Garder chaque enfant dans le parcours vaccinal

Sénégal, Bénin et Tchad | KIA12 du 22 octobre 2026

Pourquoi des enfants restent-ils encore manqués ? Le KIA12 a réuni trois programmes de vaccination et les membres de la communauté KLIC autour de situations concrètes : des enfants difficiles à repérer à Tambacounda, des séances interrompues par les crues à Owodé et un suivi fragilisé par la transhumance au Tchad. [1, 2]

Merci aux Drs Ousseynou Badiane, Zoulkanéri Alassane et Djikini Djimornan, ainsi qu'à tous les participants, pour leurs questions, leurs expériences de terrain et la franchise des échanges. La session a été modérée par Dorothy Leab et Franck Hilaire Bete, avec la facilitation de Tommy Leab. [1]

Trois enseignements pour la pratique

- **Repérer tôt et garder le contact.** Le signalement des naissances, les listes communautaires, les registres de vaccination et le suivi des doses dues doivent permettre de retrouver chaque enfant tout au long de son parcours.
- **Organiser un service utilisable par les familles.** Les itinéraires, les saisons, les déplacements des ménages, la disponibilité des équipes et les vaccins conditionnent la réalisation des séances prévues.
- **Clarifier qui assure la suite.** Après une référence, une séance annulée ou un changement de district, la responsabilité du prochain contact et de la confirmation de la vaccination doit rester clairement définie. [1, 2]

Ce que les participants ont mis en avant

Lors de la consultation Mentimeter, l'identification des enfants et des communautés a figuré en tête des ruptures évoquées. Le contact avec les familles et le suivi des doses ont également été soulignés. Parmi les barrières les plus citées figuraient la distance, les contraintes saisonnières, des microplans insuffisamment adaptés et la mobilité des populations. Ces tendances reflètent les réponses recueillies au cours de la session. [1]

La prochaine étape : une country clinic pour chaque pays

KLIC et GaneshAID proposent trois séances techniques pour approfondir les questions nationales et formuler une action réalisable. Nous invitons les experts et les praticiens de la communauté à contribuer à ce travail, aux côtés des équipes pays.

LES TROIS SITUATIONS PAYS

Trois questions opérationnelles à travailler

Sénégal | Repérage précoce et continuité à Tambacounda

Dr Ousseynou Badiane, chef de la Division de l'immunisation et coordonnateur du Programme élargi de vaccination (PEV).



L'enquête de couverture de janvier 2025 rapportait 87 % pour la première dose de vaccin pentavalent et 74 % pour la troisième, soit un écart de 13 points de pourcentage. Les équipes ont engagé la microplanification axée sur l'équité, la contractualisation avec des organisations communautaires, des stratégies avancées et mobiles, ainsi que des revues de performance. Le repérage à la naissance et le suivi actif restent difficiles dans les communautés dispersées. [2]

Le registre électronique nominal présenté par le Sénégal offre une possibilité de suivi, conditionnée par la qualité de l'identification initiale et de la transmission des informations communautaires. [2]

Question du Sénégal

Comment organiser le repérage précoce et le suivi des enfants jusqu'aux doses prévues dans les communautés dispersées de Tambacounda ?

Bénin | Rattrapage et accès saisonnier à Owodé

Dr Zoulkanéri Alassane, chef du service de vaccination, Direction de la vaccination et de la logistique, Agence nationale des soins de santé primaires.



À Owodé, dans la commune de Tchaourou, les crues limitent les déplacements des équipes, puis les travaux agricoles dispersent les familles. Le bilan au 30 septembre 2026 portait sur une cible de 76 enfants de moins d'un an : 17 avaient reçu au moins une dose et 59 restaient à rattraper. Le recensement communautaire était incomplet, et le suivi des doses suivantes restait à assurer. Ces chiffres appellent une vérification nominative des enfants et de leur statut vaccinal. [2]

Question du Bénin

Quelle organisation des séances et du suivi permettrait d'achever le rattrapage à Owodé, en tenant compte des crues et des déplacements des familles ?

Tchad | Maintenir le suivi au fil de la transhumance

Dr Djikini Djimornan, chef de l'Unité Vaccination, Préparation et Riposte aux Épidémies.



Pour le dispositif présenté, de janvier à août 2026, 42 033 enfants avaient été référés par coupons et 35 927 vaccinés au centre de santé, soit une perte rapportée de 14,5 % entre ces deux étapes. Le déplacement des campements fragilise ensuite le suivi entre les districts. Les stratégies mobiles présentées associent les services de santé humaine et la vaccination du bétail, selon l'approche « Une seule santé ». Les pratiques décrites à Goundi associent des registres par campement, la continuité des équipes mobiles, des cartes de rappel et des relais nomades. Leur contribution aux résultats doit être documentée avant toute adaptation ailleurs. [2]

Question du Tchad

Comment maintenir les enfants des communautés mobiles dans le parcours vaccinal, depuis leur identification jusqu'à l'achèvement de leur vaccination ?

QUESTIONS ET CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS

Mieux connaître les enfants à atteindre

Réconcilier les cibles et les données de terrain

Dr Didier Cabwine, République démocratique du Congo (RDC), a examiné les écarts entre les cibles utilisées par les services, celles des partenaires et les données collectées localement. Sa question portait sur la fiabilité des conclusions tirées de sources contradictoires. [3]

Dr Junior Bosenga, de VillageReach, RDC, a décrit le décalage entre les projections démographiques et les dénombrements effectués village par village au Maniema. Il a souligné les conséquences sur les microplans, la quantification des vaccins et les moyens nécessaires pour atteindre les enfants. [3]

Dr Sayi, consultant ayant travaillé au Bénin, a demandé comment ajuster les cibles lorsque les couvertures administratives dépassent 100 %, comment estimer les enfants zéro-dose restants à atteindre et comment différencier les réponses selon les obstacles propres à chaque communauté. [3]

À approfondir dans les clinics : rapprocher les estimations, les listes communautaires et les registres ; préciser les dates, les populations et les territoires couverts ; convenir des vérifications utiles avant de dimensionner l'action.

Utiliser la géographie et le numérique à bon escient

Dr Yves Wasnyo, du Cameroun, a proposé de mobiliser les grilles de population, la localisation des formations sanitaires, le relief et les réseaux routiers pour mieux évaluer les temps d'accès. Il a cité WorldPop et AccessMod comme pistes à explorer pour affiner la localisation des populations difficiles à atteindre. [3, 5]

Dr Mohamed Ouédraogo, du Burkina Faso, a proposé un échange sur des applications numériques, dont des approches utilisant l'intelligence artificielle, pour identifier et cartographier les enfants. Il a précisé que ce travail était à un stade précoce. La discussion a ouvert la possibilité de partager des expériences à documenter. [3]

Financer et organiser le suivi dans la durée

Dr Placide Mukendi, RDC, a posé une question de fond : quels mécanismes institutionnels permettraient de maintenir les résultats lorsque l'appui technique ou financier extérieur prendrait fin ? Cette question reste à instruire dans chaque contexte, en fonction des responsabilités nationales, des coûts récurrents et des ressources disponibles. [3, 6]

Malenga Fidele, RDC, a demandé comment mieux relier la surveillance communautaire aux données locales pour identifier les enfants à zéro dose. Il a également interrogé les stratégies permettant de renforcer la confiance et la continuité vaccinale au quotidien, au-delà des campagnes. [3]

QUESTIONS ET CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS

Faire tenir le lien entre familles et services

Des acteurs communautaires présents à chaque étape

Isaac Matene, de l'UNICEF Burundi, a présenté le rôle des relais communautaires, de l'administration locale et des organisations de la société civile dans le repérage et le suivi. Il a demandé comment ces acteurs étaient mobilisés au Bénin. En réponse, le Dr Alassane a confirmé l'existence du dispositif communautaire et indiqué le travail à poursuivre avec les organisations locales et les leaders d'opinion. [3, 6]

Rafael, en Ouganda, a demandé comment désigner une personne de confiance responsable du suivi lorsque les familles changent de territoire. Dans le chat, il a évoqué la préparation des ménages en amont des séances mobiles et l'implication des pères et des responsables locaux. Kounandji a proposé d'associer davantage les chefs de secteur, ainsi que les autorités coutumières et religieuses, à la mobilisation. [4, 5]

Des vaccins disponibles et des équipements fonctionnels

Agumassie Kindu, en Éthiopie, a demandé comment relier les plans visant les enfants zéro dose à la maintenance locale, aux pièces détachées et au suivi des températures. Samuel Zongo Evindi a prolongé cette question dans le chat en distinguant les équipements recensés de ceux qui fonctionnent réellement. [4, 5]

En réponse, le Bénin a décrit l'utilisation d'équipements solaires et de matériel isotherme. Le Tchad a signalé des besoins en équipement et a présenté le stockage dans des formations sanitaires voisines, l'approvisionnement régulier, les inventaires et l'intervention de techniciens. La question du maintien de la fonctionnalité appelle un suivi précis dans les territoires concernés. [6]

Adapter la réponse aux communautés et aux contraintes d'accès

Dr Muhammad Sharif, Pakistan, a relié les enfants manqués à la cartographie incomplète, aux données imprécises, à la mobilité, aux absences lors des visites et aux difficultés de coordination. Il a également évoqué la confiance, l'information des parents et la faiblesse du suivi. [5]

Hounhozounkou Jean de Dieu Amour Mahouton a demandé comment assurer la vaccination dans les « zones rouges » du Bénin. Kounandji a recommandé une collaboration accrue avec les organisations humanitaires afin d'atteindre les populations non atteintes au Tchad. Ces questions d'accès et de sécurité restent à approfondir avec les équipes et les partenaires concernés. [5]

Ahmed Haruna Danjuma, du Nigeria, a proposé de relier l'identification communautaire, les stratégies mobiles, la disponibilité des vaccins et le suivi des résultats. Sa contribution a insisté sur l'articulation entre la microplanification, la logistique et l'engagement communautaire jusqu'à l'achèvement du calendrier vaccinal. [5]

Les expériences partagées fournissent des pistes à examiner avec les pays, en précisant leurs résultats, leurs limites et les conditions nécessaires à leur adaptation.

PROCHAINE ÉTAPE POUR LES TROIS PAYS

Une country clinic, une action à formuler

Chaque country clinic sera une séance de travail technique centrée sur la question du pays. Les équipes nationales et locales préciseront le problème à traiter, examineront les options avec des experts et retiendront une action dont la faisabilité et les résultats pourront être suivis. Les dates, les participants et le périmètre seront convenus avec chacun des trois pays.

Pays et objectif	Travail proposé avec les experts	Résultat attendu de la clinique
Sénégal **Relier le repérage précoce au suivi des doses à Tambacounda.**	Clarifier le signalement des naissances, l'orientation vers le service, les responsabilités du suivi et le rapprochement des listes communautaires avec les registres de vaccination.	Une action ciblée sur le lien entre la communauté, le service et le district, avec une population définie, un responsable du suivi, des outils à adapter et des indicateurs à suivre.
Bénin **Organiser le rattrapage et les doses suivantes à Owodé.**	Consolider la liste des enfants et leurs statuts. Croiser le calendrier des crues, la présence des familles, les possibilités de transport, les équipes et les vaccins. Prévoir la reprogrammation d'une séance annulée.	Un microplan saisonnier de rattrapage, avec des modalités d'accès sûres, la préparation des familles, un suivi nominatif, les moyens nécessaires et la confirmation des doses administrées.
Tchad **Assurer le relais du suivi entre les districts.**	Documenter les pratiques de Goundi. Définir l'information vaccinale qui accompagne l'enfant, le rôle des relais nomades, la transmission entre les districts et le retour d'information après la vaccination.	Un mécanisme de continuité à examiner avec les districts concernés, précisant les responsabilités de départ et d'accueil, les supports utilisés, ainsi que la revue des enfants référés et vaccinés.

Préparer la séance à partir d'un dossier court

L'équipe pays réunira la question prioritaire, les données disponibles et datées, les outils déjà utilisés ainsi que les contraintes de mise en œuvre. Des représentants des districts, des services et des communautés concernés seront associés au besoin. Les échanges de données avec les experts porteront sur des informations agrégées ou anonymisées.

Terminer avec une décision utilisable

Le format proposé est une séance d'environ 60 minutes. La fiche d'action précisera le changement recherché, les étapes, les responsabilités, les ressources nécessaires, la situation de départ, les mesures de suivi et le moment de la revue. La mise en œuvre dépendra de la validation de l'équipe pays et des moyens mobilisables.

KLIC et GaneshAID faciliteront la préparation, la mise en relation avec les experts et le partage des apprentissages. Les choix opérationnels et les conditions de mise en œuvre relèveront des équipes pays.

INVITATION À CONTRIBUER

Experts et praticiens, rejoignez le travail des pays

Aider chaque pays à formuler sa prochaine action

Nous invitons les experts, les responsables de programmes, les équipes de district, les acteurs communautaires et les partenaires techniques à contribuer aux trois country clinics. L'objectif est d'aider chaque pays à formuler une action susceptible de répondre à sa question opérationnelle, en tenant compte de ses moyens et de ses contraintes.

Les contributions recherchées

Pour le Sénégal, l'expérience du repérage des naissances, du suivi communautaire, des registres nominatifs et de la gestion des doses dues. Pour le Bénin, la microplanification saisonnière, l'organisation des séances, la logistique et la mobilisation des familles. Pour le Tchad : le suivi des populations mobiles, la coordination entre les districts, les services intégrés et les circuits de référence et de retour d'information.

Les compétences en qualité des données, en analyse géographique, en financement opérationnel, en maintenance et en évaluation de la mise en œuvre seront utiles aux trois pays. Les contributions pourront porter sur une pratique déjà appliquée, des résultats documentés, un outil adaptable ou l'analyse des conditions de faisabilité.

Pour contribuer, merci de répondre au message de diffusion de cette synthèse en indiquant le pays ou la question auxquels vous souhaitez contribuer, votre expérience pertinente et votre disponibilité. Une brève description de la pratique, du résultat observé et des conditions d'application permettra de préparer les échanges.

Des ressources pour prolonger les échanges

Les demandes de présentations et de documents, formulées notamment par le Dr Belmondo Beauclair Nonnonhou, le Dr Didier Cabwine et Madoussou Koné, prolongent ce travail. Le suivi KIA prévoit une sélection ciblée autour de trois ensembles : identification et microplanification ; logistique et continuité de la vaccination ; engagement communautaire et confiance. Les équipes pourront préciser l'usage recherché et les adaptations nécessaires à leurs outils nationaux. [5, 6]

Repères de sources

Les références ci dessous renvoient aux supports de la session et aux transcriptions de l'enregistrement du 22 octobre 2026. Les données chiffrées sont celles rapportées dans les présentations pays.

[1] Enregistrement KIA12, cadrage de 00:12:19 à 00:26:17 et consultation Mentimeter de 01:06:23 à 01:12:28 ; support de présentation de la session.

[2] Présentations pays intégrées au support KIA12 et interventions : Sénégal, de 00:27:32 à 00:37:27 ; Bénin, de 00:38:58 à 00:48:09 ; Tchad, de 00:50:06 à 01:02:16.

[3] Dialogue avec les participants, transcription de l'enregistrement, de 01:15:21 à 01:29:24 et de 01:33:53 à 01:40:34.

[4] Interventions en anglais, sous titrage de l'enregistrement : Agumassie Kindu, de 01:30:29 à 01:32:59 ; Rafael, de 01:42:02 à 01:43:46.

[5] Chat de la session KIA12, contributions écrites, notamment de 04:35:14 à 06:14:43, selon les horodatages du fichier exporté.

[6] Réponses des pays, de 01:44:38 à 01:50:38 ; ressources et poursuite des échanges, de 01:50:42 à 01:58:46 et de 02:01:29 à 02:02:45.