capitales régionales du Cameroun en 2020.⁴

Réponse du pays à COVID-19

Le président du Cameroun a ordonné la formation d'un groupe de travail COVID-19 sous la direction du Premier ministre. Ce groupe de travail, créé le 17 mars 2020, composé d'experts du domaine médical et d'autres secteurs, a mis en place plusieurs mesures nationales de santé publique pour réprimer l'épidémie. À mesure que l'épidémie gagnait du terrain, la réponse nationale au COVID-19 s'est intensifiée et a inclus le port obligatoire d'un masque dans les lieux

Caractéristiques de COVID-19 et COVAX

COVID-19

- Taux d'infection: 0,5
- Taux de mortalité: Taux de létalité : 1,6 %.
- Moyenne de l'indice de rigueur gouvernementale [avant 2021]: 42,2
- Moyenne de l'indice de rigueur gouvernementale [après 2021]: 26,3

COVAX

- Priorité à la CoVDP: Oui

^a COVAX, le pilier vaccins de l'Accélérateur pour l'accès aux outils COVID-19 (ACT-A), a été lancé fin avril 2020 sous l'immense pression de la pandémie COVID-19 pour fournir des vaccins dans le monde entier, en introduisant un mécanisme de marché sans précédent à l'échelle mondiale. COVAX a été codirigé par la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), Gavi, l'Alliance du vaccin (Gavi), l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). COVAX représente un partenariat de 193 pays qui coordonnent leurs ressources afin de garantir l'accès à un portefeuille de vaccins candidats COVID-19, visant à fournir aux pays participants un accès rapide à des doses de vaccin suffisantes pour vacciner jusqu'à la moitié de leur population.

publics à partir du 13 avril 2020.⁵ En 2021, les vaccins COVID-19 ont été inclus dans la réponse à la pandémie avec l'objectif de vacciner 20 % de la population totale.⁶

Le pays a reçu son premier lot de vaccins COVID-19 via un don de 200 000 doses de Sinopharm de la part du gouvernement chinois le 11 avril 2021⁷ et la vaccination a commencé le lendemain dans les centres spécifiés. Le 17 avril 2021, après avoir reçu 391 200 doses supplémentaires de vaccin Covishield fournies par COVAX, le pays a lancé la première des cinq campagnes de vaccination entreprises entre avril 2021 et novembre 2022. Ce n'est que lors de la dernière campagne, entre le 18 et le 27 novembre 2022, que le Cameroun a atteint le seuil de 10 % de couverture pour les personnes ayant reçu des doses complètes de vaccination⁸. L'objectif de cette dernière campagne était d'administrer au moins 3 millions de doses. Le total de 2 004 385 doses administrées - dont 341 415 doses de rappel - représente 66,8 % de l'objectif de la campagne. Les hommes (52,7 %) et les femmes (47,3 %) ont participé de manière relativement égale.⁸ Sur les 1 430 542 personnes qui ont complété la série primaire pendant la campagne, 7,7 % étaient des personnels de santé (la couverture dans ce sous-groupe était de 52,7 %), 56,5 % avaient 55 ans et plus (30,0 % de couverture) et 27,2 % présentaient des comorbidités (16,0 % de couverture).⁸

L'incidence de COVID-19 ayant diminué, les campagnes de vaccination ont cessé après novembre 2022. Cependant, la vaccination contre le COVID-19 a continué d'être proposée par des équipes fixes et mobiles tout au long de l'année 2023. En décembre de cette année-là, on estimait que 13,5 % de la population avait reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 et que 11,5 % avait complété la série primaire. Dans le groupe d'âge des 50 ans et plus, la couverture de vaccination complète s'élevait à 29,9 %.¹⁰

La couverture de 11,5 % du Cameroun pour la vaccination complète était comparable à celle de plusieurs pays voisins, notamment le Congo, la Guinée équatoriale et le Gabon, où le taux variait entre 11,3 % et 13,1 %, mais bien inférieure à celle du Tchad (28,0 %) et de la République centrafricaine (43,5 %).¹⁰

Parmi les facteurs qui ont façonné l'expérience COVID-19 au Cameroun, on peut citer l'engagement du gouvernement à un haut niveau. Le président du Cameroun a personnellement déclenché la réponse et le groupe de travail national a été coordonné par le Premier ministre.

La contribution des partenaires internationaux a été importante. Il s'agit de GAVI et de ses partenaires de l'Alliance, principalement l'UNICEF et l'OMS, du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis, des CDC Afrique, du Fonds monétaire international (FMI), de la Banque de Développement des Etats de l'Afrique centrale (BDEAC), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de Médecins sans Frontières (MSF). De grandes entreprises locales, telles que MTN Cameroon, Orange Cameroon, CIMENCAM et CONGELCAM, ainsi que des organisations de la société civile regroupées sous la bannière du PROVARESSC ont apporté leur contribution financière et autre.

La nature du COVID-19, dont la gravité a varié au cours des vagues successives, a influencé les perceptions et l'expérience du public. L'hésitation vaccinale était très répandue au Cameroun, alimentée par des rumeurs et la désinformation, principalement sur les réseaux sociaux. Le stress socio-économique des restrictions liées à la pandémie était indéniable, en particulier pour le secteur informel très actif du pays.¹¹

Aperçu du secteur de la santé au Cameroun

Le système de santé camerounais est structuré en trois niveaux: le niveau périphérique qui comprenait 190 districts sanitaires au moment de l'épidémie de COVID-19, le niveau intermédiaire composé de 10 délégations régionales de la santé publique et le niveau central ou stratégique comprenant les départements et les institutions du Ministère de la Santé Publique. Le déficit en personnel de santé est énorme, avec seulement 1,24 médecin et 1,90 infirmière/sage-femme pour 10 000 habitants.¹²

Le département responsable de la vaccination au sein du Ministère de la Santé Publique est le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Il était complètement opérationnel aux niveaux central et périphérique avant l'épidémie de COVID-19. Au niveau stratégique, les décisions du PEV sont guidées par le Groupe Techniques Consultatifs sur la Vaccination (GTCV), qui se compose d'experts et de représentants d'organisations partenaires. Opérationnellement, les districts sanitaires sont responsables des activités de vaccination de routine, supervisées par les directeurs régionaux du PEV, qui rendent compte au PEV national.

Le PEV comporte trois stratégies principales d'administration des vaccins : la vaccination systématique dans des centres de santé fixes pour les personnes vivant dans un rayon de 5 km d'un établissement, des services mobiles de proximité pour les personnes vivant plus loin d'un établissement, et l'intensification périodique de la vaccination systématique - ou des campagnes de vaccination - lors des Journées/Semaines de la Santé de l'Enfant et des Semaines Nationales de Vaccination, au cours desquelles les agents de santé coordonnent leurs efforts afin d'augmenter la couverture vaccinale sur une période de courte durée.

L'intensification de la vaccination systématique est le moyen principal dont dispose le PEV pour atteindre les enfants non vaccinés dans des contextes instables comme les régions anglophones.¹³ Des campagnes peuvent également être organisées d'urgence en réponse à une épidémie.

Principales caractéristiques du pays

Population

- Population totale : 27 795 843 (projections de l'Institut national de la statistique du Cameroun, 2022)
- Population urbaine : 53,0%
- Population > 50 ans : 9%
- Population < 18 ans : 60%
- Travailleurs du secteur de la santé : 1%

Solidité du système de soins de santé

- Dépenses de santé : 3,6 % du PIB¹⁵
- Dépenses de santé par habitant : 56,2 dollars US¹⁵
- Couverture vaccinale de routine 2019 : 75% pour le DTCoq1 et 67% pour le DTCoq3¹⁴

Sécurité sanitaire mondiale

Score de l'indice de sécurité sanitaire mondiale (SSM) : 34,4

- Principales épidémies depuis 2000 : choléra (2004, 2010/11, 2014, 2018), rougeole (2011/12, 2019), fièvre jaune (2011), grippe aviaire (2006, 2016/17)

Indicateurs socio-économiques

- Classification de la Banque mondiale : pays à revenu moyen inférieur
- La langue : 80 % de francophones et 20 % d'anglophones
- Sujet aux conflits : non (cependant, deux régions ont des zones de conflit bien circonscrites)

APERÇU DE L'ENGAGEMENT DE COVAX AU CAMEROUN

Le Cameroun a commencé la vaccination avec le vaccin COVID-19 en avril 2021, un an après la détection du premier cas. Le premier envoi de vaccins COVID-19 - 200 000 doses, reçues le 11 avril 2021 - était un don du gouvernement chinois. Quelques jours plus tard, le 17 avril, l'engagement du Cameroun auprès de COVAX s'est traduit par la réception d'un lot plus important de vaccins Covishield, les 391 200 premières doses sur les 1,2 millions promis.⁷ Avant la distribution des vaccins, le Cameroun avait reçu des ECF par l'intermédiaire de COVAX.

Le soutien apporté par COVAX au Cameroun s'est déroulé en trois phases distinctes (**figure 1**).

Figure 1. Chronologie des pays

		2020	2021	2022	2023
		Phase de préparation et de réalisation du pays (CRD)		CoVDP	Phase de déclin (Alliance)
Cameroun	Événements clés	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe de travail COVID-19 est créé. Les frontières internationales et les écoles sont fermées. Les tests COVID-19 et les soins hospitaliers augmentent. Un soutien psychologique est fourni dans un contexte de peur et de panique. Aucun vaccin contre la COVID-19 n'est disponible dans le pays. 	<ul style="list-style-type: none"> La chaîne du froid et les capacités techniques du PEV sont renforcées. Trois campagnes de vaccination en avril, juillet et novembre 2021. La réticence à la vaccination est élevée et l'acceptation faible en raison des rumeurs sur l'accélération de la vaccination. Couverture vaccinale d'avril à décembre 2021 : 2,9 % de la population totale entièrement vaccinée. 	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation des tests et de la vaccination pendant la Coupe d'Afrique des Nations. Deux campagnes de vaccination en février et novembre 2022, la dernière avec un financement de 5 millions de dollars US du CoVDP. La couverture vaccinale complète atteint 10,1 % en décembre 2022. Réunion de haut niveau du CoVDP. 	<ul style="list-style-type: none"> Les campagnes de vaccination cessent. Un plan est élaboré pour intégrer la vaccination contre la COVID-19 dans les soins de santé primaires. Les fonds COVAX sont réaffectés. Le renforcement du PEV entraîne une augmentation des achats de ECF. La couverture vaccinale contre la COVID-19 en décembre 2023 est de 11,5 %.
	Contexte national	<ul style="list-style-type: none"> Le Premier ministre dirige la réponse nationale au COVID. Malgré deux vagues de COVID, le taux de mortalité reste inférieur à 2 %. Des mesures restrictives, un confinement et le port du masque sont mis en place. Les établissements de santé sont débordés. Les rumeurs et la désinformation se propagent. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de cas de COVID-19 et de décès augmente. Une troisième vague se produit au second semestre 2021. Des tensions socio-économiques apparaissent. L'implication gouvernementale et politique se poursuit. Les vaccins contre la COVID-19 deviennent disponibles en quantités limitées. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien gouvernemental important pour la vaccination contre la COVID-19. La couverture vaccinale est inférieure à 5 %. Les écoles rouvrent complètement et les activités économiques reprennent. L'incidence de la COVID et la demande de vaccins diminuent. L'offre de vaccins et le soutien à la distribution augmentent. 	<ul style="list-style-type: none"> La vie revient à la normale, comme avant la COVID. De nouveaux cas sporadiques de COVID-19 apparaissent. La mortalité est négligeable. La demande de vaccins est faible. L'attention du PEV se tourne vers d'autres épidémies, comme la rougeole et la polio. Intention d'inclure la COVID-19 dans la vaccination de routine.
	Le contexte mondial	<ul style="list-style-type: none"> L'OMS qualifie le COVID-19 de pandémie. Lancement de l'accélérateur d'accès aux outils contre le COVID-19 (ACT), y compris COVAX. Le premier vaccin contre le COVID-19 reçoit l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUL) de l'OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> Les premières doses de vaccin fournies par COVAX sont administrées dans un pays à faible revenu. COVAX connaît des retards dans la distribution des vaccins. Les efforts de renforcement de la capacité de la chaîne du froid sont intensifiés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les 92 pays de la garantie de marché (AMC), à faible revenu, atteignent le seuil de couverture de 50% pour la série primaire. L'offre n'est plus limitée et la demande commence à diminuer pour les vaccins contre la COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> L'OMS lève le statut d'urgence de santé publique de portée internationale pour la COVID-19.

Phase de préparation et de réalisation du pays

Le Cameroun a élaboré son premier plan national de déploiement des vaccins COVID-19 (PNDV) en janvier 2021 et l'a révisé par la suite.⁶ Le PNDV était une condition préalable pour que le Cameroun soit pris en compte pour le soutien COVAX. Le premier soutien COVAX documenté du pays a été un financement du ECF d'une valeur de 660 000 USD pour développer des systèmes de stockage et de distribution des vaccins. Ce financement a permis au PEV d'acheter et d'installer 92 pièces de ECF (**tableau 1**).

Tableau 1. Équipement de la chaîne du froid acheté et installé à l'aide des fonds COVAX initiaux¹⁷

Équipement	Quantité achetée
Chambres froides et chambres de congélation	4
Réfrigérateurs solaires	48
Réfrigérateurs	19
Congélateurs électriques	17
Équipement de chaîne ultra-froide	4

En 2021, le Cameroun a également bénéficié d'un financement CDS-AP d'une valeur de 5 507 618 USD pour permettre la vaccination COVID-19.¹⁷ Les fonds COVAX ont généralement soutenu l'assistance technique des partenaires et les activités opérationnelles du PEV.

Parmi l'allocation du CDS-AP, le financement de l'assistance technique s'est élevé à 607 194 dollars US et a été réparti comme suit : OMS Cameroun - 330 202 dollars US, UNICEF Cameroun - 196 992 dollars US, CHAI - 80 000 dollars US.¹⁷ Outre l'utilisation des ressources humaines existantes pour soutenir le PEV, ces partenaires ont également recruté des experts qui ont renforcé les capacités de la main-d'œuvre locale dans les domaines suivants :

- Suivie, signalisation et opposition des rumeurs et la désinformation concernant les vaccins.
- Collecte et gestion des données relatives aux vaccins au niveau des établissements de santé.
- Surveillance des effets indésirables liés aux vaccins, qui a renforcé le système national de pharmacovigilance des vaccins.

Le Cameroun a été le premier pays COVAX à transférer ses données de pharmacovigilance de la base de données nationale à la base de données internationale Vigiflow.¹⁷

Les fonds restants du CDS-AP ont été utilisés pour des activités opérationnelles telles que l'achat des ECF supplémentaires d'une valeur de 113 196 dollars US¹⁷, la création et l'entretien de 244 centres de vaccination fixes, le déploiement d'équipes dans ces centres et dans 1 255 installations mobiles, le déploiement de 5 263 mobilisateurs sociaux pour l'engagement communautaire et la conduite de campagnes nationales de vaccination⁷. L'utilisation du vaccin COVID-19 a augmenté parmi les groupes cibles à la suite de ce financement anticipé de COVAX. Par exemple, la couverture vaccinale parmi les personnels de santé, est passée de 8 % à 53 %.¹⁷

Phase du partenariat pour la distribution de vaccins Covid-19 (CoVDP)

Le financement du CDS-AP a été entièrement utilisé en juillet 2022.¹⁷ Malgré une campagne de vaccination financée par le gouvernement en avril 2021 et deux campagnes de vaccination financées par COVAX en juillet et novembre 2021, la couverture est restée faible et seuls 2,5 % de la population totale avaient terminé la série primaire à la fin de l'année⁸. Comme ce chiffre était bien inférieur à l'objectif minimal de 10 %, le Cameroun est devenu éligible à l'initiative du partenariat pour la distribution de vaccins Covid-19 (CoVDP).

Le CoVDP était un consortium mondial comprenant GAVI, UNICEF, l'OMS Afro et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI). Le consortium a débloqué 5 millions de dollars US de l'OMS Afro pour soutenir la vaccination COVID au Cameroun.¹⁸ 700 000 dollars US supplémentaires ont été fournis par l'USAID.⁹ Ce financement substantiel, associé au soutien de 22 experts de l'OMS Afro, a permis de mener les activités suivantes, qui ont considérablement augmenté la couverture vaccinale:

- Une étude qualitative pré-campagne menée auprès de plus de 2 600 participants dans le point chaud de COVID-19 de Douala afin d'identifier les déterminants sociaux de la vaccination COVID-19.
- La mobilisation de la communauté, qui a utilisé les visites porte-à-porte en plus des canaux médiatiques traditionnels.
- L'utilisation de caravanes pour attirer les foules et diffuser des messages sur la vaccination dans les grandes villes de Yaoundé et Douala.
- Réunions de plaidoyer avec des leaders d'opinion au niveau national et sous-national.
- L'augmentation des équipes de vaccination de 1 900 à 6 000, afin qu'elles puissent couvrir plus de terrain et vacciner dans les maisons, les marchés, les bars, les institutions religieuses, de travail et d'apprentissage.⁹

Lors de la cinquième campagne nationale de vaccination, le budget généreux a permis aux équipes de mobilisation et de vaccination de recevoir des indemnités per diem et des compensations pour les frais de transport, de communication et de données mobiles, ce qui les a motivées à travailler. Les organisations de la société civile (OSC) et les dirigeants ont soutenu la campagne bien qu'ils n'aient pas été financés par la CoVDP.

À la fin de 2022, 10,1 % de la population camerounaise était entièrement vaccinée.⁸ Le financement de la vaccination contre le COVID-19 à partir de 2023 a été assuré par le CDS-3 et 19 499 752 dollars US ont été approuvés.¹⁹

Phase de déclin (Alliance)

Les vaccins COVID-19 étaient facilement disponibles à la fin de l'année 2023, mais la demande diminuait. D'autres épidémies, notamment de rougeole, de choléra, de poliomyélite et de fièvre jaune, ont nécessité des interventions de vaccination et ont mobilisé l'attention du PEV. Néanmoins, COVAX a continué à contribuer au renforcement du système de santé camerounais. Sur le budget approuvé du CDS-3, un montant de 4 185 704 dollars US a été affecté à l'achat d'équipements ECF pour renforcer le PEV au-delà du COVID-19.¹⁹ Il n'y a pas eu de campagnes de vaccination à partir de 2023 et l'accent a été mis sur l'intégration de la

vaccination COVID-19 dans les soins de santé primaires à partir de 2024, en tant qu'activité de routine du Ministère de la Santé Publique. En décembre 2023, le projet de plan d'intégration avait été rédigé et attendait d'être approuvé.¹⁹ La possibilité de réaffecter les fonds restants de la CDS-3 à la vaccination systématique des enfants nés pendant la pandémie et n'ayant pas reçu la dose zéro était à l'étude.

RESULTATS DU SOUTIEN DE COVAX AU CAMEROUN

Cette section décrit les structures qui ont sous-tendu le soutien de COVAX au Cameroun, les processus de planification et les considérations d'équité, les ressources fournies à différents moments et les rôles complémentaires des partenaires de l'Alliance et des parties prenantes du pays. Ces résultats se fondent sur de sources multiples de données, intégrant les perspectives et les expériences d'une série de partenaires. Les méthodes de collecte des données comprenaient des analyses documentaires et des entretiens avec des informateurs clés, et les résultats reflétant les domaines de convergence entre les contributions des parties prenantes et les documents justificatifs. Une session de validation a été organisée avec les parties prenantes pour garantir l'alignement et le consensus. Cette section est structurée par question d'évaluation (QE).

Soutien apporté par COVAX au niveau national

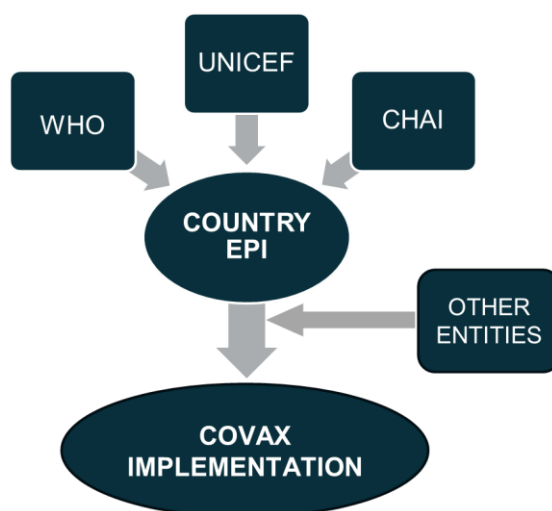
QE 3: Le cadre de mise en œuvre du pilier de distribution du COVAX était-il approprié pour atteindre les objectifs globaux?

L'initiative COVAX au Cameroun a fonctionné principalement en renforçant la capacité du PEV à déployer les vaccins COVID-19 grâce à la fourniture d'une assistance financière et technique.

QE 3.1 : Réactivité des partenaires de COVAX et des modalités de soutien aux besoins et priorités du pays

Résultat 1: Au niveau national, les principaux partenaires de COVAX étaient les bureaux nationaux de l'OMS et de l'UNICEF, ainsi que la CHAI Cameroun. D'autres acteurs importants ont été les OSC, comme PROVARESSC, qui ont mobilisé les communautés pour qu'elles se fassent vacciner (**figure 2**).

Figure 2. Partenaires de distribution de COVAX soutenant le PEV du Cameroun



Les partenaires de COVAX se sont alignés sur les objectifs du PEV du Cameroun, qui étaient en harmonie avec les objectifs de COVAX. La nature globale du PNDV⁶ signifiait que les activités liées à COVAX ont été intégrées dans ses 12 principaux piliers et que les partenaires de mise en œuvre ont été en mesure de collaborer et de créer des synergies en suivant les orientations fournies par le plan.

Le rôle de l'OMS était centré sur la promotion et la planification de la vaccination COVID-19 avec le gouvernement camerounais, la préparation réglementaire pour la réception et le déploiement des vaccins, la sécurité des vaccins et la gestion des manifestations adverses post-vaccinales indésirables (MAPI). L'UNICEF a assumé le rôle de grand logisticien, facilitant l'acquisition et la distribution des vaccins et des CCE.

L'OMS et l'UNICEF ont contribué à la communication et à l'engagement communautaire et ont fourni des experts pour travailler avec le PEV sur la distribution de COVAX.

« Nous n'intervenons pas au niveau opérationnel, mais nous aidons le PEV à mettre en œuvre les activités de vaccination en utilisant son propre cadre. En tant que partenaires, nous avons reçu le financement de COVAX principalement pour l'assistance technique. » - Partenaire de mise en œuvre de la COVAX

Résultat 2: L'existence d'un PEV bien organisé a été déterminante pour l'administration de COVAX au Cameroun. Le PEV n'a eu besoin que d'une assistance minimale pour se préparer à la vaccination par COVID-19. Il disposait d'un savoir-faire suffisant pour entamer la rédaction du NPDV avant de recevoir le soutien de l'Alliance.

« Nous avons distribué les différents chapitres du NPDV entre nous et avons commencé à élaborer le document ici même, au bureau [national] du PEV. Le bureau national de l'OMS n'est intervenu que plus tard pour apporter une assistance technique, alors que le projet était déjà avancé. » -Ministère national de la santé publique

La CHAI a contribué à développer la gestion des données pour la vaccination COVID-19, en aidant le PEV à améliorer la complétude, l'actualisation et la qualité des données lors de la documentation de la couverture vaccinale dans le système de santé du district (DHIS2). La

CHAI a également contribué à la micro-planification numérique pour soutenir les interventions vaccinales au niveau opérationnel²⁰, en tirant des enseignements des activités de distribution de COVAX et en aidant le PEV à intégrer la vaccination COVID-19 dans les soins de santé primaires.

« [L'intégration de la vaccination contre le virus COVID-19 dans les soins de santé primaires] ne peut pas se faire n'importe comment. Compte tenu de notre expertise en matière de soutien aux apprentissages et aux approches pilotes... il était nécessaire de déterminer comment atteindre les populations cibles. Nous avons donc dressé une carte des populations à haut risque et mené des évaluations pour déterminer dans quelle mesure le PEV était prêt à intégrer la vaccination contre le virus COVID-19 dans ses activités de routine. L'étape suivante a consisté à aider le PEV à intégrer ces résultats dans des micro-plans numériques. Enfin, nous avons contribué à la rédaction du plan d'intégration initial des vaccins COVID-19. » -Partenaire de distribution de COVAX

Résultat 3: Bien qu'il ne soit pas financé par COVAX, PROVARESSC - un consortium d'OSC qui assiste le Ministère de la santé Publique dans la mise en œuvre - a joué un rôle important dans la lutte contre la COVID-19,²¹ par devoir civique, en réponse à l'appel du Premier ministre à unir les forces contre le COVID-19. La force des OSC réside dans leurs liens étroits avec les communautés, ce qui leur a permis de gagner la confiance de ces dernières en ce qui concerne les vaccins COVID-19.

« Ils [les membres du gouvernement] sont assis dans leur bureau... Mais c'est nous qui connaissons la population, et nous avons dû regagner sa confiance pendant la pandémie de COVID-19. » -OSC

QE 3.2: L'accent mis sur l'équité se reflète dans l'aide à la mise en œuvre de COVAX fournie au pays

Résultat 4: L'aspect important de l'équité dans la distribution de COVAX a été rempli comme suit :

- a) Le Cameroun a donné la priorité à la vaccination de groupes spécifiques jugés vulnérables au COVID-19 : les travailleurs de la santé, les personnes souffrant de comorbidités et les personnes âgées de 50 ans et plus.⁶ Des stratégies ont été adoptées pour s'assurer que d'autres groupes vulnérables, comme les prisonniers et les réfugiés, reçoivent également le vaccin.²² Bien que la couverture vaccinale ait été faible dans l'ensemble, elle a été plus élevée parmi ces groupes à haut risque.⁸
- b) Une analyse documentaire a établi que les vaccins COVID-19 avaient atteint l'ensemble des 190 districts sanitaires au cours du premier mois suivant leur réception. Un représentant régional du PEV a confirmé qu'une approche "atteindre tous les districts" garantissait l'équité géographique pendant la vaccination de routine COVID-19 et le mode de campagne. Il a été plus difficile d'atteindre une couverture géographique de 100 % dans les deux régions anglophones, où des violences ont éclaté en 2016 en raison de griefs au sein de la minorité anglophone et où un mouvement séparatiste a vu le jour par la suite. Le conflit armé qui en a résulté a déplacé environ un million de personnes à l'intérieur du pays et a gravement perturbé les soins de santé, y compris les programmes de vaccination²³. Dans certaines parties de la région anglophone du Nord-Ouest, les autorités sanitaires et les agents de santé communautaires sont parvenus à un accord avec certaines factions belligérantes pour permettre le déploiement des vaccins. Cependant, plusieurs parties des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ont

été considérées comme très risquées sur le plan sécuritaire et n'ont pas été couvertes par l'effort de vaccination COVAX.

- c) Les doses de vaccin ont été administrées de manière équitable entre les hommes (52,7 % des doses administrées) et les femmes (47,3 %).^{b,8} Cependant, les données recueillies ne précisent pas si des stratégies spécifiques ont été utilisées pour y parvenir. Cependant, le déploiement d'équipes de vaccination mobiles dans les maisons et les marchés a pu augmenter la vaccination des femmes.

« Nous avons également mis en place des centres de vaccination dans des lieux qui n'étaient pas des centres de santé. Il peut s'agir d'un marché, d'un centre culturel. Nos grands marchés de Douala et de Yaoundé, les complexes sportifs, les lieux où les gens se rencontrent généralement, ont été les sites où ces centres de vaccination ont été installés. »
-Ministère national de la santé publique

QE 3.3: Ressources humaines et financières fournies par COVAX

Résultat 5: Le Cameroun a reçu plusieurs montants de GAVI pour la distribution de COVAX :

- Un montant de 100 000 dollars a été alloué au PEV pour une assistance technique visant à développer et à réviser le NPDV. Cette somme a été versée principalement par l'intermédiaire du bureau national de l'OMS et a été dépensée.
- 660 000 dollars US (COVAX CCE) pour l'approvisionnement en chaîne du froid. Ce montant a été dépensé.
- 5 507 618 dollars US (CDS-AP) pour soutenir accès anticipé. Ce montant a été dépensé.
- 5 000 000 dollars US (CoVDP), fournis par l'OMS Afro. Ce montant a été dépensé.
- 19 499 752 dollars US (CDS-3). Ce montant a été approuvé (voir **tableau 2**) ; cependant, seuls 37,7 % ont été utilisés et 62,3 % sont en cours de reprogrammation.¹⁹

Tableau 2. Détails du budget approuvé du CDS-3 pour le Cameroun

Catégorie budgétaire	Exécutant principal du budget	Emplois /consultants prévus	Montant approuvé (dollars US)
Opérationnel : populations à haut risque	Ministère de la Santé Publique - PEV	0	1,258,479
Opérationnel : autre population adulte	Ministère de la Santé Publique - PEV	0	6,687,804
Opérationnel : systématiser la vaccination contre le virus COVID	Ministère de la Santé Publique - PEV	0	9,025,750
Assistance technique	OMS	15	1,031,159
Assistance technique	UNICEF	22	793,800
Assistance technique	CHAI et autres	10	702,760
Budget total approuvé pour le CDS-3			19,499,752

^b Si l'on considère que 52,7 % et 47,3 % des vaccins ont été administrés à des hommes et à des femmes respectivement, cela ne s'écarte que légèrement de la répartition par sexe des Camerounais en 2022, qui est d'environ 50/50. L'écart pour les deux sexes n'est que de 2,5 à 3 %, ce qui n'est pas significatif.

Résultat 6: Les fonds destinés à l'assistance technique du PEV ont été envoyés directement aux partenaires de l'Alliance, principalement l'OMS, l'UNICEF et la CHAI. Les fonds opérationnels du PEV pour la mise en œuvre de la vaccination n'ont pas été envoyés directement au gouvernement camerounais. En effet, un audit réalisé en 2018 a révélé des faiblesses dans la gestion des fonds GAVI par le Cameroun (8,5 % des dépenses auditées étaient injustifiées) et, à titre de mesure temporaire, les fonds opérationnels de GAVI ont été envoyés au bureau national de l'OMS et n'ont été transférés au Ministère de la Santé Publique qu'après réception d'une justification appropriée.¹⁷

Résultat 7: Le PEV (et, par extension, le gouvernement camerounais) n'a pas utilisé les fonds COVAX pour recruter du nouveau personnel. Seuls les partenaires de l'Alliance ont utilisé les fonds d'assistance technique de COVAX pour recruter du personnel supplémentaire. Au total, 47 postes ont été créés par les bureaux nationaux de l'OMS, de l'UNICEF et de la CHAI, ainsi que par d'autres organisations, pour des experts chargés d'appuyer la mise en œuvre de COVAX. Ils ont fourni l'assistance technique au PEV sur certains aspects de la vaccination COVID-19, notamment la communication sur les risques, l'engagement communautaire, le suivi des rumeurs, la gestion des MAPI, la gestion des données et l'application des enseignements tirés de l'expérience. Certains consultants ont été hébergés dans le bureau national du PEV.

« Nous avons utilisé une partie des fonds COVAX pour engager des consultants qui ont aidé le PEV dans la mise en œuvre de COVAX. Par exemple, les gestionnaires de communauté qui ont été recrutés pour suivre les rumeurs du COVID-19 et formuler des réponses pour le public, nous en avons embauché deux, qui avaient leurs bureaux au PEV et qui continuent à y travailler encore aujourd'hui... Ils sont actuellement impliqués dans le déploiement des vaccins contre le paludisme et le HPV. » -Partenaire de distribution de COVAX

Le PEV et les partenaires de l'Alliance ont réaffecté certains membres du personnel pour renforcer la réponse à la pandémie, y compris la vaccination. Par exemple, de nombreux membres du personnel travaillant dans le cadre du programme de lutte contre la polio ou de la prise en charge du VIH à l'OMS et à l'UNICEF ont été intégrés dans l'équipe d'intervention COVID-19.

Mise en œuvre et adaptation du support COVAX

QE 4: Dans quelle mesure le pilier de la distribution du COVAX a-t-il été mis en œuvre et adapté selon les besoins, conformément aux objectifs généraux?

La mise en œuvre de COVAX au Cameroun a rencontré quelques difficultés et diverses adaptations ont été apportées au fil du temps.

Résultat 8: Principaux défis

- a. L'hésitation du public à l'égard des vaccins COVID-19 a été le principal obstacle à l'administration de COVAX au Cameroun. Avant l'introduction du vaccin COVID-19, l'hésitation vis-à-vis des vaccins était déjà un problème. Cette hésitation était considérée comme la principale cause de la faible couverture vaccinale dans le pays. Pendant la pandémie de COVID-19, cette réticence a été alimentée par la désinformation et des rumeurs, et exacerbée par un manque de confiance dû à l'évolution des orientations en matière de vaccination.

« Je n'ai jamais été témoin d'une telle résistance à un vaccin que dans le cas du COVID-19. Au début, je l'ai minimisée et j'ai pensé qu'elle s'estomperait une fois que nous aurions engagé la communication, mais elle a persisté ». -Partenaire de distribution du COVAX

La communication sur les vaccins était problématique dans la mesure où le message ne cessait de changer : au départ les vaccins prévenaient l'infection, après ils ne prévenaient que les maladies graves et nécessitaient des doses de rappel pour obtenir une protection optimale.

« Il est devenu difficile d'expliquer aux gens que le vaccin était utile puisqu'ils voyaient des personnes vaccinées tomber malades. Des questions ont également été posées sur le fait que les vaccins COVAX étaient produits en Inde, alors que les économies développées produisaient les leurs dans leur propre pays. » - Ministère national de la santé publique

Gavi a réagi à une perception répandue selon laquelle les vaccins produits en Inde seraient de moindre qualité.

« Il y a peut-être un intermédiaire indien qui fabrique les vaccins parce qu'il a une énorme capacité de production et qu'il peut aller vite... Comme vous le savez, l'Inde et la Chine sont les laboratoires du monde. Même les Etats-Unis et les Européens s'approvisionnent en Inde et en Chine ... Demain, cette même question peut se poser à nouveau. On dira : "Un vaccin fabriqué à Dakar est-il sûr ? Ne préférerais-je pas un vaccin fabriqué à Seattle ou à Londres ? Donc, vous voyez, c'est quelque chose que nous devons vraiment combattre parce que ce sont de fausses informations. » -Partenaire de distribution du vaccin COVAX

- b. Au départ, le stockage du vaccin Pfizer-BioNTech s'est avéré difficile, car il nécessite un système de chaîne ultra-froide. Ce problème a été résolu par l'acquisition d'un équipement de chaîne du froid adéquat grâce aux fonds COVAX.
- c. Le personnel du PEV au niveau régional a mis l'accent sur les ruptures de stock des vaccins COVID-19. Ce problème s'est probablement posé au cours des premiers mois de la vaccination COVID-19, lorsque l'offre était limitée. L'augmentation du nombre de doses disponibles à partir de la phase du CoVDP a permis de résoudre le problème des pénuries de vaccins. Le problème des ruptures de stock pourrait également indiquer la faiblesse du système national de distribution rapide des vaccins du centre vers la périphérie.
- d. Certains acteurs se sont sentis abandonnés en raison du manque de financement des activités qu'ils menaient pendant la vaccination. C'est le cas des OSC qui ont travaillé dur pour mobiliser la population générale et des universitaires impliqués dans la recherche opérationnelle pour créer une base de données probantes sur la vaccination contre le virus COVID dans le contexte national.

« Nous n'avons pas reçu de soutien financier de la part de COVAX, mais nous avons fait de notre mieux pour mobiliser les communautés parce que nous en voyions le besoin. Le gouvernement devrait apprendre à tirer parti du vaste réseau des OSC pour ce type d'activités, car nous sommes les plus proches des communautés. » -OSC

- e. Dans la région du Nord-Ouest, touchée par le conflit, les problèmes de sécurité ont limité l'accès à la vaccination. Le conflit armé a entraîné des meurtres et des enlèvements, le pillage des établissements de santé, la perturbation de la prestation des services de santé et une baisse de tous les indicateurs du PEV.¹³ On a signalé que des travailleurs de santé avaient été attaqués ou enlevés lors de la vaccination par le

COVID-19. Les autorités sanitaires locales et les agents de santé communautaires ont négocié avec certaines factions impliquées dans le conflit pour autoriser la vaccination.²⁴

« Il est évident qu'il y a des endroits où nous ne pouvions pas aller parce qu'ils n'étaient pas sûrs. » -Ministère régional de la santé publique

- f. La vaccination par le COVID-19 représentait la première initiative de vaccination d'adultes à grande échelle au Cameroun, ce qui s'est avéré être un obstacle à surmonter.

« Le Cameroun n'est pas habitué à la vaccination des adultes, c'était donc quelque chose de nouveau. » -Partenaire de distribution de COVAX

- g. La précision de la saisie des données requise pendant la campagne de vaccination a également posé un problème aux vaccinateurs qui n'étaient pas habitués à désagréger les données par individu.

« Le système de collecte de données individuelles a duré environ un an, après quoi nous avons dû revenir à des rapports agrégés en utilisant le DHIS2. » -Ministère national de la santé publique

Malgré ces difficultés, les personnes souffrant des MAPI ont fait l'objet d'un suivi individuel et leurs progrès ont été documentés individuellement.

- h. Bien que les fonds COVAX aient été envoyés au pays, ils n'étaient pas facilement accessibles au PEV. Les retards dans l'obtention des fonds en temps voulu pour les activités de vaccination ont été signalés comme une préoccupation majeure par le PEV.

« Théoriquement, il est dit que cela [le décaissement des fonds] peut se faire en un mois, mais il y a des retards qui dépassent les trois mois. Il y a même des retards qui dépassent les quatre mois. Et lorsque vous recevez l'argent, je pense que vous avez trois mois pour le justifier. » -Ministère national de la santé publique

Ces retards sont dus à l'exigence que toute demande financière du PEV soit approuvée par l'OMS Cameroun et à la procédure de dépôt des fonds dans le compte du Ministère de la Santé Publique avant de les transférer au PEV. L'exigence de l'approbation de l'OMS découle de l'audit de GAVI 2018, au cours duquel le PEV n'avait pas excellé.

- i. La péremption des vaccins a posé des problèmes. Les dates de péremption du premier lot de vaccins Covishield fourni par COVAX en avril 2021 étaient de juillet à août 2021. Il a été rapporté que 4 880 doses du vaccin AstraZeneca ont expiré.²⁵ Les registres du PEV montrent que 341 836 doses fournies par COVAX ont expiré.

« De nombreuses doses ont dû être détruites parce qu'elles étaient périmées. » -Ministère national de la santé publique

- j. Enfin, entre 2022 et 2023, le Cameroun a connu une évolution rapide de son paysage sanitaire avec l'apparition d'épidémies de choléra, de poliomyélite et de rougeole. Ces épidémies ont réorienté l'attention et les ressources du PEV, qui n'était plus tout à fait prêt à poursuivre toutes les activités prévues dans le cadre de COVAX. À la fin de COVAX, le PEV et les partenaires de l'Alliance envisageaient de réaffecter les fonds restants de la CDS.

« Lorsque nous avons envisagé de systématiser la vaccination contre le virus COVID-19 et de l'intégrer dans les soins de santé primaires, nous ne nous attendions pas à ce que l'intérêt diminue aussi radicalement. Malheureusement, certaines choses qui nous semblaient vraiment importantes risquent de ne plus être réalisées, et nous ne pourrions probablement pas tirer les enseignements que nous aurions pu tirer de ces activités. » - Partenaire de distribution de COVAX

Résultat 9: Principales réussites

- a. La plus grande réussite de COVAX a été d'améliorer l'accès à la vaccination COVID-19 en fournissant de grandes quantités de vaccins Covishield et Pfizer-BioNTech. Sans les vaccins fournis par COVAX, le Cameroun n'aurait pu compter que sur les dons bilatéraux limités de Sputnik-V de la Russie et de Sinopharm de la Chine, ainsi que sur CDC Afrique, qui a fourni des vaccins Johnson & Johnson par l'intermédiaire de l'African Vaccine Acquisition Trust (AVAT).
- b. COVAX a également renforcé la logistique du Cameroun en fournissant des congélateurs, des glacières et des véhicules réfrigérés, a permis la formation du personnel du PEV sur le suivi des rumeurs et la gestion des MAPI, et a soutenu les activités de mobilisation et d'engagement communautaires. Ceux-ci comprenaient la sensibilisation et la mobilisation porte-à-porte de 19 000 dirigeants locaux dans 1 985 aires de santé dans le cadre du CDS-3.¹⁹

« COVAX a vraiment apporté beaucoup de vaccins au Cameroun, que nous n'aurions pas pu acheter nous-mêmes. Le PEV a également bénéficié d'un équipement de chaîne du froid et d'une assistance technique. » - Ministère national de la santé publique

- c. La collaboration entre le Ministère de la Santé Publique - principalement le PEV - et divers acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux a été un autre succès. Cette dynamique "tout le monde met la main à la pâte" s'est propagée de la réponse générale au COVID-19 à l'intervention spécifique vaccination.
- d. Un autre succès majeur a été la participation de hauts responsables gouvernementaux, tels que le Premier ministre et d'autres autorités nationales et locales, qui ont encouragé la population à se faire vacciner. Cela a été facilité par la réunion de haut niveau avec les autorités camerounaises organisée par GAVI au cours de la phase CoVDP.

« La réunion de haut niveau avec les autorités a été très fructueuse, car nous avons pu sensibiliser davantage le gouvernement et renforcer son soutien à la vaccination contre le virus COVID-19. » -Partenaire de distribution de COVAX

- e. Le fait que la région du Nord-Ouest ait atteint une couverture vaccinale plus élevée que certaines zones exemptes de conflit est dû, du moins en partie, à l'intervention personnelle de la plus haute autorité sanitaire de la région.

« J'ai beaucoup apprécié l'implication personnelle du délégué régional à la santé publique dans ce dossier, car il a considéré comme un problème personnel le fait que les travailleurs de la santé soient vaccinés. » -Ministère régional de la santé publique

- f. Le mode de vaccination par campagne, bien que coûteux, a connu un certain succès puisqu'il a constitué environ 70 % des personnes vaccinés au Cameroun.²⁶ Cependant,

toutes les personnes interrogées ont remis en question la rentabilité des campagnes de vaccination.

« Si l'on considère les sommes investies dans les campagnes et le nombre de personnes vaccinées, je ne suis pas sûr que cela soit très rentable" [Entretien avec les partenaires de la mise en œuvre de COVAX]. "Même en préparant la cinquième campagne de vaccination, nous envisagions de passer à de nouvelles stratégies, comme l'intégration de la vaccination par COVID-19 dans les soins de santé primaires. » -Partenaire de mise en œuvre de COVAX

QE 4.2 : Efficacité des adaptations à chaque phase de la prestation

Résultat 10: Le succès de COVAX est lié à son agilité et à sa capacité d'adaptation dans le contexte d'une pandémie en évolution et de conditions locales uniques.

- a. Dans la région touchée du Nord-Ouest, la confiance de la communauté dans le gouvernement était déjà compromise avant la pandémie. Pour minimiser les refus, la mobilisation en faveur de la vaccination ne mentionnait pas ou peu le rôle du gouvernement et mettait l'accent sur les institutions internationales telles que l'OMS. Bien qu'il soit difficile de quantifier l'impact de ces mesures sur la participation, les données de novembre 2022⁸ montrent que la couverture dans la région du Nord-Ouest était de 8,9 %, dépassant celle de la région anglophone du Sud-Ouest (7,3 %) et des deux principaux points chauds de COVID-19, la région du Centre (8,8 %) et la région du Littoral (5,5 %).
- b. Les stratégies d'engagement communautaire sont passées d'une communication de masse à une approche plus personnelle. La dernière campagne de vaccination contre le COVID-19 en est un bon exemple : une stratégie de sensibilisation interpersonnelle à domicile a été employée pour permettre un meilleur contact social avec la population. L'absorption du vaccin a été multipliée par 2,5 par rapport aux quatre campagnes de vaccination précédentes.⁸
- c. La progression de l'infodémie de COVID-19 a incité le PEV et ses partenaires à mettre en place un système national de suivi des rumeurs. Le personnel a été formé dans les districts sanitaires et les gestionnaires communautaires du PEV national ont parcouru l'espace des médias sociaux pour identifier les rumeurs. Ces informations ont permis d'élaborer des messages de communication à l'intention du grand public afin de contrer les rumeurs avant qu'elles ne gagnent du terrain.

« Sous la direction du PEV et avec le soutien de l'UNICEF, nous [l'OMS] avons mis en place des gestionnaires communautaires chargés de surveiller les médias sociaux et d'identifier les rumeurs afin d'y répondre. Au sein de la communauté, nous avons des points focaux dans les districts qui remplissaient un formulaire sur les rumeurs et fournissaient un retour d'information au niveau central. » -Partenaire de distribution de COVAX

QE 4.3 : Efficacité de la coordination et de la collaboration

Résultat 11: Avec le PEV au centre, les partenaires de l'Alliance et d'autres entités ont travaillé en synergie pour atteindre les objectifs de vaccination COVID-19 du pays. L'élaboration du NPDV initial s'est appuyée sur une collaboration efficace entre les différentes parties prenantes.

Les personnes interrogées ont indiqué que le personnel d'une institution partenaire pouvait remplacer un autre partenaire en cas de besoin.

« Par exemple, ... (si) l'OMS doit organiser une formation à la vaccination dans un endroit reculé où elle n'a pas de personnel, mais que nous savons que quelqu'un de l'UNICEF est présent, (elle) peut négocier pour qu'il (ou elle) organise la formation en notre nom. Et vice-versa. » -Partenaire de distribution de COVAX

Les principaux partenaires de l'Alliance au Cameroun font également partie du GTCV et ont conseillé conjointement le PEV sur la vaccination par le COVID-19.

QE 4.4 : Succès des efforts visant à compléter les points forts des systèmes et à combler les lacunes

Résultat 12: Les personnes interrogées ont été unanimes sur les avantages de COVAX en termes d'acquisition de ECF pour le PEV. Les capacités de transport et de stockage des vaccins s'en sont trouvées radicalement améliorées. Des experts techniques ont renforcé les capacités du personnel chargé de la vaccination dans des domaines tels que la gestion des données et la surveillance des effets indésirables.

Avant COVAX, il y avait une lacune dans le suivi des perceptions de la communauté et de l'impact des rumeurs sur la vaccination. Le financement de COVAX a permis d'embaucher deux gestionnaires communautaires pour se concentrer sur cette activité. Des points focaux ont également été mis en place au niveau des districts. Le PEV a conservé les gestionnaires communautaires au-delà de la COVAX et ils continuent à suivre les perceptions et les rumeurs liées aux vaccins, en particulier en ce qui concerne les vaccins contre le paludisme et le PHV nouvellement introduits.

COVAX a permis au Cameroun d'entreprendre son premier programme de vaccination des adultes à grande échelle et la communication soutenue sur les vaccins pour adultes a fait évoluer positivement les perceptions. Lorsque les personnes souffrant de comorbidités ont été désignées comme un groupe prioritaire pour la vaccination COVID-19, CHAI a cartographié la distribution de ces personnes au niveau national et ces informations peuvent être utilisées pour planifier d'autres interventions sanitaires pour ce groupe.

« Nous avons cartographié les populations à haut risque de COVID-19. Nous avons fait une étude documentaire et nous avons essayé d'identifier les différents obstacles à l'accès et à l'utilisation des vaccins parmi les populations à haut risque... C'est toujours quelque chose qui est vraiment très pertinent, parce que nous entrons progressivement dans une ère où beaucoup de vaccins pour adultes font partie de l'ensemble des vaccins offerts par le pays. » -Partenaire de distribution de COVAX

Résultats de COVAX

QE 6 : Dans quelle mesure les résultats escomptés dans le cadre du pilier "distribution" ont-ils été atteints?

QE 6.1: La valeur ajoutée de COVAX pour atteindre les résultats

Résultat 13: Le tableau 3 résume la couverture COVID-19 obtenue au Cameroun par sous-groupes de population en décembre 2023. L'une des principales faiblesses de l'analyse est notre incapacité à différencier la couverture vaccinale COVAX et non COVAX dans ces groupes prioritaires. Cependant, il reste évident que le Cameroun n'aurait pas atteint la couverture qu'il a atteinte sans le soutien de COVAX, qui a été particulièrement impliqué dans l'approvisionnement des vaccins, le renforcement du ECF et le développement des capacités d'administration des vaccins dans le cadre du PEV.

La première campagne de vaccination contre le COVID-19 en avril 2021 a été soutenue par le gouvernement Camerounais et a permis de vacciner 43 651 personnes, 61,8 % avec des vaccins Covishield de COVAX et 38,2 % avec des vaccins Sinopharm donnés par la Chine. Au cours des quatre campagnes de vaccination suivantes, financées par COVAX, un total de 3 478 441 doses a été administré⁶. Lors de la dernière campagne, en novembre 2022, COVAX n'a fourni que 2,0 % des 2 019 118 doses administrées⁸. La majorité des vaccins provenait du CDC Afrique (86,4 %) et de la Chine (11,5 %). Il est plausible que la population ait préféré le vaccin de Johnson & Johnson (J&J) fourni par CDC Afrique au vaccin de Pfizer-BioNTech fourni par COVAX, car c'est un vaccin à dose unique.

« Il y a certaines considérations à prendre en compte dans le choix du vaccin... Une personne peut préférer J&J parce qu'il s'agit d'une dose unique. Une fois que je l'ai pris, c'est fini. » -Partenaire de distribution de COVAX

Tableau 3. Couverture vaccinale COVID-19 dans les groupes prioritaires au Cameroun

Groupe de population	Nombre estimé	Pourcentage de la population totale	Couverture vaccinale ^c
Travailleurs du secteur de la santé	270,768	1%	52.7%*
Personnes présentant des comorbidités	1,299,687	5%	16.0%*
Personnes âgées de 50 ans et plus	2,625,384	9%	29.9%**
Personnes âgées de 18 ans et plus	11,118,337	40%	27.9%***
Personnes âgées de moins de 18 ans	16,677,506	60%	Non applicable

Nous estimons que la COVAX a contribué à au moins 70 % de la couverture vaccinale du COVID-19 au Cameroun par le biais des modalités de la campagne et des autres modalités. Dans certains cas, la COVAX pouvait être entièrement responsable financièrement du fait qu'un individu reçoive le vaccin COVID-19 - comme lorsque la COVAX fournissait le vaccin et payait à la fois l'agent de santé communautaire qui mobilisait l'adhésion et l'agent de santé qui administrait la dose. Dans d'autres cas, le financement de la COVAX était partiel, le vaccin étant fourni par l'AVAT ou le gouvernement chinois, mais la COVAX payait pour l'engagement de la communauté et la vaccination.

QE 6.2: Valeur ajoutée de COVAX aux systèmes et processus équitables

Résultat 14: Les glacières et les véhicules réfrigérés achetés par l'intermédiaire de COVAX ont permis de transporter rapidement les vaccins vers tous les districts sanitaires afin de garantir l'équité géographique. Les campagnes soutenues par COVAX étaient nationales et inclusives, chaque personne éligible ayant un accès égal au vaccin, indépendamment de son sexe ou de son statut social. Au Cameroun, la vaccination par le COVID-19 était totalement volontaire et il

^c *Estimations de la cinquième campagne de vaccination, novembre 2022⁸

**Estimations de l'US-CDC, décembre 2023¹⁰

***Estimations de l'OMS Cameroun, avril 2023.²⁷ En supposant que les 3 104 141 personnes entièrement vaccinées appartiennent toutes à ce groupe d'âge.

n'y a pas eu de conséquences négatives en cas de refus. Un responsable de la santé de la région du Nord-Ouest a estimé que le fait d'imposer le vaccin à la population aurait pu accroître l'hésitation à se faire vacciner, car le public aurait pu soupçonner le gouvernement d'avoir des arrière-pensées.

« Rendre le vaccin COVID-19 obligatoire se serait retourné contre nous ! » -Ministère régional de la santé publique

QE 6.3: Valeur ajoutée de COVAX aux systèmes de santé résilients

Résultat 15: COVAX a contribué à la résilience des systèmes de santé au Cameroun de plusieurs manières :

- a. Fourniture des ECF durables au PEV.
- b. Amélioration du transport du personnel de santé impliqué dans la vaccination de routine, en particulier dans les zones rurales éloignées. Par exemple, des rapports confirment que COVAX a financé l'achat de motocyclettes pour faciliter l'accès du personnel de santé aux communautés éloignées lors de la vaccination dans les zones de conflit²³.
- c. Fourniture d'une assistance technique au personnel du PEV et aux autres personnes impliquées dans la vaccination sur des sujets tels que la gestion des MAPI et le suivi des rumeurs.
- d. Fourniture des ressources humaines spécialisées au PEV, telles que les gestionnaires communautaires engagés pour surveiller les rumeurs liées aux vaccins et y répondre.
- e. Soutien à la cartographie des personnes présentant des comorbidités par le CHAI, qui a également contribué à la micro-planification de l'intégration de la vaccination COVID-19 dans les soins de santé primaires.
- f. Stimulation de la collaboration intersectorielle en organisant une réunion de haut niveau qui a rassemblé les acteurs de la santé et d'autres secteurs du gouvernement.
- g. Lancement de l'inclusion d'un vaccin pour adultes, COVID-19, dans les soins de santé primaires.
- h. Approbation de la réaffectation des fonds COVAX pour répondre à d'autres priorités du PEV, telles que la vaccination des enfants à dose zéro avec des vaccins de routine, alors que COVAX touchait à sa fin. Cela témoigne de la flexibilité des fonds COVAX, qui ont permis aux bénéficiaires de réévaluer les problèmes sur le terrain et de donner la priorité aux besoins urgents à tout moment.

QE 6.4: Résultats négatifs non intentionnels résultant de COVAX

Résultat 16: Les données primaires et secondaires recueillies dans le cadre de cette étude de cas confirment que l'hésitation à l'égard du vaccin COVID s'est étendue à d'autres vaccins de routine²⁸. S'il est difficile d'établir un lien spécifique avec COVAX, toutes les activités de promotion des vaccins COVID-19 ont inévitablement amené la population à reconsidérer la vaccination en général. Une étude a montré qu'après l'introduction des vaccins COVID-19, les parents ou tuteurs camerounais étaient moins enclins à vacciner leurs enfants contre la polio, car ils pensaient que les agents de santé pourraient les tromper et leur administrer le vaccin COVID-19 à la place.²⁹ L'hésitation s'est également propagée aux vaccins contre le paludisme et le HPV qui ont été introduits au Cameroun après l'introduction du COVID et pour lesquels l'adoption a été étonnamment faible.

« Prenons l'exemple des vaccins contre le paludisme. Nous venons d'introduire le vaccin et depuis février [2024], la couverture est inférieure à ce que nous attendions. Nous pourrions avoir recours à une campagne de rappel. » -Partenaire de distribution du vaccin COVAX

« En raison de la vaccination COVID-19, les gens sont devenus plus critiques à l'égard de nombreuses interventions sanitaires, en particulier les vaccins provenant de l'étranger, ce qui a des répercussions évidentes sur l'adoption des vaccins contre le HPV et le paludisme. » -Chercheur

Les perturbations du système de santé causées par la pandémie de COVID-19 ont également entraîné une réduction de la couverture de la vaccination de routine. Dans deux des principaux points chauds du COVID-19, les régions du Centre et du Littoral, 71,4 % des districts sanitaires ont connu une baisse de la vaccination DTC0q, ce qui est considéré comme une indication d'une baisse générale de la vaccination des enfants.²⁸ Le fait que le financement de COVAX se soit concentré sur le PEV a rendu difficile pour d'autres entités concernées, telles que les OSC et la division de la recherche du Ministère de la Santé Publique, de bénéficier des ressources de COVAX bien qu'elles aient apporté une expertise précieuse.

« Le secrétariat du Comité scientifique pour les urgences de santé publique pendant la réponse à la pandémie COVID-19 a assisté à certaines réunions, même avec le PEV, mais nous n'avons reçu aucun financement de COVAX, ce qui a fait que les membres sont devenus ... moins enclins à participer aux consultations futures en cas d'autres épidémies. » -Ministère national de la santé publique

« Nous avons fait ce que nous pouvions pour soutenir la réponse au COVID-19 et la vaccination, mais aucun financement n'a été alloué aux OSC. Cela devrait être pris en compte la prochaine fois. » -OSC

Une autre conséquence imprévue a été que les équipes de vaccination ont été débordées par l'obligation initiale de communiquer des données individualisées. Cette situation n'était pas viable et les équipes ont fini par revenir à la communication de données agrégées.

« Pour recueillir des données individuelles, le personnel de santé devait passer environ 15 à 30 minutes avec chaque personne. Il y avait tout simplement trop de variables à collecter et ce n'était pas faisable, en particulier avec une mauvaise connexion internet. » - Ministère national de la santé publique

Résultat 17: Résultats positifs non intentionnels résultant de COVAX

Le financement de COVAX a été suffisant pour activer plusieurs équipes de vaccination sur le terrain. Cela a permis de renforcer l'engagement et la motivation des agents de santé communautaires qui ont joué le rôle de mobilisateurs et des agents de santé locaux qui ont joué le rôle de vaccinateurs, un impact qui s'est étendu au-delà de l'épidémie de COVID-19. Les équipes ont pu se surpasser, même dans des régions comme le Nord-Ouest où la sécurité est menacée, car elles bénéficiaient d'indemnités per diem, du remboursement des frais de transport et d'un soutien pour les communications mobiles.

« Certaines campagnes ont été bien financées et lorsque les équipes ont reçu tout ce soutien financier, elles sont devenues très motivées pour participer aux activités de vaccination. » -Ministère régional de la santé publique

Les activités de communication menées dans le cadre de COVAX ont sensibilisé les Camerounais au fait que les adultes pouvaient bénéficier de la vaccination. Le PEV a

également acquis une expérience précieuse en matière de vaccination des adultes, ce qui devrait faciliter l'introduction de futurs vaccins pour adultes.

LEÇONS OU PERSPECTIVES GÉNÉRALES

Les leçons tirées de cette étude de cas sont applicables non seulement au Cameroun, mais peuvent avoir une importance stratégique pour la sous-région et au-delà.

Défis et priorités au niveau national

Leçons pour la préparation à une pandémie

- Le gouvernement devrait systématiquement procéder à des bilans après chaque épidémie locale afin d'en tirer des leçons, d'identifier les forces et les faiblesses du pays et de générer des ressources pertinentes pour les réponses futures aux pandémies.
- Le PEV devrait être renforcé davantage en matière de chaîne du froid, de logistique et de capacités de gestion des données. Un PEV qui fonctionne bien ouvrirait la voie à une réponse rapide et efficace lors de futures épidémies de maladies évitables par la vaccination.
- Le renforcement du réseau du PEV dans la communauté est également essentiel. Cela peut nécessiter l'institutionnalisation formelle des principaux acteurs communautaires, tels que les mobilisateurs et les agents de santé communautaires, afin qu'ils deviennent un élément permanent du système de santé. Ils jouissent de la confiance des communautés et sont indispensables à une réponse ascendante. Le gouvernement camerounais reconnaît que le manque d'institutionnalisation met en péril les futures interventions de santé communautaire et a élaboré un plan pour y remédier.³⁰
- Pour réduire l'hésitation vaccinale, le pays doit mettre en place un système de surveillance continue des rumeurs liées aux vaccins et sensibiliser le public aux fausses informations. Cela peut nécessiter que l'équipe de communication du PEV reçoive une formation spécifique en matière de communication de santé publique et d'engagement communautaire lors des vaccinations de routine et des épidémies.
- Des enquêtes fondées sur les sciences sociales devraient être menées pour comprendre les perceptions et les attitudes à l'égard des vaccins au sein de la communauté et parmi les professionnels de la santé, dont environ la moitié ont fait preuve d'hésitation à l'égard des vaccins au cours de la campagne COVID-19, au lieu de se faire les champions de la vaccination. Le succès de la cinquième campagne de vaccination COVID-19 a montré comment la recherche pré-intervention peut façonner une réponse efficace.⁹
- Le gouvernement doit déployer des activités de plaidoyer et de diplomatie dans les zones de conflit pour persuader toutes les parties de la nécessité des activités de vaccination. Si les besoins en matière de santé des habitants des zones touchées ne sont pas pris en compte, les progrès en matière de santé publique - y compris les programmes de vaccination - seront compromis.
- Les autorités devraient faciliter l'achat de vaccins et d'autres produits pharmaceutiques, de préférence par l'intermédiaire d'entreprises pharmaceutiques locales, afin d'éviter que la population ne se méfie des produits étrangers et ne les rejette.
- Le gouvernement doit encourager et créer des possibilités de collaboration avec un large éventail d'institutions nationales et internationales lorsqu'il s'agit de répondre à des

situations d'urgence en matière de santé publique. La contribution potentielle des institutions locales, des acteurs économiques, des chercheurs, des organisations non gouvernementales (ONG), des OSC et des professionnels de la santé n'appartenant pas au PEV doit être reconnue et prise en compte. Ces partenariats doivent être établis à l'avance afin de garantir une réponse rapide aux épidémies.

Enseignements pour la réponse aux futures pandémies

- Les grandes interventions de santé publique bénéficieraient de la participation et du financement précoces des OSC et des chercheurs dans le domaine de la santé.

« Nous sommes toujours ouverts lorsqu'il s'agit du système de santé. La participation des OSC et des communautés à la réflexion stratégique est nécessaire pour garantir que les plans intègrent la réalité. » - OSC

- Le gouvernement devrait renforcer ses processus de décaissement et d'approvisionnement afin d'optimiser la réponse du pays lors des urgences sanitaires. Il est essentiel d'accélérer les processus de mise à disposition des fonds à des fins opérationnelles. Selon les rapports du PEV¹⁷, il s'est écoulé jusqu'à 124 jours entre la demande et la mise à disposition de certains fonds COVAX. Cette situation s'explique en grande partie par le fait que GAVI exige temporairement que les fonds destinés au PEV camerounais transitent par le bureau national de l'OMS. En outre la réduction des goulets d'étranglement bureaucratiques en matière de financement, le PEV doit veiller à gérer correctement les fonds afin d'obtenir une évaluation positive lors du prochain audit de GAVI.
- Une communication claire, honnête et transparente avec les travailleurs de santé et la communauté est essentielle pour instaurer la confiance. À l'ère des réseaux sociaux et de l'accès généralisé à l'information, la manipulation de l'information par le gouvernement ne ferait qu'accroître la méfiance.

« Il ne faut pas croire que les gens acceptent tout ce qui est annoncé officiellement. Il y avait également peu d'anticipation concernant les rumeurs. Les gens entendaient des choses et nous devons clarifier la situation ... Nous avons dû être honnêtes avec eux en leur disant que nous ne comprenons pas tout sur le vaccin, mais qu'à l'heure actuelle, c'est la meilleure arme que nous ayons contre cette maladie. » - Chercheur

- Les pandémies nécessitent une réponse multisectorielle, allant au-delà du Ministère de la Santé Publique et s'étendant à d'autres départements gouvernementaux. Cette approche a été adoptée lors de la réponse au COVID-19,²⁶ mais le défi restant à relever est la coordination adéquate de plusieurs entités de haut niveau autour d'un objectif commun.

Coordination et planification aux niveaux régional et mondial

Leçons pour COVAX sur la coordination et l'engagement des pays

- Fournir à chaque pays un retour d'information spécifique sur les succès, les défis et les réalisations globales d'interventions majeures telles que COVAX. Cela permettra d'instaurer un climat de confiance avec les pays et de faciliter la collaboration pour les futurs efforts régionaux et mondiaux.
- S'engager simultanément avec les parties politiques et scientifiques pour assurer, sans problème, une collaboration, une mise en œuvre et une évaluation de l'activité souhaitée. Comme dans le cas de la mission de haut niveau de GAVI au Cameroun au cours de la

phase CoVDP, le lobbying visant à résoudre un problème de santé publique a plus de chances de réussir lorsque les décideurs et les scientifiques sont tous deux impliqués.

« Il était donc important qu'il y ait un soutien de la part des scientifiques, des personnes qui sont sur le terrain et qui ajouteraient leur voix à celle des politiciens du pays, afin qu'elle soit mieux entendue. » -Partenaire de distribution de COVAX

- Proposer une stratégie de création collaborative pour les interventions envisagées. Les stratégies à mettre en œuvre dans un pays donné ne doivent pas être totalement étrangères mais adaptées au contexte, à la culture et aux réalités de la population en collaborant avec les acteurs locaux.

Leçons principales sur la conception des futures réponses aux pandémies

- Établir une collaboration précoce avec les institutions régionales de santé telles que CDC Afrique et WHO Afro. Ces institutions peuvent aider à rallier les pays et à obtenir une adoption et une adhésion régionales rapides à une mesure de santé publique donnée. Dans le cas de COVAX, une déclaration commune avec CDC Afrique n'a été publiée qu'en novembre 2021, plusieurs mois après le lancement officiel de l'initiative.³¹
- Utiliser le système de santé existant du pays et le renforcer pour l'activité prévue tout en respectant son autonomie. Le principal atout du Cameroun pendant la campagne COVAX a été l'existence d'un PEV actif, qui n'a eu besoin que d'un coup de pouce pour déployer la vaccination COVID-19. Une telle approche est plus durable et peut réduire la durée de l'aide extérieure.
- Organiser des réunions de haut niveau avec les autorités nationales, comme au Cameroun.

« L'un des objectifs de cette mission de haut niveau avec les autorités Camerounaises était de faire du lobbying, de renforcer le plaidoyer et de sensibiliser le public. Grâce à la préparation et à la communication, je pense que cette mission a permis de mieux impliquer les autorités et le public. » - Partenaire de distribution de COVAX

CONCLUSION

Conclusion 1: Bien que COVAX n'ait pas été le seul fournisseur des vaccins COVID-19 administrés au Cameroun (d'autres ont été fournis par le CDC Afrique, la Chine et la Russie), son pilier de distribution a eu un impact transversal en garantissant que la population reçoive des vaccins, quel que soit le donateur.

Conclusion 2: Le COVID-19 a donné lieu à la première initiative de vaccination des adultes au Cameroun, une entreprise difficile dans des conditions de pandémie. Les acteurs locaux ont su adapter leurs stratégies aux réalités du terrain. La collaboration synergique entre le PEV du Cameroun et les partenaires de l'Alliance - l'OMS, l'UNICEF et la CHAI - a été une réussite marquante.

Rétrospectivement, il apparaît que les lacunes en matière de communication et d'engagement communautaire ont permis à la désinformation de circuler trop longtemps, créant une hésitation à l'égard du vaccin qui a nui à l'adoption du vaccin.

À l'avenir, le gouvernement doit aller au-delà du personnel du Ministère de la Santé Publique et tirer parti des riches ressources du pays - OSC, chercheurs et activistes communautaires - pour

anticiper les épidémies et y répondre de manière optimale. Il doit s'attacher en priorité à bien comprendre le problème de santé en cause et à informer le public en temps utile en utilisant des méthodes de communication de santé publique avancées et adaptées au contexte. À long terme, les solutions et les produits de santé locaux seront probablement acceptés par le public et déployés avec moins de résistance.

Conclusion 3: L'administration de COVAX au Cameroun n'a pas donné les résultats escomptés. Le taux de participation à la série primaire de 11,5 % était nettement inférieur aux 20 % souhaités. Cependant, le soutien de COVAX a permis d'augmenter considérablement la couverture vaccinale de COVID-19 dans la population générale et plus encore dans les groupes prioritaires, à savoir les travailleurs de santé, les personnes souffrant de comorbidités et les personnes âgées.

Le taux de couverture vaccinale COVID-19 du Cameroun de 11,5%, mesuré à la clôture de COVAX en décembre 2023, se situe dans la moitié inférieure des performances des pays de la sous-région d'Afrique centrale. La couverture au Cameroun a stagné en dessous de 10 % avant que les efforts parrainés par la CoVDP ne stimulent la prise vaccinale au cours de la plus grande campagne nationale de vaccination en novembre 2022.

REFERENCES

1. Banque mondiale. Croissance du PIB (% annuel) - Cameroun. In : World Bank Open Data [Internet]. 2024 [cité le 28 octobre 2024]. Disponible : <https://data.worldbank.org>
2. UNOCHA. Cameroun : COVID 19 Rapport sur la situation d'urgence No. 13 - Décembre 2020 | OCHA. 31 décembre 2020 [cité le 19 septembre 2024]. Disponible : <https://www.unocha.org/publications/report/cameroon/cameroon-covid-19-emergency-situation-report-no-13-december-2020>
3. Organisation mondiale de la santé. Vue d'ensemble du Cameroun. Déc 2023 [cité le 28 octobre 2024]. Disponible : <https://www.who.int/countries/cmr>
4. Sachathap K, Harris T, Duong Y, Reid G, Dokubo EK, Shang J, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 in 10 regional capitals of Cameroon, October - December 2020. 2023. doi:10.22541/au.168319263.36814253/v1
5. Cameroon Tribune. Lutte contre le Coronavirus : Le gouvernement prend des mesures supplémentaires. [cité le 19 décembre 2020]. Disponible : <https://www.cameroon-tribune.cm/article.html/31736/en.html/fight-against-coronavirus-government-takes>
6. MINSANTE. Plan National de Déploiement et de Vaccination COVID-19. Cameroun : Ministère de la santé publique. Février 2022
7. Amani A, Djossaya D, Njoh AA, Fouda AAB, Ndoula S, Abba-Kabir HM, et al. The first 30 days of COVID-19 vaccination in Cameroon : achievements, challenges and lessons learned. Pan Afr Med J. 2022.41 : 201. doi:10.11604/pamj.2022.41.201.30218
8. Amani A, Njoh AA, Atuhebwe P, Ndoula S, Nembot R, Mbossou F, et al. Beyond the numbers : An in-depth look at Cameroon's fifth national COVID-19 vaccination campaign through geographical and gender lenses. Vaccine. 2023.41 : 5572-5579. doi:10.1016/j.vaccine.2023.07.062
9. OMS Afro. Vaccination contre le COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS - novembre 2022. Déc 2022. Rapport no 10. Disponible : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/365353/CV-20221210-eng.pdf>
10. Doshi RH. Couverture vaccinale COVID-19 - Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé, 2021 - 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024.73. doi:10.15585/mmwr.mm7314a3
11. Ngono AM, Ongo Nkoa BE, Yazid HS, Jean T, Jean-Marie G. Impact socio-économique de la pandémie de COVID-19 au Cameroun : Une évaluation des niveaux de pauvreté, de sous-emploi et d'inégalité. Rochester, NY. 2023. doi:10.2139/ssrn.4356583
12. Le système de santé camerounais. In : OMS [Internet]. 2021 [cité le 5 octobre 2024]. Disponible : <https://data.who.int/countries/120>
13. Njoh AA, Saidu Y, Bachir HB, Ndoula ST, Mboke E, Nembot R, et al. Impact of periodic intensification of routine immunization within an armed conflict setting and COVID-19 outbreak in Cameroon in 2020. Confl Health. 2022.16 : 29. doi:10.1186/s13031-022-00461-1
14. UNICEF. Aperçu régional de la vaccination 2019 : Afrique de l'Ouest et du Centre. 2019. Disponible : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/04/1-Immunization-Profile-WCAR-2019.pdf>

15. Banque Mondiale. Données ouvertes de la Banque mondiale - Cameroun. In : World Bank Open Data [Internet]. [cité le 19 septembre 2024]. Disponible : <https://data.worldbank.org/country/cameroon>
16. Cameron EE, Nuzzo JB, Bells JA. Indice de sécurité sanitaire mondiale. 2019. Disponible : <https://ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
17. PEV Cameroun. Rapport programmatique des financements anticipés pour le soutien à la distribution des vaccins contre la COVID-19 (CDS- Accès précoce). Yaoundé, Cameroun : Ministère de la Santé Publique. 2022
18. Partenariat pour la fourniture de vaccins COVID-19. Rapport de situation octobre 2022. 2022. Rapport n° : UNICEF/UN0684324/Dejongh. Disponible : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covdp-sitrep_issue-8_october.pdf
19. PEV Cameroun. Rapport programmatique des financements pour le soutien à la distribution des vaccins contre la COVID-19 (CDS-3). Yaoundé, Cameroun : Ministère de la Santé Publique. Déc. 2023
20. Athiyaman A, Ajayi T, Mutuku F, Luwaga F, Bryer S, Giwa O, et al. Recovering from the unprecedented backsliding in immunization coverage : Learnings from country programming in five countries through the past two years of COVID-19 pandemic disruptions. *Vaccins*. 2023.11 : 375. doi:10.3390/vaccines11020375
21. PROVARESSC. Rapport d'activités Exercice 2020. Cameroun. 2020.
22. PEV Cameroun. Revue Intra-Action (RIA) de la vaccination contre Covid-19. Yaoundé, Cameroun : Ministère de la santé publique du Cameroun. 2022 Jun.
23. FHI 360. Le Cameroun augmente le nombre d'enfants ne recevant aucune dose grâce à la microplanification et à la communication. GAVI. 2023. Disponible : <https://zdlh.gavi.org/sites/default/files/2023-09/Cameroon%20Increases%20Reach%20to%20Zero-Dose%20Children%20through%20Microplanning%20and%20Communication.pdf>
24. ReliefWeb. Cameroun : Bulletin épidémiologique COVID-19 du groupement sanitaire du Nord-Ouest et du Sud-Ouest (juillet 2021). Cameroun. Août 2021. Disponible : https://reliefweb.int/attachments/cae91586-dc32-3665-8add-fa44cd309196/nswsw_covid_bulletin_july_2021.pdf
25. PEV Cameroun. Retrait de 4880 doses de vaccin AstraZeneca périmées. Août 2021 [cité le 13 novembre 2024]. Disponible : <https://my.visme.co/view/768rygpx-withdrawal-of-4880-expired-astra-zeneca-vaccine-doses>
26. OMS Cameroun. Rapport d'évaluation de la reponse sanitaire a la COVID-19 au Cameroun : Mars 2020 a Decembre 2021. Cameroun. Juin 2022
27. OMS Cameroun. Réponse COVID-19 rapport avril 2023. Yaoundé, Cameroun. 2023 Apr. Disponible : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-06/Rapport%20COVID-19%20AVRIL%202023_def.pdf
28. Saidu Y, Di Mattei P, Nchinjoh SC, Edwige NN, Nsah B, Muteh NJ, et al. The hidden impact of the COVID-19 pandemic on routine childhood immunization coverage in Cameroon. *Vaccins*. 2023.11 : 645. doi:10.3390/vaccines11030645

29. Lorenzetti L, Alam CMP, Namey E, Monj C, Tsegaye A, Ateeq N, et al. "Build back the confidence" : Qualitative exploration of community experiences with polio vaccination in the Covid-19 context in Cameroon and Ethiopia. BMC Public Health. 2024.24 : 2532. doi:10.1186/s12889-024-19860-5
30. MINSANTE. Plan Stratégique National 2021-2025 de la Santé Communautaire au Cameroun. Cameroun : Ministère de la santé publique. 2021. Disponible : <http://cdnss.minsante.cm/sites/default/files/02-71.pdf>
31. Afrique CDC. Déclaration commune sur les dons de doses de vaccins COVID-19 aux pays africains. In : Africa CDC [Internet]. 29 Nov 2021 [cité le 28 Oct 2024]. Disponible : <https://africacdc.org/news-item/joint-statement-on-dose-donations-of-covid-19-vaccines-to-african-countries/>

ANNEXE

Annexe A : Méthodes

La conception de l'évaluation était fondée sur la compréhension de l'intention de COVAX, définie par les théories du changement (TDC), et sur la comparaison avec sa mise en œuvre réelle et ses adaptations au fil du temps. Au niveau national, nous nous sommes appuyés sur cette conception théorique pour établir la logique et la stratégie prévue pour la mise en œuvre des activités du pilier dans le pays. Pour compléter cette approche, nous avons intégré une perspective systémique afin de mettre l'accent sur le contexte et de cibler les domaines du système de distribution des vaccins dans le pays. Dans ce cadre général, nous avons suivi une approche des méthodes mixtes. Nous avons notamment recueilli et analysé des données supplémentaires au niveau national, en mettant l'accent sur les entretiens avec des informateurs clés et sur l'examen des données et des documents afin d'acquérir une compréhension globale de la mise en œuvre et des résultats obtenus par COVAX dans un contexte réel. L'étude de cas par pays (ECPP) a suivi une approche en quatre phases, comme indiqué ci-dessous. Pour ce faire, un cahier de travail a été élaboré, qui comprenait des modèles spécifiant les résultats de chaque phase de l'ECPP. L'approche de l'engagement national a été intégrée à chaque phase de l'ECPP, avec des points focaux officiellement nommés par chacun des bureaux nationaux de l'UNICEF et de l'OMS, ainsi que par Gavi et le gouvernement. Ces points focaux ont joué un rôle clé dans le transfert de documents, la consultation sur les TDC, la coordination des ateliers, l'examen des résultats, la validation, le partage des leçons et la diffusion.

Phase 1. Établir le contexte, planifier le champ d'application de l'ECPP spécifique au pays et mettre à jour ou valider la TDC spécifique au pays.

La première phase de l'ECPP s'est concentrée sur la compréhension du contexte national et sur le développement d'un champ d'application spécifique au pays pour l'ECPP (y compris le développement du TDC) afin de préparer la collecte de données (phase 2). La phase a commencé par une réunion de lancement pour établir le processus et les objectifs de l'évaluation, et une réunion d'introduction avec les points focaux nationaux. Un examen approfondi des données et des documents a été entrepris à l'aide des modèles du cahier de travail de l'ECPP. Des consultations avec les points focaux ont été menées pour aider à construire le contexte afin de produire un TDC spécifique au contexte du pays à partir du TDC « générique » du pays développé lors de la phase de démarrage de l'évaluation. Ces consultations ont permis d'identifier les questions d'apprentissage au niveau national dans le cadre général de notre évaluation et ont été classées par ordre de priorité dans l'ECPP. À la fin de la phase 1, une session de validation a été organisée avec les points focaux pour s'assurer que le TDC mis à jour reflétait et était aligné sur le contexte et l'objectif du travail de COVAX dans le pays.

Activités de la phase 1

- Réunion de lancement avec le consultant local.
- Atelier sur les méthodes de l'ECPP avec un consultant local.
- Examen des données/documents pour établir le contexte du travail.
- Engagement avec les points focaux nationaux/les principales parties prenantes afin de recueillir des informations pour la mise à jour du TDC.

- Identification des questions d'apprentissage au niveau national et des domaines sur lesquels le soutien de COVAX s'est concentré (domaines d'intervention).
- Atelier de validation du TDC avec les points focaux/les principales parties prenantes.

Phase 2. Planification et réalisation de la collecte de données primaires.

Cette phase a consisté à adapter les instruments de collecte de données au contexte et aux domaines d'intervention du pays, ainsi qu'aux priorités d'apprentissage nationales initialement définies. Sur la base d'une matrice de preuves « générique » et d'instruments de collecte de données prédéfinis, les questions des entretiens ont été adaptées au pays à l'aide des informations recueillies au cours de la phase 1. En outre, une liste de parties prenantes a été dressée pour s'assurer que les perspectives et l'expertise appropriées étaient incluses. Cette liste a été validée avec les points focaux avant la réalisation des entretiens. Des entretiens ont été programmés et menés avec 12 parties prenantes clés identifiées. Il s'agissait de représentants du ministère national de la santé publique (n=3), de l'UNICEF Cameroun (n=1), de l'OMS Cameroun (n=1), de GAVI (n=1), de CHAI Cameroun (n=2), du ministère régional de la santé publique (n=2), d'universitaires/chercheurs (n=1) et de représentants d'organisations de la société civile (n=1).

Pendant la collecte des données, une matrice de preuves structurée a été remplie avec les données primaires afin de rendre compte des preuves recueillies et d'orienter et de cibler les autres activités de collecte de données. Des transcriptions d'entretien à qualité contrôlée ont été préparées à la suite de tous les entretiens.

Activités de la phase 2

- La session de préparer pour la collecte de données de l'ECPP (adaptation des instruments au contexte national et aux domaines d'intervention de COVAX).
- Élaboration d'une liste de parties prenantes pour les entretiens d'information clés.
- Planifier et mener des entretiens et des groupes de discussion.
- Développer des transcriptions d'entretiens dont la qualité est contrôlée.

Phase 3 : Analyse, synthèse et compilation du rapport.

La phase 3 a consisté en l'analyse des données d'entretien recueillies au cours de la phase 2 et en l'élaboration de conclusions à l'aide d'un modèle d'analyse standardisé. Ce modèle a permis d'identifier de nouveaux thèmes tout en se concentrant sur des réponses complètes aux questions d'évaluation et aux priorités d'apprentissage. Les premiers résultats ont été examinés avec l'équipe d'évaluation pour s'assurer qu'ils étaient correctement articulés et présentés avec des preuves pertinentes. Les résultats ont été intégrés dans un projet de rapport de l'ECPP et partagés avec les parties prenantes lors d'une session de validation afin d'obtenir un consensus avant de finaliser le document. Des clarifications supplémentaires ont été demandées au ministère de la santé et tous les ajouts ont été incorporés dans le rapport.

Activités de la phase 3

- Réalisation d'une analyse thématique des principaux enseignements.
- Compilation des résultats dans un rapport complet de l'ECPP.
- Session de validation finale avec les principales parties prenantes.
- Facilitation d'une conversation de consensus avec le ministère de la santé.
- Finalisation du rapport sur l'ECPP.

Annexe B : Adaptation de la théorie du changement par pays

Axes de travail et activités illustratives	Commentaires sur les axes de travail et les activités illustratives	Résultats	Commentaires sur les résultats
Planification du vaccin COVID-19 : Élaboration et mise à jour des stratégies de déploiement et de vaccination.	Un plan national de déploiement des vaccins (PNDV) a été élaboré par le gouvernement camerounais pour définir toutes les procédures et tous les protocoles de vaccination contre le virus COVID-19. Il inclut les populations cibles et la couverture attendue. L'élaboration et la révision du PNDV ont été principalement soutenues par GAVI (via l'OMS et l'UNICEF) et d'autres organismes (USAID, Banque mondiale).	Le NPVD était une condition pour recevoir le soutien de la COVAX. Il a été finalisé en janvier 2021 et le Cameroun a commencé à recevoir le soutien de la COVAX à partir d'avril 2021.	Le PEV a réalisé seul la majeure partie du travail d'élaboration du projet de NPVD. Le soutien externe est venu plus tard et a été plus utile pour sa validation et son éventuelle mise à jour.
Ressources humaines : Élaboration d'une orientation nationale pour les ressources humaines en matière de vaccination.	Bien qu'aucun nouveau personnel n'ait été engagé spécifiquement pour la vaccination COVID-19 au Cameroun, les ressources de COVAX ont été utilisées pour fournir une assistance technique au PEV sur diverses questions relatives à la vaccination COVID-19 au Cameroun.	Les fonds COVAX ont permis aux institutions partenaires (telles que l'OMS, l'UNICEF, CHAI) d'engager des consultants rémunérés qui ont travaillé avec le PEV au niveau national et sous-national.	COVAX a veillé à ce que la main-d'œuvre du pays soit correctement formée, équipée et mobilisée pour administrer efficacement les vaccins COVID-19.
Fournisseurs et logistique : Prestataires de services et fournisseurs d'intrants liés aux centres de soins de santé.	Les systèmes existants ont été utilisés pour distribuer les vaccins COVID-19, sous la coordination du PEV du pays. L'approche « atteindre tous les districts » a été mise en œuvre.	Les 190 districts sanitaires ont été couverts au cours du premier mois de déploiement du vaccin COVID-19.	Les vaccins ont été reçus à l'aéroport international de Yaoundé et transportés vers d'autres régions du pays par la route.

Chaîne du froid :
Acquisition et mise en œuvre d'équipements et de technologies de la chaîne du froid.

Les équipements de chaîne du froid existants ont été utilisés et complétés par des équipements COVAX achetés grâce au financement de COVAX CCE. COVAX a été le premier à fournir un équipement mobile ultra-froid au PEV du Cameroun, spécifiquement pour le transport des vaccins Pfizer-BioNTech. Le coût de l'optimisation de la chaîne du froid a été calculé à l'aide de l'outil de calcul des coûts de COVAX. Le financement du CDS-AP comprenait un budget pour former les logisticiens régionaux aux pratiques de la chaîne du froid.

La logistique et la chaîne du froid du Cameroun ont été renforcées pour faciliter la distribution des vaccins COVID-19 sur l'ensemble du territoire national.

L'UNICEF a joué le rôle de logisticien principal pour l'acquisition de l'équipement de la chaîne du froid demandé par le PEV.

Annexe C : Calendrier par pays

	Tendance/événement/intervention/résultat	Période de temps
Le contexte mondial	COVID-19 est déclarée épidémie de santé publique de portée internationale (PHEIC) avec un taux de morbidité et de mortalité élevé. Des mesures de confinement sont mises en place dans le monde entier. Les premiers vaccins COVID-19 sont disponibles. L'offre est limitée, la demande est élevée. Les stocks de COVAX sont limités. Les théories du complot sur les vaccins, la spéculation et la désinformation sont largement répandues.	2020-2021 (phase de préparation et de réalisation du pays)
	Augmentation de l'offre de vaccins. Augmentation de la couverture vaccinale, en particulier dans les pays développés. Changement de discours sur le vaccin qui montre une certaine efficacité. La demande de vaccins commence à diminuer. L'épidémie de COVID-19 ralentit et l'urgence mondiale est levée.	2022-mi-2023 (phase CoVDP)
	L'offre de vaccins est abondante. La demande est très faible. La vie commence à revenir à la normalité pré-COVID.	Mi-2023-fin 2023 (phase d'alliance)
Contexte national	Principales autorités gouvernementales impliquées dans la lutte contre le COVID. Trois vagues de COVID-19, mais la mortalité reste inférieure à 2 %. Mesures restrictives avec confinement et masquage. Les établissements de santé sont débordés. Rumeurs et désinformation. Les vaccins COVID-19 deviennent disponibles (avril 2021), mais l'offre est limitée et l'hésitation est grande.	2020-2021 (phase de préparation et de réalisation du pays)
	Le gouvernement soutient fortement la vaccination contre le virus COVID-19. L'hésitation persiste et la couverture vaccinale est <5% tout au long de l'année 2022. Réouverture totale des écoles et des activités économiques. Diminution de l'incidence du COVID et de la demande de vaccins.	2022-mi-2023 (phase CoVDP)
	Nouveaux cas sporadiques de COVID, mortalité négligeable. Faible demande de vaccins. D'autres épidémies (rougeole, polio) requièrent l'attention du PEV. Il est prévu de systématiser la vaccination contre le COVID-19 dans le cadre des activités de soins de santé primaires.	Mi-2023-fin 2023 (phase d'alliance)
Engagement COVAX	Contribution à la préparation du pays : <ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'élaboration et à la révision des NPDV. • Acquisition d'équipements de la chaîne du froid pour le PEV. • Approvisionnement en vaccins COVID-19 pour le Cameroun. • Soutien à l'administration des vaccins et à l'établissement de rapports. 	2020-2021 (phase de préparation et de réalisation du pays)

	Tendance/événement/intervention/résultat	Période de temps
	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du soutien à la fourniture du vaccin COVID-19. • Plaidoyer auprès des hauts responsables pour promouvoir la vaccination. • Financement de la cinquième campagne nationale de vaccination. 	2022-mi-2023 (phase CoVDP)
	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'intégration de la vaccination COVID-19 dans les soins de santé primaires. • Soutien aux activités du PEV non couvertes par COVID. 	Mi-2023-fin 2023 (phase d'alliance)
Résultats de COVAX	<ul style="list-style-type: none"> • NPDV validé par le ministère de la santé et approuvé par GAVI. • Le PEV reçoit 92 équipements de la chaîne du froid. • Vaccins fournis par COVAX livrés au Cameroun. • Trois campagnes nationales de vaccination ont été menées avec efficacité en 2021. 	2020-2021 (phase de préparation et de réalisation du pays)
	Deux autres campagnes de vaccination sont menées en 2022. La dernière campagne porte la couverture à 10,1 %.	2022-mi-2023 (phase CoVDP)
	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan d'intégration de la vaccination COVID-19 dans les soins de santé primaires. • Suivi et vaccination systématique des enfants n'ayant pas reçu de dose zéro et dont l'accès aux vaccins infantiles a été interrompu pendant la pandémie. 	Mi-2023-fin 2023 (phase d'alliance)